

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	2392400186		
法人名	医療法人中野会		
事業所名	グループホームRU・RU・RU ユニット2		
所在地	愛知県半田市成岩本町三丁目60番地の3		
自己評価作成日	平成30年1月15日	評価結果市町村受理日	令和元年5月16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/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2392400186-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成31年3月9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)】

日常生活の中で一人ひとりの持っている能力を活かし、自己決定をしながらその人らしく生活できるように支援します。買い物、馴染みの場所への外出や地域の行事の参加等、地域の中で地域と共に生活しています。又、家族にも家族交流会に参加頂くなどし、本人、ホームとのつながりを継続的に持って頂くようにしている。
医療法人「中野会」の運営する3施設(中野整形外科、介護老人保健施設LA・LA・LA、グループホームRU・RU・RU)が入居者の状態に応じて連携した支援を提供します。定期期にホームにリハビリ職員が訪問し入居者の身体能力の維持や向上を図っていきます。

【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)】

--

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
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	運営理念と運営方針を掲示板に掲げ、スタッフに意識付けを行っている。又、個人面接を行い、直接職員に支援との結び付けを行っている。加えて、理念と具体的支援内容が結びつくように、定期的にテストを行っている。		
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	地域住民の一員として町内会に加入し、地域清掃や資源回収、避難訓練、夏祭り、区民展に参加している。保育園へ訪問したり、小学生をホームに招くなどして地域との交流をしている。		
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	入居者と地域の行事などに参加したり、ホームの避難訓練を地域の消防団の方で行ったり、地域交流会を開催し、地域の方をホームに招き、入居者と直接関わって頂くことで認知症の方への理解につなげている。		
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	ホームでの暮らしの様子、運営状況、事故等の報告をパワーポイントを用いて行っている。参加者と意見交換を行い、その意見を検討してサービス向上に繋がられるようにしている。		
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	毎月入居や待機人数の報告を行ったり、隔月の運営推進会議に参加して頂き、入居状況や運営について報告を行うと共に、意見やアドバイスを受けている。市からの情報提供も場を設け、行って頂いている。		
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「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	マニュアルを設置し、いつでも確認できるようにしている。防犯の視点から、玄関に鍵をかけているが、入居者の言葉や行動に応じ、すぐに外に出られるように対応をしている。		
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	チェック表を用いて職員一人ひとりが自分の行動を意識して、虐待、スピーチロックにならない声掛けに努めている。又、入居者への言葉遣いや支援方法について不適切な対応をしないよう、常に管理者及びユニット責任者より指導をしている。		

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
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	権利擁護に関する勉強会を行い、理解するように努めている。現在成年後見制度を利用している入居者が1名いる。		
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	利用前に必ずホームの見学や取り組みを説明し、面談を行った上で、十分な理解を得て家族、入居者と契約を締結している。又、入居者の状態や様子を随時報告し、ケアプラン変更、更新時も疑問や不安に対して説明し、同意を得ている。		
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	毎日の生活の中で入居者の言動や表情から個別の要望に応えたり、サービス担当者会議前に入居者、家族から直接要望を聞く機会を持っている。面会時や運営推進会議、家族交流会でも意見を聴取し、24時間シートに反映させている。		
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	カンファレンス内で意見交換を行う機会を設けている。又、定期、随時の面接及び話をする機会を設け、希望や今後についても話し合いをしている。		
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	年に2回の個人面接を行い、不安、困っている事の聞き取り、評価のフィードバックを行い、総合的な結果を給与に反映させている。又、年間の個人目標を設定し目標達成の為、意欲を持って取り組めるようアドバイスを行っている。		
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	職員の掲示板にホーム内や法人内外での勉強会、研修会の案内を掲示し、参加ができる体制を整えている。又、毎月のカンファレンスにて認知症の勉強会、事例検討を実施し、スキルアップを目指している。		
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	法人内の職員での勉強会や地域の勉強会に参加する機会を設け、情報共有し、サービスの向上に努めている。また、市が開催しているケア会議や連携会に毎回出席し、同業者と交流や意見交換を行っている。		

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	入居前に必ず行うホーム見学と本人面談時に直接話をする事で、要望、困っている事を聞き取り入居と同時に支援ができるように努めている。又、入居が始まってからもコミュニケーションを多く取り、関係作りに努めている。		
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	相談、申し込みの段階で、家族が困っている事や不安な事、要望を傾聴し、ホームでの対応方法を提案して、ニーズの把握と信頼関係を作ることに努めている。		
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	入居者の事前情報、家族のニーズ等を把握し、個人の気持ちや希望、有する能力、身体面の状態等総合的に踏まえた上で、必要としている支援を行えるように地域の資源を活用し、対応している。		
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	梅ジュース作りや押し寿司作りなど、職員が教えられたり助けられたり、普段の生活でも入居者個々に応じて、出来る事は自分で行ってもらい、入居者主体で一緒に生活しているという意識を持っている。		
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	面会時に近況報告を行ったり、個々の状態や様子を毎月書面にて報告している。又、家族交流会の開催や入居者の状態や必要に応じた外出の同行を依頼するなど、家族との関係や絆が途絶えないように努めている。		
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	入居者や家族から馴染みの人や場所を聞き取り、関りが持てるように出かけたり、手紙を書いたりしている。又、生まれ育った地域の行事の参加で地域との関わりの継続をしている。		
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	入居者一人ひとりの性格や認知症の状態から口論等のトラブルもあるが、普段の生活の様子から利用者同士の関係を把握し、孤立しないように間に入り、利用者間の関係作りを支援している。		

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
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	ホームでの暮らしの様子や生活歴、馴染みの物を詳しく伝え、新しい生活に繋がられるようにしている。又、本人や家族、他事業所より連絡があれば、いつでも対応できるように努めている。		
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	24時間シートを用い、生活リズムや好みを把握し、職員同士で共有し支援に繋げている。又、生活歴や家族からの情報や現在の状況、状態も把握した上で本人の立場からサービス担当者会議にて実現していけるよう支援を検討している。		
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	入居前の面談や自宅訪問時に、これまでの暮らしや言動、サービス利用時の様子等を確認し、把握している。又、本人や家族から生活歴や入居前の暮らしの様子を聞き、情報収集することに努めている。		
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	24時間シートを活用して、発言や表情、反応も含めて生活の様子を把握する事で一人ひとりの過ごし方、心身状態、有する力等を把握している。又、サービス担当者会議にてアセスメントを基に情報共有している。		
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	入居者、家族より事前に生活においての要望等の意見を聞き、サービス担当者会議で入居者個々の状態を話し合い、計画作成担当者が意見をまとめて介護計画を作成している。又、リハビリ専門職と入居者の状態を評価し、目標設定を行っている。		
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	カルテへの記録の他に24時間シートや個々の申し送りノート、伝達ノートを使用し、日常生活の中での小さな変化や気づきも共有できるように努め、実践と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	ニーズを把握して地域資源の活用や法人内のリハビリ(PT、OT、ST)、看護師、管理栄養士と連携して様々な面から対応できるように努めている。		

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
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	地域の精米店、スーパー、行きつけの美容院、床屋の活用をしている。又、保育園や小学校と交流や地域の体操教室への参加をしている。		
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	事業所の協力医療機関だけでなく、いつでも希望する医療機関に受診できる体制にしている。		
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	定期、緊急時にいつでも連絡、相談ができる体制をとっている。又、来所時は入居者一人ひとりと顔を合わせて状態を把握し、処置やアドバイス等を受けており、適切な看護体制を整えている。		
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。	入院時は医療機関と家族の両方に、早期の情報提供を行うと共に、退院時に早期の受け入れが行えるように定期的にお見舞いに行ったり、病院関係者と連絡をとり、状態の把握と情報交換を行い準備をしている。又、病院が主催する連携会に出席し、関係作りを行っている。		
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	入居の段階から「入居者が重度化した場合における対応に係る指針」を説明し、同意を得ている。又、法人内、グループ会社と連携して受け入れ態勢を整えている。状態の変化に合わせて対応できるように随時、入居者の状態等を面会時に家族へ伝えて、意向の確認を行っている。		
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	緊急対応マニュアルの他にフローチャートも作成しており、職員間で周知している。又、ホーム内や法人内外の勉強会にも参加し、緊急時の対応についての技術、知識を学んでいる。		
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	マニュアルを整備し、年2回の防災訓練を実施している。防災リュック、ライフジャケットを常備し、自主的に定期で訓練も行っている。又、市が主催する防災訓練にも参加し、地域の方と協力体制の構築が出来るように努めている。地震や火災に加えて、水害時の避難訓練を行っている		

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
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	個々の人格を尊重する支援の実施を目指し、入居者を尊重した言葉かけやプライバシー保護に対して、職員の更衣室に標語の掲示をしたり、自身の対応を見直し職員間で注意し合える環境作りに取り組んでいる。		
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	好きなもの、食べたいものから食事のメニューを決めたり、入浴時間も自分で決めたり、「行きたい」と希望した場所へ外出するなどの支援をしている。		
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、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	食事の目安の時間等はあるが、入居者一人ひとりが散歩や新聞を読む等の日課を自分のペースで行い、希望に合わせて1日を過ごせるように支援している。		
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	洗面等は本人の習慣に合わせて行い、自分で服を選んだり、化粧したり等行えるように支援をしている。又、入居者が髪型を気にする様子があれば、美容院や床屋へ行けるようにしている。		
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	入居者一人ひとりの好みを把握し、献立に取り入れている。入居者主体で食事の準備・料理を職員と一緒に楽しみながら、行っている。		
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	24時間シートを活用して、一人ひとりの食事や水分の摂取量や摂取内容、摂取の時間帯を把握している。又、個々の習慣や体調に合わせて飲み物やパン食等の対応をし栄養と水分の確保をしている。		
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	毎食後、口腔ケアの声掛けを行い、能力に合わせた支援をしている。又、定期的な歯科往診時に個々の口腔ケア方法の指導を受けたり、随時入居者の状態に合わせて、往診を受けている。		

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
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	24時間シートを活用し、一人ひとりの習慣や排泄パターンの把握をして、声掛けにてトイレ内での排泄ができるように見守り、支援を行っている。又、入居者の能力や状態に合わせてパット選定や排泄方法を検討し、支援している。		
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	日常生活の家事動作や体操で、毎日体を動かし、乳製品や食物繊維の多い食材、オリゴ糖やセンナ茶を使用し、水分量も含めてメニューの工夫をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には入浴はいつでも入れる体制を整え、習慣や入りたいタイミングで入浴している。入浴拒否の方に対しては声掛けを増やし、入りやすい雰囲気作りを行っている。		
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	一人ひとりの習慣で休息できるように支援している。不眠の場合は、環境面や心理面等の不眠の考えられる要因を考え、自分のタイミングで休めるよう支援している。		
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	処方箋はカルテに最新の物をはさみ、すぐに確認できるようにしている。日常生活の変化を往診時に報告して内服薬の検討ができるようにしている。又、薬剤師とも連携し、薬の特性や注意点等を直接聞いたり、職員からも相談できる体制を整えている。		
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	入居者主体での生活ができる支援を行い、一人ひとりが能力に合わせた役割を持てるようにしている。又、趣味や特技、習慣を活かして物作りや週1回のクラブ活動、体操教室への参加、散歩等に出かけて気分転換をしている。		
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支援している	毎日買い物に出かけている。入居者との会話の中で行きたい場所や馴染み、思い出の場所などを聞き取り、職員と外出したり、家族とも外出できるよう働きかけている。		

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
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	お金の管理はホームで行っているが欲しいものは職員と一緒に買い物へ行き、自分で選んで買っている。		
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	継続的に年賀状や暑中見舞いを送っている。又、希望時に電話できる体制を整えており、本人の携帯であれば、自由に使用可能としている。		
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	安心できる空間作りを行い、入居者の目線に入るものを意識しながら、花やカレンダー等、季節感を感じられるように工夫している。雑誌ラックを作り、好きな時に読みたいものを手に取れるようにしている。		
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	リビングのソファや庭にあるウッドデッキの椅子等、入居者の意思に合わせて過ごせる空間を作っている。		
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	入居前の居室環境にできるだけ近づけるよう考慮し、慣れ親しんだ物や好みの物を設置している。壁には写真や自分の好みの物を飾っている。又、位牌を置き、入居前からの習慣である毎日お朴様をお供えする事の継続を支援している。		
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	ホーム内は生活リハビリを意識した作りになっており、残存能力を活かせるようテーブルや椅子、棚の配置を工夫している。導線を意識し、安全に自立した生活が送れるように支援している。		