

### 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	1290900156		
法人名	ルミナス株式会社		
事業所名	グループホーム ひかり千葉船橋		
所在地	千葉県船橋市東船橋2-17-17		
自己評価作成日	平成30年11月21日	評価結果市町村受理日	平成31年2月28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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/12/index.php</a>
----------	---

**【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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成30年12月26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)】**

「人にひかりを」の理念の下、ご入居者、ご家族、スタッフがそれぞれ力を合わせてそれぞれにとって最適な「生活の場」づくりを行っています。  
 ご入居されている方々の意向を都度確認して一日の生活設計を各スタッフがいき、一人ひとりのそのひとらしさの実現に向けてケアを行っています。外出イベントに月に必ず出かけ、赴く場所もご入居者に決めてもらい実現できるようにスタッフが計画を行います。  
 認知症に関する研修会が月に一度あり、それにスタッフが参加し、自分自身のケアの振り返りと改善を常に行っています。より働きやすい環境や自己課題に向き合えるように、原則3か月に1度スタッフと上長にてOJT面談を実施し、自分の課題や目指すべき目標をブラッシュアップしケアに活かします。

**【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)】**

1. JR東船橋駅から徒歩4分の閑静な住宅街に立地しており、隣に内科医院、近所にコンビニ、商店街もあり、訪問、買い物、生活に便利です。建物内は全体的にゆったりしており、中庭に紅葉の木を配した回廊式で、天気の良い日には室内歩行を行い実績を歩行表に記録する等運動に活かしています。  
 2. グループホームの理念「認知症の人がその人らしく地域で自然に過ごす」に沿い、個別対応で利用者の認知症程度の維持・改善に努めています。年2回環境アドバイザーを招き、認知症の利用者に良い環境作りに努めたり、認知症に良い活動(体操、歩行、ゲーム等)の実践に努め、各種の改善事例(介護度、会話、食事、歩行等)が見られ、利用者・家族から感謝されています。終末期に入っても看取りは行いませんが、特養、老人保健施設、療養型病院の紹介に努めています。

**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、生き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	運営推進会議を通して地域に伝え、近隣のゴミ拾い活動等を通して各スタッフが意識できるようにしている。	運営法人の理念「人にひかりを（詳細説明付き）」を掲げ、入社時の研修の他、ホーム長が3ヶ月毎に職員面談で話し合い、日ごろのサービスで実践しています。	
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	地域の方が何かの役に立ててほしいと物品の寄付をいただいたりしている。またイベント等で作った食事を振る舞う活動を行っている。	町内会の事情により現在入会を保留しています。只ホーム長は、地域密着の主旨を理解し、地域との交流(近隣の掃除、散歩時の挨拶、ボランティアの受け入れ、専門学校生徒の職場体験受け入れ、ホーム主催の夏祭りで近隣に声かけ等)を進めています。	
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	ご家族には認知症に対する理解や介護実践を伝えている。法人として事例検討会を通じて発信している。		
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践、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	会議内容を記録に残し、スタッフ間で共有しサービス向上に活かしている。	年6回、地域包括支援センター、民生委員、地域住民、入居者・家族、職員で、会議を開催しています。議題は、外部評価報告、利用者の生活状況報告、ヒヤリハット・事故報告、猛暑対策、身体拘束廃止委員会報告等で、意見交換し、サービス向上に活かしています。	
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	起きてしまった事象に対する所定の方法での報告や相談を実施している。	ホーム長は必要の都度市担当に報告・相談しています。又運営推進会議時には、必ず参加してくれる地域包括支援センターから情報や意見を貰い、運営に役立てています。同センターからの介助困難な人の受け入れ要請には、空室があれば受け入れるようにしています。	
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「介護保険法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	拘束廃止委員会にて話し合い、研修等の企画、周知に努めている。	昼間玄関は施錠せず(鈴を取り付けている)、職員が利用者を見守っています。只警察から「不審者侵入問題があるので昼間も施錠するよう」通知があり、関係者で検討中です。3か月に1回、拘束廃止委員会を開き、全職員への周知徹底を図っています。	
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	拘束廃止委員会にて話し合い、研修等の企画、周知に努めている。		

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	拘束廃止委員会にて話し合い、研修等の企画、周知に努めている。		
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	入居見学や契約時を中心に行っている。それら以外にも都度実施している。		
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	運営推進会議等を活用し、ご家族説明を行っている。	利用者からは日ごろ、家族からは訪問時(殆どの家族が月1回以上来訪)や納涼祭を兼ねた運営推進会議(8月開催、家族7名参加)等で意見・要望を聞き、運営に反映させています。又運営法人独自のお客様満足度調査を実施し、家族の要望を汲み取る様に努めています。	
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	OJT面談にて実施し、それ以外にもカンファレンスや日々の関わりの中で行っている。	ホーム長は、職員から就業時や月1回の職員会議時、個人面談(年2回)で意見を聞き、運営に反映する様に努めています。又運営法人により職員満足度調査を行う他、職員が外部に相談できるシステム(CAP)が設けられています。	
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	ルミナス株式会社者のキャリアラダーに沿って行っている。		
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	介護実践OJTシートやOJT計画書を活用し実践している。		
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	船橋市GH連絡会に加盟し、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
<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	計画作成担当者とともに、ご本人からの情報収集、ご家族からの情報収集およびケアマネからも行っている。		
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	利用前にご自宅にてご家族からも直接お話を伺って、関係づくり、課題抽出をおこなっている。		
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	計画作成担当者とともに、ご本人からの情報収集、ご家族からの情報収集およびケアマネからも行っている。		
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	認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。		
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	認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。		
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	行きつけの床屋さんへの外出支援等を行っている。	家族の面会はもちろん、家族がたまに孫やひ孫と一緒に訪れ利用者の楽しみとなっています。家族と墓参りや法事に出かけ、外泊する人もいます。また入居前に近所に住んでいた友人が来訪し、歓談する等、関係継続が自然に出来ています。	
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	認知症になってもできることを大切に、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。		

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
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	契約が終了しても、介護保険に関するご相談等を受けられる体制を取っている。		
<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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かしている。	利用者に生野菜が食べたいとの希望があったので、職員が同行で食材を買いに出かけ、サラダと一緒に作った事があります。声が聞こえ難い場合、単に認知症だからと決めつけることなく、聴力の問題なのか、聴こえていても発語に困難があるのかを見極める等、常に個々の利用者側の立場に立った支援に努めています。	
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かしている。		
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かしている。		
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	サービス担当者会議を3か月に1回開催し、その方の課題や願いを分析および収集し、新たなサービス評価、設計を行いプランに反映している。	計画は、介護計画作成担当者を中心に、ホーム長、入居担当者、職員で作成していますが、3か月に1回モニタリングを行い、計画作成に活かしています。退院時や体調急変時等には、随時の見直しを行っています。	
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	日々のケース記録の情報をケアプラン作成に活かしている。		
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	より専門的なリハビリが必要な方に関して訪問リハビリを利用している。		

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
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	散歩の際に近隣の店舗を利用し、自分のほしいものの買い物を実施している。		
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	日々の様子を訪問診療医に的確に伝え、近況報告にて状況報告をご家族に行っている。	訪問診療医が月2回来訪しています。入居前からのかかりつけ医を希望する場合は、原則家族が付き添いますが、家族付き添いの無理な時は職員が同行しています。虫歯や義歯の調整等が必要があれば、歯科医が来訪して治療しています。皮膚科や整形外科等は、外来で受診しています。	
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	体調に異変があれば訪問看護師にいつでも相談できる環境がある。		
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。	体調に変化がある際は、訪問診療医と連携し、紹介状を含めた情報提供、スタッフからの日々の情報提供を都度行っている。		
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	入居時に看取りの有無について正確に説明を行っている。	現在、看取りまでは行っておらず、終末期に入ると特養・老人保健施設・療養型病院を紹介しています。85歳以上の利用者が10名いるホームですが、要介護4以上の人はいません。毎日の歩行や体操等により介護度の現状維持・改善に努め、その人らしさを大切に、あるがままに生きる運営方針に沿った取り組みを実践しています。	
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	となりのすこやか医院さんの力を借りて行っている。		
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	定期的実施している防災訓練にて行っている。	5月に自主訓練を行い1月に消防署立ち合い訓練(夜間想定を含む)を予定しています。地域との連携は土地柄時間がかかるので、職員の緊急時駆けつけ体制強化を検討しています。防火装置や機器は完備し、備蓄は5日分(発電機あり)準備しています。	最近大規模災害が多いことを踏まえ、関係者と話し合い年1回災害訓練を実施する事、及び備蓄品の管理表作成、災害用品(防災頭巾等)と非常時持ち出し品(処方箋コピー等)を準備することが望まれます。

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
<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	カンファレンスなどにて日々のケアの振り返りを行っている。	利用者には「さん」付けで呼び、個室に入る時はノックをしてプライバシーに配慮しています。入浴は、一人の利用者が完全に出てから次の人が入るよう羞恥心に心遣いをしています。トイレ誘導の際には、他の利用者に気づかれないように対応しています。	
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。		
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	お化粧を行っている方もいて、その人らしい生活を支援している。		
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	認知症になってもできることを大切にして、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。	食材は業者から隔日に届き、カラー写真の週間献立表が食堂に貼られ、見るだけで食欲をそそります。外食は月1回利用者の希望する店(回転寿司、居酒屋ランチ等)に行き、自分で選んだ食事を楽しんでいます。	
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。		

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	排泄の際の失禁量を参考にしたりして、その人にとっての排泄方法を実践している。	部分介助や見守りが必要な利用者が数名いますが、自立の利用者が殆どのホームです(平均介護度1.7)。夜間に必要な人は、パッドを使用しています。排泄チェック表を作成し確認をして、自立が維持できるように努めています。	
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	便の形状等を訪問看護師等へ相談し、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。	全員週2回の入浴が基本です。バイタルに問題がある場合は他の日に変更しますが、入浴拒否や最初はノーでも声かけに工夫をして多くの場合入浴に導いています。入浴はリラックス効果があり、普段無口な利用者の会話が弾む事があり、職員はその内容をケアマネージャーに報告し、情報を共有しています。	
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。		
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	一人ひとりのアセスメントと通してケアプランに活かし、実践している。		
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	毎月必ず外出イベントを企画し、行先はご入所者へ決めていただく。	散歩を兼ねて、買い物に行くとき声かけをして、駅前のコンビニに出かけています。足が浮腫み易く便秘になりやすい人に、本人の励みとなるよう、自分がどの位歩いたかが分かる棒グラフを作成しています。初詣は大神宮、花見はえび川沿いを車窓から楽しみ、ハロウィンのイベント時にアンデルセン公園に出かける等、遠方への外出支援に努めています。	



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
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	自分で管理できる方に関してはIADLの観点から支援している。		
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	毎月の近況報告やご本人の希望時に行っている。		
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	環境アドバイザーをホームに招き、指導をいただいている。	リビング兼食堂は、明るく、清潔で、ゆったりしており、温度・湿度も調節され、利用者が居心地よく過ごせる様に配慮されています。年2回環境アドバイザーを招き、認知症に良い環境作り(一部死角を作り、精神的に解放される等)に努めたり、認知症に良い活動(体操、歩行、輪投げゲーム等)を行い、症状の維持・改善に努めています。	
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	あえて死角を作り、くつろげる場所づくりも行っている。		
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	入居時になじみのものを持参してもらえようにご家族に相談を行っている。	居室は、エアコン・クローゼット・ベッド・カーテンが備え付けで、清潔で、適度の広さもあり、利用者が快適に過ごせる様に配慮されています。職員は、利用者の思いに沿い、馴染みの物の持ち込みを家族に依頼しています。	
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	認知症になってもできることを大切にして、ともに生活を作りあげられる様にスタッフがケアを行っている。		