

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	2172400273		
法人名	大和産業株式会社		
事業所名	グループホーム垂井だいわ福寿の杜 第1ユニット		
所在地	岐阜県不破郡垂井町栗原372-1		
自己評価作成日	平成24年9月26日	評価結果市町村受理日	平成24年11月30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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JigyouCd=2172400273-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会		
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南類町5丁目22-1 モナーク安井307		
訪問調査日	平成24年10月19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)】

7年目に入り、利用者も年を重ね、動くのを、嫌がる利用者が多くなってきた。散歩に行ける時は、毎日行くが、雨や夏場は中々外に行けない、楽しく動けるように、レクリエーション(体操・ゲーム)を工夫したり、毎日施設内を楽しみ散歩出来るように、利用者の作品を廊下に展示したり、歩きやすい曲を流し足り工夫している。音楽療法、歌・ゲームのボランティアは、月1回、フラワーアレンジメント2カ月に1回来て頂き、いつもと違う楽しい時間設けている。月の行事も職員が慣れてきた為レベルが上がり、日頃中々出来ない事を、考え利用者を楽しませてくれている。職員も利用者も笑顔が絶えない施設です。

【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)】

“垂井だいわ福寿の杜”は開設から7年となり、地域とのつながりも深くなっている。地域との連絡網ができ協力体制も整い、消防署員の指導の下避難訓練を年2回実施している。夏祭りの協力や野菜作りの応援に来てもらったり、地域とは日常的に交流している。日頃より、一人ひとりに何が出来るか興味を持ってもらえることを見つけ、役割を持ちめりはりのある生活の支援に取り組んでいる。また地域の文化祭で作品の展覧に協力している。家族や本人の意向を把握し、フェイスシートから経歴等理解し初回のケアプランを作成している。評価をもとに毎月変化をまとめ、6ヶ月ごとに本人や家族、必要な関係者と検討しプランの見直しを行っており、書類の管理もできているので課題が見つかりやすい。一人ひとりの心と心がふれ合う、笑いの絶えないことを大切にしている事業所である。

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	職員は理念を共有し、地域に溶け込み実践に繋げるよう日々努力している。	事業所の理念は分かり易く、職員は名刺サイズにまとめた理念をいつでも見られるよう持ち歩いている。フロア会議で話し合い、常に明るく笑顔が絶えないグループホームを目指している。	
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	地域の方が、自主的にいろんな事に参加して下さるようになり、地域からも行事等に参加して欲しいと声をかけて頂けるようになってきた。	開設から7年となり、地域とのつながりも深くなっている。消防訓練や夏祭り、野菜作りのお手伝いなど、地域からの協力がある。地域の文化祭で作品を出展するなど、日常的に交流している。	
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	運営推進会議で民生委員、地域代表の方に、いつでも相談に来て頂けるよう伝えてあり、情報交換もしている。		
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	毎回、利用者の入居情報、事故報告、行事等報告し、助言やアドバイスをして頂いている。職員にも報告しサービス向上に活かしている。	運営推進会議と合同で年1回の家族会を行い、意見交換をしている。スプリンクラーの補助金の情報や地域の祭りの展示の情報など、サービスの向上につながったことがある。	報告や情報交換にとどまらず運営推進会議をさらに活用するために、メンバーがモニター役になり会議の活用方法を話し合い、積極的に取り組む場となることを期待する。
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1回役場に行き情報交換をしている。2カ月に1回の運営推進会議にも毎回参加して頂いている。	毎月広報を持参し、運営推進会議のお知らせをしている。成年後見制度の利用者があり、情報の共有を行い積極的に連携を図ろうとしている。	
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	職員が順番に、毎年1人は参加、研修報告レポート提出にて、全職員に熟知させているが、2階の階段に、夜間のみ施錠している。	身体拘束をしないケアを行う為に職員は研修に参加し、全職員に報告と回覧をすることで共有認識を図っている。	
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	職員が順番に、毎年1人は参加、研修報告レポート提出にて、全職員に熟知させている。		

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	職員が順番に、毎年1人は参加、研修報告レポート提出にて、全職員に熟知させている。昨年対象者がいた為勉強出来た。		
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	契約時に、納得頂けるまで、説明を行い、改定等は、家族会の時に説明してご理解をして頂いている。		
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	契約時に、施設長、管理者または外部機関に話せる事を伝え、契約書にも、外部機関連絡先が掲示してある。相談箱の設置もしてある。	入居時にアセスメントし日頃のケアの中で関わりながら把握したり、家族の面会時に意見を聞き確認している。また「ひもときシート」により、できることを一つずつ探りながらケアに活かしている。	
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	フロアー会議、ミーティング等で意見を聞き、その意見を幹部会議で報告検討している。	外部評価の取り組みでは職員一人ひとりが自己評価し、管理者はそれぞれの思いを確認しながらまとめている。月1回のフロアー会議では、休憩場所の検討など職員の意見が大切にされている。	
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	キャリアパスを申請し職員に、介護職員処遇改善交付金を支給している。体調に合わせて勤務を変更している。		
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	段階に応じて研修に参加している。ひもときシートKYT等活用して、研修している。		
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	グループホーム協議会へ参加している。同じ地区のグループホームの運営推進会議に参加したり来て頂いたり交流の機会をもっている。研修に参加した時他の施設と情報交換している。		

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
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	事前面接に行き本人とゆっくり話し、アセスメントをしっかり取り不安なこと、求めていること等受け止め努力をしている。		
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	事前面接、契約のときに家族と話す機会を設けている。		
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	相談時、本人や家族の思い、状況を確認し必要としている支援が出来るよう対応に努めている。		
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	ご本人の気持ちを尊重し少しでも気持ちに添えるよう努力している。掃除、洗濯、炊事など出来る範囲で参加できない部分を職員がサポートしている。		
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	会報にて1ヶ月の様子を知らせたり、行事参加や面会時に家族との良い関係を築いてもらうようにしている。		
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	馴染みの美容院など定期的に行っている。馴染みの方が見えた際本人の希望で面会して頂いている。	2週間に1回外泊する方があり、また友人が訪ねて来る方にはお茶を提供しもてなすなど、関係継続の支援に努めている。お墓参りは家族の協力を得ている。	
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	利用者同士の関係を把握し、孤立しないように、利用者同士が交流できる空間を作っている。利用者同士の性格をレクリエーション等で、見極め利用者の印象が良くな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
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	ショートステイを利用してその後入居をしたいと相談あり情報提供して、空いた時に利用をするか確認している。		
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	アセスメントを大切に本人の希望に添えるようケアプランを立てて実行している。家族の協力が必要なときは話し合い協力を依頼している。ひもときシートを使い職員全体で考え検討する時間を作っている。	入居時に本人や家族の細かなアセスメントを行っている。職員は常に利用者の気持ちを考えており、ケアが困難な場合もひもときシートを用い、ホーム全体で利用者の思いを推測し理解するように努めている。	
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	事前面接のときに、本人、家族からアセスメントを取り把握につめるほか、家族の面会時や本人との会話から情報集めケアに生かす取り組みをしている。		
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	利用者の出来ること、得意なことを見つけるように活動時に目を向けて観察して実行できるところは、挑戦している。毎朝、健康チェックを行い、異常がある場合は看護師に連絡して主治医と連携を取り対応している。		
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	本人、家族の意向を確認、月1回のモニタリングで現状把握、フロア会議でケース検討を行い意見を出し合っている。介護計画に盛り込んでいる。	家族や本人の意向を把握し、フェイスシートから経歴等理解し初回のケアプランを作成している。評価をもとに毎月変化をまとめ、6ヶ月ごとに本人や家族、必要な関係者と検討しプランの見直しを行なっている。	
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	ケース記録や各チェック表、申し送りノート、業務日誌などで情報の共有を図りケアプランの作成見直しに活用している。		
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	通院介助、健康診断やその他本人と家族の状態、状況を把握して援助している。		

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	ボランティアの方による活動、馴染みの店など地域の場所や人の力を活用している。		
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	月2回往診に来てもらい、協力医師の指示により、専門の医療が必要なときは協力医師より予約を取ってもらい専門の医療に受診している。	かかりつけ医の受診は家族の協力を得ている。サマリーを渡し、事前に電話をしている。受診後は文書で結果をもらったり電話で確認するなど、連携を図っている。また入院時には、協力医から病院に連絡してもらっている。	
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	介護支援専門員が看護師であり、気軽に相談でき健康面も支援している。夜間も連絡体制が出来ており、迅速に対応している。		
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。	施設看護師が病院と連携を取り情報交換や相談をして連携を取っている。退院のときは家族、医師、管理者、看護婦でカンファレンスを行い、退院後の対応など話し合う。		
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	現在の状態をこまめに家族に伝え、重度化したときの対応を少しずつ話しあっている。終末期については、家族、医師、管理者、看護婦などで話し合い出来る範囲で取り組んでいる。	重度化指針・看取り指針が整備されており、ホームで対応できる具体的な支援が明らかになっている。入居時や状態悪化の際には、必要に応じて話し合いの場を持ち気持ちを確認している。看護師の常勤体制があるので、職員も心強い。	
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	急変時、事故発生時のマニュアルを作成し、周知徹底している。定期的に訓練をしている。		
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	ホーム独自のマニュアルを作成それに基づき避難訓練を実地、マニュアルの見直しを行っている。消防署・地域住民も交え年2回避難訓練を実地している。	消防署が来所しての訓練には近所の参加があり、災害時の連絡網には近所の方の電話番号も掲載されているなど、地域との協力体制が築かれている。備蓄の食糧や水は3日分確保され、発電機も備える予定である。	

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
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	常に目上の方に話していることを頭においている。面会簿や個人情報の取り扱いには注意している。	職員は利用者に対し、親しみと尊敬の念を忘れず接している。羞恥心にも配慮し、パッドも部屋にそっと置いたり、利用者同士でも排泄のことについては聞かれても言わないなど、常に利用者の尊厳を考え接している。	
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	本人の意思や希望で行動出来るように支援している。買物のとき野菜など選んでいただく。		
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	利用者の毎日の状態に合わせて、本人と相談しながら希望にそった支援をしているが、出来ることややりたいことを見つけ、材料等準備していつでも取り組めるようにしている。		
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	利用者の着たい服を選んでもらい、入浴準備をしている。服の購入希望があれば一緒に買物に行き購入する。汚れ物を見つけたら、着替えて頂く。		
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	食事の準備や配膳、盛り付けなど、出来ることは職員と一緒にこなしている。時々外食もして好きな物を選んで食べて頂いている。	利用者の食べたいものを聞き献立に入れたり、買い物には利用者に同行してもらっている。食事の準備や後片付けを利用者が行っており、食事が楽しみになるよう食事の前には利用者がメニューを書いている。また、嚥下体操やラジオ体操も行なっている。	
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	食事形態は、個人によって、変更している、食事は水分量、チェック表に記入して確認する。栄養バランスの取れていない方は看護師に報告して医師の指示を仰いでいる。		
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	垂井町成人歯科検診をして頂き、歯の状態を職員が把握し毎食後の口腔ケアに行かしている。1ヶ月1回歯科医師によるブラッシングをしていただいている。		

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	排泄チェック表を活用して、個々の排泄パターンを把握、トイレ誘導を行う。なるべくおむつ利用を避けるように努力している。	夜間のオムツ使用はあるが日中はリハビリパンツで過ごし、排泄チェック表を見ながらさりげなくトイレ誘導している。失敗しそうな場合もそっとドアを開けて見守るなど、自尊心に配慮し支援している。	
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	排泄チェック表、水分チェック表などを利用して便秘の原因を探し散歩、マッサージ、体操を取り入れ医師と相談しながら服薬などで調節している。		
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	週3回曜日は決まっている。時間は午前中に入ることが多いが希望によっては午後でもOKである。本人が希望すればいつでも入浴ができるように、対応している。	入浴は基本的には週3回だが、入りたい人には対応しており、夏は毎日シャワーをしている。また入浴剤を使用するなど、楽しく入浴できる支援をしている。	
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	個人の習慣にあわせて、ベット、畳などで対応している。散歩、体操など身体をうごかして安眠できるよう努力している。		
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	個別のケース記録に処方箋をファイリング、職員が随時確認できるようになっている。重要な薬については詳細が把握できるよう別紙にファイリングしている。申し送りノートや業務日誌にて変更の旨を記入、職員全員把握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	音楽療法・フラワーアレンジメント・エステなど定期的に参加できるようにしたり、散歩や買い物、本人希望の手芸や塗り絵を常に用意しておくように心がけている、出来上がった作品を展示して皆さんに診て頂けるようにしている。		
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	出来る限り希望に沿って、戸外に出かけているがなかなか希望が少ない。花が好きな方が多く季節の花を見に行く機会を作っている。	毎日午後はほとんど全員で近所に散歩に出かけており、また毎月職員の車で、おちよぼ稲荷やコスモス畑、温泉などに出かけている。年に一度は福祉バスで遠出もしている。	

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	金銭は施設長が管理しているが、家族と相談して了承を得た方は、財布をもってもらっている。		
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	家族と相談して、都合の良い時間にかけて頂いている。手紙も出来るだけ書いて頂くように支援している。		
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	毎日、利用者全員で、掃除をする。玄関に季節の花を生ける。玄関・Dルーム・畳スペースを利用者がいつでも休めるように工夫してある。	共用空間は明るく、座り心地の良いソファや和室スペースがあり、くつろげる空間となっている。家族から聞き取った利用者の歴史が新聞風に掲示されており、一緒に行なった寄せ植えが美しく置かれている。利用者と共に毎日掃除をしており、隅々まできれいである。	
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	ソファ、畳スペース(拡張)、踊り場など利用者同士お話ししたり、外を眺めたり自由に過ごせるようにしてある。		
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	家族の写真を飾ったり、仏壇、家具など自由に持ってきていただいている。	部屋の前には、手作りの名札や写真、作品展などの賞状が飾られ、玄関風になっている。居室には使い慣れた筆筒や仏壇、テレビなどが置かれ、塗り絵や自分で作った刺し子などの作品が飾られていて、居心地の良い空間になっている。	
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	トイレの標識、入浴の使用札など、出来る限り工夫している。知能リハビリを生かし分かる力を引き出している。		

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	2172400273		
法人名	大和産業株式会社		
事業所名	グループホーム垂井だいわ福寿の杜 第2ユニット		
所在地	岐阜県不破郡垂井町栗原372-1		
自己評価作成日	平成24年9月26日	評価結果市町村受理日	平成24年11月30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.kaijokensaku.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JigyosyoCd=2172400273-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会		
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南頬町5丁目22-1 モナーク安井307		
訪問調査日	平成24年10月19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)】

利用者が高齢になり、運動をしなくなってきている。便秘等の原因にもなるため、個人に合わせ定期的に運動できる時間を取り、個別にリハビリ・歩行訓練等を行っている。毎月の行事も7年目になるとマンネリ化するが、色々考え工夫して、取り組んでいる。家族で、通院介助が難しい時は、ナースが同行して受信に行っている。音楽療法、歌・ゲームのボランティアは、月1回、フラワーアレンジメント2カ月に1回来て頂き、いつもと違う楽しい時間設けている。明るい職員、利用者が多くいつも笑顔が絶えない楽しい施設です。

【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	職員は理念に共有して地域に溶け込み実践に繋げるよう日々努力している。		
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人として日常的に交流している	地域の方が自主的にいろんなことに参加して下さるようになってきた。散歩中も声を掛けて頂くことが多い。		
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	運営推進会議で民生委員、地域代表の方にいつでも相談に来て頂けるように伝えてあり、今年度も何件か相談も受けている。		
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	毎回、利用者の入居情報、事故報告、行事等報告して、助言やアドバイスをして頂いている。職員にも報告サービス向上に活かしている。		
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1回役場に行き情報交換をしている。 地域包括支援センター、社協		
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	研修に行った職員が報告、回覧等で、全員に熟知させているが、事故防止の為、2階の階段に、夜間のみ施錠している。		
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	研修に行った職員が報告、回覧等で、全員に熟知させている。職員の目につく箇所に気を付ける言葉など貼って虐待が無いように努めている。		

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
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	権利保護推進養成研修に毎年一人ずつ参加し理解を深めている。利用者にも今年度1名利用者がみえ対応している。		
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	契約時に、納得頂けるまで、説明を行い、改定等は、家族会の時に説明してご理解をして頂いている。		
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	契約時に、施設長、管理者または外部機関に話せる事を伝え、契約書にも、外部機関連絡先が掲示してある。相談箱の設置もしてある。		
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	フロアー会議、ミーティング等で意見を聞き、その意見を幹部会議で報告検討している。		
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	キャリアパスを申請し職員に、介護職員処遇改善交付金を支給している。		
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	段階に応じて研修に参加している。ひもときシートKYT等活用して、研修している。		
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	グループホーム協議会へ参加している。同じ地区のグループホームの運営推進会議に参加したり来て頂いたり交流の機会をもっている。研修に参加した時他の施設と情報交換している。		

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
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	事前面接に行き本人とゆっくり話し、アセスメントをしっかり取り不安なこと、求めていること等受け止め努力をしている。		
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	事前面接、契約のときに家族と話す機会を設けている。		
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	相談時、本人や家族の思い、状況を確認し必要としている支援が出来るよう対応に努めている。		
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	ご本人の気持ちを尊重し少しでも気持ちに添えるよう努力している。掃除、洗濯、炊事など出来る範囲で参加できない部分を職員がサポートしている。		
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	会報にて1ヶ月の様子を知らせたり、行事参加や面会時に家族との良い関係を築いてもらうようにしている。		
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	馴染みの美容院など定期的に行っている。馴染みの方が見えた際本人の希望で面会して頂いている。		
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	利用者同士が交流できる空間を作っている。レクリエーションを通じて、交流出来る時間を作っている。		

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	家族の受け入れが可能になり退去された方がその後状態が悪くなり相談を受け経済的な理由もあり入居が無理な為ショートステイの利用を援助したこともあり、必要に応じて相談・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	アセスメントを大切にして本人の希望に添えるようケアプランを立てて実行している。家族の協力が必要なときは話し合い協力を依頼している。ひもときシートを使い職員全体で考え検討する時間を作っている。		
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	事前面接のときに、本人、家族からアセスメントを取り把握につめるほか、家族の面会時や本人との会話から情報集めケアに生かす取り組みをしている。		
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	利用者の出来ること、得意なことを見つけるように活動時に目を向けて観察して実行できるところは、挑戦している。毎朝、健康チェックを行い、異常がある場合は看護師に連絡して主治医と連携を取り対応している。		
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	本人、家族の意向を確認、月1回のモニタリングで現状把握、フロア会議でケース検討を行い意見を出し合っている。介護計画に盛り込んでいる。		
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	ケース記録や各チェック表、申し送りノート、業務日誌などで情報の共有を図りケアプランの作成見直しに活用している。		
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	通院介助、健康診断やその他本人と家族の状態、状況にを把握して援助している。		

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	ボランティアの方による活動、馴染みの店など地域の場所や人の力を活用している。		
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	月2回往診に来てもらい、協力医師の指示により、専門の医療が必要なときは協力医師より予約を取ってもらい専門の医療に受診している。		
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	介護支援専門員が看護師であり、気軽に相談でき健康面も支援している。夜間も連絡体制が出来ており、迅速に対応している。		
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。	施設看護師が病院と連携を取り情報交換や相談をして連携を取っている。退院のときは家族、医師、管理者、看護婦でカンファレンスを行い、退院後の対応など話し合う。		
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	現在の状態をこまめに家族に伝え、重度化したときの対応を少しずつ話しあっている。終末期については、家族、医師、管理者、看護婦などで話し合い出来る範囲で取り組んでいる。		
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	急変時、事故発生時のマニュアルを作成し、周知徹底している。定期的に訓練をしている。		
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	ホーム独自のマニュアルを作成それに基づき避難訓練を実地、マニュアルの見直しを行っている。消防署・地域住民も交え年2回避難訓練を実地している。		

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	常に目上の方に話していることを頭においている。面会簿や個人情報の取り扱いには注意している。		
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	本人の意思や希望で行動出来るように支援している。買物のとき野菜など選んでいただく。		
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	利用者の毎日の状態に合わせ、本人と相談しながら希望にそった支援をしている。		
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	利用者の購入希望があれば一緒に買物に行き購入する。汚れ物を、見つけたら、着替えて頂く。		
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	食事の準備や配膳、盛り付けなど、出来ることは職員と一緒にこなしている。時々外食もして好きな物を選んで食べて頂いている。		
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	食事形態は、個人によって、変更している、食事は水分量、チェック表に記入して確認する。栄養バランスの取れていない方は看護師に報告して医師の指示を仰いでいる。		
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	垂井町成人歯科検診をして頂き、歯の状態を職員が把握し毎食後の口腔ケアに行かしている。1ヶ月1回歯科医師によるブラッシングをしていただいている。		

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	排泄チェック表を活用して、個々の排泄パターンを把握、トイレ誘導を行う。		
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	排泄チェック表、水分チェック表などを利用して便秘の原因を探し散歩、マッサージ、体操を取り入れ医師と相談しながら服薬などで調節している。		
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	週3回曜日は決まっている。時間は午前中に入ることが多いが希望によっては午後でもOKである。本人が希望すればいつでも入浴ができるように、対応している。		
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	希望に応じて昼寝や、マッサージをする時間を確保したり、床に今まで布団で寝ていたが、状態に応じて介護ベットに変更している。		
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	個別のケース記録に処方箋をファイリング、職員が随時確認できるようになっている。重要な薬については詳細が把握できるよう別紙にファイリングしている。申し送りノートや業務日誌にて変更の旨を記入、職員全員把握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	音楽療法・フラワーアレンジメント・エステなど定期的に参加できるようにしたり、散歩や買い物、本人希望の手芸や塗り絵を常に用意しておくように心がけている、出来上がった作品を展示して皆さんに診て頂けるようにしている。		
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	出来る限り希望に沿って、戸外に出かけているがなかなか希望が少ない。花が好きな方が多く季節の花を見に行く機会を作っている。他の施設に居る家族に会いに行く支援もしている。		

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	金銭は施設長が管理しているが、家族と相談して了承を得た方は、財布をもってもらっている。		
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	家族と相談して、都合の良い時間にかけて頂いている。手紙も出来るだけ書いて頂くように支援している。		
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	毎日、利用者全員で、掃除をする。玄関に季節の花を生ける。玄関・Dルーム・畳スペースを利用者がいつでも休めるように工夫してある。		
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	ソファ、畳スペース(拡張)、踊り場など利用者同士お話ししたり、外を眺めたり自由に過ごせるようにしてある。		
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	家族の写真を飾ったり、仏壇、家具など自由に持ってきていただいている。		
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	トイレの標識、入浴の使用札など、出来る限り工夫している。知能リハビリプリントを生かし分かる力を引き出している。		