

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	1171100520		
法人名	有限会社 ナーシングケアセンター		
事業所名	グループホーム ふれあいの家 備後		
所在地	埼玉県春日部市備後東5丁目5-1		
自己評価作成日	平成23年2月21日	評価結果市町村受理日	平成23年5月20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.kohyo-saitama.net/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1171100520&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市宮前町2-241		
訪問調査日	平成23年4月28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)】

ゆったりとした笑顔をもっととしています。
利用者間、職員ともに和やかに、にぎやかに、楽しい1日でよかったですと思える1日1日を大切にしています。

【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)】

幹線道路から少し入った静かな住宅地にある2階建て2ユニットのホームである。職員、入居者も両方のユニットを自由に行き来し、行事等も合同で行い、協力合っている。職員は法人全体の理念を具体化した毎年の目標を決め、今年は「ありがとう」を声に出そう、という言葉、その一言で皆笑顔>に向かって実践に取り組んでいる。又、食事は入居者の好みを考え、好き嫌いを把握し、献立を作っている。調理や盛り付けは入居者も手伝う。家庭的な雰囲気の中で職員も一緒に食事をしている。調査当日は入居者の方が2回もお茶を運んで来られ、にこやかで満足そうな表情が伺えた。管理者も介護職員と共に意欲的に入居者と関わり、明るく穏やかに過せる様励んでいる。

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)	○	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広がったり深まり、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	職員は専門性のスキルアップを目指し利用者個々の生活がその希望に添うよう笑顔と自分らしさを持って、理念に基づいて生活の継続を心がけている。	法人全体の理念から年度毎に目標を決め、朝の申し送りには理念、目標を唱和して共有し、振り返りながらスキルアップを目指し、実践につなげている。	
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	自治会集会へ参加し地域住民へのグループホームへの理解を深めてもらえる活動と回覧板を利用者と一緒に回したり散歩で近隣との語らいや挨拶等で交流している。	自治会に加入し、情報を得て集会や地域の行事、清掃活動等に入居者と一緒に参加している。散歩途中で近所の方と声を掛け合い、野菜や花のやり取り等の交流がある。又、近くの入居者の知人が傾聴ボランティアとして来所している。	
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	自治会等や運営推進会議等で啓蒙している。民生委員と連携をとり窓口を開けている。		
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	地域の方々の協力で会議は活発な話し合いがあり、自治会の活動の様子も分かってくるサービス向上に生かしている。	年6回開催し、入居者、家族の他、地域の方々や警察、消防署、協力歯科医にも参加を依頼してアドバイスをもらい、知識を高めたり現状報告を行うと共に、表出される意見や要望等について話し合い、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	市役所の担当職員と連携をとり相談等もスムーズに出来ている。	部屋の空き状況や介護認定の代行等、市の介護相談員の導入等で、市の担当者とは協力関係が築かれている。又、地域包括センターには困難事例についての相談も行っている。	
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	身体拘束の3原則を職員と話しあっている。	身体拘束については研修等で理解を深め、カンファレンス時にも具体的援助について話し合い、拘束をしないケアに取り組んでいる。車椅子の方が外出してしまう事があり、現在は施錠をしているが、外出願望のある時は職員と一緒に歩く等柔軟に対応している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	理念に添い日々の関わりの中で職員間で言葉づかい等常に注意しあっている。またカンファレンス時に勉強会を行っている。		

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	社内研修や資料を回覧し理解を深めている。		
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	家族に質問がしやすいように配慮しながら説明をしている。契約書は読み合わせて確認している。		
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	支援相談員の受け入れと意見箱を玄関に置いている。 運営推進会議、担当者会議、時に個人的な話し合いをしている。	入居者には日常の関わりの中や、外部の介護保険相談地区協力員に意見や要望を聞いてもらっている。家族には面会時や、担当者会議、運営推進会議等で家族だけが集まり、意見や要望(行事等)を出せる機会を設け、運営に反映している。	
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	カンファレンス時や日常において職員の意見に耳を傾けている。 グループホーム間の連携会議で意見交換を行っている。	日常業務の中や週2回の管理者と職員の話し合いで出された意見やアイデアは責任者会議で検討している。月1回の全体会議には代表者や看護師も出席して話し合い、職員の意見を運営に反映している。	
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	個々の職員とのコミュニケーションを大切にしている。 職務状況を把握し社内研修、処遇改善等に取り組んでいる。		
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	新人研修マニュアルの整備、力量により個別指導を行っている。 研修参加でのスキルアップを奨励している。		
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主催の研修、包括支援センターでの勉強会へ参加し、同業者間の交流を積極的に進め質の向上に努めている。		

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
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	入所受付相談や入所前面接の聞き取り等で本人の意思を確認できる問いかけ、安心感を与える接し方を管理者、フロア一長、主任、担当職員で話し合い努力している。		
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	入所前に複数回面接し、訪問も含め家族の話をよく聞き、また話しやすいよう接し方を工夫している。		
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	当面の計画書を作成する際、本人・家族の意向を重視、尊重している。		
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	人生経験を積み重ねてこられた年長者としての尊厳をもち、家族的でともに支えあう関係を築いている。		
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	ご家族の話に耳を傾けてご家族の出来ない部分を職員が援助する。 外出のお手伝いや通院等ご家族にお願いすることもある。		
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	ご家族、知人の来所は自由、外出も奨励している。 ご本人が望む場所へお連れ出来るよう企画している。	馴染みの美容院や近くの100円ショップへの買物は入居者の楽しみとなっている。又、馴染みの友達の来訪や家族との外出、外食等も要望に添って支援している。特別な外出(コンサート等)も実現出来るよう家族と相談し、検討している。	
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	仲良しの方の席を考慮したり利用者同士、それぞれのお部屋で語り合えるよう支援している。		

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	退所サマリー等で連携をとっている。 退所後も「困ったことなどいつでも相談に来て下さい」と情報共有への働きかけを行っている。		
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	個別で表情を見ながら答えやすい問いかけでご本人の意思を確認している。 センター方式を取り入れ職員間で共有している。	アセスメントシートを活用し、日常の関わりの中での言葉・表情・行動等から把握している。本人から聴き取る事が困難な場合は、家族等から情報を得て、本人の立場に立って検討する等把握に努めている。	
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	入所時アセスメント、入所後本人、ご家族との会話等、話し合いを重ねながら詳しい情報を得、これまでの生き方の把握に努めている。		
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	担当職員を決め、その方に合った1日の生活リズム、日課の組み立て等、常に話し合い、改善、見直しをしている。		
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	その方の状態に変化が見られた時、更新時等、計画担当、ご家族、担当職員、リーダーで担当者会議を行う。 職員全体でカンファレンスを行っている。	アセスメントシートを基にカンファレンスを行う。状態の変化や認定更新時には家族参加で話し合い、意向等を聞き、介護計画を作成している。3ヶ月に1回はモニタリングを行ない、現状に即した介護計画としている。	
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	日報、連絡ノート、個別記録等で業務前の確認を行っている。 気付いた内容は職員間で意見を出し合い課題を話し合っている。		
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	緊急通院の職員対応、行事や外出等の付き添いに他職員の応援を依頼しその他の利用者の日常が継続されるようにしている。		

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
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	地域の美容院の受け入れや近隣の方に畑作りのアドバイスを頂いたり、近くの店へ買い物に行く際、店側の協力を頂いている。		
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	協力医療機関の定期受診のほか、専門医はご家族との話し合いで決めている。眼科、整形外科等在宅時の医療機関に継続受診している。	かかりつけ医は入居時に家族の意向を聴く。今は全員が協力病院を希望し、月2回の往診を受けている。新年度より協力病院への夜間相談も可能な体制となった。専門医等の受診は家族対応を支援し、結果は共有している。	
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	連絡ノート、往診ノートを活用し、事業所内看護師と連携をとっている。入浴時の観察、体調の変化、くすりの件等24時間相談できる体制をとっている。協力医療機関の担当看護師にも往診時相談している。		
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。	入院先での状態把握、病棟看護師、相談員との連携でご家族の相談に応じている。		
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	重度化介護、ターミナルや延命処置等の話し合い、必要時には同意書を交わしている。	契約時に重度化介護について医療面等からホームとして出来る事、出来ない事を伝えている。特養入所等の選択肢についての話もしている。状態により医師の意見を参考に家族と話し合いを重ね、方針を決め、ホームとして出来る限りの支援をする事も伝えている。	
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	カンファレンスで話し合いを行っている。緊急時対応はフローチャートで掲示。AEDについては講習会を前提に業者と検討中である。		
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	消防署の助言をもとに地域との協力体制を運営推進会議で、職員間では防災訓練で話し合った。	消防署協力の下、年2回避難訓練を実施し、反省会も行っている。自治会の訓練にも職員が参加し、申し送りで内容を共有している。今後は毎月避難訓練を行っていく予定である。推進会議や近隣の方に協力を呼び掛けているが、訓練への参加は未だない。	ホームの理解や非常時の協力を得る機会として地域の方に訓練参加を呼び掛け、2階の入居者が安全に避難出来る具体的な方法や対策等を共に検討し、共有する事が期待される。

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	人格を尊重した接遇を職員間で話し合っている。社内研修で学んだ。	職員は年間の課題として社内研修で学び、実践に繋げている。入居者一人ひとりを人生の先輩として尊重し、プライバシーに配慮しながらさりげない声掛けやケアの実践がなされている。	
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	答えやすい問いかけに配慮し、表情や態度の中から見える訴えを知る努力をしている。		
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	個別の要望を聞き支援している。		
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	ヘアカラーを手伝ったり定期的な訪問理容での散髪と、身ざれいでいられるよう助言している。		
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	日ごろのメニュー写真を掲示したり、季節感を感じる食材を日々の献立に取り込んでいる。行事食にも力を入れている。	調理担当職員が好みを考えた献立を作り、入居者は能力に応じて手伝う。職員も見守りや会話をしながら楽しく食べている。各々の嫌いな食材を把握し、盛り付けを工夫し、違う食品にする事もある。家族にも好み等を聞いて食事が楽しみになるよう配慮している。季節の行事食(餅つき等)やおやつにも力を入れている。	
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	水分摂取量、食事摂取量の記録を行っている。体調によりメニューを個別で提供している。		
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	毎食後の口腔ケアを徹底している。歯科医師、衛生士の指導、協力もある。		

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	個別のカンファレンス等で排泄パターンを知り自立に向けてケアプランとして援助している。	排泄チェック表や様子、行動から排泄パターンを知り、さりげない声掛けや誘導でトイレでの排泄を支援している。入院の為オムツ使用になっても、ケアプランの目標に入れて自立に向けた支援に努めている。失禁時はプライバシーに配慮してトイレや居室で対応している。	
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	排泄チェック表等をもとに看護師と連携している。 薬剤の調整や便秘から来る不穏状態との関係性を話し合っている。		
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	週4回の入浴日を設定し個別入浴にも対応している。	基本的に週4日の入浴としているが、状態により毎日行う場合もある。拒む方については時間や声掛け等を工夫し、柔軟に対応している。入浴が楽しめるよう季節の湯(ゆず湯)や入浴剤も使用している。	
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	日中の外気浴や活動を基本に、ご本人の状況に応じて適度な休息と夜間の安眠を支援している。		
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	処方箋から副作用についても周知している。 内服薬一覧を提示している。		
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	日々の掃除分担、できることの支援(一人での散歩、洗濯、掃除)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に支援している	近くの店への買い物付き添い、美容院への外出等支援している。	天候に合わせて散歩をしたり、100円ショップ等への買物や外食に出掛ける他、敷地内での外気浴等も行っている。都合により家族が対応出来ない場合はスタッフが付き添う事もある。ホームの行事としての外出に努めている。	

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
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	買い物付き添い等でお小遣いの管理を支援している。		
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	ご家族への電話連絡や郵便等気軽にできるようご家族と協力体制が出来ている。		
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	季節の花を飾ったり、節句の飾り付け、季節の壁飾りなどととも清潔な環境を維持している。	居間にはテーブル、椅子、ソファの他、入居者と一緒に作った作品や入居者が飾った花が置かれている。台所は対面式で会話をしながら作れる。廊下も広く、各所に椅子やソファが置かれ、入居者が思い思いに過せる空間となっている。	
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	ソファを廊下に設置したり、アクティビティー活動で個人または仲間として活動できるよう支援している。 一人になりたい時はその時間を尊重している。		
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	使い慣れた家具やご家族の写真等を飾り自分らしい部屋づくりをしている。	ベッドやタンス等は家族の協力で使い慣れた物を持って来てもらっている。、仏壇やテレビ等入居者の大切な品や好みの物が置かれ、作品が飾られ、その方に合った居心地の良い居室となっている。	
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	バリアフリーで安全に移動できる。 場所の認知が出来るようイラストや文字で表示している。		