

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2275400212		
法人名	有限会社ワコー		
事業所名	グループホーム郷の家		
所在地	静岡県島田市東光寺178の5		
自己評価作成日	平成29年2月21日	評価結果市町村受理日	平成29年5月12日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&lgvosyoCd=2275400212-00&PrefCd=22&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限会社 福祉第三者評価 調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成29年3月3日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

普通の家に近い暮らし実現のための環境が整っている。中山間部にあるホームのため自然に恵まれ、一般家庭と同じ家の造りであり、屋内や部屋はシンプルで明るい。「人生のパートナーとして支援する」と云う事を理念とし、その人らしく最後まで暮らせるよう医療・看護・介護の充実を図っている。認知症ケアに於いてはバリエーションの理論や技法を導入している。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

設立13年のホームは市街地から数キロに位置し、建物は民家を増築し一般家庭と変わらない造りとなっている。看護に長く携わってきた経験がある法人代表には、認知症の方々が何ら支障のない安定した生活を続けられるようにとの思いがあり、ホームに住む利用者の穏やかな笑顔がその思いに答えている。社歴が長い職員達が理念を共有し、チームとして介護の実践に取り組んでいる。結果としては長期間良いカタチで過ごして終末期を迎えた方々の看取りの支援まで携わることができている。看取りマニュアルも整備され、振り返りを行う事で職員へのケアも万全である。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事務所に「心がけ」を掲げ折りあるごとにグループホームのあり方や、介護のあり方を確認している。	利用者を「人生のパートナーとして支援する」を理念として定め、「私たちの心がけ」という言葉で行動指針の3項目を掲げている。毎月の全体会議等で討議して共有し、各利用者の異なる生活歴や思いに共感を示した継続支援を行っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議において過去3回地域住民の方々にホームの理念と暮らし方を説明し、見学してもらった。町内会に加入している。保育園との交流もしている。	農家が点在する47世帯で構成されている町内会に加入し、ホーム見学会も開催している。町内会は介護保険施設としての役割や仕事内容を良く理解しており、地域との関係は良好である。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	○地域の人より相談を受ける。 ○電話による相談にも乗る。 ○認知症キャラバンメイト会員であり、サポーター講座の講師をしている。広報誌を通じて介護の工夫を伝えた。認知症対策検討委員になっている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	家族がなるべく多く参加できるよう工夫している。意見があればそれを活かしている。	運営推進会議は町内の公会堂で市の担当者や地域包括支援センター・町内会長・民生委員・家族代表等の出席のもとで開催されている。ほぼ定期的に開催されており、議題は適切で有意義な意見が出されている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市の事業所にて講座を行った。長寿介護課及び包括支援センターの職員からの相談がある。広報誌により認知症ケアの紹介をした。	介護現場で計画作成も担当する法人代表は、ホーム開設以前から市における認知症介護の指導的役割を果たす立場にあり、市や関係機関からの「認知症」関連の講師依頼等が多く、市との連携も深い。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	門は無く出入自由。玄関のカギは深夜のみかける。身体的拘束は一切無い。認知症による行動を理解する学習を怠らない。	基本的な意義はマニュアルにより全職員が習得している。理念遂行の心がけにも掲げている「各利用者には、常に共感する態度で接する」を実践している。問題は起きていないが、振り返りは怠る事なく実施している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	職員には法律の内容を理解する話をしている。常に言葉使いに注意を払っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者は理解しているが、まだ職員では知らない人もいる。現入居者においては該当者無し。該当者があつたら勉強会を開く予定。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時に「契約書」及び「重要事項説明書」を基に説明を行っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族が来所した折には必ず近況を話し、その中で希望などを把握している。	利用者全員の家族が、月一回以上ホームに来訪している。利用者の近況をその都度伝え、家族からも思いや意向を把握し、その反映に努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月ミーティングを行い、その中で行っている。	利用者の重度化で介護の内容が変化してきている。就寝時間帯に多人数で関わるように職員配置時間を見直したり、夜間手当での改善を行ったりしている。すべて職員からの要望に沿って検討した結果である。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	パート時間給を経験により上げている。 ボーナスは能力実績で査定する。 勤務表作成前には必ず希望を聞いている。 長期休暇にも対応している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	管理者は必要な研修を随時受講し、職員に反映している。 介護の統一を図れるよう、ミーティング時以外にも個人的に指導している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	管理者は他事業所との交流を行い、情報を収集したり、提供したりしている。全国的な会合にも一緒に参加している。 ケアマネットの会に出席し勉強している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に家族と本人より話を聞いたり、見学したりしてもらっている。又、家庭訪問もする。①以前利用していたケアマネジャーから情報を得る。②サービス事業者から情報を得る。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前に面接を行い、電話などで何回も連絡したり話し合いをしたりしている。センター方式のシートを利用した情報を基に話し合う。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前に本人が利用している事業所を訪れ、本人の状況を把握している。家での様子も家族より話を聞く。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	当ホームでは入居者と職員が一緒に行動する関係である。常に居間を中心とした生活。家事や団らんも一緒に行っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	外出、外泊、面会など、いつでも良しとしている。家族と顔をあわせたら必ず本人と一緒に話をする。現状を報告する。家族が本人と一緒におやつや食事をとったりすることもある。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	要望があればその場所に出向いたりする。思い出話は常にしている。会いたい人には連絡をとり、来所してもらったりする。近所への外出をしている。	利用者や家族の高齢化により、馴染みの関係継続への支援は困難を伴うが、利用者の意向に沿ってADLを考慮し、個別支援で馴染みの店への買物や自宅で何時間か過ごす事もある。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士が関れるような誘導をしている。歩けない方については職員と共に移動する。話が出来るような仲立ちを常にしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	転所した方には退去後連絡をとり相談に応じている。 死亡退所者については葬儀に出席している。その後も適時連絡をとる。 手紙を貰うこともある。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	バリテーションを活用したコミュニケーションにてニーズ、課題を掴み、対応を行っている。	ホームでは認知症介護で定評のあるバリテーションの技法を会得している。利用者の今の症状や思いを容認して共感を示し、その思いを否定する事なく利用者本位に支援できるよう検討している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	センター方式で得た情報を基に入居者を理解している。必要な時は家族からその都度話を聞く。日常生活の会話の中で把握する。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の生活の中での変化を細かくチェックし、把握している。 記録ノートにて全職員が把握できる。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	基本的な介助計画以外その時々や日々の課題はケア内容が決まり次第申し送りノートを利用し細かな計画を立てている。	計画は入居時に家族から取得したアセスメントを基本に作成している。年1回の見直しは基本であるが、日々の申し送りノートから得られるモニタリング資料等により、毎月のカウンセリング時や症状の変化に応じて随時修正され共有している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	介護記録ノートを個々に記録し、職員間の情報共有と次の介護に活かせるようにしている。変化があれば随時介護内容を変更してゆく。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	認知症共同生活介護に特化していて、デイサービスやショートステイは現在考えていない。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	毎日近所のスーパーへ買物に出ている。保育園との交流がある。保健センター、寺院なども訪れる。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医による往診はいつでも得られている。電話での相談も出来る。異常があれば家族と相談し、受診の介助をする。	協力医による月1回の往診や緊急時の速やかな対応が期待できるため、入居時の説明により利用者全員のかかりつけ医は協力医になっている。専門医への受診は家族の協力を得ており、歯科医の受診支援も良好である。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	管理職が看護師であり、常に目が行き届いている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	なるべく入院しない方法を話し合っている。入院した場合でも、家族や医師と相談し早期退院の方向にしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医師との連携がよくできているので、家族を含めた話し合いが十分でき、状態の変化に伴う説明や支援が適切に行える。	重度化や終末期におけるホームの指針は入居時に説明している。その期に及んだ支援は、協力医にアドバイスや指示を仰ぎ平穏死の看取りを前提に話し合い、家族と全職員が情報を共有して行っている。開設以来10名の看取り経験がある。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	心臓マッサージ及び窒息に対する処置は勉強会で職員に伝えている。事故発生時の対応は必要時教育している。ミーティングで勉強会を行っている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	職員の訓練は行っているが、利用者を含めた訓練は出来てない。(認知症による困難度が高い故) 地域との協力は依頼できている。	年2回の法定防火訓練や災害を想定しての訓練により、職員間の連携を深め、町内会長には地域の協力をお願いしている。利用者の超高齢化と身体状況を考え、先ずホーム内での安全性確保を念頭に諸問題の解決を考えている。	防災に関しては町内会長に地域の協力をお願いしているが、関わり方は明確になっていない。ホームが要請する内容と地域が考えている内容とのすり合わせを行い、明確化することを期待する。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	言葉使いには丁寧語を基本としている。共感する為のコミュニケーションを目指している。	ホーム理念を遂行する心構えが全職員に浸透しており、利用者が発する言葉を否定する事なく共感を持って受入れている。同じ目線で尊敬の念を持って行動する支援により、ホーム内での会話が常に穏やかに続いている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	バリテーションのテクニックを学び活用している。能動的な聴き方の訓練をしている。ホーム内は騒々しい環境にならないようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	起床、食事はだいたい決めているが、その他はおおよその時間にし、入居者に合わせている。 本人の状態や状況に応じて生活をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	家族が持参してくれた物を(出来る方については)本人と共に選んでいる。 厚着になる人には適切に声掛けして調節する。ヘアカットや毛染めは職員が行っている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	買物、調理、準備、片付けなど入居者の能力に応じて行っている。 居間と台所が続いている為、調理の段階から楽しめる。	食事に関しては、食材の購入から片付けまで利用者ができる範囲で全員参加を願って支援している。車椅子の利用者も食材購入で外出し、野菜の皮むきや刻む作業をする利用者もいる。食事時には全員の満足した様子がみられた。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	体重や食欲に応じて量を決めている。水分が取れにくい人には水分補給につとめている。食事量や水分摂取量をチェックしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	個々の人の状態や、能力に合わせて支援している。 コップ、歯ブラシなどの清潔にも注意している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄状況をチェックし、適切なトイレ誘導を行っている。尿対策としては適切なパット類を使用する。普通食と水分補給に努める。	超高齢化と認知度や身体能力の減退で利用者全員が、最低パット類を使用している。3名の利用者は自分でトイレに行き必要な処置ができるが、他の利用者はチェック表の記録により、適切な誘導を行っている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	普通食を基本とし、水分補給に努めている。便秘の原因に対応したケアを行っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	日や時間は決めていない。本人の希望や状況で入浴する。歩けない人でもシャワーキャリーを使い入浴している。	希望すれば毎日の入浴も可能であるが、現在は声掛けしても進んで浴室に向かう利用者はいない。時間を変えて再度声掛けしたり、入浴日を変更して5日に1回は入浴するよう努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	必要がある方については昼寝を取り入れている。寝返りが出来ない方については低反発マットを使用している。時間毎の体位交換もしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個人的ファイルにて理解できる。服薬については工夫をこらしている。(スプーン、ゼリー飲料、トロミ材の使用など。)		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	家事を一緒に行う中で楽しい時間を過ごせるようにしている。買物が気分転換になる。歌を歌うことの多い生活である。午前中は体操をし、おやつ後にはレクリエーションを行う。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	全員での外出が困難になっているため、買い物時などを利用して出掛けている。市内でのイベントがある時は行く。自分の家の近くまで行ったり、墓参りに行ったりもする。花を見に行くことが多い。	昨年は近郊への花見や空港に外出した利用者も、最近の身体能力では近隣の買い物程度の外出支援が限度である。利用者が町の人々の往き来や季節を感じて生活するために、公共施設での趣味の作品展や近隣の梅園への花見に立ち寄る等の支援を心掛けている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	現在現金を手元に持っている方は一人。現金収支表をつけている。欲しいものを買った時は後程家族より支払ってもらう。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人の希望や状況により電話が出来るようにしている。又、必要な人には家族からかけてもらうようにしている。 手紙を書ける人はいない。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	掃除は毎日行っている。明るくシンプルで清潔な空間作り心がけている。静かにしたいために入居者のいる所では掃除機は使わない。額や飾り物は季節に合わせている。花も季節に応じて植え替えている。	リビングなどの共用空間では、利用者が安全に過ごせるよう自然な雰囲気の中に様々な防災上の配慮が見られる。食器収納棚や家具類には天井との間に転倒防止伸縮棒を使用し固定したり、ガラスには飛散防止フィルムを貼ったりと各所に工夫が見られる。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	畳やソファがあり、それぞれの場所でくつろげる工夫をしている。 廊下のソファが格好の場所である。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	毎日部屋の整理整頓をしている。部屋への持ち込みは自由であり、家族の希望に沿っている。日中部屋で過ごせる方は現在2人である。	居室には、家庭での生活の延長として思いある品々が持ち込まれている。居室担当者と共に、安心かつ安全が確保され、穏やかで安定した毎日が過ごせるような環境整備に努めている。高所に物を置かないなどの配慮がされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居間、食堂がホームの中心部にあり、一目で全体がわかる。バリアフリーである。トイレも判りやすい位置にある。余分な物を置かず、整理整頓を心がけている。		