

### 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	3290800014		
法人名	社会福祉法人こもれび福祉会		
事業所名	グループホームこもれびの郷 桜ホーム		
所在地	島根県益田市横田町710		
自己評価作成日	平成28年11月21日	評価結果市町村受理日	平成29年1月31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 [x.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_2015\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=329](http://x.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=329)

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	平成28年12月1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)】**

理念のとおり、ご利用者様の生活の中で自然に寄り添いながら、そのペースに合わせた支援をすることを目標としています。職員の動きや思いが業務化せず、ゆったりと穏やかな気持ちで生活出来るよう心がけています。お一人お一人の今に適した暮らしができる場所を目指し、沢山の笑顔を見る事ができるよう努めています。

**【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)】**

今年度は理念が出来た経緯を施設長から聞き、「今は今しかない、明日は今日と同じ状態はないものとして」と、職員は常に利用者が今出来ることを考え、本人本位の暮らしの支援に取り組んでいる。地元の方言や利用者心地よさと感じて貰える言葉かけに努めている。利用者は家事仕事や野菜作り、毎月23日は「ふみの日」として家族に手紙を出すなど楽しんでいる。「こもれび新聞」を地域に回覧したりホームページで閲覧出来るようにし、新たに介護事業所の祭りに参加したり、保育園との交流も継続して行い地域との関わりを大切に取り組んでいる。

**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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	ケア会議で(寄り添うケアとは)について話し合い、理念を支援の道しるべとしている。	ケア会議で話し合い共有化を図っている。職員は理念が出来た経緯を施設長から聞き理解を深めている。	
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	月1回の茶話会、10月施設行事(さんさんまつり)等地域の方との交流に努めている。年2回の避難訓練や二ヶ月に一度の運営推進会議は地域の方の協力を得ている。	地域の奉仕作業などに参加したり、事業所行事の茶話会やさんさん祭り、運営推進会議などで交流している。日頃から花や野菜の差し入れがあり、保育園児や踊りなどのボランティアとの交流も継続している。	
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	月1回発行のこもれび新聞を地域に回覧し、認知症の人の生活の様子を情報発信している。		
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	会議には市の担当者をはじめ、自治会関係者の参加をお願いし、施設の取組状況について報告し、様々な視点からの客観的なご意見を頂いている。	利用者の状況や活動を報告し、テーマに合わせて協力医から地域医療連携や看取りの実情などを話して貰っている。家族や自治会関係者など多数の参加があり活発に情報交換を行っている。	
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	運営推進会議には市の担当者も必ず出席して頂き、サービスの取組についてや介護事故等(ひやり・はっと)の報告も必ず行っている。	主に運営推進会議で事業所の実情を伝え、相談をしたり情報を得て協力関係を築き取り組んでいる。	
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	権利擁護の研修に参加し、施設内研修では身体拘束についてのテーマでの話し合いをしている。日中は玄関の施錠はしないこととしている。	施設内研修で身体拘束や言葉づかいについて話し合い理解を深めている。外に自分の車を探しに行く利用者には気持ちに寄り添い離れたところから見守るなど「利用者にとって」を考え取り組んでいる。	
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	職員個々がしっかりと意識して、支援方法に疑問を抱いた時には話し合いを重ね虐待とにならないようにしている。		

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
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	実際に成年後見制度を利用しておられる方がいます。支援しながら制度について理解を深めている。		
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	契約時には十分な時間を取り、利用者の生活歴や家族の疑問点を聞き取るようにしている。施設側の重要事項等も書類に沿って十分な説明時間を取っている。		
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	年1回(2月)家族との意見交換会を開催し、今年度の反省をし次年度の事業に家族の意見をしっかりと反映するように努めている。	面会時や「こもれび新聞」で生活の様子を伝え、意見や要望を聞き運営に反映させている。今年度新たに利用者や家族と一緒に食事をしてゆっくり話をする取り組みを行った。	
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	月1回のケア会議で次の月の行事を仔細に検討し、利用者の現状に合わせた行事運営に取り組む。	ケア会議や日常業務の中で意見を聞くことに努めている。職員の状況を受け止め勤務時間の調整など、働きやすい環境作りをしている。行事企画や業務改善など、全職員で話し合い取り組んでいる。	
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	職員雇用にゆとりを持ち勤務シフトを乱さぬよう努めている。労務管理は労務士の助言を頂いている。		
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	職員研修計画は年度初めに立て、少しでも職員のスキルを上げる事に努めている。認知症の施設内研修も三ヶ月に一度行っている。		
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	益田圏域グループホーム交流会を開催し、年2回職員の勉強会を開き、事例検討や介護に関する色々な方面の専門家の講演を聞く会に参加している。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所時の聞き取りを元に利用者の経過観察をしながら職員間で情報を共有し、要望に耳を傾げることに努め、不安軽減となるよう努めている。		
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	面会時に施設内での状況をしっかりお知らせしたり家族の不安や要望にもしっかり耳を傾げることに努めている。		
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	入所後は聞き取り情報を基に仮プランを作成し、その後の様子を把握した上で改めてプランを作成している。見極めに時間をかけている。		
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	できること、できないことを見極め、生活の中に役割として取り入れている。本人の意思を確認して暮らしを共にするもの同士の関係作りに努めている。		
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	ご家族はご本人にとってかけがえのない存在と理解している。受診時の付添は外出・外泊を行う事でご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	利用者の生活域の友達の方に、面会に来ていただき関係が継続出来る様、声をかけている。	毎月23日は「ふみの日」として利用者が家族に手紙を送っている。日頃の会話で昔の生活の様子を聞いたり、行き慣れた場所にドライブに行くなど支援している。家族の協力を得て外泊する人もある。	
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	利用者同士仲の良し悪しを把握して孤立しないように支援をしている。関わりが困難な方には職員が携わる事で孤立されな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
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	利用が終了した後も地域回覧の(こもれび新聞)や遠方の方はHPで情報が閲覧できるようにしている。		
<b>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</b>					
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	自分の思いや意向をはっきりと伝えられる方は少なく、日頃の会話や表情から把握に努め、その人らしい暮らしとなるよう努めている。	利用者の思いや意向を個人記録に書き込み情報を共有し本人本位の暮らしに繋げている。利用者や家族の思いを聞き「姿シート」に書き込み、定期的に利用者一人ひとりの課題について話し合い現状に即した介護計画を作成している。	
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	家族から聞き取った利用者の生活歴の情報は、職員デスクに置き関わりの参考にしている。		
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	一人一人の心身状態の観察に日々努め、申し送り時に利用者の変化の共有と把握に努めている。		
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	本人、家族の意向を面接時にアセスメントし、ケア会議にて現プランの月々のモニタリングや、新しい課題について話し合い現状に即した介護計画作成に努めている。	利用者の家族の意思によりケアプランは柔軟にサービスの切り替えをするようにしている。	
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	ケアプランに沿った支援内容を個人記録に残し、介護計画で見直すべき所があれば職員間で共有した見直しをしている。		
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	利用者の家族の意思によりケアプランは柔軟にサービスの切り替えをするようにしている。		

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	重度化に伴い、地域に出掛けることが難しくなっている。近隣の保育園児の訪問で幼児と触れ合ったり、ボランティアのオカリナ演奏が来て下さり、楽しみとなっている。		
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し、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1回のかかりつけ医の訪問診療を受け、日常生活の様子や体調の変化を伝えている。又休日夜間での急変時にも助言が得られる良い関係を築けている。	定期的にかかりつけ医の訪問診療があり、夜間や急変時などいつでも連絡や相談が出来る関係を築き、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	週1日医療連携の為の看護師の健康チェックを設け、適切な現場へのアドバイスを受けられ、急変時にはかかりつけ医に繋げてもらっている。		
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。	入院時には施設での様子を情報提供書に記し伝えている。その後の経過は病院と蜜に連絡しあい病院のカンファレンスにも参加している。家族としっかり協議した上で早期の退院となるよう努めている。		
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	入院時にはご本人・ご家族の意向を確認し、重度化した時には病院側との相談でカンファレンスの場を設定するようにしている。	利用者や家族、関係者と話し合いながら方針を共有し支援に取り組んでいる。協力医から利用者の状態の変化に合わせてその都度説明を受け、地域関係者と共にチームとして支援している。	
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	緊急時対応マニュアルの構築と共にAEDの操作訓練は定期的に行うべきだと思う。		
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、夜間火災想定と自然災害想定避難訓練を行っている。重度化し、誘導方法が難しくなっているので定期に訓練することで最善な対応方法が身に付く様努めている。	定期的に避難訓練や振り返りを行い課題を挙げている。備蓄品の用意や緊急連絡網の実践を行っている。運営推進会議で避難訓練の報告を行い意見や情報を貰っている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	自分だったら、と相手の立場に立った視点での言葉掛けや対応に努めている。難聴の方にはメモに書いて対応したりもしている。	食事や移動時など援助が必要な時にも利用者の気持ちを大切にさりげないケアや言葉がけをしている。事業所内・外で言葉づかいや接遇関連の研修に参加し「相手が嬉しくなる言葉かけ」に努めている。	
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	様々な場面で声掛けをし、自己決定をして頂けるように心がけている。自分の思いや希望を表現できない方は、日々の会話・様子から読み取っている。		
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	一人一人の体調、状況に配慮しながらご本人の希望に沿って個々のペースで生活できるように努めている。		
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	その日の着る服は毎朝ご本人に選んで頂いている。選ぶことが難しい方にはその人の好みに合わせた対応をしている。		
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	利用者様の出来る力を発揮して頂き、皮むき、盛り付け食器洗い等コミュニケーションを取りながら一緒に行っている。また献立には皆さまが食べたいものや季節のものを取り入れる様にしている。	野菜の皮むきや盛り付けなど利用者が出来る力を活かしながら一緒にしている。定期的な外食や、季節行事ではおはぎや黄粉団子などを作り楽しみに繋げている。	
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	個々の状態に応じた食事形態にする事で栄養摂取や水分確保に努めている。		
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	毎食後口腔ケアは必ず実施している。うがいが困難な方には、スポンジブラシを使用して口腔内の清潔に努めている。		

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
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	一人一人の排泄リズムを把握し、声掛けや誘導を行う事でトイレでの排泄に繋げている。	一人ひとりの排泄時間を把握し声掛けや見守りをして自立した排泄に繋げている。声掛けに気が進まない人には職員が交代するなど工夫して対応している。	
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	排便チェック表をつくり、状況把握に努めている。水分摂取はもちろんのこと軽運動等個々に応じた取り組みをしている。		
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	重介護になる中で二日に一回の入浴が現状だが、できるだけ希望される時間に入浴できるよう努めている。	回数は決まっているが、利用者の希望する時間に支援している。一番に入りたい人、ゆっくり浸かりたい人などそれぞれに合わせて対応をしている。	
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	日中は思い思いに居室で横になって休まれたり、ホールのソファでくつろぐなどされている。室温や照明などで安眠に繋がる配慮をし、眠れない方にはお話を聞いたり温かい飲み物を提供したり寝かすのではなく眠れる支援をしている。		
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	スタッフの共通理解をし、服薬支援をしている。個々の状況に合わせた服薬形態にしている。		
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	生活歴や嗜好を把握し、個々の楽しみや気分転換が図れるよう努めている。		
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	月に数回のドライブや、利用者と職員で月に一回の夕食を楽しむ方もおられ、家族様と外出又は外泊をされたりする。	中庭でお茶を飲んだり、銀杏の葉を拾ったり野菜を育てたりして外気に触れる機会を作っている。利用者の希望を聞き地域の名所にドライブしたり夕食、買い物などの支援をしている。家族の協力で外出する人もある。	



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
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	お金は預りも所持もしていない。		
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	毎月文の日(23日)に遠方におられる家族あてに便りを書いて頂いている。時々電話もかけている。		
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	季節の花をかざったり、皆さまと一緒に作った作品をディスプレイし、居心地よく過ごせるように努めている。ホール内に面したトイレの前にはカーテンをし、不快な思いをさせない工夫をしている。	生活の様子がわかる写真や作品が飾ってあり、献立板には利用者が役割として書き込んでいる。所々に長椅子やソファがあり一人ひとりが心地よく過ごせるように工夫している。桜ホームの和室で食事をする人もいる。	
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	廊下のベンチで一人で息抜きをしたり、仲間とおしゃべりのできる居場所がある。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	馴染みの家具や小物を設置する事で安心できる空間作りに努めている。	使い慣れた家具を置いている。パズルや作品、花など利用者の好みや趣味を活かしたその人らしい居室となっている。身体状況に合わせて介護用ベッドを使用している。	
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	一人一人の出来ることを考えるとマンツーマンケアで取り組まなければならない、ホール内で2.3人づつで出来ることを考え挑戦している。		