

## 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	1070101140		
法人名	株式会社 ケア・グループ		
事業所名	グループホーム 井野の家		
所在地	高崎市井野町860		
自己評価作成日	令和5年10月12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	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	令和5年11月17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)】

<p>利用者個人個人の性格を知ったうえで、介護を行っている。 食事が手作りの為、利用者が完食されるが多く、体調も良好です。 転倒防止に重点を置いています。</p>
---

### 【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)】

<p>事務所内に、理念と認知症介護でやってはいけない禁止事項5項目と奨励事項4項目を掲示し、朝礼で唱和しつつ、不適切なケアをなくして、望ましいケアを進める努力をしている。理念に地域とのふれあいをかがけており、日常的に合えば必ず挨拶やコミュニケーションをしており、野菜をもらったり、近所の訃報があれば訪問したりするなかで、近隣の方からも「何かあれば手伝うよ」と声をかけてくれる関係を築いている。家族には、写真がたくさん入ったお便りを毎月個別に送付して、関わりを切らさない適切な距離感を保つよう努めている。また、毎月利用者の担当職員を決めて、ADL(日常生活動作)や日常生活について記入し、それを参考にケアマネジャーが利用者・家族の意向を踏まえ具体的に個別性のある介護計画の作成を行っている。</p>
--

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎日の朝礼で理念を全員で唱和している	理念と認知症介護でやってはいけない禁止事項5項目と奨励事項4項目を掲示し、朝礼で唱和している。職員が間違った解釈でケアしているときや不適切な言葉がけなどあった場合は管理者が指導し、同時に利用者のフォローを行い、望ましいケアを進める努力をしている。	
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	地域方との挨拶や言葉掛け、回覧板、自治会費などで交流を深めている	理念に地域とのふれあいを掲げて、顔を合わせた際は、必ず挨拶やコミュニケーションを図っている。近隣の方から「何かあれば手伝うよ」と声をかけてもらったり、地主や民生委員の方から野菜をもらったり、近所の訃報には線香をあげに訪問したりなど顔見知りの関係を築いている。	顔見知りの関係を活かし、地域の行事への積極的な参加やその関係性に基づく災害時の協力体制づくりを期待したい。
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	運営推進会議で民生委員の方とご家族の意見を参考にして支援の方法を考えている		
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	ご家族の意見を元に身体状態や好みに合わせて食事メニューなどを検討している	コロナ禍では書面開催であったが、令和5年7月より対面で再開している。会議には、毎回違う家族が参加できるよう声掛けしている。会議の内容は、利用者や行事報告を行い、質疑応答時間を設けて意見をもらっている。	
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取り組んでいる	高崎市高齢健康福祉部、地域あんしんセンターなどに運営推進会議の書面での報告を行っている	運営推進会議には、市の職員と安心センターの職員が交互に出席している。日頃から事故報告や相談(利用相談)を行うとともに、運営推進会議の議事録を直接手渡す等、顔の見える関係づくりを行っている。	
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	毎月行う職員会議にて全員に書面の書き込みで話し合う事を実行している	2ヶ月に1回、法人で運営する事業所合同で身体拘束委員会を開催している。拘束事例はないが、不適切ケアや虐待について、実践を振り返り話し合っている。また、施設長が毎回議案を作成し、研修を兼ねた会議となっている。	
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	拘束はもちろん、言葉の虐待や利用者様に対して拒否の態度など毎月話し合っている		

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
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に支援している	利用者様の権利について研修をして、必要な利用者様には相談して活用できるようにしている		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約書に沿って十分な説明をさせて頂き、理解し納得された事を確認している		
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	来所されたご家族等に意見をいただく為、玄関に意見箱を設置している。その他、運営推進会議などで意見を伺い運営に反映させている	玄関に意見箱を設置し、家族の面会時には意見や要望を聞いている。ケアに関する要望が多いが、利用者の持ち家のことや外出についての相談も受けている。法人で年1回家族にアンケート調査を実施している。	
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	毎月の職員会議で運営者と管理者がお互いの意見提案を話し合い実行している	月1回の職員会議で、職員からケアの方法・対応について、困った事例や意見(例として、おむつ交換の回数や陰部洗浄の仕方や工夫)が提案され、それについて話し合い対応を統一するなど、業務の改善に繋げている。	
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	勤務については、前もって要望を聞き、調整している。申し送り等職員間のノートを活用し、職員個々が資格取得を目指している		
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	職員のレベルに合わせ研修計画を立て、職員に勧めている		
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	見学を随時受け入れている		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご本人に直接会い、入所前の不安点や要望を話し合い、安心される事を目指している		
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	いつでも相談に応じている ご家族等困っている事に耳を傾け、安心して頂くような声掛け、関係づくりをしている		
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	施設長、ケアマネージャーが中心になり、在宅生活継続の為にサービス利用も含め話し合い、決定する様に努めている		
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	利用者様が今まで行っていた家事、例えば洗濯物をたたむなど、家族同様の生活を築くようにしている		
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	ご家族委は電話での報告や面会時に近況報告をしている。毎月、ホームでの生活の様子がわかる様に写真付きのお便りを郵送している		
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	面会が無理な時は、電話を掛けるなどして支援している	コロナ禍では面会は窓越しとなっていたが、友人や家族の面会を行っている。お彼岸やお盆には、外出や外食を行っている。利用者が事業所内でトランプ仲間を作り、毎日時間を見つけてそれに興じるなど、事業所内での馴染みの関係が出来ている。	
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	利用者様の性格などを把握し、利用者様が孤立しない様、気の合った利用者様を隣同士に座っていただいたりしている		

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	退所された方との付き合いを大切に、退所後も必要に応じて、相談に応じ家族の支援に努めている		
<b>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</b>					
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	ご本人が「自分らしく」気持ちよく笑顔で暮らせるケアマネジメント、ケアプラン作成を実践している	入居前から自宅訪問し生活を把握して、家での生活をもとにしたプランを作成し、常に利用者と相談しながら環境を調整している。その日の気分や意思表示が困難な時は、「～しようか」と選択肢を出して反応を伺い、やる・やらないを本人本位に検討している。	
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	入所前にご自宅へ訪問し、ご本人やご家族様と面談をし、生活歴、馴染みの暮らし方、環境等について入所後の生活に役立てている		
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	心身状態の把握をし、出来る機能を残すケアをし、支援しています		
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	ケアマネジャーを中心にカンファレンスの実施 主治医の意見を求めながら介護計画を作成している。また、職員会議で情報共有している	毎月利用者の担当を決め、ADL(日常生活動作)や日常生活について記入している。それをケアマネジャーがまとめモニタリングし、カンファレンスで話し合いプランを作成している。プラン内容は利用者・家族の意向を踏まえ、具体的に個別性のあるものになっている。	職員のプランの意識化と、その実践と記録の充実を期待したい。
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	利用者様の話した言葉、会話、エピソードなど日々記録し情報を共有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	その時のニーズに応じて、入居前の居室に荷物の搬入の許可や内科、他科受診など支援している		

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
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	近隣住民、民生委員、ボランティアの方々の来所で利用者様との交流を深めている消防士の方に来て頂き消化避難訓練を指導して頂いている		
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	月2回の往診があり、受診時に利用者様の体調について相談とアドバイスなどを頂いている	入居の時点でかかりつけ医の希望を確認しており、利用者全員が月2回の訪問診療を受けている。訪問歯科希望者への対応も行っている。整形外科や眼科などの臨時受診は原則家族対応であるが、ホームでも対応している。救急時もホームで対応し、受診先で待ち合わせするようにしている。	
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	往診時に同行されている看護師の方に気軽に相談している		
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。	入院先の医師、看護師等病院関係者と常に連絡を取り合い、体調の変化などを聞いている		
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は、ご家族との話し合い、情報共有はできています	入居時に、看取りについてホームでは対応できないことを説明している。重度化した場合は、その都度家族と話し合い方向性を確認して、受診や入院するなどの対応をしている。	
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	緊急連絡網を掲示。職員にすぐ解るようにしてある。マニュアルを常備して訓練をしている。利用者様の転倒防止等ケガや急変した場合などに備え呼吸法など救急車が来るまでの蘇生法の訓練を行っている		
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	火災については、年2回避難訓練を実施している。水害等は、避難場所を把握し、緊急時には、地域の方にも協力をお願いしている	日中と夜間想定で、利用者も参加して、年2回火災訓練を実施している。職員は水消火器で消火活動の実践訓練も行っている。運営推進会議で、民生委員や近隣の方の参加を依頼している。	運営推進会議で近隣の方への参加を依頼しているが、地域の力を活用し、具体的な支援方法を決めて、協力体制が築かれることに期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者様の人格を傷つけない様に、一人ひとりの性格を把握し、対応するよう心掛けている	排泄で失敗した時は、大声で指摘せず、そつと片づけるなど、尊厳を傷つけないような対応を心掛けている。デリケートな処置は、本人に説明してから自室で行うようにしている。	
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	利用者様が気軽に職員と話せる環境を作り、自己決定出来るようアドバイスなどを行っている		
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	ご本人が自由に過ごせる環境づくりを心掛けています		
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	利用者様の希望に応じてお洋服選びの支援をしている ご家族の了解の上、定期的に出張美容室のカットをしている		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節の物を美味しく頂ける様、食事の形態に気を付けている 職員が同じテーブルで食事をし、献立の説明をしながら楽しく食べて頂いている	3食を手作りで提供し、食べたいものがある時は、メニューを変えることもある。差し入れの野菜を加えたり、庭のフルーツの収穫を楽しんだりしている。片付けなど可能な範囲で利用者にしていただけることを行ってもらっている。	
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	利用者様に応じ、ミキサー食・刻み食等に変え対応し、又体調に合わせおかず選びもしている。水分量、食事量のチェックは毎日行い状態把握に努めている		
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	口腔ケアは、全員職員がお手伝いさせていただいている 口腔ケアスポンジなども使用している		

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	一人ひとりの排泄パターンや習慣を把握して、時間でお声掛け・誘導し、必要であればお手伝いをさせていただく 排便はチェックし、記録している	排泄のチェックリストを記録し、排泄パターンを把握して、利用者からの訴えや食事前やレクリエーション前に声掛けしている。排泄の自立に向けて、立位が不安定な方には足の運動やバーを使用して立位訓練するなど、日中はトイレで排泄することを利用者全員に行っている。	
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	必要に応じて、処方された薬を使用したり、運動が出来る方には、運動を勧めている		
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	利用者様が拒否をされた場合は無理をさせず、清拭などで対応し、ご本人のタイミングに合わせて支援している	入浴は、3日に1回できるようにしている。拒否した場合は、翌日に入れるようにしている。また排泄がうまくいかなかった等の汚れてしまった時には、適時シャワー浴を実施している。	
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	自由に居室で臥床して頂いている おやつや体操などの時間にお声掛けをし、無理のない生活を支援している		
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	疾病や身体状態に合わせて処方された内服薬や坐薬を必ず確認し、また副作用などが起こった場合月2回の訪問診療や直接電話をして主治医に相談をして適切な処理を行う		
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	一人ひとりの生活歴を活かし読書が好きな方には静かな環境を提供している。希望で洗濯物たたみ等をやっている方もいる		
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	施設の周りを散歩し、季節を感じられたり、ご家族の希望があれば外出されている	天気や本人の体調を見ながら、ホームの周囲を散歩している。感染症法上の位置づけが変わり、自宅まで外出された方もいる。	状況に応じた外出のあり方を模索し、実現に向け工夫されることを期待したい。



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
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	基本、お金を使うことはありません トラブルや争いに発展する事がある為、所持はしていません		
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	ご本人が希望すれば、いつでも電話を掛けて頂いたり、手紙を書く支援をしている		
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	寝起き場所と食事場所は区別している 食堂でご飯を食べホールに戻り、ソファーでゆったりテレビを観たりお話をされたり、心地よい空間・照明などにも工夫している	共用のホールは、食事をする場所とレクリエーションやくつろぐスペースを別になっている。季節の飾り、ソファーやテレビやカラオケが置かれ、仲の良い利用者でトランプをしたり話をしたりしている。採光や温度、湿度も良好に保ち、居心地の良い空間としている。	
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	ホールでは、好きなところに座っていただき、気の合った利用者様同士が和やかに会話など出来るよう常に工夫している		
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	居室内はご本人がお好きな様に写真や好きな物を飾られ、居心地の良い空間を作っているようにしている	居室入り口には表札があり、自室が分かる工夫がされている。居室内には、洋服をかけたハンガーラックが置かれ、毎日着たい服を選べるようにしている部屋やこれまでの布団や仏壇・編み物道具が持ち込まれ、居心地良く過ごせるようにしている。	
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	利用者様中心の安全な環境づくりを工夫して、一人ひとりの希望などを取り入れ支援している		