

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	2775600659		
法人名	株式会社りんくうライフサポート		
事業所名	グループホームゆうゆう		
所在地	大阪府泉南市信達市場394-1		
自己評価作成日	平成23年10月18日	評価結果市町村受理日	平成23年12月12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)】

できるだけ外出機会を設けるようにし、生活にメリハリをつけ、楽しんでもらえるようにしている。また、野菜や花を畑で育て、季節を感じたり、収穫の喜びを感じていただくように努めている。利用者が地域の人との交流を楽しめるよう、地域の行事(地藏盆・小学校の運動会・落語寄席など)に積極的に参加しています。

※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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成23年11月10日		

【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)】

当ホームの施設長ご自身が薬剤師の資格を持っておられ、製薬メーカーや薬局勤務の経験がある。約8年前に、これからは地域福祉が重視されることを見通され、グループホームを立ち上げようと、現場で働いている職員の意見を聞き、生活を重視した環境を作る為の声を取り入れ、ご自身で設計図を引かれた。ホームは施設という環境でなく、家庭の延長であるとの工夫が随所に見られアットホーム的な雰囲気を感じる。例えば、リビング兼食堂の共用空間にも食器棚を備え付けたり、菜園兼花壇も敷地内に広くとられ、利用者と共に野菜類を植えて収穫され、それが利用者の食卓に上ることもある。管理者や職員の移動も殆どなく、職員同士もチームワークが良く、働き甲斐のある職場となっている。

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)
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)
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)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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	「可能な限り、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう必要なサービスを提供する」という理念のもと、いろいろなところに出掛け、地域の中でのびのび暮らしていただくよう努めている。	運営理念については3項目制定されており、そのうちの1項目に「家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう必要なサービスを提供する」とあり、玄関入り口に掲示し、職員はもとより利用者やその家族、地域住民にも理解を求めている。	地域住民や入居希望者およびその家族が真っ先に目を通すのはパンフレットであり、パンフレットにも明記される必要があると思われる。
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	自治会に入れていただき、回覧板などの地区の情報もいただいている。防災システムにも組み込まれている。	利用者も自治会に加入し、色々な地域行事(敬老会、盆踊り、地藏盆、コーラス他)を紹介してもらい参加している。ホームからは認知症キャラバンメイトとして、地域で認知症ケアの啓発運動を行っている。又、職場体験として地元の高・大学生を受け入れている。	
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	職員3名が認知症キャラバンメイトとして、地域や学校などで認知症の啓発活動をおこなっている。		
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	外部評価が出た時点で、結果を運営推進会議の検討課題として提出し、みんなで意見交換するようにしている。	運営推進会議については、開催日を奇数月の第2火曜と決め、行政からは市介護保険課、地域包括支援センター、地域からは地区福祉委員、ホームからは利用者や家族、管理者などが参加し、2ヶ月ごとに開催し有益な意見を頂いている。	
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	運営推進会議には、毎回、市の担当者が出席してくれている。認知症のキャラバンメイト活動を市が中心になって行っていることもあり、十分な協力関係を築いている。	市介護保険課や地域包括支援センターとは密接に連携し、種々相談ごとによって貰っている。市担当者も出席する「ケアマネージャーの会」にも参加し意見交換を行っている。	
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	身体拘束ゼロを目指し、取り組んでいる。ただ、不穏な場合は、ご家族に説明し、ご理解いただいた上で、施錠することもある。	毎年職員研修に取り上げ、「身体拘束ゼロ」を徹底している。玄関の施錠も軽い身体拘束に当たることを職員は理解している。今夏、玄関を施錠せず網戸を活用したが、何の問題も起こらず、この経験を将来に活かしたいとのことである。	
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	虐待防止関連法ではないが、虐待防止マニュアルをもとに、事業所内で研修している。		

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	実際にホームから関係者に働きかけ、後見人をつけていただいている利用者がある。		
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	大切なことは書面にして、お渡しし、それを元に、時間をとって、十分納得いただけるようおこなっている。		
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	毎月、カンファレンス(担当者会議)をおこない、ご家族が訪問されて、意見・要望があれば、会議で話し合っ、運営に反映させるようにしている。	殆どの利用者の家族はよく来訪されるので、運営やサービスに関する意見を拝聴している。運営推進会議や家族会でも発言される。利用者からは会話を重視し、その中で希望や要望をお聞きしている。	
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	カンファレンスには、毎回、管理者・施設長が出席して、意見や提案を運営に反映させるようにしている。	施設長や管理者は絶えずホーム内の就業環境に目を配り、職員の様子にも注意している。毎月1度開かれる職員ミーティングにも必ず参加し、色々な意見や要望を聞いている。	
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	代表者は、たえず施設内の環境整備に努め、労務管理や職場環境の整備をおこなっている。		
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	代表者は、たえず施設内の職員の様子に気を配り、研修案内があれば、つとめて受講を勧めている。施設内で職員みんなで学ぶことも大切にしている。		
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	1ヶ月に1回、地域密着型施設が交流会をしており、相互訪問や事例検討をおこない、サービスの質を向上させるよう努めている。		

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	
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	これまでのことをご本人からお聞きし、本人がどのようなことを不安に思うか、本人の要望は何かをつかむように努めている。			
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	これまでのことをご家族からお聞きし、ご家族がどのようなことを不安に思うか、ご家族の要望は何かをつかむように努めている。			
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	しばらく体験的に生活していただき、精神科の治療が必要な場合などは、ご家族に説明し、一緒に受診し、今後のことなどの相談にのっている。			
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	毎日、いろいろな日常を共にする間に、職員と利用者がいろいろな話をするようになり、擬似家族のような暮らしができています。			
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	ご家族が来られたときは、本人とご家族が気兼ねなく話ができるよう環境を整え、ご家族の要望なども聞きながら、本人がよりよい生活を送れるように努めています。			
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	教会に行きたい、囲碁のサークルに行きたい等の要望があれば、それに答えている。	最初の基本情報シート作成時、本人や家族から昔馴染みの人や場所を聞き、お連れすることもある。教会、囲碁サークル、理美容院、博物館などがある。		
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	仲のよい関係が築けているか、どの人と仲が悪いかなど把握し、テーブルの席に配慮したり、外出時の車の乗合わせなども気をつけるようにしている。			

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
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	他のサービスを利用することになった場合も、いつでも相談にのりますと伝え、支援に努めている。		
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	職員は、一人ひとりの話を聴く中で、要望を見極め、本人の思いに沿うよう、どうすればよいか、職員みなで考えるようにしている。	入居予定者にはまず不安感を取り除いてもらうべく、ホーム見学や空室があれば体験入居をお勧めしている。そして過去の暮らし方や入居後の暮らし方の希望を拝聴し、基本情報シートにまとめ、職員全員で共有している。	
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	ご本人やご家族からこれまでのことをお聞きし、ホームでの生活に役立てるようにしている。		
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	毎月1回、カンファレンスの中で、利用者の状態の変化を皆で話し合っ、現状の把握に努めている。		
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	職員がご家族や利用者といういろいろな話をする中で、よりよく暮らすための課題を見つけ、職員全員でケアのあり方を検討するようにしている。	本人本位のケアプランを立てるため、最初の基本情報シートを参考にし、カンファレンスを開いて職員から色々意見やアイデアを出し合い、計画作成担当者がまとめて立案し、本人や家族の了解を得ている。	毎日がモニタリングのようなものだが、ケアプランの変更性の有無のチェックについては、年1度程度とのこと、利用者の状態もよく変わるので、3ヶ月に1度ぐらいの間隔で見直すことが望まれる。
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	日々の様子は、個別記録に記入し、血圧や排便などは別の用紙に抜き出して体調を管理するようにしている。個別記録では、体温、食欲、夜の様子などがすぐにわかるように記録して、ケアの実践に役立てている。		
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	利用者にご家族がない場合や介護が困難な人が入院した場合、点滴などの時間に合わせて、病院のつきそいなどもおこなっている。お葬式への参列の支援などもおこなっている。		

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	本人の必要な物を一緒に買物に行ったり、博物館で地域の昔の写真展示がある場合などは、皆で見に行ったり、地域の催しに参加できそうなときは、参加できるように支援している。		
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	ホームに来られる前にかかっていた病院が市内の場合は継続して医療が受けられるように支援している。	利用者の半数以上がこれまでのかかりつけ医を継続している。週1回協力医の往診があり、専門医への受診の支援もしている。	
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	医師が往診に来られるので、そのときに気になることは相談している。		
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。	担当医と直接お話し、病状を聞くようにしている。また、どの段階でホームで受け入れられるか、医師に伝えるようにしている。		
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	ご家族には、終末期のホームの方針を書面でお渡しし、ご家族の意向を書類に書いて提出していただくようにしている。体調が悪くなってきた場合は、医師の往診や訪問看護を利用し、ご家族に頻繁に状況をお知らせするようにしている。	家族・本人とは「重度化対応・終末期ケア対応指針」を示し話し合っており、状況に応じて「終末期看取りへの対応について」の書面にて互いの方針を確認・共有し、医師、職員と連携をとって、支援に取り組んでいる。	
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	消防署で救急対応の講習を定期的に行っているようにしている。		
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	防災訓練時に避難の練習をおこなっている。また、自治会の防災システムにも入れている。	事業所は耐震基準をクリアした建物である為、災害時での地域住民の受入れを提案しており、自治会での班別役割も担っている。近隣は全て知り合いという中で、協力体制が構築されている。	

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
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	研修などで、職員に常に気をつけるよう、啓発している。また、就職時に、注意してもらいたい点を書類にして渡している。	毎年1度は必ず研修会に取り上げ、本人を傷つけないようなさりげない言葉かけや対応に心がけている。利用者の個人ファイルは鍵付き書庫で保管している。	
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	職員が、気をつけて、自己決定できるように話しかけるように努めている。		
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し、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	一人ひとりのペースを大切にしているが、完全に個別に希望に沿うことは、無理である。		
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	服は自分で選んでもらうようにしている。ただ、認知症が進行すると、自分で選べなくなってくるので、こちらで用意する場合もある。		
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	メニューは、職員が利用者の意見も入れながら作っている。野菜を切ってもらったり、片づけを手伝ってもらったりしている。	メニューの立案や食材の購入、調理も全部ホームで行っている。ミキサー食の場合であっても、単品ごとに食事を楽しめる工夫をしている。下膳や後片付け等、利用者がそれぞれできる事を慣れた様子でしている姿が見られた。月1回の外食、おやつ外食の支援もしている。	
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	嚥下能力が低下している場合は、きざみ食やミキサー食も用意している。お茶ゼリーなども毎日用意している。普通にお茶が飲める場合は、部屋にペットボトルを持って行ってもらう。		
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	歯磨きをできる人は、歯磨きしてもらいが、できない人は、薬品では、飲んでしまう危険があるため、お茶で口をゆすいでもらうようにしている。		

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
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	それぞれの排泄パターンを把握するように努め、トイレに定期的に誘導するなどしている。	「排泄チェック表」により排泄パターンを把握し、自立に向けて支援をしている。医師と相談して利尿作用の強い薬の見直し等でリハビリパンツから布パンツに改善されたケースも幾例がある。	
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	毎日、あまり動けない人は廊下を歩行、動ける人は外を散歩をするようにしている。食事でも食物繊維の多い物を積極的に摂るようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	夕食前に入りたい人、夕食後に入りたい人、毎日入りたい人、個々に沿った支援をしている。	曜日や時間帯を決めず、一人ひとりの希望にそった入浴や、入浴しない人でも毎日足湯を楽しんでもらう等の支援をしている。	
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	遅くまでテレビを見たい人の場合は、消灯時間などは決めていないので、好きな時間まで起きていることはできる。ただ、高齢になると、疲れるのか、早く眠るようになるようです。		
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	救急時のファイルを作成するときに、職員がそれぞれの薬の効能を調べ、皆で情報を共有して病状の変化に対応できるようにしている。		
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	能力に合わせて、地域のサークルに参加していたときもあります。ただ、認知症が進行すると、参加することがむずかしくなります。		
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	散歩などで毎日戸外にでかけられる。芝居小屋にも出掛けたりするが、個人的な趣味の場合は、ご家族にお願いすることになる。	毎日の散歩、買い物、博物館、花見等利用者の楽しみとなる外出への支援をしている。	

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
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	買物に職員が同行し、好きなものを買えるようにしている。		
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	携帯電話も自由に持ってもらっている。ホーム事務所の電話も利用できる。		
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	居間や食堂はベージュを基調にしており、季節の花がいつも飾られている。冬は床暖房が入るので温かい。窓も大きくとっているので、明るい。	落ち着いた色調で広すぎず、家庭的な雰囲気をもつ居間である。壁面には季節感を取入れた利用者の作品等が飾られており、ふかふかとした大きなソファは全員がゆったりと座れる数、置いてある。そこでくつろいでいる利用者の穏やかな姿が見られた。	
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	ソファーやテーブル席、玄関ホールを利用して、思い思いの場所で座って過ごしている。		
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	部屋は、ご家族に自由に飾っていただいている。身近な人の写真や懐かしい写真、作品などを飾っている。	部屋の入り口には手作りの木の表札、個性を活かした飾りつけがある。室内はベッドは備付けであるが、持込みの家具等個々の好みの物を配置し、趣味等も活かせるその人らしい部屋作りとなっている。	
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」「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	バリアフリーの状態である。また、手すりを必要な場所に設置して、できるだけ自分で動けるような環境を目指している。		