

平成 24 年度

事業所名 : グループホーム シリウス奥州

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	0391500030		
法人名	株式会社 シリウスケアサービス		
事業所名	グループホーム シリウス奥州		
所在地	023-0065 岩手県奥州市水沢区字水山4-1		
自己評価作成日	平成 24年 10月 1日	評価結果市町村受理日	平成 25年 3月 4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/03/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JivovsoCd=0391500030-00&PrefCd=03&VersionCd=02
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 いわての保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号
訪問調査日	平成 24 年 10 月 18 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)】

○地域との共生
 地域との交流や保育園との交流
 ホームの行事、地域の行事、保育園の行事でお互いに参加、協力関係が出来てきている。
 また小学校の通学路で交差点となっており先生や父兄の方々との接点も取れております。
 ○自然に優しい設備
 太陽光を活用した夜間照明は優しい明かりを灯し、地域の方々に喜ばれ、待ち合わせ場所としても利用されております。

【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)】

シリウス奥州は「地域と共に」の考えを基に活動を展開し、できるだけ地域の中に出て溶け込む事を心掛けている。また、地域行事等への参加だけでなく、広報紙をご近所に配達したときにお茶に誘われたり、地域の草取り作業などには地域の一人として活動に参加している。また子供達がホーム敷地内でラジオ体操を行っており、その際は利用者も一緒に外に出て体操をするなど、様々な形で日常的な交流が行なわれている。なお、介護プランを作成するときは通常の計画書のほか、ホームが改善して独自作成した個別援助計画書を使用することで、より細分化した詳細な支援内容を検討することができるように工夫して取り組まれているなど、日頃の取り組みの成果が活かされている。

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 ↓該当する項目に○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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している (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		

【評価機関:特定非営利活動法人 いわての保健福祉支援研究会】

事業所名 : グループホーム シリウス奥州

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	地域行事への参加、見学などおこなっている。また、地域住民の方にホームに来てもらう機会(行事、勉強会)を設けている。	理念は、3年前に見直し今日に至っているが、利用者の状態変化により外出等が困難になっている方がいる中、理念に掲げる「地域社会とともに暮らし」の実現に近づけられるよう努力することとして現在も取り組まれている。	
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	地域行事には、利用者職員共積極的に参加、交流している。ホームの行事や子供会のラジオ体操など、定着し協力し合う関係にある。	地域行事やホームの行事での交流の他、夏休みには地区の子供のラジオ体操にホームの庭を開放し、利用者も一緒に外に出ている。地区公民館の草取りやホーム近隣の街路樹下の草取り作業など、地域活動にも参加している。	
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	入居申請時や電話での相談に応じている。見学も随時受け入れている。夏祭りには地元高校生のボランティアを募り認知症高齢者の理解を深める機会としている。		
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	年6回の会議結果を会議録やスタッフ会議で公表し、会議で出た意見、助言等をサービスに結び付けるように努めている。	運営推進会議では利用者状況の報告や避難訓練、外部評価の結果報告などを行う他に、感染症対策や高齢者の栄養などをテーマとした勉強会も行われている。	
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	長寿社会課担当者、地域包括支援センター職員に報告相談し、助言をいただいている。また市が実施する研修会等へ積極的に参加している。	年6回発行するホームの広報紙を市担当者へ届け、活動状況等に対する理解を深めてもらえるようにしている。また、転倒事故報告書を市に提出し、対応策について相談したりしている。	
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	身体拘束をしないケアに取り組んでいたが、緊急やむを得ないケースが発生した為身体拘束廃止委員会を開き対応した。	以前は車いすやベッド柵での拘束を行ったことがあったが、改善策等により廃止することができた。現在利用者が外に出たことで危険性が発生したことなどから、緊急対応のため身体拘束廃止委員会や家族に説明し了解を得て2年前から玄関に施錠が行われている。	利用者の状況はその時々で変化していると思われるので、少しでも玄関施錠を少なくすることができるように、職員間で話し合い工夫し続けることが求められる。
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逃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	内部研修(国内の虐待に関する報道記事等活用)や、職員同士情報交換を行い虐待防止に向けて、共通の意識を持ち虐待が見逃ごされる事がないよう防止につとめている。		

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	現在該当者なし。二年前運営推進会議で委員、地域、ご家族に声を掛け講師を招き勉強会を行ったが、新たな研修の機会を持ちたいと考えている。		
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	事前にアセスメントを行い、契約の際は重要事項説明書契約書にて、説明を行い理解、納得して頂くようつとめている。		
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	面会記録簿や、外出記録簿に、記入欄を設けている。また、外部評価の「ご家族からのアンケート結果」や市介護相談員のお話から出た案件は、職員会議、運営推進会議に報告し、意見を聞き改善に繋げていくようにしている。	介護相談員が年2回、ホームを訪問し利用者の意見、要望を聞き取り、終了後に報告された内容を職員に伝えて改善に取り組むように行なわれている。家族等の要望を聞くために意見箱が設置されている。	
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	代表者、管理者は、随時職員からの意見や提案を聞くように努めている。	管理者が備品購入などに対する職員の意見や要望を随時受け付け、その後の会議で話し合われている。	
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	努めている。(例: 年次有給休暇を取得しやすい環境作り)		
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	必要に応じそれぞれの職員が研修受講、勉強会に参加できるよう配慮している。また、資格取得(介護福祉士等)の推奨も行っている。		
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	グループホーム協会の定例会、勉強会、交換研修に交替で参加している。また、見学、研修受け入れも随時行っている。		

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	アセスメント段階で、要望等を把握し出来るだけ、本人が安心して暮らせる為の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	入所申請時、施設見学、家庭訪問の際に家族の要望、希望、悩みを確認し関係作りに努めている。		
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	アセスメントを基に入居が妥当か検討している。入居判定基準として本人、家族状況を鑑み自宅での生活が困難と判断した場合となる。		
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	日々の掃除、食事作り、後片付けやリネン交換等できる事は参加していただいている。会話の機会を多くして、信頼関係を築くようにしている。		
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	ご本人の心身の状況をご家族にお伝えし、時には面会や通院の要請をする。広報紙やお手紙で近況を知らせている。		
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	家族、友人からの電話の取次ぎや、面会に来られた際はゆっくり過ごせるよう場所をセッティングしたり配慮している。自宅に行ったり、家族と外出できるよう助言、支援をしている。馴染みの床屋まで送迎している。	入居前に参加していた地域の“いきいきサロン”への参加や、長年の付き合いの床屋のおばあちゃんがいるときに床屋利用するなど、職員が送迎することで継続して行われている。	
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	ホール等、談笑スペースの配置を工夫し過ごしやすい環境を作る。又一人ひとりが孤立しないように、スタッフが声掛けをし、支えあうよう支援につとめている。		

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	次の受け入れ先が決まるまで、相談、支援す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	入所時に意向を確認し、常に訴えを聞き必要に応じて家族に連絡、再検討をして対応している。	一人ひとりの思いや希望を把握するために、日常生活の会話の中で訴えを聞くように取り組まれている。	
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	聞き取り可能な部分は把握している。(一人暮らしの方が多く、曖昧な部分もある。)		
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	業務日誌、ケース記録や個別バイタル、食事、排泄記録簿に記載している。また、申し送り等で確認している。		
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	家族の面会時や電話連絡、ケア会議時に話し合っ本人に合った内容を作成している。	家族からの意見及びケース会議で職員から出された意見やケース記録などを基に計画作成担当者が介護計画を作成している。支援内容等の変更はその都度話し合い、申し送りノートを用いて周知している。	
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	介護計画は基本的に3ヶ月で、毎月のモニタリングで必要に応じ変更や対応方法の検討を行っている。		
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	個別ケース記録に記入しファイルしている。		

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	ボランティアの受け入れ、地域の活動(いきいきサロン等)への参加等町内会、民生委員の協力のもと支援している。		
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	広報紙を届けホームでの生活を知らせている。また、必要があれば、通院時担当が様子を書き担当医に届けている。体調、薬、について疑問がある際は、医師、薬剤師より、指示をもらう。	入居前のかかりつけ医をそのまま継続しているほか、グループホームへの理解を深めて貰うため「広報紙」を届けている。通院介助はどうしても困難な方以外は家族が行い、医師に伝える内容は文書にて渡すように取り組んでいる。	
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	現在看護職との連携なし。		
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。	地域連携室や関係者と情報交換や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	事業所で出来る事の見極めを行う事が課題である。現況では、医療行為が必要になればホーム利用は困難であることを説明し他の施設への申し込みを勧めている。	重度化したときは特別養護老人ホーム等に移行していただくことを、入居時に家族に説明している。口から食べることができないなどホームでの対応が困難になってきたときなど、状況により家族と話し合いを行なうようにしている。現状では緊急時の見極めが難しいと感じている。	利用者や家族の安心のためにも、ホームでどの程度の重度化まで対応できるのかを明確にし、入居時から家族に明示できるようにすることが期待される。
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	スタッフは交代で普通救命講習会を受講している。また急変時対応マニュアルを備え勉強している。		
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	年2回は防火防災訓練を行っている。その際は地域、ご家族にも声を掛け参加していただき協力体制を築いている。夜間職員が一人体制の場合も想定して行っている。停電に備え反射ストーブやタンク上コンロを備えている。	年2回の火災想定訓練は、日昼想定と夜間想定で実施されている。6人くらいの近所の方が避難誘導に協力し、職員が屋内から玄関まで避難誘導した利用者を屋外に誘導する役割を担っており、地域との連携ができています。	

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
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	居室に入る際の声掛けや、入浴、排泄時等には利用者一人ひとりのプライバシーを損ねないような言葉掛けや対応を心掛けて手ている。(目での合図、言葉掛けの工夫)	開設当初から一人ひとりを尊重しプライバシーを損ねないように取り組んできたが、利用者の重度化にともない対応が困難になることが多くなり、支援のあり方をもう一度見直す必要があると感じている。	利用者の重度化など状態が変化していく中で、業務量が多くなり負担になることもあると思われるが、業務優先にならず、開設当初の一人ひとりを尊重する支援のあり方を再確認して取り組むことが求められる。
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	会話の中から希望を聞くように努めている。又希望の表示、自己決定を促し実現できるよう支援をしている。		
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	それぞれのの思いを大事にしたい。しかし重度化に伴い個々の希望に添いきれない場合もある。		
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	その人の好みの身だしなみを整えられるよう意見を聞きながら支援している。開所以来、2ヶ月に一度出張理容を利用している。理容師さんとは馴染みの関係である。		
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	栄養士から意見を聞き献立を工夫したり、利用者一人ひとりが楽しんで食事が出来るように努めている。年々一緒に準備や片付けを出来る方が少なくなっている。	調理や片付けに利用者が参加することもあるが、衛生面や能力的な面で困難になってきていると感じている。食材の買い物をする職員と一緒に利用者も外出している。献立について、市の栄養士にアドバイスをいただいたことがある。	
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	個々の嗜好に合せた盛り付け、適正な量を提供できるよう配慮しているが、咀嚼、飲み込み、等の機能低下が見られる方もいる。ミキサー食、刻み食で対応することもある。食事、水分摂取量を記録している。		
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	口腔ケアへの声掛けを行い一人ひとりに合った口腔内の清潔保持に努めている。歯科受診等も勧めている。		

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
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	一人ひとりの状態に合わせた支援の方法を話し合い自立に向けた取り組みをしている。(排泄のサインをみのがさないで誘導。夜間のトイレ誘導。ポータブルトイレの設置。尿とりパット、オムツの勉強会開催等)	排泄の失敗が少なくなるように、個人の排泄状況に合わせて2～3時間程度の間隔で声かけ、トイレ誘導が行なわれている。トイレの場所が分からない方は、本人の行動のサインを見て誘導をしている。	
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	排便の有無をチェック表や個々に聞き出し対応している。味噌汁の具材を多くする、水分補給をこまめにする。掃除等生活の中で動く機会を作る等ホーム全体で取り組んでいる。主治医に報告し下剤服用もある。		
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	一日おきに入浴出来るように計画している。又、個人の要望に応えるようつとめている。(入浴の順番、お湯の温度等)	午後1時から3時の間で、日曜日以外の日に隔日に入浴できるように入浴支援をしている。一人浴槽であり、お湯の温度は希望に合わせている。	
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	眠る時間は個々の状況に応じ、気持ちよく眠れるよう支援している(湿温度管理含み)。認知症状により眠剤の処方もある。		
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	利用者一人ひとりの薬の説明書を確認して服薬介助をしている。体調に変化が見られた場合医師、家族と連携を取っている。		
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	一人ひとり出来る作業(掃除、洗濯畳み、食事作り、草取り等)を支援している。買物やドライブ、レクリエーションなどや散歩等気分転換できるようにしている。		
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	家族の協力のもと、外出支援に努めるようにしているが、利用者の希望通り行かない場合もある。	日々の外出は、歩行能力の違いで一緒に行くのが難しいと感じている。一昨年は一人ひとりの希望により出かけたが、その後は本人も外出したことが分からなくなったために、昨年からは皆で一緒に出かけることを中心にした自動車での外出支援を行っている。	ホームの敷地やごく周辺でも、その日の希望で屋外に出て過ごすなど、個人ごとの希望に沿って外出できるように取り組まれることを期待したい。

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	原則立替払いで、個人の所持金は無いが、外出先で本人の希望を聞いて、買物が出来るように支援している。		
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	家族、友人への手紙の代筆、投函、電話の取次ぎや本人からの「電話を掛けたい」という希望に応じ電話を繋ぎ、ゆっくり話す環境を作っている。		
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	リビングの特大暦は日々の生活に役立っている。ホール内、廊下の壁には利用者の行事や日常の生活の様子を写した写真が張ってある。また季節毎に職員が作る折り紙装飾が好評である。	天窓から差し込む光がまぶしすぎたり暑すぎたりするために、和紙で光量を緩和する工夫をしている。リビングのイス、ソファ、小上がりなどが配置されていることで、思い思いに座ってテレビを見たり会話したりして寛いで過ごすことができる。	
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	利用者同士がお互いの部屋を訪問する際は椅子を用意するなどして、ゆっくり談笑できる環境をつくっている。ホール、東ホールの椅子、ソファの配置を工夫している。		
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	筆筒、テレビ、遺影、等馴染みや思い出の品がおかれている。パズルや歌の本なども持ち込まれそれぞれの部屋を作っている。	それぞれに持参した筆筒などが持ち込まれ、その上には花が飾られたり小物が置かれたりして、一人ひとりの部屋を作り上げている。レンタルの介護用ベッドを借りて利用し、動作を行ないやすくしている。	
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	利用者の自立した生活が支援できるように要所、要所に手すりの設置し、トイレや浴室、部屋の入り口等には、市販や手作りの表示をしている。		