（別紙4）　　平成　23　年度

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	3372700546		
法人名	有限会社　ベルヴィ		
事業所名	やすらぎホーム金光　（2階ユニット）		
所在地	岡山県浅口市金光町地頭下４００番地		
自己評価作成日	平成２３年１１月１１日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3372700546&SCD=320&PCD=33

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利活動法人　ライフサポート
所在地	岡山市北区南方２丁目１３－１　県総合福祉・ボランティア・ＮＰＯ・会館
訪問調査日	平成23年11月22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）】

・個人の思いを尊重できる個別ケアを目指している。
・入居者間での馴染みの関係が築け、落ち着ける環境作りに努めている。
・外出する機会を設け、地域との関わりを継続出来るように努めている。

【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）】

平成１５年５月に開設してから現在は9年目の歴史を踏みしめ、職員はケアとサービス提供に日々頑張っている。設立時に社長は経営理念を掲げていたが、職員はこの理念を具体的に実践して利用者の生活の満足度を高めるために、ユニット単位で目標を定めている。1階のユニットは「声を掛け合いながらチームケアを大切にし、報告・連絡・相談を密にする」、2階は「やすらげる環境作りと温もりのあるケア」を職員間で作り、現在頑張っている。職員は明るく元気いっぱい、利用者とは笑顔で接しており、心地良い雰囲気だった。
利用者は高齢化や重度化の傾向は避ける事は出来ないが、「自分の口で食べる事」「トイレで排泄すること」「自分の足で歩くこと」等を設立当初から大切にしていたと思うが、その気持に今でも変わらず、利用者の持っている能力を大切にしている。又、地域との連携が良くなり、まさに地域密着型の事業の尊さを感じた。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている（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
62	利用者は、その時々の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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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. 全くいない
66	職員は、活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
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
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

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	スタッフルーム内に貼り、出勤時に目を通し、各自唱和している。	事務室に理念を掲示しており、スッタフはいつも目に留まる状態になっている。尊厳の尊重、ゆったしとした生活リズム、やすらぎある環境、人々とのふれあい、自立に向けた支援、が掲げられている。これを実現するために各ユニットで具体的な目標を定めている。	理念や目標がどれ位職員に浸透しているか、その効果はどのように仕事に活かされているか評価もしてもらいたい。
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	近隣の施設との情報交換や地域の行事へは、可能な限り参加している。	地域の夏祭りへの参加や、地域内の他施設との、行事をとおしての交流等、積極的に参加している。親族の関わりが困難な方に対し、市民後見人が選任されており、こうしたことも、地域とホームとの橋渡しになっているようである。	
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	実践において得た技術や支援方法は、市の認知症サポートに情報を提供し、活用して頂いている。		
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	2ヶ月に1回定期的に行い、行事への参加･見学をして頂いたり、入居状況の報告や他施設のサービス状況の情報を提供して頂き、参考にさせて頂いている。	定期的に開催が行われており、地区役員や民生委員、老人クラブ会長、行政からは必ず、高齢者支援課から課長の出席が得られており、常時7～8名の参加がある。ホームからと地域からの情報交換の場となっている。	
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	運営推進会議の報告書を作成し、高齢者支援課に配布している。毎月、定期的に福祉課･生活保護課を訪問している。	運営推進会議にも、行政からの参加があり、行政サイドからの情報を得たり、ホームからの相談等、こまめに連携が出来ている。行政との連携は良くとれており、市で連携のための学習会等も企画されている。	
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「介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	自傷行為のある方について、現在1名ご家族の同意の下に必要に応じて行っている。拘束時には必ず記録に残すよう徹底している。	1名のみ、自分で引っ掻く行為があり、手作りのタオルミトンをはめている利用者がいるが、スタッフ間でも討議し、家族にも説明を行っている。身体拘束の記録ノートに、経過観察、再検討記録が、毎日記録されている。	
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注意を払い、防止に努めている	入居者の日々状態観察の徹底。異常を発見した時には、報告･連絡･相談を行い、スタッフ間の情報の共有を密にしている。		

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
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	生活保護で、ご家族のいない方について市民後見人制度を活用させて頂いている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	管理者がご家族やご本人に十分に説明し、納得して頂いている。不安を軽減するために、自宅での生活習慣や生活歴を聴き取り、活用している。		
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	玄関に意見箱を設置しており、要望を出しやすくしている。	家族にアンケートを求めたり、意見箱を設置したりしてはいるが、なかなか出て来ず、一番は、面会時家族との話や、利用者との直接の、会話の中から、要望等をスタッフが気づくようにしている。	
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	月に1回スタッフ会議を実施し、必要に応じて、その都度カンファレンスを開いている。 （22･目標計画達成）	スタッフ会議の中で、運営に関する意見を出してもらい、ホームの設備に関してや、配置状況に関して等の意見が出てきている。会議時のみならず、日常的に、意見はオープンに言いやすい状況になっている。	
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	2ヶ月に1回、代表者･各管理者が集まり、意見や要望等の交換行う全体会議を実施。月に1回は各ユニットの管理者とリーダーが集まり、意見交換等を行っている。		
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	年2回、全職員の考課表を実施し、自己の見つめ直しを行い、研修等も個人のレベルアップにつなげるよう、参加できるように努めている。		
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	研修参加時やその後も定期的に連絡を取り合い、情報交換を行っている。		

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
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	ご本人の心地良い距離をを計りながらコミュニケーションを図っている。		
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	連絡や報告を密にし、疑問を感じた事については必ずご家族より情報を得るように努めている。		
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	ご本人とご家族より希望を聞いた後にスタッフ間でカンファレンスを実施し、支援方法について検討している。		
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	役割を持って頂き、出来る範囲で生き甲斐を感じて頂けるよう努めている。		
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	面会時や行事参加の際に近況を報告したり、定期的に各担当者より手紙を送らせて頂いている。状態に変化があった場合には、その都度電話連絡を行っている。		
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	家族･親戚からの手紙や電話対応の支援を行っている。	近隣地域からの利用者も多く、家族の訪問等も頻繁にある。ホーム周りの散歩や、外出時、希望のところに寄ったりと、これまでの人や地域の関係が出来るだけ、維持できるように心がけている。	
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に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	入居者同士の会話の仲介にスタッフが入り、孤立しないよう支援を行っている。		

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
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	相談や要望等、必要に応じて対応していく。		
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	入居時に、ご家族やご本人から思いを聞き取るよう努めている。日頃のコミュニケーションからも把握するようにしている。	本人から、昔の話を聞いたり、家族からも出来るだけ、聞き出し、生活の様子を把握するようにしている。ホームに入居されてから、家族が把握していない、歌が好きだった、手先が器用だった・・といった新たな発見もある。	会話するとき、写真や昔のもの等、ツールを使って話を引き出していくことも必要。
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	ご本人の生活歴を出来る限り入居者台帳に記入し、スタッフ全員が情報を共有できるようにしている。		
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	気付いた点等があれば必ず記録に残し、情報を共有出来るよう努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人やご家族の意見や思いを尊重し、カンファレンスにて意見・アイデアを出し合っている。	日頃の本人の状態把握、スタッフからの情報を聞きながら、ケアマネがケアプランの作成を行っている。出来るだけ、簡潔なプランになっている。やや事務的アセスメントになっている。	アセスメントをしっかりとし、「この人をこうしてあげたい」との思いを具体的にケアプランにしっかりと反映させていくことができれば、生きたケアプランになると思う。
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	ケアプランに沿った記録を、関わったスタッフは細かく記入するように努め、介護計画の見直しを行っている。 （22・目標計画達成）		
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、その時々に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	常に課題となるが、可能な限り目標に向かって取り組んでいる。		

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
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	ボランティア等を受け入れ、地域の行事へは可能な限り参加出来るよう支援している。		
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し、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	かかりつけ医と密に連絡･相談を行い、協力を得ている。受診困難な入居者については、月2回の往診訪問を受けている。	かかりつけ医とは、連携が良くとれており、良い関係が築けている。入院等の対応もスムースに行得れている。家族や本人が望めば、かかりつけ医への受診を行っている。家族対応が困難は場合は、ホームで受診対応も行っている。	
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	異常を発見した場合、些細な事でも常に報告･相談を行い、指示を仰いでいる。適切な受診が受けられるよう連携を図っている。		
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	入院時の様子をご家族に伺ったり、担当医･看護職･SWの方々から情報を提供して頂けるよう日頃より情報交換を行っている。		
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、事業所ででき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	かかりつけ医の協力体制が整っている。必要になれば状況に応じて対応していく。	重度の方は多いが、看取りまでの話し合いはまだ出来ておらず、最後は入院となっている。今後は課題として、終末期、延命処置等に関する、家族や本人の希望を把握し、ホームとしてどこまで可能かの検討もしていく予定である。	
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	緊急時は看護職へ連絡。状態を報告し、指示を受けた後に応急処置を行っている。研修等への参加も可能な限り行う。		
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	年2回、立合いの避難訓練を実施。毎回想定を変え、色々な状況で対応できる体制作りを行っている。	周りは田畑や道路で、隣接する人家はない。同法人の施設や、近所の他施設と協力体制を取っている。個別に安全な避難方法を検討の必要もある。スタッフは何かあれば近隣の人が多く、駆けつけれる体制はとっている。	

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
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	ご本人にとって、一番心地良い言葉掛けであり、落ち着ける対応であるよう心掛けに努めている。	トイレ介助や入浴介助等、本人のプライバシーが守られるよう、言葉かけに気を付けている。本人の人格を尊重したユーモアもある丁寧な暖かい言葉かけが出来ている。	
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	月に1回、希望献立のメニューの希望を聞いたり、毎月恒例行事の茶話会にて、好きなものを注文して頂く等、自己決定出来るよう働き掛けている。		
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	手作業やレクリエーション等幾つか用意し、ご本人の希望に合わせた時間を過ごして頂けるよう可能な限り支援している。		
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	定期的に訪問美容を利用ている。 希望があれば、各担当者が準備している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	状況に応じて食事の準備をスタッフと一緒に行っている。片付け等も可能な限り一緒に行っている。	日常的には、メニューと食材配達は業者に委託しているが、月1度の希望献立の日や、行事メニュー等、利用者の希望を取り入れ、食事が楽しめれるように企画している。外食等も取り入れている。	
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	食事の形態や量など個別に対応している。食事摂取量･水分摂取量を毎回記入し、調整を行っている。		
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、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	毎食後、個別に口腔ケアを行っている。		

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
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	排泄チェック表を利用して個別にトイレ誘導。排泄パターンを知ることで使用製品の見直しを検討している。可能か限りトイレでの排泄を行う。	出来るだけ、本人に合った排泄の自立を目指しており、日中は布の下着を履いてもらっている利用者も多い。排泄パターンをつかみ、トイレ誘導をしている。便秘も食事や運動で自然排便を目指している。	
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	個別に排便状況を把握し、定期的な水分補給･腹部のマッサージや食事の工夫を行っている。		
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	入浴は毎日実施しており、ご本人の希望を聞いた上で対応。調整をを行っている。	入浴は毎日可能で、入浴の順番はあるが、希望者は最後に毎日でも可能。一般浴槽であるが、立位困難な方もスタッフ二人係で対応したり、シャワーチェアーで対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日常の活性化に努め、1日のリズムを作る事で安眠へと繋げている。不調の訴えや希望がある時には可能な限り休んで頂いている。		
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	薬の用法･用量は、個人ファイルにファイリングしている。変更時には申し送りを行い、確認の徹底に努めている。		
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	各入居者の好みや機能に合った作業を準備し、役割を持って頂けるよう支援を行っている。		
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	天気の良い日に散歩やご家族の協力を得ての外出。定期的な外食やドライブ等を計画･実施している。	ホーム周りの散歩や、希望を聞いての外出、行事としての、全員でのお出かけ等、さまざまなかたちでの外出支援を行っている。ラーメンを食べに行ったり、パフェを食べに行ったりといった、楽しみな外出を企画している。	

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
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	入居者に商品を選んで頂いたり、支払い等では混乱が生じないようスタッフが介入。ご本人で管理可能な方については出納帳に記入し、支援している。		
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	希望があれば、その都度対応している。		
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	出来る限り自然採光・自然の風を取り入れ、季節を感じて頂く。	「やすらぎ喫茶」といった文字が掲げられた厨房からは、利用者が過ごす居間が見渡せ、話しかけながら仕事もできる。南にはウッドデッキがあり、庭には花壇が作られている。落ち着いた暖かな雰囲気で、思い思いに過ごしている。	
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	ご本人の希望にあった場所が提供出来るよう、その都度サービスや椅子の配置等を行い対応している。		
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	使い慣れた家具や写真・馴染みの物等、可能な限り取り入れている。	家族の写真や、仏壇の持ち込み等、それぞれが自分の生活空間の部屋になっている。タンスやベッドはホームの備え付けてあるが、自分に合った物を持ちこまれている人もいる。	
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	日常生活の中でスタッフが常に見守り、自由に移動して自立生活が送れるように努めている。		