

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	1090500206		
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームもみじ		
所在地	群馬県太田市大原町 2236-3		
自己評価作成日	平成27年1月19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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市富士見町小暮 704-2		
訪問調査日	平成27年2月5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)】

明るいホームを目指し、写真の掲載や作品を展示する事でアットホームなホーム作りをしている。写真の掲載をする事で家族からも行事などの風景が見れて良いと喜ばれている。また、買い物や散歩の機会を増やし、地域に根強く密着する事を目標に挨拶や声掛けをし地域の方と交流し、住み慣れた地域にて生活が継続できるよう支援している。最近では民生委員の方の協力、区長さんの協力もあり、ホーム内にて地域の方によるフラダンスや日本舞踊の発表会なども行っている。運営推進会議を活用し外部の意見を取り入れながら認知症やグループホームを理解して頂けるよう努力し、開かれたホーム作りをしている。入所者の方に対しては行事や交流会、外出などを楽しみを生活に入れることにより張り合いのある生活になるよう取り組んでいる。一人ひとりを職員がよく理解できるように職員会議の他申し送りノートを活用しよりよいケアが出来るよう努めている。

mata
地域に開かれた事業所づくりが定着している。日常的な挨拶やご近所つきあひに加え、市内循環バスの停留所や市民(障害者・高齢者・児童等)の駆け込み寺としても登録され社会的役割も果たしている。地域住民から入居に限らず相談があった場合には、『その人にとってどのようなサービスが必要なのか』という視点に立ち、地域の他の高齢者サービス事業所とも連携することに力を入れている。日々の業務においては、利用者・家族との信頼関係の構築に向けて、理念に立ち返りコミュニケーションを重視して不安や苦情をしっかりと受け止め、事業所の運営に生かせるよう努力している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	理念を設定し掲示及び各自で所有し、その理念をふまえて個別支援を基本としたサービスの提供が出来るよう職員会議で唱和、実践に努めている。	日々の業務に活かせる理念を職員で話し合い、作り上げた。利用開始の際には家族にも理念を説明している。理念とともに毎月ホームの目標も立て、職員の意識の方向性を一致させるよう努めている。	
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	地域の清掃活動やお祭りへの参加、地元の幼稚園児との交流の機会を設けている。	日常的な挨拶や野菜を頂いたり行事に参加することで地域住民との気軽な交流を大事にしている。ホーム自体が巡回バスの停留所等になっており社会的役割も果たしている。ボランティアの来訪もある。	
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	運営推進会議にて話し合い理解や支援をお願いしている。近隣の住民の方にグループホームの役割や内覧等の説明会を開催している。		
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	運営推進会議の話し合いにて出された意見や要望をサービス向上に活かしている。会議録を全家族にお渡ししている。	家族にも毎回電話で開催を知らせており複数の家族が参加している。行政関係者の欠席が1度あった。区長宅には利用者と一緒にお知らせを届けている。意見は前向きに取り入れている。	行政関係者の参加は予定者の変更も含め、毎回参加してもらえよう働きかけていきたい。
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取り組んでいる	運営推進会議に出席して頂き事業所の取り組みをお伝えし、意見を頂いている。元気お年寄り課に積極的に接点をとり情報交換している。	法人の担当者が必要に応じて行政窓口に向き、連携を取り合っている。行政からの急な利用等の依頼にも応じている。	
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	職員会議や勉強会で取り上げマニュアルを正しく理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	『自由に生活できるとはどういうことか』をテーマに、物理的・心理的・言葉による拘束をしないケアについて学習した。玄関の施錠について運営推進会議でも論議をした。現在は施錠はしていない。	
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	職員会議や研修の実施、日々の話し合いにより全員で問題の共有を図り虐待の防止に努めている。		

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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、必要に応じて提案や支援を行うようにしている。		
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	重要事項説明書及び、運営規程や利用契約書を基に、契約時・解約時に説明を行い理解や納得を図っている。また、その後の不安や疑問にも対応している。		
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	定期的なアンケート調査の実施、家族面談や意見箱の設置により家族の意見・要望の収集に努め運営に反映させている。	年1度のアンケートと年2度の家族面接を実施。家族の不安や不満をいつでも受け止めようと意識し取り組んでいる。出された意見は改善している。(職員の顔と名前が解る掲示板の設置等)	家族から出される意見が苦情から建設的な意見に変わっていることが実感されており、今後も継続した取り組みを期待する。
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	管理者は職員会議を月に1回実施し、意見交換を行い提案を聞き業務へ反映させている。代表者は管理者会議や人事考課の面談時、意見を聞く機会を設けている。	毎月の会議・申し送り・ノートの活用・日常的な話し合いを行い職員の意見を確認している。毎月職場目標を立て、方向性の一致を図っている。休日の希望も確認している。	
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	各自で目標を設定し、年2回の人事考課の際評価を行い常に向上心を持って業務を行えるよう努めている。		
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	法人内外の研修・勉強会への参加を積極的に勧めスキルアップを促している。研修委員会や教育委員会による法人の全体的な研修の機会を設けている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会の研修等の利用や、スキルアップ研修による他ホームへの相互訪問等の活動を行い、サービスの向上を図っている。		

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	入所時面談を行い利用者様やご家族様から過去の生活歴や不安なこと・要望等を聴取し個別支援が実践できる様努めている。		
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	面談等、ご家族様との話し合いの中で利用者様に対する悩みや不安なこと要望等を伺い、ご家族様の立場を尊重し相談に乗るよう努めている。		
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	グループホームの利用をふまえ必要に応じ、他のサービス利用も勘案しながら対応に努めている。		
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	本人の状態を理解し、能力が活かせるよう介護を行っている。職員は可能な限り利用者様に寄り添うよう心掛けている。		
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	電話での連絡、面会時の報告・相談など密にし信頼関係を築けるよう努力している。		
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	面会時ゆっくりと楽しく談話して頂けるよう、ホールソファ、居室で過ごして頂いている。ご家族様との連携により、馴染みの場所への外出等の支援に努めている。	家族などの面会時はこたつやソファでゆっくり過ごしてもらおう。地域の行事で昔の仕事仲間や友人に会うこともある。家族との外出・外食、毎週『集い』に参加している利用者もいる。	
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	利用者様個々の状態を把握し、孤立せず利用者様同士が関わり合える様、職員が仲介者となり利用者様が主体的に生活できる様支援に努めている。		

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	やむを得ず入院が長期になったり他の施設に入居した場合でも、本人の生活歴のひとつとして対応する。退所後も要望があった際には対応して行くよう努めている。		
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	毎月のカンファレンスや利用者様、ご家族様の話や希望を通して意向の把握・希望に添えるよう努めている。	利用者の思いを受け止めることはむずかしいと自覚し、日々の関わりや生活史を考慮した取り組みをしている。家族からの情報や意見も参考にしている。	
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	家族面談等で話を伺い、生活歴を把握し支援を行っている。		
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	記録や、朝・夕の申し送り等の中で一日の生活状況を把握し、状態変化に対応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	利用者様、ご家族様と話し合い、ケアカンファレンスにて意見交換し介護計画を作成している。	毎月モニタリングを行い、介護計画は3か月ごとと随時の見直しをしている。アセスメントや担当者会議も実施。家族への説明や職員の情報共有をさらに深めていきたいと考えている。	
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	日々の様子や変化、気づきなど正確なケア記録を記すよう心掛け、情報共有をし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	利用者様の状況の変化、ご家族様の希望等に応じて支援を行っている。		

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
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	避難訓練では消防署にご協力いただき、地区のボランティアや幼稚園の慰問をたまわり、祭りへの参加等を通し交流を図るなどしている。		
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	本人の主治医との継続性を大切にしているが、要望があれば協力医による月に2回の往診や週に1度の健康管理を行う看護師と連携し、支援している。	それぞれの希望するかかりつけ医への受診継続を支援している。協力医の往診が2週間に1度ある。以前からのかかりつけ医や歯科受診は家族にも協力をいただくが、ホームでも支援している。	
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	利用者様の体調や身体の変化等、気づきがあった時など、連絡し指示を仰いでいる。また週に一度の医療連携看護師のチェックを受け連携ノートや往診ファイルを使い情報共有に努めている。		
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。	地域医療と協同し互いの役割が果たせるよう普段から介護施設や医療機関と連携を取っている。		
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	変化に応じ主治医・看護師へ連絡・相談をしご家族様と相談し終末期へ向け方針を共有しチームで支援に取り組んでいる。	重要事項説明書にホームとしての指針を提示している。看取りの支援経験もあり、職員間でも討議を重ねている。	
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	AEDを設置し、職員が救急救命講習を受け、知識を身に付けている。		
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	毎年2回消防署指導のもと、日中と夜間両方を想定した避難訓練を行っている。その他、毎月職員・利用者様にて苑内の避難訓練を行っている。	年2回の総合訓練以外でも、運営推進会議の際に組み入れながら毎月防災自主訓練を行っている。水や米の他非常用セットも用意している。	

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
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	個別対応をしプライバシーや誇りを損ねることのないよう、さりげない誘導や声かけなどの配慮を行っている。	利用者の状況に応じ声の大きさや声のかけ方を変えた対応を配慮している。呼称については確認をとっている。	
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	利用者様との時間を多く持つようにし、潜在している要望・希望を引き出せるよう対応している。		
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	一人一人のペースや希望を尊重できるよう見守り、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	起床後の整容支援、外出や行事前など要望時に支援を行っている。		
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・準備・片付けなどできることを積極的かつ主体的に行って頂いている。また献立も日々の会話を通し要望を取り入れている。	食材は週2回宅配業者の物を利用しているが、誕生日会やおやつを含めそれ以外は利用者の希望を取り入れたメニューを立てている。お楽しみ弁当を利用することもある。	飲み物の選択や状況に応じた食事開始のタイミング、デザート用のフォークの用意など個人の自由な裁量ができる場面も支援方法として検討してはどうか。
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	水分摂取量、食事量チェック表を確認し水分量の少ない方には摂取して頂くよう管理・支援している。		
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、口腔ケアを行い、義歯は夕食後消毒している。		

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	自立支援を念頭においた対応を行っている。トイレ誘導を排泄パターンに合わせた声掛けで行っている。	排泄はトイレを基本に、それぞれの排泄パターンを把握し、声掛けや誘導を支援している。パットなどの利用枚数も減っている。パットなども段ボールやタンスに保管し、取り扱いにも配慮している。	
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	無理のない範囲で毎日の運動・体操を行い、食事面でも野菜を多くメニューに加えている。		
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	本人の希望を尊重して、いつでも入浴できる体制をとり、週に2回は少なくとも入浴して頂いている。	毎日入浴支援できる体制をとっている。ゆっくりの入浴や浴室外での見守りなど希望に応じた支援をしている。入浴をしない日でも足浴や清拭・着替えをしており、靴下は毎日交換している。	
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	安楽に就寝できるように、日中の刺激を個々に応じた対応を取り、昼夜逆転にならぬよう働きかけている。		
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	職員一同、内服薬における理解を深めるため徹底し、誤薬等ないよう申し送り確認を行っている。		
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	週2日の買物同行や、得意分野を活かし、昔病院のシーツ交換仕事していた方には週1のシーツ交換時に主動的に行って頂いたり、キレイ好きな方に化粧品の提供など行っている。		
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	毎日の声かけを個別にすることで本人の希望を読み取り、家族へ伝え外出・外食へ行ったり、行事で行きたい場所決めを考えたりと努めている。	日常的に食事の買い物や散歩・運営推進会議のお知らせ配布等で出かけている。花見など行事を組んで外出もしている。家族と出かける利用者もいる。	

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	管理はホームで担っているが希望がある際には個々人の意思を尊重し使えるような見守りや代行をしている。		
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	仲介支援としホームとしては個人の意思を尊重しながら対応している。		
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	季節に応じ装飾などを施すことにより、生活感や季節感を感じるよう努めている。	館内からは外の景観が見渡せ、開放的である。温度・湿度・臭いなど快適な環境づくりに配慮している。利用者のオルガンを共有スペースに置き、レクリエーションで活用している。	
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	個々人が自由に過ごせるようにソファの位置や、イスの位置など空間づくりに努めている。		
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	居室では家庭的な気持ちを活かすために、馴染みの小物などを持参していただき居心地が良いようにしている。	個性に富んだ居室が多い。自宅での生活と同じように家具や日用品があり、個人で新聞を定期購読したり趣味を楽しむなど有意気に過ごしている様子がうかがえる。	
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	安全でなおかつわかりやすいホーム整備に充分配慮している。		