

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	0270201114		
法人名	バンドーウエルフェアグループ株式会社		
事業所名	グループホームバンドー弘前		
所在地	青森県弘前市西城北二丁目3番11号		
自己評価作成日	平成23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	http://www.aokaigojyoho.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0270201114&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成23年2月16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)】

受診介助の際は専門のドライバーにより、スタッフは外出時においても入居者様を安全に介助できます。また、一週間に一回医療連携先の訪問看護ステーションより訪問看護師の派遣があり、健康チェックにより必要な処置を行ったり、アドバイスをもらい日々の健康管理を行っています。更に長い年月の経過において、体力の低下によりグループホームでの生活が困難になった場合は、法人の有料老人ホームの紹介も行っていきます。その人らしく、落ち着き、穏やかに過ごせるようなグループホームを目指しています。

【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)】

ホームは住宅街に位置し、周囲に商店や企業も多く活気に溢れた環境にある。敷地内が地元住民の通り道になっている事から、自然に挨拶を交わしたりと交流が保たれている。法人の「親孝行」という理念を基に、心の平穩にウェイトを置いたホーム独自の理念を掲げ、管理者を中心に対応姿勢の方向性を統一し、日々の生活場面で具現化されている。利用者の表情も穏やかで、各自の持つ力を生活の中で発揮されるように、職員は細かく目配りや気配りを行い、うまく残存能力を引き出し、主体的に有用感を持って暮らせるように工夫している。医療面でのサポートも強力で、系列の訪問看護事業所により定期的に健康管理が行われ、変化の早期発見・早期対応で安定した状態の維持を支援している。家族の意見を反映させ、安心出来る環境と体制を検討し、前向きに取り組んでいる。

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りや深まりがあり、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	地域密着型サービスの役割等を念頭に、理念を作り把握している。日々、試行錯誤しながら実現に取り組んでいる。	法人の「親孝行」という理念を基に、利用者希望を取り入れ、職員全員で考えホーム独自の理念を作り上げている。地域・平穏・笑顔をキーワードに、地域交流を實踐し穏やかな環境と生活が展開されている。	
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	日頃より近隣の方へも挨拶を励行し、運営推進会議において、町会長・民生委員・児童センター館長に参加して頂き、児童センターの行事に参加させて頂いている。	町会に加入している。ホームの敷地内が近隣住民の通り道に利用されており、挨拶や日常的な関わりは保たれている。又、地元児童館との交流も活発で、利用者の楽しみのひとつとなっている。	
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	運営推進会議は、何でも話し合えるような雰囲気とし、サービスの実際などの報告や、意見をサービスに活かせるようにしている。		
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	運営推進会議の議題として取り上げ、今後の改善等について検討した内容も伝え、意見をもらうようにしている。	メンバーは定着し定期開催されている。家族から生活に対する希望が出され改善に至ったり、近隣住民に認知症状がみられるという情報を得、地域包括支援センターに繋ぎ支援開始となった事例もあり、活発に意見交換が行われている。	
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	市町村へグループホームのパンフレットを配布している。また、外部評価の結果報告や、2ヶ月に1度の運営推進会議にも参加して頂き情報交換も行っている。生活保護受給者は、適宜ケースワーカーと連絡を取っている。	生活福祉課の職員が年2回ほど訪問し、利用者の現況確認を行っている。市担当者は運営推進会議に参加する他、ホーム側からの相談や要望に対応している。	
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	身体拘束の内容やその弊害について全職員が理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	玄関の施錠は夜間のみで、日中の出入りは自由である。拘束防止については内部研修を行い、職員間の意識も確立されている。家族からの希望で、立ち上がり用にベッ柵を使用している方は居るものの、拘束の範疇とは判断されない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待の防止は、年間の研修計画にも組み入れ、全員で確認している。管理者は、日々の声掛け等、観察し防止に努めている。		

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	年間の研修計画に組み入れ学習している。また、制度を活用している方も居り、必要時関係者に説明している。		
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	契約時は、契約書や事業所の理念やサービス内容等を説明し、希望を必ず聞き家族の不安や疑問点が少なくなるようにしている。解約時は、説明・情報の提供を行い納得を得ている。		
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並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	苦情受付などは、入り口に苦情箱を設置していると共に契約書に明記し説明している。利用者の意見も受容・傾聴している。運営推進会議や面会時にも、意見・要望等を頂き運営に反映している。	契約の時点で、運営規定を基に、苦情受付の体制や窓口(ホーム・行政・国保連等)の説明を行い了承を得ている。玄関に設置している苦情箱は利用された事がなく、行政報告の事例もない。	
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、カンファレンスや日々の会話より聞き入れ必要に応じて業務等に反映させている。運営については、グループホーム事業部のケアマネージャーが管理者からの意見等を代表者に伝えて検討してもらえるようにしている。	日々の業務のやり取りを通し、管理者は職員に考えてもらえるような質問を行い、意見やアイデアを引き出し、運営に反映させている。	
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	キャリアパス制度の導入により、向上心をもって働けるように努めている。また、個々の勤務状況やスキルは、管理者を通じてグループホーム事業部のケアマネージャーが代表者に伝えている。		
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	管理者の経験年数やスキルに応じて、より専門性のある認知症研修を受講させている。職員には法人内外の研修の受講機会を確保している。職場内研修は年間計画をたて、年12回行っている。		
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に加入し、研修等に参加しながら、他事業者の職員と情報交換している。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	本人の困っている事や不安な事を受容・傾聴し、安心して頂けるようにしている。また、信頼関係が築けるよう努力している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居受付担当者が相談の受付し、説明後、サービス利用時には、管理者が困っている事や不安な事等に耳を傾け、関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	面談の段階で見極め、安心出来るサービス提供に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活を共にしているので、人生の先輩として尊重し、考えを聴いたり、出来る事は一緒に行なう等関係を築いている。		
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置かず、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	本人・家族双方の近況や情報を得、共に支援している。ご家族にも必要時本人への支援等を行なって頂く事もある。		
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	知人の面会や電話・手紙等も、出来る様にし、関係が途切れないように支援している。	知人・友人と手紙や年賀状等のやりとりがあり、本人が記入困難な場合は了解を得て職員が代筆し、関係を絶やさないように支援している。又、墓参の支援も行っている。	
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	利用者の体調にあわせ、一緒に出来ることを行い、孤立しないよう努めている。職員も適宜介入する様にしている。		

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	サービス終了後も相談に応じており、状況に応じて法人内で連携しながら相談・支援をしている。		
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	一人ひとりの思いや意向を把握している。また、困難な場合は家族にも協力して頂き検討している。	日頃の行動や表情を観察し思いを汲み取るように対応している。又、選択肢を提示して希望を確認したり、普段と様子が違う時等は、傍に付き添い、じっくりと時間をかけ傾聴に努めている。	
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	利用者や家族より生活歴や暮らし方・生活環境等の情報収集に努めている。		
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	1日の生活リズムを把握している。また、有する力を発揮出来る様に支援している。		
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	利用者や家族から要望等意向を伺うと共に、職員や医療連携連携先の訪問看護ステーションの看護師より意見やアイデアをもらい、ケアプランを作成している。	本人の希望については、普段の会話の中から意向を引き出し、気づきの視点を高め、家族の要望については面会時や電話にて聞き、介護計画に盛りこんでいる。	
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	ケアの実践・結果、気づきや工夫等記録し、申し送り、情報を共有している。また、ケアプランの見直しにも活かしている。		
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	訪問看護の導入により、健康面のサポートをしている。また、受診時・外出時の送迎支援を行っている。		

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	運営推進会議を利用し、町会長・民生委員・児童センター館長に協力を呼びかけ、安全で楽しめるような支援している。児童センターの子供達との交流や地域の方による「読み聞かせ会」等がある。		
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	入居前より受診していたかかりつけ医はそのまま継続し、適宜、必要な医療を受けられるよう支援している。	かかりつけ医の受診継続を支援している。又、希望に応じて職員が付き添い、専門医の受診を確保している。結果については、専用の受診記録ノートに記入し、職員間で情報の共有を図っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	職員が気づいた事や情報より、訪問看護師に相談したり、適切な受診出来るように支援している。		
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、また、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。	入院時安心して治療出来るよう、家族へのフォローをしている。また、適宜、面会し状況の把握に努め、早期退院出来るよう支援している。		
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	重度化した場合や看取りの指針もあり、入居時より説明している。また、家族と話し合い、方針を決定し共有している。	状態が悪化した場合は、家族の希望によりほとんどが入院となっており、実例は無いものの、重度化と看取りのホーム独自の指針を作成し、契約時に説明を行い、体制を明確にしている。	
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	応急手当の訓練は、普通救命救急講習を受講している。また、救急時の対応マニュアルが掲示してあり、支援出来るようにしている。		
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	定期的に設備の点検をし、避難・誘導訓練の実施をしている。また、保存食の確保もある。運営推進会議でも議題とし、災害時の避難場所を確認している。	消防署の協力で避難訓練と定期点検を実施している。有事の連絡は隣接の本部が窓口になっている。但し、ホーム職員の連絡網や地区の分団との協力は無く内部構造や利用者の特性に配慮した避難の実践には課題が残る。	災害発生時は、速やかな避難と連絡が同時に求められます。日頃から地区分団と関わりを持ち、有事の際の協力体制を強化すると共に、職員の連絡網の整備を望みます。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	個人の人格を尊重し、プライバシーに配慮した言葉かけや対応している。	管理者は日常的にプライバシーの扱いに留意するようミーティング等で確認をとっている。特に、排泄失敗の処理に関しては、周りに気づかれないよう細やかに気配りされている。	
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	本人の思いや希望を表し、その人らしい生活が送れ、会話や行動出来るよう支援している。		
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	おおよその一日の流れはあるが、その方のペースにあわせて支援している。		
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	ヘアースタイルや服装などは、利用者に決めて頂いている。		
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	食事の好みを把握し、盛り付けにもその方の好む見た目の工夫をしている。下ごしらえや下膳なども一緒にしている。	摂取量を確保する為、個々の希望に応じた盛り付けや色どりに工夫を凝らしている。又、下膳に関しては、各自へ声掛けを行い、基本自立を促し、下ごしらえやおしぼりたみも役割分担されている。	
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	献立は、栄養士が作成したものを利用している。食事量はその方により違うので、微調整している。水分摂取は個々ばらつきがあり、習慣に合わせた支援している。		
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、一人ひとりに合わせたケアを行っている。		

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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンを把握し、自立に向けた支援をしている。	常態と異なる動きや落ち着かない様子を排泄のサインと捉えトイレ誘導したり、時間を見て声掛けを行い、出来るだけトイレでの排泄を支援している。	
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	水分補給や食物繊維の多い物の提供や、適宜、腹部マッサージしている。また、軽い運動なども支援している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	希望を出来るだけ取り入れている。また、拒否のある方に対しても、声掛けの工夫やタイミングなど、個々に応じて支援している。	週2回の入浴は確実に実施し、受診等が優先されたり拒否がみられた場合は、時間や日にちをずらして対応している。	
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	生活習慣を把握し、その時々に応じ休んで頂けるよう支援している。		
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	ファイルに調剤情報書を入れており、職員が把握している。また、薬の変更時は何が変更になったかを印を付け判り易いようにし、申し送り確認している。症状の変化については、日々の状態をみながら把握している。		
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	嗜好品や楽しみごとなどを把握し、気分転換等出来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。また、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	普段行けない所等の希望により外出したり、家族の協力で行けられるよう支援している。ホームでの定期的な外出行事もある。	利用者の希望を確認し、月1回は外食会を実施している。又、受診の後に買い物やドライブを楽しんでいただく等、余裕をもったスケジュールで対応している。日常的に外出希望が多い利用者に対しては、家族の協力も得ている。	

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		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	家族の了承と、利用者の力量に応じ支援している。		
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	主に、電話の支援をしている。		
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	季節感を感じる事が出来る飾り付け等を行ったり、植物を置き、採光に配慮し居心地良く過ごせるように心掛けている。	視覚的にも落ち着きを感じる色調のテーブルや椅子を設置し、テレビの音量も適量で観葉植物等を置き家庭的な空間となるよう工夫されている。又、温室度計を設置し、快適に過ごせる環境となるよう配慮している。	
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	好きなソファや椅子がその方の居場所と思われので、思い思いに過ごせるようにしている。		
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	入居時の生活用品は、馴染みの物を持ち込んで頂いている。家具についても、好きな物を設置していい事を話しており、利用者と家族が相談し持ち込んでいる。	使い慣れた机や収納ケース・家具等が持ち込まれ、本を置いたり家族の写真を飾ったり等、個々の生活スタイルが感じられる空間となっている。	
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」や「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	廊下・浴室・トイレには、手すりを設置し、安全で自立出来るよう支援している。		