

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	3190100747		
法人名	株式会社 和温		
事業所名	ぐるーぶほーむ和温 (1号館・2号館)		
所在地	鳥取県鳥取市雲山221-89		
自己評価作成日	令和07年02月26日	評価結果市町村受理日	令和7年4月18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	https://www.wam.go.jp
----------	---

【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 いなば社会福祉評価サービス
所在地	鳥取県鳥取市湖山町東2丁目164番地
訪問調査日	令和7年3月25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)】

介護職員の助けを得ながらもなるべく一般家庭に近い雰囲気や日常生活動作の導入や個性を活かした関わりで認知症症状の改善や進行の予防を図る施設。一種のリハビリ施設に力を入れています。
個々の生活を重視して残された能力を最大限に発揮できるような環境を提供し、楽しみや潤いのある生活を送る支援をしています。

【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)】

当事業所「ぐるーぶほーむ和温」は、併設の介護付き有料老人ホーム「和温」と協力関係を築きながら施設運営されている。法人の運営目標である和みと温もりを大切に、家庭的な雰囲気や穏やかに暮らせるよう、ていねいな介護の実践に全職員が取り組まれている。また、在能力の維持や、認知症症状の改善の為、鍼灸治療およびリハビリ体操による作業療法や、手作りの花壇や畑で、花や野菜を育てる園芸療法を取り入れ、利用者の楽しみ事となっていることが伺えた。

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	「安心と温かさ」を大切に家庭的な落ち着いた雰囲気の中で日常生活行為を共同で行うことにより楽しく充実した時間、そして新たな発見と数々の笑顔を頂けるようサービスの提供を運営理念に掲げている。理念は玄関に利用者・家族にも分かるように掲示している。	月1回、スタッフ会議でケアカンファレンスが行われ、ユニットごとに目標項目を書き出しながら目標を決められ、実践に繋がられている。	グループホームの理念を作成し掲示されたい。
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	散歩時の挨拶や一掃清掃の参加を行い、交流を図っている。	町内会には加入されていないが、地域の一斉清掃に参加されている。また、面影地区の文化祭に作品展示をされ、利用者も参加される等、地域との繋がりが途切れないよう努められている。	町内会に加入され、広報誌等の発行と共に、広く地域との交流を深められたい。
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	認知症予防についてのメニューを開示し発信をしている。		
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	運営推進会議は年間計画に基づいて2カ月に1回開催し、そこでの意見をサービスに反映できるように努めている。地域の民生委員や包括支援センターの方等と情報・意見の交換を行っている。デイルームで行う事で利用者様にも参加して頂いている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催されている。会議では入所者の状況、活動報告、ヒヤリハットの報告等を行い、参加メンバーより要望や意見を受け、回答するなど双方向での話し合いをされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	利用者代表・家族代表・区長・行政・民生委員に2ヶ月に1回開催参加をして頂き、行事報告等を行い意見交換を行い、サービス向上に活かしている。	市町村担当者は、運営推進委員としてだけではなく、不明な点や、後見人制度の利用についての相談をされるなど、協力関係が築かれている。	
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	「身体拘束とは何か」を正しく学べるよう研修を行っている。ナースコール・センサー等を使用し、拘束せずに転倒予防するよう努めている。	全職員に身体拘束をしないケアについてのアンケートを実施し、それをもとにスタッフ会議にて研修を行い、不適切な行為はないか振り返りをしながら、誘導方法、言葉遣い、スピーチロック等に配慮されている。	
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	身体的拘束適正化委員会と施設内研修・勉強会等にて勉強・意識付けを行っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用	制度が利用する利用者には必ずしも存在する		

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
		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	制度や利用する利用者は過去から現在までいないが、今後必要のある利用者には関係機関への対応をできるようにしていきたい。		
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	契約書を1つ1つ読み上げながら内容を説明し、理解・納得して頂いている。		
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	家族の来訪時やケアプランの作成前や説明時には個別で要望を伺うようにしている。運営推進会議への参加に呼び掛けているが、家族の都合もあり参加者が少ない。	利用者家族の満足度調査、利用者の満足度調査をされ、それをもとに職員で話し合われている。またケアプランの作成変更がある時には、その都度電話される他、利用者家族の面談とともに家族交流会を令和7年度の5月に実施予定である。	
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	毎月のリーダー会議を行っている。リーダーは、職員の意見を聴取し、会議の場で意見交換を行いそれぞれの意見が反映される職場作りに配慮している。	毎月スタッフ会議が行われ、ケアの仕方について活発な意見が出され、話し合いを十分に行った上で運営に反映出来るように努められている。また、管理者と職員の個別面談が行われ、職場内の人間関係を含め、要望や悩み事等を聞く機会を設けられている。	
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	職員と個別面談を行い、業務に関することのみならず、職場内の人間関係も含め要望や悩み事等を聴く機会を設け就業環境の向上に努めている。		
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	認知症介護実践研修や各講習会への参加する機会を作っている。資格取得を目指す職員に対し、勤務調整をする等応援体制をとっている。内部研修を適宜行い、各職員のスキルアップを図っている。		
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	同業者との交流はできていませんが、今後の課題です。		
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			

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
		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	入所前より関係者・本人・家族から聞き取りを行い、状況把握に努め職員間で共有し本人・家族の意向をできる限り実現していけるよう取り組んでいる。		
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	体調不良等の時だけでなく、面会時・通院等で家族に会うことがあれば近況等様子を伝えるようにしている。		
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	本人や家族がどんな支援を必要としているのか聞き取り等で把握し、必要に応じてサービスの変更が必要であれば相談の上、変更できるように努めている。		
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	茶碗拭き・洗濯たたみ・入浴準備・掃除等日常生活で行えることを利用者様と行っている。利用者様と一緒にできる環境や雰囲気を作り、関係づくりに努めている。		
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	医療機関の受診や外出などの行事の参加をして頂いたり、面会時に家族との会話を設けている。		
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	家族に協力してもらい外出や友人への連絡等を行い関係が途切れないようにしている。	自宅周辺のドライブや思い出の場所等へ出掛けられ、利用者の体調やタイミングを見ながら可能な限りの支援に努められている。また、受診の際、利用者家族との夕食や、知人との面談等、馴染みの人との関係が途切れないよう支援されている。	
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	レクリエーションへの参加を促す。工作・おやつ作り等、苦手なことやできない方への支援も他利用者の方に手伝ってもらいながら行う事で利用者様同士の関係も深まっている。		
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	住み替えをされる方については事前に担当者や打ち合わせを行い、その都度本人・家族へ連絡スムーズな住み替えが行えるようにしている。希望があれば、再入所に向けて調整を行っている。		

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

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
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	本人が今までのように穏やかに暮らせるように本人への聞き取りや家族から話を聞く等、本人の意向に沿うよう検討している。	一人ひとりの思いや意向は様々であるが、工夫しながら聞き取ったり、情報をもらい本人本位の支援を行っている。また、困難な利用者については、早急にカンファレンスを開き、プランの見直しをし、利用者本位のサービスの提供に繋がられている。	
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	本人・家族・関係者から情報を得て職員全員で把握している。		
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	日々の体調等によって心身状態の変化や気づきは、毎朝の朝礼や申し送りノート等で把握に努めている。		
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	日々の記録・職員への聞き取りを行い本人の状態把握を行い本人・家族の要望・モニタリング・チェック表・事故報告書等の情報を基に作成している。	毎月のモニタリングをもとにアセスメントの必要があるかどうかをチェック表で確認されている。また、状況に応じて利用者のケアの見直しを行い、利用者、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した介護計画を作成されている。	
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	ワークシート・申し送りノート等を活用し職員全員が情報共有している。		
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	急な病院受診や外出など家族と相談しながら対応している。		
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	初詣や花見など地域の神社や広場を利用している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援		契約時に、本人・家族の希望するかかりつけ医を	

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
		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	2週間に1度、内科往診日の朝、体調の変化等記入し、FAXで様子を伝えている。急な体調変化時は電話にて指示をもらっている。	確認されている。また、2週間に1度の内科検診の際、体調について事前にFAXで報告し、スムーズな診療が行えるよう配慮されている。また、急変時は、電話にて主治医の指示を仰がれ、薬局とも連携し、適切な治療を受けられるよう支援されている。	
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	利用者様の体調の変化等記録報告し、相談・対応の指示の対応を行っている。		
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。	入院した場合は、家族・病院のソーシャルワーカー等と連絡を取り状態や様子をお尋ねして、退院後も安心して生活ができるよう対応している。		
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	契約時に「医療連携体制に」について説明し重度化の可能性が見られた時点で本人・家族の意向を記録している。	契約時に「医療連携体制についての確認書」にて、本人・家族の意向を聞かれている。重度化した場合、事業所で出来ること、出来ないことを説明し、利用者に対しての支援方法をその都度確認し、方針を共有されている。	
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	救急搬送に備え、救急隊への情報提供カード・緊急時マニュアルを作成している。		
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回の避難訓練の実施を行っている。地域との協力体制は課題です。	年2回 総合防災訓練及び、6月、11月には自主防災訓練を隣接の介護付き有料老人ホーム和温と合同で実施された。夜間及び昼間の避難方法について全職員が把握し緊急連絡網も整備されている。	避難時の入所者の所在確認の方法について、救助者にもわかるよう検討されたい。
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	言葉遣い・言葉選びに気を付け対応している。	利用者一人ひとりの意向を大切に、親しみを込めながらも尊敬の念を持った対応、言葉かけを心がけられている。トイレ利用時の扉の開閉の際や居室等の入室の際の声掛け、入浴時やトイレ誘導時に、誇りやプライバシーを損ねない対応をされている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援			

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
		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	利用者様の思いや考えを聞き、本人が自己決定しやすいよう選択肢を準備している。		
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	居室で過ごしたい時は、居室でゆっくりと過ごしてもらうなど利用者様のその日のペースに合わせて支援を行っている。		
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	入浴準備などの服を着るのか職員と一緒に選んでいる。		
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	出来る利用者様には野菜の皮むき・食器拭き・テーブル拭きを手伝っていただいている。メニューを伝えたり、食事中の会話も弾み楽しく食事ができるように支援している。	メニューは日頃の会話や利用者アンケートで希望を聞き取り、職員の手作りの物を提供されている。食事作りは利用者の能力に応じて野菜の皮むきや配膳、後片付け等を職員と共に行われている。また、誕生日や行事ごとのメニュー、おやつ作りの他、ホームの畑で育てた野菜を収穫し食すなど食事が楽しみなものとなるよう支援されている。	食事のメニューを利用者に分かりやすく掲示されたい。
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	食事摂取量・水分量を記録し、嚥下状態に応じた食事状態・トロミ等で提供している。食事量の少ない利用者様は看護師に相談し、主治医の指示にてエンシュアなどの栄養補助を提供している。		
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	食後、義歯洗浄や歯磨きを促している。出来ない方は職員が介助にて行っている。		
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	排泄表をチェックしながらトイレへの声掛けを行っている。	排泄チェック表を確認し個々に添った声掛けをされている。昼間は布パンツ利用の利用者も夜はリハパン、パットを使用し、昼夜共にトイレでの排泄に向けた支援が行われている。夜間は居室及び廊下の見守りカメラを確認しながら必要に応じて介助に向かえるよう見守りされている。	
44		○便秘の予防と対応			

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
		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	午前中は運動を行い、水分補給をしっかり摂っている。		
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	1人1人の入浴時間をしっかり取り、ゆっくり入って頂けるよう心掛けている。湯温・浴室内の室温等にも気を付けている。	入浴は個浴にて日中行われ、週2回以上入浴出来るよう支援されている。脱衣、着替えの際はそれぞれのペースで行えるよう個々の能力に応じて見守り、ゆっくり入浴出来るよう配慮されている。	
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	室温・部屋の明るさ等を調整し安心して眠れるよう配慮している。利用者様の体調や状況に応じて活動や休息時間を調節している。		
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	薬を手渡す前に、日付・名前を必ず確認している。		
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	洗濯たたみ等、数名で会話をしながらされている。家事作業が好きな方・歌が好きな方・工作が好きな方など好みを伺いながら楽しみ場作りを行っている。		
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	体調や気候の良い時には、中庭や施設敷地内周辺を散歩している。	天気の良い日に施設周辺の散歩や中庭の畑の水やり等、外気浴の機会を持たれている。季節ごとの外出ドライブの他、利用者の希望により近隣の施設の見学やちくわ作り、外食等に出かけられた。また、病院受診のある利用者については、受診後に外食を楽しまれる等、利用者家族の協力の元、個々に添った支援が行われている。	
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	認知症によりお金を管理するのは難しい。金銭管理はご家族がされている。買い物等希望があった場合には、立替にて買い物ができている。		
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	携帯電話の使用や本人希望時家族様とやり取りができるよう支援している。手紙などは本人に渡し、返事を書きたい場合は必要に応じて支援している。		

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
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	デイルームに季節を感じる掲示物を掲示している。	共用の空間はTV、テーブル席の他、ソファや椅子が随所に設置され、壁には利用者と作成した月ごとの季節の飾りが飾られている。温度計、湿度計を確認しながら空調管理され、快適に過ごせるよう配慮されている。1号館では金魚、2号館では小エビを飼育されており、利用者の癒しとなっている。	
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	共有スペースにソファを配置し、くつろぐ場として使用して頂いている。気の合った方が一緒に座れるように配慮している。自由に居室で過ごされる方もおられる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使用していた椅子や小物等持参して頂いている。	居室はエアコン、ベッド、チェストが設置されている。室内は利用者の使い慣れた椅子やTV、ラジオ、携帯電話、家族写真等が持ち込まれ安心して過ごせるよう配慮されている。	
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	可能な限り、自己決定や安全に行動ができるように努めている。		

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	理念に基づいた支援について、スタッフ会・ケアカンファレンス・研修会等で話し合い理念について学ぶ機会を持っている。	月1回、スタッフ会議でケアカンファレンスが行われ、ユニットごとに目標項目を書き出しながら目標を決められ、実践に繋がられている。	グループホームの理念を作成し掲示されたい。
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	散歩時の挨拶や一掃清掃の参加を行い、交流を図っている。	町内会には加入されていないが、地域の一斉清掃に参加されている。また、面影地区の文化祭に作品展示をされ、利用者に参加される等、地域との繋がりが途切れないよう努められている。	町内会に加入され、広報誌等の発行と共に、広く地域との交流を深められたい。
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	認知症予防についてのメニューを開示し発信をしている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は年間計画に基づいて2ヶ月に1回開催し、そこで意思をサービスに反映できるように努めている。地域の民生委員や包括支援センターと情報・意見の交換を行っている。他のスタッフの参加や利用者様に参加していただいている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催されている。会議では入所者の状況、活動報告、ヒヤリハットの報告等を行い、参加メンバーより要望や意見を受け、回答するなど双方向での話し合いをされている。	
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	利用者代表・家族代表・区長・行政・民生委員に2ヶ月に1回開催参加をして頂き、行事報告等を行い意見交換を行い、サービス向上に活かしている。	市町村担当者は、運営推進委員としてだけではなく、不明な点や、後見人制度の利用についての相談をされるなど、協力関係が築かれている。	
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	「身体拘束とは何か」を正しく学べるよう研修を行っている。拘束せずに転倒予防するように努めている。禁止されている行為を止むを得ず行う場合は、家族から同意書を得て、また記録やモニタリングを行うなど、定められた手続きを行っている。	全職員に身体拘束をしないケアについてのアンケートを実施し、それをもとにスタッフ会議にて研修を行い、不適切な行為はないか振り返りをしながら、誘導方法、言葉遣い、スピーチロック等に配慮されている。	
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	身体的拘束適正化委員会と施設内研修・勉強会等にて勉強・意識付けを行っている。		

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
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	制度や利用する利用者は過去から現在までいないが、今後必要のある利用者には関係機関への対応をできるようにしていきたい。		
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	利用者や家族が理解しやすいよう、契約書を読み上げながら説明を行うようにしている。利用者や家族が質問しやすい問い掛けに努めている。		
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	家族の来訪時やケアプランの作成前や説明時には個別で要望を伺うようにしている。運営推進会議への参加に呼び掛けているが、家族の都合もあり参加者が少ない。	利用者家族の満足度調査、利用者の満足度調査をされ、それをもとに職員で話し合われている。またケアプランの作成変更がある時には、その都度電話される他、利用者家族の面談とともに家族交流会を令和7年度の5月に実施予定である。	
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	毎月リーダー会議を行っている。リーダーは職員の意見を聴取し、会議の場で意見交換を行いそれぞれの意見が反映される職場作りに配慮している。	毎月スタッフ会議が行われ、ケアの仕方について活発な意見が出され、話し合いを十分に行った上で運営に反映出来るように努められている。また、管理者と職員の個別面談が行われ、職場内の人間関係を含め、要望や悩み事等を聞く機会を設けられている。	
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	職員と個別面談を行い、業務に関することのみならず、職場内の人間関係も含め要望や悩み事等を聴く機会を設け就業環境の向上に努めている。		
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	認知症介護実践研修や各講習会への参加する機会を作っている。資格取得を目指す職員に対し、勤務調整をする等応援体制をとっている。内部研修を適宜行い、各職員のスキルアップを図っている。		
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、ネットワーキングや勉強会、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	ワークショップを開催し物作り(こけ玉作り・アイロンビーズ)等を行い交流を行っている。		

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	本人の生活状況を知る為に訪問し面談を行っている。その際には安心して預けられるような雰囲気作りに心掛けている。		
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	本人にとってどのような支援が大切なのか共に考えていく姿勢で対応している。些細な事も話せるような雰囲気作りに心掛けている。		
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	本人・家族の思いを把握し緊急性の有無やどの様なサービスが適切なのか見極めるようにしている。必要に応じて他サービスや他事業所に繋げるようにしている。		
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	本人が出来る事の支援をし強制ではなく行ってもらえる場面を作り、自然な流れで手伝って頂いている。感謝の気持ちを伝えるようにしている。		
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	面会時には家族と一緒に会話する時間を設けたり、毎月写真付きのメッセージを送り状況報告している。		
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	体調や天候等のタイミングを見て可能な限り外出をしている。(散歩やドライブ) 各ユニットの間の交流も積極的に取り入れている。	自宅周辺のドライブや思い出の場所等へ出掛けられ、利用者の体調やタイミングを見ながら可能な限りの支援に努められている。また、受診の際、利用者家族との外食や、知人との面談等、馴染みの人との関係が途切れないよう支援されている。	
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	交流を好まれる方・そつでない方等、本人の意向を大切に利用者同士の関係性を踏まえ、テーブル配置やグループ活動の際の並びに考慮している。必要に応じて職員が間に入るなどして、トラブル等のリスクを減らすようにしている。		

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
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	住み替えをされる方については事前に担当者と打ち合わせを行い、その都度本人・家族へ連絡スムーズな住み替えが行えるようにしている。希望があれば、再入所に向けて調整を行っている。		
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	日々の関わりの中で望んでいる事は何か常に考えながら支援をしている。状況に変化があれば早急にカンファレンスを開きプランの見直しをしている。	一人ひとりの思いや意向は様々であるが、工夫しながら聞き取ったり、情報をもらい本人本位の支援を行っている。また、困難な利用者については、早急にカンファレンスを開き、プランの見直しをし、利用者本位のサービスの提供に繋がられている。	
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	本人・家族から今までも暮らし方等を聞き情報を得ている。利用後も本人との会話の中で得られる情報について面会の際などに家族に話を伺うなどしている。		
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	日々の関わりの中で行動や表情・発言等で思いを知り、情報を得る事もあり記録に残し、職員間で情報共有している。		
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	日々のケース記録や病院受診記録・職員への聞き取りから本人の状態把握を行い、本人・家族の要望・モニタリング等の情報を基に作成している。	毎月のモニタリングをもとにアセスメントの必要があるかどうかをチェック表で確認されている。また、状況に応じて利用者のケアの見直しを行い、利用者、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した介護計画を作成されている。	
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	小さな変化・気づきなど本人の言葉をそのまま残し、誰が見てもわかりやすい記録を心掛けている。必要に応じて情報共有をしケアの統一を図っている。		
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	急な病院受診や外出・外泊などその都度臨機応変に家族と相談しながら対応している。		

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	初詣や花見など地域の神社や広場を利用している。		
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	本人・家族の意向を認識したうえで、かかりつけ医を決定している。協力医療機関の定期訪問診療を受けている。	契約時に、本人・家族の希望するかかりつけ医を確認されている。また、2週間に1度の内科検診の際、体調について事前にFAXで報告し、スムーズな診療が行えるよう配慮されている。また、急変時は、電話にて主治医の指示を仰がれ、薬局とも連携し、適切な治療を受けられるよう支援されている。	
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	職員はどんな小さな事でも気になっていた事は相談報告している。看護師の指示を基にケアにあたり気付いた事を報告するようにしている。		
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。	入院された時は施設での情報を医療機関に提供している。入院中は医療連携室を通しての情報交換を行っている。		
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	契約時に「医療連携体制に」について説明し重度化の可能性が見られた時点で本人・家族の意向を記録している。	契約時に「医療連携体制についての確認書」にて、本人・家族の意向を聞かれている。重度化した場合、事業所で出来ること、出来ないことを説明し、利用者に対する支援方法をその都度確認し、方針を共有されている。	
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	救急搬送に備え、救急隊への情報提供カード・緊急時マニュアルを作成している。		
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	毎月の自主防災訓練・年2回の総合防災訓練を実施している。緊急連絡網には協力をお願いしている。	年2回 総合防災訓練及び、6月、11月には自主防災訓練を隣接の介護付き有料老人ホーム和温と合同で実施された。夜間及び昼間の避難方法について全職員が把握し緊急連絡網も整備されている。	避難時の入所者の所在確認の方法について、救助者にもわかるよう検討されたい。

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
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	排泄時の声掛け・必ずトイレを閉めることなどの配慮を徹底している。	利用者一人ひとりの意向を大切に、親しみを込めながらも尊敬の念を持った対応、言葉かけを心がけられている。トイレ利用時の扉の開閉の際や居室等の入室の際の声掛け、入浴時やトイレ誘導時に、誇りやプライバシーを損ねない対応をされている。	
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	本人の希望を伺い複数選択できる場合、自己決定できる方には判断を委ねるようにしている。		
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	トイレや歯磨きなど面一的に行わず、必ず個人に確認してから案内するようにしている。個々の生活習慣・リズムを大切に、それに合わせた支援を心掛けている。		
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	朝の洗顔・口腔ケア・髭剃り等声掛けをしながら実施している。着替えの際には本人に選んでもらっている。食べ残しや髪の毛の乱れなどがある方もおり、日頃から注意している。		
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	盛り付けや・配膳・皿拭き等出来る方には行ってもらっている。おやつ作りなど一緒に出来ることを楽しみながら行ってもらえる雰囲気作りを心掛けている。	メニューは日頃の会話や利用者アンケートで希望を聞き取り、職員の手作りの物を提供されている。食事作りは利用者の能力に応じて野菜の皮むきや配膳、後片付け等を職員と共に行われている。また、誕生日や行事ごとのメニュー、おやつ作りの他、ホームの畑で育てた野菜を収穫し食すなど食事が楽しみなものとなるよう支援されている。	食事のメニューを利用者に分かりやすく掲示されたい。
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	食事量・水分量は記録し、確認している。状態によっては摂取出来ない事もあるので、時間をずらしたり、生活全体の中で摂取するようにしている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。訪問歯科受診の活用で歯科医の助言を頂きながら口腔ケアを行った事もある。		

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
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	記録を確認し排泄間隔を見ながらトイレへ案内している。適切な用具の選定や家族への提案等も随時行っている。	排泄チェック表を確認し個々に添った声掛けをされている。昼間は布パンツ利用の利用者も夜はリハパン、バットを使用し、昼夜共にトイレでの排泄に向けた支援が行われている。夜間は居室及び廊下の見守りカメラを確認しながら必要に応じて介助に向かえるよう見守りされている。	
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	下剤の使用については主治医に相談し状況を見ながらなるべく減量できるようにしている。自然排便できるよう腹部体操や水分量の確認をしている。下剤を使用している方もおり、随時主治医に報告し、指示を仰ぎ対応している。		
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	入浴の声掛けに断られることが多い方は朝から声掛けをいつでも気が向いた時に入浴できるように数回声掛けしている。	入浴は個浴にて日中行われ、週2回以上入浴出来るよう支援されている。脱衣、着替えの際はそれぞれのペースで行えるよう個々の能力に応じて見守り、ゆっくり入浴出来るよう配慮されている。	
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	室温や照明・寝具等個人に合わせて安眠できる工夫している。週1回のリネン交換を行い衛生的にしている。(汚染時は随時)		
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	内服等の変更があった場合、朝礼等にて情報共有を行っている。処方から服用までに服薬チェック表を使用し確認している。ケースを使用し、内服管理し誤薬予防に努めている。		
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	洗濯たたみ等、数名で会話をしながらされている。家事作業が好きな方・歌が好きな方・工作が好きな方など好みを伺いながら楽しみ場作りを行っている。		
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	体調や気候の良い時には、中庭や施設敷地内周辺を散歩している。	天気の良い日に施設周辺の散歩や中庭の畑の水やり等、外気浴の機会を持たれている。季節ごとの外出ドライブの他、利用者の希望により近隣の施設の見学やちくわ作り、外食等に出かけられた。また、病院受診のある利用者については、受診後に外食を楽しまれる等、利用者家族の協力の元、個々に添った支援が行われている。	

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	金銭管理はご家族がされている。買い物等希望があった場合には立替にて買い物できる。		
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	電話がしたいとの要望があれば支援を行っている。字を書く事が難しい方は家族の方が送ってくださり、本人に渡すと笑顔が見られる。		
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	デイルーム(共有スペース)に季節を感じる掲示物を提示している。花を植えたり写真を貼ったりして楽しんでもらえるようにしている。	共用の空間はTV、テーブル席の他、ソファや椅子が随所に設置され、壁には利用者で作成した月ごとの季節の飾りが飾られている。温度計、湿度計を確認しながら空調管理され、快適に過ごせるよう配慮されている。1号館では金魚、2号館では小エビを飼育されており、利用者の癒しとなっている。	
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	共有スペースにソファを配置し、くつろぐ場として使用して頂いている。気の合った方が一緒に座れるように配慮している。自由に居室で過ごされる方もおられる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居の際には自室の環境づくりの大切さを説明し、使い慣れた物や馴染みのある物を持ち込んで頂いている。	居室はエアコン、ベッド、チェストが設置されている。室内は利用者の使い慣れた椅子やTV、ラジオ、携帯電話、家族写真等が持ち込まれ安心して過ごせるよう配慮されている。	
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	自室やトイレ等、分からない方の為に目印を付けている。転倒の原因とならないよう床からのケーブル類は邪魔にならないように隠すように工夫している。		