

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	0390100063		
法人名	有限会社メルシー		
事業所名	グループホームメルシー長橋		
所在地	岩手県盛岡市長橋町3-47		
自己評価作成日	平成22年2月18日	評価結果市町村受理日	平成22年6月4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	「介護サービス情報の公表」の公表後にリンクします。
----------	---------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(財)岩手県長寿社会振興財団
所在地	岩手県盛岡市本町通3丁目19-1 岩手県福祉総合相談センター内
訪問調査日	平成22年3月1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)】

定期的にお茶や日本舞踊、コーラスなどのボランティアさんが来訪し、楽しみの1つになっています。その他、ゆったりご本人様がくつろげる時間と、みんなで行うレクリエーション、個別に行うレクリエーションなど強制ではなく、生活に張りをもてるような支援を行っています。

【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)】

介護計画を実践して行く中で、支援が有効に行われているかを会議の中で検討をしながら利用者の状況を踏まえ、それを部屋担当職員が手紙や写真等で、毎日家族に知らせている。モニタリングをしっかり行い、次の介護計画の見直しにつなげている。医療連携体制を確立し、協力病院及び訪問看護ステーションとの連携で、利用者健康面への配慮が充実している。

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、生き活きと働いている (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票

[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	「ゆっくり いっしょに たのしみながら 一人ひとりのその人らしさを大切に」の理念を毎日確認し合いケアに生かせるようにしている。	理念は、グループホームメルシー長橋の利用者に対する支援活動の原点であり、常にその内容を頭に置き職員は支援に当たる。毎日の唱和を通し共有の一助としている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入しており、地域の行事への参加や、近所の方などに挨拶したりしている。	地域の長橋自治会に加入し、総会、除草作業などの自治会活動にも参加している。今年度は敬老会にも招かれたがインフルエンザで実現出来なかった。ホームとしても広報「メルちゃん」を配布している。	
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	認知症について広報にのせるなどこれからの課題にしていきたい。		
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	利用者状況や、活動状況など報告。皆様からも意見を頂きサービス向上に活かしている。	ホームの現状報告と今後のあり方について話し合いをする中で、委員から提言を頂いている。自治会主催の敬老会への参加と、利用者や職員と一緒に外食レクなどは委員である自治会長さんや、しいのみホーム長さんの提案である。	
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	運営推進会議の状況報告や、抱える問題等あれば相談している。	市の担当者には、ホームの状況をファックスや電話で報告している。内容によっては直接相談に赴いている。	利用者やサービス現場がどのような状況にあるかを伝え、サービスの質の向上のためのあり方を共有しつつ協働で取り組むために、市の担当者とのコミュニケーションを強めるため直接会う機会を多く作ることに期待したい。
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「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	身体拘束廃止に関する研修会に管理者が参加し、職員会議などで学習会を行ったりしている。玄関の施錠については夜間の安全対策以外は行っていない。	管理者が身体拘束廃止の研修内容を全職員に伝講し、取り組みについて共有し、実践している。特に言葉での拘束が無いように注意している。	
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	常日頃からそのようなことが無いように、職員会議や申し送りなどで確認している。		

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	成年後見制度活用している方がおり職員で制度について学習する機会を設けている。		
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	契約時には書類を持って説明し、十分な理解と納得の上、契約している。疑問等あればそのつど話し合いをし理解を得ている。		
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	重要事項説明書にホーム内外の相談窓口を記載している。運営推進会議が、面会時などでご家族からの意見や要望を聞くように心がけている。	家族が来訪した時に、直接意向を聞いたり運営推進会議などで聞いている。頂いた意見、要望については、可能な限り運営に反映できるように努めている。	
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	月1回職員会議を設けそのつど職員の意見や提案を聞き、運営に反映させている。欠席者には文書で意見をもらっている。	職員からの意見は色々あり、運営に反映させている。例えば、利用者と職員が参加する温泉レクなど、職員からの提案で実施されたものである。	
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	代表者・管理者との面談を年2回実地。給与面や、待遇面を改善、向上心や、やりがいをもって働けるよう努めている。		
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	経験年数に応じてなど研修の案内等あれば人選しケアの向上なるよう研修機会を確保している。施設内研修は月1回の職員会議後に毎月テーマを決め勉強会を行っている。		
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	グループホーム協会の県・支部などを通じたネットワーク作りを行っている。定例会やブロック会議などに参加することで交流を図り、情報を聞くことで他施設からの学ぶ点も多く、サービスの質の向上につながるようにしている。		

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
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	話をよく聞くことによって、本人の思い・不安なことや要望など随時聞くように努め、安心して生活できるよう努力している。		
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	見学時や、利用申し込みの際など不安や、困っていること、要望などお伺いすることで関係作りに努めている。		
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	見学時にホームの概要などを説明。ご家族様が現在困っている事があればアドバイスしながら、地域包括センターなどの紹介などしていきたいと思う。		
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	ゆっくり、一緒に、楽しみながらを理念に、出来ることを大事にし、生活を共にする関係を大切にしている。		
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	毎月、居室の担当より近況報告を個別で手紙として送っている。ケアプラン見直しの際も要望等を聞きプランに入れている。		
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	友人、知人、近所の方、ご兄弟などの面会をご家族の協力の下、お願いしている。遠くにいる家族には暑中見舞いや年賀はがきなど希望者には書いてもらいだしている。	昔からの馴染みの床屋さんに行くことを支援したり、青山町でのチャグチャグ馬コや、マリオス前さんのさ踊りに出かけたりする中で、楽しんできた催しものにも触れる機会を作り出している。	
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	利用者同士の関係がうまくいこう仲介役になったり、トラブル回避できるよう支援に努めている。		

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	以前そのような方がおり、在宅に帰られてからも電話などでその後の経過などを聞いたりしていた。現在は対象になる方はいないが、今後生じたときには関係性を大切にしていきたい。		
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	日常生活の中で一人ひとりの思いや希望、意向など把握できるような表情や言動なども観察しケアに役立てていけるようにしている。家族やご本人の希望など取り入れながら介護計画を立てている。	利用者と職員との信頼関係が強まり、好ましい人間関係が築かれるような雰囲気づくりに努めながら、利用者一人ひとりの言葉や動作から意向の把握に努めるようにしている。	
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	利用開始時、ご家族やご本人から生活歴を聞き取り職員間で共有している。話の中で新たにわかったことなども職員間で共有できるよう記録するようにしている。		
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	申し送りで確認している。異変あった場合は介護日誌や、個別日誌などに記入し職員間で共有できるようにしている。有する能力を見極め、引き出していけるよう支援に努めている。		
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	ご本人、ご家族の意向を大切に、職員間で話し合い現状に即した介護計画を作成している。	計画を実践する中での職員全員のモニタリングやカンファレンスを大事にしている。その結果や利用者の日常の様子など、部屋担当の職員が毎日家族に手紙と写真で報告をしている。また、家族の来訪時にも伝えている。	
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	個別の記録があり、日々の生活の様子を記録するとともに、新たな気づきなどあれば利用者様申し送りノートを活用し職員が共有し、介護計画の見直しなどに活用している。		
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	ご本人やご家族の意向を伺いながら美容院への送迎や通院の支援など行っている。また、事業所の特性を活かし実習生の受け入れをしている。		

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
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	避難訓練時には消防署を招き行っている。		
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	ご本人・ご家族の意向にてかかりつけ医を決めている。意向がなければ、協力病院にお願いしている。眼科や、皮膚科などについてもそれぞれのかかりつけ医を利用している。	協力病院以外のかかりつけ医を持っている利用者は現在3名おり、通院介助は原則家族が行うことになっている。医療連携により、協力病院から月1回の往診、看護ステーションからは週1回の訪問健康チェックを全利用者が受けている。	
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	訪問看護ステーションと契約している。週1回2時間の訪問がある。その他24時間体制で相談・助言できる体制をとっている。		
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。	入院時には入院先へ日々の生活状況などを提供し、お見舞い時など医師や看護師などに情報を頂いたり、ご家族からも情報を得るなどして関係作りを行っている。		
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	重度化や終末期のあり方について「医療連携体制に関する指針」にて契約時に説明している。職員にも対応できるよう方針を共有している。	重度化や終末期に向けた「指針」を持ち、職員全員で学習と共有に努めている。利用者や家族に対しては、利用開始時に「指針」を説明し、それに伴う看取り介護計画についての理解と同意を得て、その都度相談をしながら支援する体制にある。	
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	職員は消防署の救命講習をパートも含め受講している。その他、緊急時における対応マニュアルを作成しており、それに基づき対応している。		
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	消防署立会いの避難訓練は年2回実施。その他、通報訓練・夜間、日中を想定しての避難誘導など自己訓練を定期的に行っている。	今年度は消防署立会いの避難訓練は6月23日(夜間想定)と9月30日の2回実施した。また、部分的訓練は毎月行っている。運営推進会議では地域からの協力についての提言も頂いた。	運営推進会議で自治会長さんから提言のあった、ホームから自治会への連絡網の作成を速やかに実現するとともに、その他地域住民や地域消防への協力についての取り組みに期待したい。

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
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	一人ひとりのその人らしさを大切に、声かけや対応に注意をはらい誇りやプライバシーを損ねないよう心がけている。	日ごろ、利用者と接する場合、声かけや対応をさりげなく行うことに注意を払っている。利用者の個人情報については責任ある管理をしている。	
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	希望や、思いをがあれば、かなえられるよう支援している。日常生活の中で、お手伝いなどお願いする時など強制的ではなく、「～してもらってよろしいですか？」など意思の確認できるような声かけをしている。		
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、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	ペースに合わせた支援をし、その時の思いや希望にできるだけ沿えるようにしている。		
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	入浴準備時は出来る限り利用者さまと一緒に衣類を選んでいる。美容院の希望があればヘアカタログでこんなふうにと選べるような配慮も事前に行っている。		
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	なるべくキッチンに入っていただくよう声をかけている。身体状況などで座りながらも食事準備できるよう盛り付けをお願いしたりと何かしらで係るよう支援している。食器拭きは利用者様が毎食後必ずやったださっている。	食事の献立は、利用者一人ひとりのアセスメントや職員のモニタリングを参考にしている。食事の準備や片付けは、利用者が出来ることをそれぞれやるようにしている。茶のみ茶わん、飯茶わん、箸は自分のものを使用している。	
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	食事量・水分量ともにチェック表があり、摂取状態の把握に努めている。一人ひとりの状態に合わせてロミをつけたり、味噌汁をお湯で薄めたりなど対応している。		
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、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	毎食後声かけにて、口腔ケアを行っている。職員が見守り、安全に、かつ確実に出来るよう個人に合わせた支援をしている。就寝時には、義歯洗浄を毎日行っている。		

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	利用者様一人ひとりの排泄パターンの把握や、行動の変化に注意を払い、羞恥心に配慮しながらケアにあたっている。できるだけトイレでの排泄を続けられるよう支援している。	排泄確認表によって、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し支援している。現在介助なしでトイレ使用する利用者は3名である。	
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	毎食のご飯に糸こんにゃくを混ぜることで、少しでも便秘の改善につながるよう支援している。生活の中でも出来るだけ体を動かすようにしている。		
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	週3回入浴している。バイタル異常があった方は再検し体調確認してから判断している。声をかけ希望時間にそった入浴が出来るようにしている。	入浴時間帯は決めておらず利用者の希望に応じている。週3日、火、木、土を入浴日にしているが、弾力的に行なっている。	
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	利用者さまが無理なく過ごしていただけるよう、自由に自室で休めるように配慮している。		
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	服薬内容が書かれた書類は個別でファイルにて保管し、随時確認できるようにしている。服薬時には、介助や見守りなど個々に応じて確実に服薬確認している。症状変化あればその都度、医師や、薬剤師に相談し指示を頂いている。		
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	生活歴や、趣味などを活かした支援ができるようにしている。調理や、掃除、洗濯物たたみなど一緒に行ったりしている。定期的なボランティアさんの訪問があり楽しみある生活が送れるよう支援している。		
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	その日の天候や、体調に合わせ希望にそって外出支援をしている。今年度はインフルエンザの流行もあり外出を自粛した経過がある。来年度は希望に沿った外出支援ができるようにしていきたい。	今年はインフルエンザの流行で思い通りの外出支援が出来なかった。いつもは、ホームから30分ほどの近隣公園に散歩することを日常的に実践してきた。是非今後も続けていって欲しい。	

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
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	買い物時や、外食レク時などご自分で支払っていただけるよう支援している。		
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	希望があればいつでも対応している。遠くに住んでいるお孫さんと手紙のやり取りが続けられるよう支援している方もいる。		
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	廊下などには安全面を考え物を置かないようにしている。食堂や、居間には季節感があるものでそのつど飾り付けをし、レクなどで作成した物や写真など飾っている。乾燥時期には加湿器の設置や、洗濯物を干すなどして居心地よく過ごしていただけるよう工夫している。	食堂や居間などの共有空間には、利用者が作成した貼り絵などの作品や、畳敷きの間には盛岡山車の刷り絵を飾るなど、なごみのある空間づくりに努めている。全体に清潔である。	
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	玄関ホールに長いすを置いており、独りになる空間作り・居場所の工夫をしている。		
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	利用開始時には使い慣れたものや、なれ親しんだものを持ち込んでいただくようご家族に説明している。畳で暮らしてきた方であれば、畳も持ち込んでいただくなど、ご本人が居心地よく過ごせるようご家族の協力のもと支援している。	各居室でホーム側の備え付け品は、整理棚とカーテンのみである。利用者と家族は、ベットにするか畳の上で布団にするか選ぶことができる。テーブル、衣類の整理ダンス、壁の飾り、等々工夫持ち込みしながら個々の居室づくりをしている。	
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	手すりなどを利用して自立した歩行が出来るよう支援している。歩行状態に応じて手引き歩行や介助をし安全歩行に配慮している。		