

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	2292300163		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター富士水戸島 グループホームニチイのほほえみ		
所在地	静岡県 富士市水戸島343-4		
自己評価作成日	平成28年3月9日	評価結果市町村受理日	平成29年4月11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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&lgvosyoCd=2292300163-00&PrefCd=22&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価 調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成29年2月22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)】

誠意、誇り、情熱を介護の理念とし、利用者に寄り添い家庭的な雰囲気の中で高齢になられても、出来る機能を活用し、自分なりの日常生活が送れるようにサポートしています。又音楽を中心としたレクリエーションで、楽しんで頂き穏やかな生活が送れるよう努めていきます。

【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)】

和やかで明るい雰囲気のホームである。職員間の信頼関係が強く、ホーム長の人柄と姿勢も相まって言いたいことが自由に言える環境にあり、ホームをより良くしたいという職員の意欲が強く感じられる。家族の運営推進会議への参加率と日々の来訪の頻度が高いため、家族の要望や意見を聞く機会が多く、また、家族への便りは毎月すべて個別の内容を記載し郵送する等、家族との連携にも尽力している。月に2~4組のボランティアを受入れ、運営推進会議には民生委員2人と市の介護保険課・地域包括支援センター・ホームの建物と駐車場のオーナー等の参加があり、地域との連携を深めている。

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	毎日、朝の申し送りの時に理念を唱和している。又管理日誌に、毎日記入し全員確認している。	毎朝の申し送り時に社は「誠意、誇り、情熱」を職員全員で唱和し、ほとんどの職員が暗記して実践につなげている。毎年職員全員で話し合い決定する年度目標を、業務管理日誌に夜勤者が記入し全員で共有し確認している。	
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	近隣のお店を利用したり、散歩の時、お会いした地域の方とお話したりしています。	ボランティアの受入れは、オカリナやギター・歌・歌謡舞踊等1階の通所介護事業所と共同のものを含めて月に2～4組ある。また、毎年5月下旬に実施する外食ツアーは、近隣の外食店の協力を得ながら実施している。	
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	運営推進委員会を利用して、認知症又は、介護についての話をする。見学会なども通じて認知症の理解を進めている。		
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	運営推進委員会にて現在施設で、抱えている問題を提議したりご家族様が抱えている不安等を伺ったりしている。	奇数月の最終土曜日に、民生委員2人とホームの建物と駐車場のオーナー各1人・家族2～3人に加え、市の介護保険課と地域包括支援センターが交代で参加し開催している。会議では口腔ケアや介護の方法等の質問が出ている。	
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	運営推進委員会に参加して頂き、意見を伺ったり、地域のケア会議に参加したり、行政と連携している。	地域のケア会議で市介護保険課や地域包括支援センター・民生委員等と相談や情報交換を行い、グループホーム連絡会では地域のグループホーム相互の情報交換や研修を行っている。月1回、市介護相談員の訪問がある。	
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「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	虐待についての知識についても、年2～3回のホーム研修を開き理解するようにしている。	身体拘束0宣言をし、職員研修を定期的実施している。センサーやセンサーマット、そしてベッドのサークルを使用せず、利用者の呼び方にも配慮している。1階、2階ともに入口の施錠はせず、見守りに対応している。	
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	虐待については、研修もしているが、先輩介護士よりいつも指摘があり、注意し合う空気もある。		

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	ホーム会議の研修で全員に理解してもらえるように勉強会を行う。2月の会議時予定。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時契約の際に、全文読み上げ納得した上で契約を結んでいる。		
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	運営規定は入り口の机に設置いつでも閲覧できるようにしている。又毎月のお便りで、相談や問い合わせのご案内をさせて頂いている。そして事務所の窓に介護相談と明記している。	日々の来訪時や運営推進会議参加時に、家族が要望や意見をどの職員に伝えても、ホーム会議や申し送りで職員全員が共有できるような体制を整えている。事務室の入口には、いつでも介護相談を受付するとの掲示をしている。	
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	毎日の朝礼時や、ホーム会議のちきどんどん意見を言ってもらい、又提案箱も設置してどんな意見も改善に結びつけるようにしている。	職員が少数なこともあり、ホーム会議や申し送り・研修等では新人も含め自由に意見や提案を出すことができる。随時個人面談を実施し、意見や希望を丁寧に聴取している。	今回の自己評価はホーム長が作成した。外部評価制度の理解と自己評価の重要性の確認、職員の参画意識の向上等のため、自己評価への多くの職員の参画に期待したい。
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	社員に登用したりキャリアアップ制度を利用し時給を上げたり、管理者自ら職員の中に入り込み話を聞くなどして、職場の環境改善に努めている。		
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	外部研修を受講したり職員の知識向上の為に社内研修を行い、資格取得に努めている		
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	GH連絡協議会の年間の行事を通じて交流を深め、情報交換を行っている。		

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
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	センター方式のアセスメントを活用しケアを行う時に、ご本人との会話の中からご本人の思いを知ること努め信頼関係を築くようにしている。		
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	最初の情報収集時に、ご本人の思いご家族の思い希望、不安等をお伺いして信頼関係を築くようにしている。		
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	今までの生活暦を伺いながら、一番困っていることに焦点をあて、サービスを行うことにしている。		
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	ゆったりとした環境の中で会話し生活を送るうえでご本人が自己決定できるように援助している。		
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	ご本人の要望を家族に伝え、ご家族の意見を伺いながら、ケアの方向性を決定している。		
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	ご家族、ご親戚、ご友人、知人がいつも気軽に来訪して頂けるように、その雰囲気作りに努めている。	近所の高齢者の集まりに出かける利用者や、知人や友人の訪問がある利用者がある。また、家族同伴で法事や墓参り・孫の結婚式・外食等に出かける利用者もいて、それぞれに支援をしている。	
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	みんなで楽しめるレクリエーションを提供したり、共同作業を行ったり、協力する中でよい関係作りに努めている。		

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	いつでも相談窓口として機能できるような関係作りを行っている。		
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	センター方式のアセスメントを利用しご本人ご家族様から必要な情報を入手し課題を抽出しその検討に努める。	入居前の自宅訪問や面接でその人の好みを把握したり、日常の会話の中から希望や意向を汲み取るように努めている。絵手紙を書いたり計算ドリルを行ったりして、その人の好きな事ができるように支援している。	
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	センター方式のアセスメントを利用し、ご本人ご家族様から必要な情報を入手し、職員で共有している。		
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	センター方式のアセスメントを利用し、ご本人ご家族様より日ごろ行っている介護につき必要情報を入手し、ご本人のできること、できないことの現状の把握をしている。		
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	ご本人様が抱えている問題を抽出し、より良い生活が送れるように、ご家族様とケアカンファレンスを行いケアプランに反映させている。	24時間シート等で個々の状態を把握し、6ヶ月に1回、また、薬の変更時にモニタリングを行い、担当者会議で介護計画の見直しを行っている。家族には事前に電話で説明してから来訪してもらい、確認を取っている。	
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	毎日のケアの観察や、介護記録をチェックし又申し送りで、ご本人さまの良い状態を知り情報を共有する。		
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	ご本人様の状況の変化に応じて様々な職種との連携を図り、ご家族様との連携をとるようにしている。		

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
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	ボランティアを活用し、そこから広がる更なる資源を見つけるようにしている。		
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	毎月の定期健診、又は受診により健康管理を行い、病気の早期発見、予防に努めている。	緊急時対応についての研修を行っており、細かい手順が記載されたマニュアルがある。提携医は24時間対応で、緊急時に指示を仰いだり、場合によっては来てもらうことができる。専門医には家族が付き添い受診している。	
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	主治医と医院の看護師との連携がある主治医による24H体制で対応して頂いている。		
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。	提携医院に入院設備がある。状況により入院相談が可能。		
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	全体的には運営推進会議にて終末期についての話をさせて頂いている。個別でも主治医を含めて、ご家族様への最後は、どうしたいのか等の希望を伺っている。	入居時に事業所でできることを説明している。看取りの対応については、毎月ホームで研修を行っている。家族には、毎月の個別の便りや電話で、利用者の健康状態をその都度報告している。	
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	毎年救急救命のマニュアルを再確認し、ホーム会議でも緊急時の対応は全員で確認している。		
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	防災計画に基づき年2回避難訓練を行っている。その内1回は消防署の方に来て頂き指導して頂いている。	年2回の避難訓練を行っており、利用者も職員と一緒に、階段を下りたり担架を使ったりして避難訓練に参加している。食品の備蓄は賞味期限切れにならないように、半年に1回点検をしている。	

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
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	その方の尊厳を守ることを基本とし敬語での言葉掛け、又風呂上りバスタオルを掛ける。トイレの声掛けも小声で話しをさせて頂いている。	個人情報については、職員全員が毎年法人のテストを受けている。ホーム会議で認知症ケアの研修を行っており、親しくなってもできるだけ敬語を使い、利用者の視線に合わせて目を見て話すことを心掛けている。	
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	入居者様が自分のペースで生活できるように、ゆったりとしたスケジュールで生活されている、その場その場での言葉掛けを行いご本人の意思を尊重させて頂く。		
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	日中は自由に過ごすことを基本としているが、レクリエーションでの音楽の提供や、軽体操を行い適度メリハリがあるようにしている。		
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	2ヵ月似1度は訪問の美容師が髪を散髪し整えて頂いている。身支度もご本人様が着たい洋服を職員と話合い決めて介助する。		
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	テーブルを拭いて頂いたり、ご自分でエプロンを掛けて頂くなどして協力して頂いている。	高齢者向けの食材をネットスーパーで購入し、職員が手作りしている。ホーム近くは飲食店が多く、顔なじみの店にミキサー食にもらうこともできる。数日に分けて交替で全員が出かけ、外食を楽しんでいる。	
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	水分、食事の摂取量を毎回記録に取りご本人にとって食べやすい状態にし、口腔体操などで栄養状態を保つよう支援している。		
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	口腔内を清潔に保つ為にも、毎食後の歯磨きをしている、又うがいの出来ない方は、口腔ティッシュで口腔内の清潔を保っている。		

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むけた支援を行っている	排泄時間、回数を記録し排泄の時間が空いていたら、声掛けをしたり自立できない方は定期的な誘導を行い出来るだけトイレで排泄できるように努めている。	夜間にポータブルトイレを使用する利用者もいるが、昼間は声掛け誘導をして、トイレでの排泄支援を行っている。プライドを傷つけないように、「トイレ」という言葉を使わず別の言い方に替えて声掛けをしている。	
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	便秘薬を服用している方もいるが、水分摂取の促し又便通に良い物を積極的に提供するよう努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日の体調を見ながら、ご本人の入りたい時間を優先している、又週2回の入浴をして頂き、もっと入りたい方には都合のいい時間に入ってもらっている。	入浴を拒む利用者はなく、声掛けをして週2回、午前と午後に分けて入浴を行っている。毎日の入浴を希望する利用者には、できるだけ希望に添えるように努めている。	
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	一人一人の生活パターンにおいて束縛なく自分の好きな時間に休息をとり、その援助をさせて頂く。		
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	全員の服薬状況を職員全員で把握して新たに加わる薬はその後の状態を観察し治療につなげている。		
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	個別の趣味は把握しているのでホームで準備できるものは準備し、又ご家族にも協力して頂く、お好きな飲み物などはおやつにだしている。		
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。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	その日の体調天候を見ながら近隣の散歩又遠方に行きたい時には、ご家族様に協力して頂いている。	ホーム脇の川の土手が散歩道となっており、桜や季節の花を楽しむことができる。全員揃っての外出は難しいが、2回から3回に分けて、全員が外出できるように支援を行っている。	

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
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	個人のお小遣いはお預かりしているのですが本人の希望で購入したり必要なものはご家族様の了承を得て買い物をする場合もある。		
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	電話を掛けたりすることはないが、遠い身内の方からのお手紙は有り、一緒に開封して読んで差し上げたことはある。		
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	広い空間には季節を感じるものが置かれ清潔な空間で快適に生活できるように努めている。	廊下の壁には、日常や行事の写真や利用者の手作り作品が貼ってあり、家族が持ってきた利用者が昔作った雛飾りが居間に飾られていた。食事の後には、紙コップの雛人形作りに取り掛かる利用者の姿がみられた。	
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	共有空間で自分の椅子やソファに座りTVを見たり音楽を聴いたりしている		
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	居室内には使い慣れた家具を持ち込んだり思い出の写真を飾ったり、快適に安全に過ごせる居室空間となっている。	居室は掃除が行き届いており、各部屋はホームの防火カーテンとベッドを使用している。使い慣れた家具の上に、職員からの誕生日のメッセージが書かれた色紙や、孫の写真等が飾られている部屋等がある。	
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	施設内は全てバリアフリーで廊下には手すりが配置されておりご本人様が安全で自立した生活が送れるように努めている。		