

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	1070201635		
法人名	医療法人社団醫光会		
事業所名	グループホームりんご		
所在地	群馬県高崎市上豊岡町296-5		
自己評価作成日	平成30年2月5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	平成30年2月21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)】

自宅で生活する事が困難になった認知症の高齢者に対し、より家庭的な環境のもとで入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上のお世話をする事により利用者の有する能力を活かし安心して、自分らしい生活を営むことを支援させていただきます。週に1回将棋、囲碁のボランティアの方をお願いしている。レクリエーションの種類も豊富で全員参加で行っている。

【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)】

法人で毎月勉強会を同じテーマで複数日開催して、できるだけ職員が参加できるようにしており、参加した職員が事業所内でも部署会議で伝達を行っている。また、職員は、「目標管理シート」をもとに目標をたて、その達成状況を報告するなど、年に2回管理者との面談が行われている。災害対策においては、区長や民生委員の他、地域の方を地域協力員として年2回訓練に参加していただき、災害時に備えた赤色灯やサイレンなどの設備の説明をして、不測の事態に備えている。また、毎月1回は連絡網をまわす訓練を行っている。

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
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	「地域とふれあい、ささえあい、ともに暮らすひらかれたホーム」を地域の理念にしています。	法人の基本方針とともに事業所の理念をタイムカードのある事務所に掲示し、出退勤・休憩にも目につくようにしている。月1回実施している部署会議(事業所会議)の年度末に理念の見直し(確認)を行い、目指すものを確認している。入職時には、管理者が個別に理念について説明を行っている。	
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	町内合同の避難訓練や町内文化祭への参加を実施しています。	町内の文化祭に利用者の貼り絵などの作品を出展し見学に出かけたり、事業所の避難訓練に地域の方の参加があったりと、行事を通して関わりがある。地域の方が手作りのラベンダースティックや花の種を持ってきてくれたり、地域の方が施設駐車場の落ち葉を掃いてくれる際には、利用者も一緒に掃いたりしている。	地域の方と利用者が日常にかかわるような機会づくりを職員で話し合い、さらなる取り組みを期待したい。
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	家族や来所者に見やすいように玄関やホームに掲示しています。		
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、区長、民生委員、地域婦人会、行政などからご意見を頂きサービス向上に努めています。	2ヶ月に1回開催しており、参加しやすいように土曜日に開催することもある。法人が決めている年度計画でテーマが決まっており、そのテーマに沿って事業所毎に説明したり、利用者の話を聞いたりしている。法人が運営する事業所の取組みを伝えたり、日々の状況を報告したりすることで、理解につなげている。	
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	行政へは事故等の発生時の報告を行い連携を図っています。	事故報告を行っている。また、運営推進会議に出席依頼をし、後日会議録を送っている。	
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	身体拘束廃止の勉強会を行い「拘束ゼロ」を目指して日々取り組みを行ってます。夜勤者1名体制の時間帯のみ玄関の施錠をしています。	法人が開催する毎月の勉強会のなかで、年に1回は身体拘束について学習しており、出席した職員は部署会議(事業所会議)で報告している。身体拘束ゼロを目指し、利用者寄り添い傾聴に努めたり、車いすに1日座ったままの状態にしないようにしたりしている。	
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	研修会に参加したり、その内容を部署会議等で話し合いを持ち、職員全体の意識を高めています。		

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
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	当ホームでは現在は利用されている方はありませんが、個々に介護福祉士等の勉強で学び制度の必要性を把握しております。		
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	入所時と契約時に管理者、ケアマネージャーとで説明し、ご家族に意見を聞きながら対応しています。		
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	隔月行う運営推進会議で、意見交換の場をもうけています。	利用者には、日々のコミュニケーション時に、意見を聞くようにしている。また、家族には運営推進会議や面会時に、職員から声をかけて意見を聞くようにしているが、運営に関する意見の聴取にはいたっていない。意見箱は、玄関に設置している。	
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	部署会議で話し合ったり申し送りノートを活用し日々の勤務内で意見交換を行っています。	「目標管理シート」で各職員が目標をたてており、年2回管理者と面談を行い、目標の達成状況や意見を聞く機会となっている。また、申し送りノートや部署会議で、職員の意見を聞いている。食事中に、以前はテレビをつけていたが集中が逸れて誤嚥の危険性があるため、音楽をかけるという意見を、業務に活かしている。	
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	目標管理シートの活用や勉強会を行い個々のスキルアップを図っています。		
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	内外の研修会に参加し報告書を作成し部署会議等で報告します。		
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	グループホーム大会に参加し事例を通して勉強会を行っています。		

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
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	本人の要望を受け止められるように、積極的にコミュニケーションを取れるように心がけています。		
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	入所時や来初時にご家族と話し合う機会を持っています。		
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	本人やご家族の要望を見極め、出来る限りの対応に努めています。		
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	掲示物を手伝って頂いたり洗濯物たたみなどの家事を利用者様と一緒に会話をしながら行っています。		
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	病院への受診はご家族に協力して頂き、利用者様の情報交換を密に行いかかわりを持っていただいています。		
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	家族と一緒に外出したり食事会をする機会を作っています。	家族からの申出で、家族が付き添いこれまでの床屋を利用したり、家族と外出や食事に出かけたりして、馴染みの場所との関わりを継続する他、利用者の状態をわかってもらう機会ともしている。畑をしていた方には、庭ですいかなどを作ったこともある。	
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	利用者様同士の関係を把握して席替えを行ったり、興味の持てるレクリエーションを積極的に行っています。		

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
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	入院された利用者様のお見舞いに行き交流を図っています。		
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	本人の思いや意向を聞き取り取るようにしています。それが困難な場合は本人の様子を観察し表情や対話を判断材料とし、ご家族様と共に検討しています。	日々のコミュニケーションの他、テレビや音楽・レクリエーションの時などの表情も観察し、把握するよう努めている。利用者毎に担当が決まっており、担当職員が主に情報をまとめ、部署会議で共有している。	
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	ご家族の話や利用者様との会話を参考にし、これまでの生活歴や生活環境について把握するように努めています。		
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	日々の行動観察、傾聴、見守り、ケア記録や申し送り等で把握するようにしています。		
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	月1回の部署会議にはケアマネを含む職員全員でモニタリングを行いその結果を介護計画に取り入れている。	家族には、運営推進会議や面会時、電話などで具体的に要望を聞き、月1回の部署会議で職員全員で話し合い、介護計画に反映させている。状態が変化した場合は、医師の意見を聞き、家族に確認している。	日々の記録やモニタリングなどの記録が、介護計画の目標にそったものとなるよう、職員が介護計画を意識したケアそして記録がなされるよう期待したい。
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	ケア記録や申し送りノートで情報を共有し、医師や訪問看護師とも情報交換しながら個々の状態把握を行っています。		
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	個別ケアを重視し本人やご家族の要望を受け止め支援しています。		

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
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	地域の行事に参加したりボランティアの方々に訪問して頂きホームの活性化を図っています。		
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	かかりつけ医と連携を取りながら、ご家族に協力いただいで受診しています。	2週間に1回、事業所の協力医の往診がある。家族対応で希望のかかりつけ医の受診が可能だが、往診している事業所の協力医へ変更することが多い。週1回の訪問看護があり、体調不良時や夜間の対応等、訪問看護に連絡し指示を受け、医師へとつなげている。	
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	訪問看護師と電話や連絡ノートで連携を取り、緊急時など昼夜をとわず迅速な対応を行っています。		
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。	入院時はケアマネと共に状態把握するため、病院担当者やソーシャルワーカーとの情報交換を行ったり機会を図って面会しています。		
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	入職時に「重度化、終末期対応指針」の説明をし看取り介護の同意書に署名を頂きケアプランに沿って介護支援を行っています。	「重度化、終末期対応指針」をもとに、入居時と重度化した場合に、家族に確認し同意を得ている。現在はそのような状況の方はおらず、今後は重度化した場合を想定して、職員の意識向上のためにも考え方や対応を共有したいと考えている。	
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	教育プログラムに添って感染防止や緊急時の対応等の勉強会を開き、部署会議にてシュミレーションを行い全員に周知しています。		
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	年2回消防署の指導により避難訓練を実施。風水害を想定した避難訓練も行っている。町内の避難訓練に参加したり、毎月部署内でシミュレーションを行っています。	年2回、消防署の指導のもと避難訓練を実施しており、運営推進会議のメンバーや地域の方等、15名前後の参加がある。また、月1回、実際に職員連絡網を回し、非常時に備えている。施設の2ヶ所に赤色灯があり、災害時には赤色灯がひかりサイレンがなることとお知らせし、災害時の協力を呼び掛けている。	

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
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	プライバシー保護の徹底と個人情報の管理には職員全員で十分注意し自尊心を大切にした対応を心掛けています。	トイレ誘導の際には、何をするのか事前に説明してから誘導、ノックをしてからトイレのドアの開閉を行っている。また、節度を持って、堅苦しすぎないように話している。個人情報については、外部漏洩禁止を会議で共有している。	
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	職員の思い込みで決めることのないように、本人の好みを把握し希望を表せるようにコミュニケーションを図っています。		
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	入居者様の状態やその日の気持ちに寄り添いながら本人の生活リズムに添ってレクリエーションなど柔軟に対応しています。		
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	出来る方には自分で服を選んでいただいたり、朝の洗面整髪を基本に、化粧品など本人の要望があれば購入しています。		
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	行事でお汁粉、ホットケーキ作り、お好み焼き作り等をし、おやつを食べながら思い出話をしています。	食事は、業者に材料を手配している。昼は調理し、夜はチルド商品を温めて提供している。テーブル拭きや下膳の協力をしてくれる利用者もおり、おやつ作り際には、包丁できったり、混ぜたりなど参加してもらい、作る過程を楽しめるようにしている。	
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	食事は管理栄養士によるカロリー計算された食事を摂取し摂取量や水分量を記録し体調管理しています。		
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週に1回全員の口腔内を歯ブラシと歯間ぶらして介助しています。また、入れ歯は就寝時にお預かりしポリデント洗浄を行っています。		

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
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	随時トイレ誘導していますが、排泄チェック表を作成し排泄パターンを把握しています。	食事やおやつ前などを含め定時の排泄誘導をする他、排泄チェック表をもとに時間があいていたら、適宜誘導している。自立の方もいるため、自尊心に配慮しながら、トイレでの時間の長さなどもふくめて状態の把握に努めている。	
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	乳製品を摂取して頂いたり、体操を行っています。またこまめに水分補給を行い、服薬の支援もしています。		
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	個々の体調に考慮して安全な人員配置で行うと共に入浴が楽しめるように支援しています。	入浴は週2回となっているが、入浴日でなくても希望する場合には入浴をしていただいている。仲の良い利用者2名で入ったり、人間関係に配慮し入浴日をずらしたり、入居前にしていた自分の洗い方をしてもらったりなど、希望にそった支援を行っている。	
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	生活リズムを整えるため散歩や日光浴を行っています。休息は室温調節を個々に行い自室で自由にとっていただきます。		
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	職員全員が各利用者様の内服薬を把握ししおり状態観察に努めています。		
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	お出かけや外食を楽しんだり、毎日の日課として洗濯物をたたんで頂いたり、お花の水くれをして頂いています。		
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	天候の良い日は苑庭にて外気浴をしています。また、家族の協力にて外食等のお出掛けをしています。	隣接したスーパーでの買い物その他、護国神社への初詣や高崎市庁舎訪問等、月1回程度の外出レクリエーションを行っている。今後は、利用者の希望などもふまえて外出先をひろげ外気にあたる機会づくりを充実したいと考えている。	

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	ホームの規則で個人としての所持金は管理していないが、行事としてショッピングへ出かけたときは買い物などで支援しています。希望があった際には行事以外の買物に出かけできる限りの支援をおこなって利用料と一緒に家族に請求をしています。		
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	携帯電話を1名の方が所持しています。その他の方も希望があればいつでも使用できます。また毎年、年賀状を書いて頂きご家族に送っています。		
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	部屋の温度や照明の調節をし季節に応じた模様替えを行っています。季節感を取り入れた作品や写真を掲示し関連したレクリエーションを行っています。	季節にあわせレクリエーションで作ったおひなさま・書道・ぬり絵などを飾っている。利用者が起きる前にホールを保温したり、加湿器を使用する等、温湿度計をみながら調整を行っている。	
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	食堂には個人用の席を用意しています。ホールにはテレビやソファを設置し自由に過ごしていただきます。		
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	本人やご家族の意向でソファやテレビ、なじみのタンスを持って来て頂き、お孫さんの写真やお土産を飾っています。	利用者の状態にあったベッドの高さにしたり、家具等の配置についても、家族や本人の希望を確認している。本や折り紙、家族の写真、テレビを持ち込む等、好きなものが置いてあり、その人らしい環境づくりに努めている。	
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	本人が生活しやすいよう、配慮した家具等の配置や生活用品の物品名の表示を付ける等、できる限り本人が自立できるようなケアの配慮を行っている。		