

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	0772500351		
法人名	医療法人 社団 日新会		
事業所名	医療法人 社団 日新会 グループホームひびき		
所在地	福島県喜多方市山都町字北松ノ前3144		
自己評価作成日	令和元年9月30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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【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 福祉ネットワーク
所在地	〒970-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	令和1年11月13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)】

1.地域の方々との関わり合いを大切にし、利用者、職員が交流を深められるよう働きかけている。2. 利用者様が家族の方と触れあえるよう働きかけている。

【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)】

地域の認知症カフェに参加しその中で住民と交流し、中学生の体験学習や多くのボランティアを受け入れるなど地域との交流が積極的に行われている。発煙筒を焚いての煙体験や地震車両体験など災害を想定しての訓練を元に地域住民との連携の取れた態勢を整えている。火災ばかりでなく地震や豪雨対策にも力を入れている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	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	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、安心して暮らさせている (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	事業所の運営方針を理念とし、ホーム内の見やすい場所に掲示しており、日々職員が意識して実践している。	法人全体の理念を踏まえ、管理者と職員とで事業所の年間目標を立てている。日々の行動の振り返りは月ごとの職員会議で行っている。何ができて、不足はどうするかを話し合い次月に繋げている。	
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	同町の行事(文化祭、敬老会など)や他施設の行事に参加。また、地区サロンへ参加し地域の一員として交流している。	町内会に参加し、事業所の新聞を回覧している。語り部や踊りの会のボランティアにも来て頂き、近くの中学校の福祉体験学習は5年近くに渡り受け入れている。地区の蕎麦まつりにはボランティアの協力を得て参加し、利用者家族共々楽しんでいる。	
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	認知症カフェ、ボランティア、中学校の福祉体験を受け入れコミュニケーションをはかり地域の方々の認知症への理解をして頂いている。		
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	委員会の意見を取り入れ、地域との交流を深めている。	事業所内の出来事を報告したり、今後の予定を説明している。委員からは歌や踊りのボランティアやセラピー犬を紹介され、利用者に喜ばれている。町内運動会への参加を提案され、交流を重ねている。	
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	市の連絡会や部会等に積極的に参加し、情報交換にてサービスの向上に努めている。	高齢福祉課からは、アンケートに応え、統計や資料など介護情報を得ている。認知症カフェ開催には担当者が参加している。入居状況や待機者情報を交換も頻繁に行い、協力関係を深めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	その時点での利用者の状態を把握、検討し生命に関わる状況と判断した場合、ご家族様に相談し、了解を得ている。	身体拘束をしないケアについては、法人やグループホーム協議会の研修会に参加し、職員会議でケアの中身を振り返っている。利用者への言葉遣いやベッド柵、センサーの使用などについて学び、ケアに取り組んでいる。	
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	利用者、職員の日常生活に変化がある場合は、早期に話し合い、虐待、拘束等につながらない様になっている。また、ビデオや資料にて職員の意識向上に努めている。		

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	現在は必要性のある利用者が居ない為、支援は行っていないが権利擁護に関して勉強会を設けるように心がけている。		
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	入所前、重要事項説明書に基づき説明し、理解、納得して頂いたうえで契約している。ご利用に際してのサービス内容、権利、義務等を分かりやすく説明し、家族の同意を頂いている。		
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	意見、苦情処理の担当者を設け意見箱を設置している。意見、苦情があった際は事務局も含め、ただちに話し合い対応している。	利用者からは直接、家族からは入金時や受診付添いの時などに要望等を聞いている。とんぶくが一時切れかかっていたことが指摘され、夜勤者の元に管理することを決めるなど意見を反映している。	
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	常に話しやすい環境を作り、定例会で話し合い随時意見交換し反映させている。	職員の意見は毎月の職員会議や、毎朝の申し送り時に聞き取っている。利用者の食事の終わり方には早い遅いがあるのでトレーの片付けがばらばらだったものを、そのままにして一斉に後片付けをするように改善するなど職員意見を取り入れている。	
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	人事考課制度を取り入れているが、スタッフが向上心を持って働けるよう環境、条件の整備に努めてほしい。		
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	ホーム内での勉強会や外部研修へ参加するなど、知識向上に努めているが法人全体での研修会が実施されていない。		
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	管理者は認知症老人グループホーム部会に参加し、近隣のグループホームとの連携、交流を深め、勉強会や情報、意見交換を行っているが、職員同士の交流が行われていない。		

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
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	入所申込み時ホーム内を案内し理解して頂いている。入所前には自宅に訪問面談にて不安、要望に耳を傾け安心して入所できるよう努めている。		
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	家族等が困っている事、不安な事、要望等について管理者、計画作成担当者を通し、職員全員が把握しケアをしている。		
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	本人や家族より相談内容を聞きながら、思いを汲み取り利用者様が安心して生活が出来るように努めている。		
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	個々の生活歴、人生経験等尊重しながら、支援を心がけている。		
19		○本人と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	ホームでの生活風景等、年4回作成新聞送付している。又、認知症カフェや蕎麦会など開催しご家族様に参加して頂ける様支援している。		
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	地区内の回覧板等に案内を配布し、二ヶ月に一回認知症カフェを開催している。日常的に近所の方や知人の方が自由に来苑できる様、ホームを開放している。	訪問者には居室に案内の上お茶を振る舞いゆっくり話が出来るようにし、帰るときは玄関まで見送り再訪の言葉かけをしている。墓前りは家族の協力で行い、馴染みの美容院は受診の帰りに寄っている。	
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	会話を多く持てる様、利用者同士の関わりを把握し、職員が介入し利用者同士がコミュニケーションをとれるように努めている。		

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	退所されたとしても、依頼があれば相談にのり、アフターフォローや情報提供している。		
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	日常生活の様子や会話の中で、一人ひとりの思い、意向の把握に努めている。又、困難な時は、本人の状況や家族の意見等にて本人本位の生活ができる様努めている。	利用者自身からの把握が困難な場合は、家族からの聞き取りや生活歴を参考にしている。利用者の日常生活の動きの中に好き嫌いなど意思表示が見えてくるので、それらを総合して対応を検討している。	
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	入居前本人、家族、これまで利用していた介護サービスや病院等より情報を頂き、経過等の把握に努めている。又、入居後も本人、家族との会話の中で、これまでの生活を把握する様努めている。		
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	職員が、一人ひとりの経過を記録に残し、情報の共有に努めている。又、申し送りノートを利用し、職員が現状を把握できるよう努めている。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	3ヶ月に1回モニタリングを行い、定例会や申し送り時に検討している。又、状態変化時は、カンファレンスを行い、本人、家族の要望や、必要時医療機関より情報を得、介護計画の見直しを行なっている。	入居時は利用者本人と家族要望を聞き取り、1ヶ月の暫定計画を作っている。職員意見を参考に計画を見直ししている。問題がなければ定期的見直しに移行しているが、変化があれば医師や家族など関係者の意見を参考にして随時見直ししている。	
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	日々の様子、変化を見守りながら、介護記録、業務日誌に個人的に記録されており、職員全員に申し送り統一したケアの実践や、介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人の体調や家族状況に応じて、可能な限りそのニーズに対応できる様心がけている。		

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
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	地域のボランティア、中学校の福祉体験学習の受け入れや地域のサロンに参加している。消防署の協力を得て近隣施設と合同避難訓練を実施している。		
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、納得が得られたか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	契約時、本人や家族が希望する医療機関を確認し適切な医療を受けられるように支援している。	入居前のかかりつけ医の継続受診について説明している。全員が家族対応の継続受診を行っている。事業所は利用者の1ヶ月のデータを家族を通じ医師に渡している。職員が同行する場合は詳しく利用者の状況を医療機関に説明している。	
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	利用者の健康管理や服薬管理を行い変化に伴って医療機関に相談し連携している。		
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。	入院時には情報を提供している。職員が出向き回復状態を把握している。家族と情報交換しながら退院後の生活が不安にならない様に病院との伝達を密にしている。		
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	契約時、重度化した場合の指針について家族へ説明を行っている。実際にその状況に至った場合は早期に家族へ状況を報告し納得理解された上で医療機関等に情報提供の支援をしている。	契約時に事業所が出来ること、出来ないことを説明している。状態変化したり重度化した場合は、再度、家族と話し合い、対応を決めている。利用者は食事が摂れなくなると入院し、入院が1ヶ月続くと退所に繋がるなど説明している。	
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	急変時のマニュアルを作成し職員が周知徹底している。救急救命講習会を受けている。		
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	消防計画を作成し地元の消防署の協力を得ながら避難訓練、通報訓練を行っている。運営推進会議で区長を通じ地域の方々に協力を頂いている。地域の防災機関団体との連携を図っている。又、救命救急も更新している。	避難訓練は年2回消防署の協力のもとに行っている。自主的な訓練も火元を変えたり、建物崩壊、台風など想定しながら毎月行っている。通報・消火訓練の他、スモークを焚いて煙体験を行い、区長を中心に地元と連絡網を敷くなど協力体制が整えられている。	

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	利用者の生活歴を把握し一人ひとり意志を尊重しながらコミュニケーションをはかりその人らしい生活ができる様、支援している。	利用者への呼びかけは、さん付けを基本にしている。居室に入るときはノックを3回し、声かけしてして了解を得てから入室するなど、利用者を尊重し、誇りやプライバシーに配慮しながら取り組んでいる。	
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	利用者が自分から思いや希望を言えるような信頼関係を築き自己決定ができる様に努めている。		
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、その日をどのように過ごしたか、希望にそって支援している	一人ひとりのペースを大切に、見守りながら、できる範囲で希望に添えるよう心がけている。		
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	一人ひとり馴染みのあるものを持ってきて頂きその人らしい身だしなみができる様に支援している。又、馴染みのある床屋に行ける様家族に働きかけている。		
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	個々の状態や嗜好に合わせてできる事を職員と共に行っている。ゆったりとした雰囲気の中で楽しく食事ができる様見守っている。	利用者と共に食事をしながら、何が食べたいか、好みや嫌いを聞きながらメニューを作っている。糖尿病の気がある利用者には、食材・味付けに注意を払っている。行事食も実施し、花見弁当を楽しんだり、家族協力で外食に出かけている。	
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	一人ひとりの食事量、水分量を記録し旬の食材を取入れ栄養バランスを考え献立を立てている。		
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、声かけ見守り確認をしている。又、夜間は義歯を預かり洗浄剤を利用し清潔を保っている。		

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	一人ひとりの排泄チェック表を参考に失敗や排泄用具の使用を減らすようトイレの声かけをしている。	目標はトイレでの排泄としている。チェックシートを参考に一人ひとりのパターンを把握して、自分で行けるか、声掛けが必要なのか、衣類の上げ下げなどの部分介助をしながら自立に向けた支援をしている。	
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	排泄を記録し飲食物の工夫や運動を取り入れ、便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりの体調や好みに合わせ湯加減や入浴順番を考慮し入浴を楽しんで頂いている。	一番風呂で入りたい、もう少し後で入りたいなど利用者の様々な希望を調整しながら気持ちよく入浴できるよう支援している。しょうぶ湯やゆず湯の他、日常は入浴剤で色と香りを楽しんでいる。	
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	安眠を促す為、日中の活性化に努めている。(レクリエーション、体操等)		
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	一人ひとりの処方箋を理解し、職員が毎回服用の確認をしている。		
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	一人ひとりの好む事を引き出し楽しみながら出来るよう助言し寄り添いながら行っている。		
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	天候、体調に合わせて行っている。蕎麦祭り、地区敬老会等も含め、家族の協力を得ながら、外出支援を働きかけている。	周辺の散歩や屋外での日光浴を楽しんでいる。地域の認知症カフェには車イスや徒歩で参加している。花見や紅葉狩り、裏磐梯へのドライブにも出掛け、受診の帰りの買い物など日常的な外出を支援している。	

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	お金は基本お預かり管理している。		
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	希望があった際は電話で連絡をとって頂いている。又、手紙のやり取りの支援を行い家族とのつながりを大切にしている。		
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	利用者が集まるホールには、一緒に作った飾り物を配置したり季節の花を飾り日常生活が居心地のよい環境作りや温度調整に努めている。	建築に木材を使った温かみのある共用空間の居間では一人ひとり好みの席でゆったりと過ごしている。利用者はよく磨がかれた居間や廊下を、つまずきを少なくするためスリッパを履かず歩きやすく移動している。	
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	気の合う人同士を隣席にし会話がはずむよう工夫している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	入居前に馴染みのあるものを持って来てもらう様声掛けしている。	居室の壁には、家族の写真や利用者自身の写真が貼られている。持ち込まれた筆筒はそれぞれ使いやすい位置におかれ、季節の衣類の入れ替えも職員と共に行っている。	
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	見守りを強化し、一人ひとりの安全を保ち残存機能を引き出す様な支援をしている。		