

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	4571600115		
法人名	社会福祉法人協同福祉会		
事業所名	グループホームくろしお		
所在地	宮崎県日南市南郷町中村乙7051番地111		
自己評価作成日	平成30年8月8日	評価結果市町村受理日	平成30年10月3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.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=4571600115-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成30年9月6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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・話しは、ゆっくり、ハッキリ、理解、納得できるまでする。 ・常に笑顔を決やらず、人の痛みを感じる心と、謙虚な気持ちを持って接する。 ・個性を大切にしながら協力、提案し、協調していく。 チームプレーで。
--

【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)】

事業所全体で、明るく、活発なイメージでの接遇に努め、家庭的な雰囲気での1対1での対話やケアの実践に取り組んでいる。法人全体で様々な委員会があり、身体拘束をはじめ常に職員全体で知識やケアの技術の向上をめざすよう取り組んでいる。

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 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、生き活きと働いている (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

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	理念がリビングに掲げてあり、勤務前に唱和している。また、利用者1人ずつ笑顔で挨拶し、勤務に入るようにしている。名札の裏にも入れてあり、常に職員一人ひとりが意識してサービスの提供を行うようにしている。	ホームの理念とは別に法人の理念や職員全体で検討した年度別の目標があり、常に利用者が笑顔で過ごせるように職員全体で取り組んでいる。	
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	区長様や民生委員、各種ボランティアの方々に呼びかけをしており、地域の行事への参加やボランティアの方々が訪問等に来られ、地域の方々とのおふれあい、交流を行っている。	地域で開催される運動会や敬老会への参加や中学生の職場体験の受け入れ、来訪したボランティア、利用者・職員と一緒にお菓子を作るなどの交流を行っている。	
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	訪問時などに尋ねられた際は答えているが、こちらからは地域に向けては活かされていない。実習生の受け入れは積極的に行っている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、行政、民生委員、区長、家族会、地域包括支援センターの方々に参加して頂き、現況報告、行事報告、意見交換を行っている。	多方面の方々の参加により、意見や情報の交換を行っている。また会議への参加だけではなく、会議の参加者と利用者が一緒に食事をするなどの時間を確保している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議、地域ケア会議を通じ、相談、アドバイスを頂いたり、こういった会議で意見の交換等も行い、認知症勉強会にも参加している。	運営推進会議での意見交換以外に地域ケア会議などを通じて、情報の交換・共有や市主催の研修会に参加、入居待機数の情報共有などを行っている。	
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「介護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	拘束抑制検討委員会の議事録は全スタッフに回覧し、理解を得るように意識付けを行っている。現在鍵は開放しており、拘束の無いケアを出来るように工夫し、取り組んでいる。	身体拘束禁止に関する委員会を法人全体で取り組んでいる。身体拘束は行っておらず、その意識向上を職員全体で常に図っている。	
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	園内研修やミーティングなどで虐待について勉強会の機会を設けている。入浴時、更衣時に全身観察を行い、変化がある時はその都度確認、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
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	施設内研修で必要性について理解を深めている。分からない時は、地域包括支援センターに尋ねる。		
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	契約時に詳しく説明して、理解、納得されてから契約して頂いている。改定時はその都度説明し、書面での同意を得ている。		
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	利用者には日常の支援を通じて、家族には面会時や電話などで、いつでも意見や要望を尋ねている。全スタッフが共有出来るように、ケア電話・面会・申し送り簿を活用し、運営に反映させている。	家族の面会時の会話や電話の内容を常時記録に残し、家族からの要望等については、その記録を持って職員間で共有し、家族の要望に対応している。年1回、家族会も開催され、その意見をホームの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	毎月のミーティングや申し送り簿等を通じて、職員の意見、要望、提案等の意見の場を設けている。ミーティングには所長が年2回参加されており、また、年1回個別面談があり、直接話せる機会を得て運営に反映させている。	月1回のミーティングでは利用者のケアの内容をはじめ、様々な意見交換を行い、法人全体で改善や職員意見の反映に取り組んでいる。	
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	毎年個人目標を立て、取り組んでもらっている。年1回の個人面談において自己評価、他者評価を行うことで、個人が意識を高め、納得のある仕事ができるように努めている。		
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	個人目標作成時、参加したい研修を希望している。研修参加後は学んだ事を園内研修等で伝達し、質の向上に努めている。		
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	グループホーム連絡協議会を(H29. 1月)退会した事で交流の場が少なくなった。個人的には他施設の管理者と交流や情報交換を行い、質の向上につなげている。		

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	アセスメント作成時、情報収集に努め、本人様、御家族の意向を確認し、希望に沿った援助が出来るように努めている。		
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	サービス担当者会議や面会時などに尋ねたり、状況報告など連絡を密に行い、信頼できる関係づくりに努めている。		
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	適したサービスを受けられ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	掃除や家事、洗濯物たたみなど、一方的に働きかけるのではなく一緒に行い、コミュニケーションをとる事で関係を築いている。		
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	家族と過ごされる時間が一番の喜びである事を伝え、出来るだけ、受診は家族にお願いし、行事などの参加の呼びかけをして家族との絆を深めている。		
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	家族や親戚、友人の方々の面会時にお茶を一緒に飲みながら、ゆっくり過ごして頂いている。また、地域の敬老会や運動会に参加し、関係が途切れないようにしている。	近隣の行事への参加をはじめ、馴染みのある環境(美容室・商店)への外出や知人との行き来により、馴染みの環境との関係性が継続できるよう取り組んでいる。	
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	日常生活や行事等を通じ、利用者同士の関わりを持つ機会を設けている。普段の座る位置に配慮したり、意思の疎通が困難な場合は職員が仲介に入り、トラブルを回避し、出来るだけ穏やかに過ごして頂くように努めている。		

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	入院や他施設に移られる際は、情報やケアの工夫などを詳しく伝え、安心した生活が送れるように努めている。同じ事業所内なら関係性を継続し、交流を持つようにしている。		
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	本人様が希望を訴えられる事が少ない為、日々の行動や会話の中から把握していくように努めている。また、御家族の面会時に尋ね活用している。	日常的な会話を大切にし、会話の中から本人の意向や希望を確認し、家族との外出をはじめ、本人の意向や思いに沿えるようなケアの実践を行っている。	
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	家族や紹介先からの情報提供を基に把握している。		
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	日々の状態を記録に残し、情報共有に努めている。		
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	毎月モニタリングを行い、月1回のミーティングで状況を確認し、介護計画は6ヶ月に1回の見直しとなっているが、状況変化に応じて検討している。	職員が担当制で毎月のモニタリングを行っている。その情報をミーティングで共有し、情報収集や、介護計画の作成を職員全体で行っている。	
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	日々の介護や介護計画に反映出来るように、個人の特徴や変化を具体的に、ケア申し送り簿に記録し共有に努めている。		
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	多機能化に取り組めるよう努力が必要で 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
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	年1回開催の福祉祭りに出品し、地域の敬老会に参加しているが、もっと地域との連携を深めていく必要があります。		
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	現在利用者全員協力医療機関をかかりつけ医として受診されており、緊急時の受け入れが出来るよう協力体制を築いている。受診は基本的に御家族にお願いしているが、必要に応じて職員が同行し、その後のケアに活かしている。	病院受診は家族との受診を中心とし、ホームからの情報提供の充実や家族が受診の付き添いが困難な時は施設職員が代行を行っている。協力医院の他にも物忘れ外来等の受診の支援を家族と協働し行っている。	
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	ケア・電話・面会申し送り簿を活用し、把握できるようにしている。また、利用者の変化があった際は報告、相談し適切な対応が出来るようにしている。		
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。	入院時は介護計画書を提出し、退院時は退院・情報提供書を頂き、情報交換や相談を行って指示を頂き関係作りを行っている。入院時は面会を心がけている。		
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	入所契約時に急変時の対応や終末期の在り方について説明している。担当者会議等でも家族に尋ねている。 平成27年4月より、医療連携体制ホームでの看取りを申請している。	入所時に看取りについての説明・同意を書面で行うほか、常時状態変化時に家族に意向確認などを行っている。また、地域の医療機関との連携体制を整えている。	
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	園内研修で毎年消防署の方々に救急蘇生講習会をお願いし、実践力を身に付けている。		
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1回の避難訓練と年1回地域消防団も参加し、総合防災訓練を実施している。利用者の方々も参加されている。	火災(日中・夜間想定)、地震・津波などの避難訓練を消防団をはじめ地域の協力を得ながら併設施設と一緒にしている。	

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
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	特に汚染時などの際は、プライバシーや羞恥心に配慮したケアや言葉かけを心掛けている。	利用者への声掛けの配慮をはじめ、直接介護へ関わる際に、排せつ等での羞恥心への配慮、必要に応じた同性介護などを行い、尊厳の保持を行っている。	
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	選択肢のある声掛けを行い、自己決定ができるように努めている。		
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	ミーティングやケア・申し送り簿を活用し、全職員が共有すると共に、その人のペースに合わせた生活が出来るよう支援している。		
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	更衣時、出来る方は一緒にお好みの洋服を選んで頂いたり、美容院に行かれたり、その人らしさを尊重していくようにしている。また、行事や外出時は、全員がおしゃれな身だしなみをするように支援している。		
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	野菜の皮むき、テーブル拭き、下膳、茶わん洗いなど、個々のレベルに応じて出来るように一緒に行っている。 毎週土曜日、職員と一緒に、おやつ作りを楽しみにしている。	食材の買物をはじめ、利用者の個々の能力に応じた食事の準備やかたづけへの参加を行うほか、おやつ作りを職員やボランティアを交えて行っている。	
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	毎月5日に計量し、施設栄養士にカロリー計算をお願いしている。食事、水分量はチェック表に記入し把握している。摂取量が少ない時は、高カロリードリンクなどを提供したり、食事形態も利用者に応じて工夫に努めている。		
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頂いている。自立の方は声掛け確認、介助の方は出来る事を行って頂き、仕上げの介助を行っている。		

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
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	2名の方夜間、オムツ対応、バルーン挿入1名 その他の方は日中、夜間問わずトイレにて排泄されている。特に日中のトイレ誘導は排泄パターンを把握し、トイレで排泄出来るよう支援している。	排せつパターンを細かく把握することでトイレ誘導での排せつが出来る等の自立に向けた排せつ支援を行っている。	
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	食事、水分量を把握し、乳製品等を提供したりしながら、出来る限り食事で改善出来るように努めており、医師にも相談し下剤・坐薬を使用し、排便のコントロールを行っている。		
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	入浴は週4回(月・水・金・日)全員入浴を実施している。希望で入浴時間の配慮に努めている。	週4日利用者の希望時間で入浴を行っている。入浴を拒む場合は再度声掛けし、気持ちの良い入浴と清潔保持の取り組んでいる。	
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	夜勤者は睡眠時間を把握し、夜間眠れなかった方など、日勤者に申し送り、日中、傾眠が強い方には休憩の声掛けをしたり、また、希望があれば休んで頂いている。		
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	服薬チェック表を作成している。また、受診用の個人ファイルに処方箋が綴じてあり、変更等があった場合は赤線などを引いて全職員が分かるようにしている。毎月交代で薬作成に携わり、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。		
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	その日の状態に応じて、その方の出来る事を職員と一緒に手伝いをお願いしている。		
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	娘様と月数回外出・外泊される方が1名おられ、孫様の美容室で散髪されている。 その他買い物やホームでの行事等で外出支援をしている。	日常的な食材の買い出しをはじめ、気候等に合わせた近隣の散歩などを職員が行っている。また家族の支援も得ながら、馴染みの環境への外出支援も行っている。	

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
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	施設で預かり金として預かり、必要に応じて使用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	利用者の希望があればいつでも電話出来る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	共有空間には出来るだけ季節感を取り入れたり、居室やリビングにカレンダーを貼って日時を理解してもらうようにしている。	談話室・食堂は四季の物を装飾し、四季を感じられる配慮はもちろん、各担当による利用者の自己紹介が掲示されており、利用者・家族にもホーム内利用者の性格や個性が把握できるようになっている。	
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	和室やソファなど、利用者が個々に過ごせる場所があり、利用者様同士もゆっくり会話等出来るよう配席している。		
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	ご自宅で使い慣れたタンスや愛着のある物があり、利用者一人ひとりが居心地良い部屋になるよう工夫している。	自宅での生活環境を再現するために、可能な限り使い慣れた家財道具を持ち込んで、居室に慣れるように配慮が行われている。入り口には職員手作りの名前入りのれんがあり、居室も分かりやすい。	
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、浴室などの表示案内をし、視覚で分かるように工夫している。		