

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	4270400932		
法人名	有限会社 鶯 声		
事業所名	グループホーム本明の家		
所在地	長崎県諫早市本明町455番地1		
自己評価作成日	平成30年 8月31日	評価結果市町村受理日	平成30年10月22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.kaigokensaku.jp/42index.php
----------	---

【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 ローカルネット日本評価支援機構		
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1		
訪問調査日	平成30年10月9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)】

家族との連携を密に図ると共に自然に恵まれた良好な地域の環境条件を活かし、夫々の家庭での延長として、利用者が如何にして自分の思いどおりに暮らせるか今後共に力を入れてつくり上げて行きたい。

【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)】

穏やかに流れる本明川と田園風景のある自然に囲まれた、騒音もない静かな環境の中に当ホームはある。法人代表者と施設長の親を介護することをきっかけとして当ホームを立ち上げられ、現在、9名の入居者が共同生活を送っている。当ホームの近隣には有料老人ホームとデイサービスを建設中であり、来年の夏頃には完成の予定で、更に地域との交流を深め、当ホームの入居者の活動が増えることも期待できる。提携医との継続的な協力関係が築かれており、入居者の体調変化には的確な指示を受け、また、時間に関係なく受診ができる医療との連携が確立していることはホームの大きな強みと言える。職員は入居者の希望する人生の最期を看取った経験があり、また、代表と施設長の自宅が近隣にあることで、入居者の急変時等には落ち着いた対応に繋がっており、入居者への日々の支援に努めている様子が窺える。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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. 全くいない
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

ユニット名

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	日常の利用者への対応が理念に基づいて行われているかどうかカンファレンス等を通じ意見交換している。	代表者や施設長の親を介護することが当ホームを立ち上げるきっかけとなり、その当時から4つの理念を掲げ、現在まで入居者の支援を行っていることが窺える。	
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	地域の方がホームに寄られることは少ないが日常散歩の途中での挨拶、小学生との七夕交流、自治会の浮立演出等を通じ交流を続けている。	代表者が、以前は町内会会長、現在は老人会会長を務めており、自治会との交流と協力を得ることができている。入居者が近隣を散歩する際に認知症であるが為に突発的な行動に及ぶことがあり、近隣住民に説明し、理解を得ている。	
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	地域の方からの認知症の相談を受けている。又代表者が老人会長として地域の声を聞くように心掛けている。		
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	会議メンバーには、市職員、家族、自治会長、民生委員、近隣の方等参加され評価結果も全資料を公開し意見交換に努めている。	運営推進会議において、行方不明入居者の捜索事例におけるリスクマネジメントについて保険会社職員による講義を行い、身体拘束については代表者が資料を揃えメンバーとの質疑応答を行っている。各々の立場からの意見を聞く事ができている。	
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	介護に関する課題等については市職員に講師を依頼したり、運営推進会議に出席される時はホームの現状を見て頂くと共に市役所窓口を定期的に訪問し連携を図るよう努めている。	運営推進会議を通じて、関連する法改正や介護に関する課題内容の説明等を市職員に講師として依頼しているほか、必要時には市役所へ出向き、連携を図るよう努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	研修会には参加する機会を作り、行動制限をしないように努めている。また、行動制止の言葉遣いが無い様に取り組みを継続したい。	身体拘束については運営推進会議で議題に挙げ、作成した資料をもとに説明し、質問への対応を行っている。センサーについては市職員に確認し、身体拘束には当たらないと認識して使用している。	身体拘束マニュアルが確認できなかった為、身体拘束マニュアルを作成して職員へ周知し、全職員が身体拘束についての理解を深めるよう今後の取り組みが望まれる。
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	研修の機会学びながらカンファレンス等で話し合い、身体のみならず言葉遣いによる虐待にならないように留意している。		

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	管理者が権利擁護の研修を受け必要により支援できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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、解約また改定等の際は重要事項説明書及び利用契約書に基づき十分な説明を行い理解を図っている。		
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	ケアプランの作成時、また面会時等に家族に説明し意見を求めるようにしている。また、毎月の請求書等の書類発送時利用者の状況を報告し反映させるよう努めている。	入居者と面会の為に訪問する家族は限られている。ホームでは、日頃の入居者の様子を書いて月1回の書類送付時に同封している。家族からの意見等の聞き取りは電話連絡で行うこともある。	
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	月一回のカンファレンス時話し合いの機会を作っている。また、運営推進会議には交代で参加の機会を持っている。	カンファレンスで職員から意見の聞き取りを行っている。毎月のシフト表は施設長が作成し、職員に2日の希望休を聞き、それに加えて有休を入れるシフト作成を行っている。	
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	年休等可能な範囲で配慮し、また各個人の予定に配慮し、職員の能力、人間関係を掌握し、環境条件の整備に努めている。		
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	グループホーム連絡協議会の研修や実務者研修等の受講の機会を作り、また資格取得の奨励をしている。		
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	グループホーム連絡協議会の研修や交流会を主にして、出来るだけ参加する機会を設けて活きたい。		

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
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	入居前に本人に面会し現状を把握すると共に家族に話を聞き、事前に職員が情報を共有して関係作りが旨く行く様に努めている。		
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	入居後の1週間は、朝夕電話にて家族に状況を報告し、家族との情報共有により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	家族と本人の話を良く聞く様にして努めている。オレンジシートの普及が出来ていないが、活用しながら支援したい。		
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	本人の生活暦を共有し会話が成り立たなくても気持ちを尊重し、不穏時傍に寄り添う等している。		
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	面会時に生活状況を話したり毎月の健康管理状況を文書にて連絡したりして現状を共有するように努めている。		
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	家族以外の馴染みの人は少ないが、家族からの情報を得て会話等に取り入れたり、馴染みの場所へドライブしたりして本人の戸惑いが少なくなるように努めている。	ホームでは入居時に馴染みの場所を把握し、ドライブを実施したり、家族の行事で自宅へ帰る際には介助の方法を伝達したり、必要であれば車椅子の貸し出しを行う等の支援を行っている。	
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	利用者同士の話し合いもされているが少ない。関係がより円滑になるよう職員が気配りして支援している。		

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
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	入院中も訪問すると共に医療連携を行って、その後の相談には対応している。		
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	本人との意思疎通が困難な方が多いため、生活暦を知り、カンファレンス等で検討すると共に会話に活かすように努めている。	日々の生活の気づきは伝達帳に記録し、その日のリーダーが行動記録にまとめて記録している。朝夕の申し送り時に情報を共有し、全職員は伝達帳を読んだ後には名前を記入している。その記録をもとに本人の思いや意向を把握するよう努めている。	
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	他の施設や病院からの方はサマリーによりまた家族等から情報を得て生活暦を活かせるように努めている。		
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	残存能力に応じて役割支援を行うと共にバイタルチェック等その日の状態の把握に努め、現状にあった関わりをもてるようにしている。		
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	全職員がケアプランに目を通し、本人の状態、家族の意見を反映し、本人にあった関わりをもてるように努めている。	アセスメント・モニタリング・ケアプラン作成は施設長が担当している。ケアプラン見直し前に職員はこれまでのケアプランに目を通し、解決すべき課題抽出等に追加があれば意見を出し、ケアプランに反映させる流れとなっている。	
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	行動情報を共有する為の記録と申し送りをしている。その情報をケアプランの見直しにつなげている。		
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	通院支援を行い、又敬老会、クリスマス会等と一緒に食事を提供し過ごして頂いている。帰宅願望への対応や買い物等発生するニーズに対し、随時対応するようになっている。		

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
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	代表者が老人会長で前自治会長のため、地域との接点も多い。活用できる機会を出来るだけ作れるよう努めている。		
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	職員と共に通院受診、状態により往診。検査等の状況により家族の同行をお願いしている。かかりつけ医は家族が希望する医療機関となっている。	入居前からのかかりつけ医、提携医への受診は施設長が同行し、精密検査や定期検診には家族の同行と施設長も付き添いを行っている。入居者の状況に応じて往診も受けることができる。他科への受診についても施設長が対応を行っている。	
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	管理者が看護師を兼務しており、利用者の変化等は直ちに看護師に報告し、適切な医療に繋げている。		
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。	入院時には本人の支援方法の情報を医師に提供し、家族とも情報を交換しながら、速やかな退院支援に繋げている。		
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、事業所です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	入居後早めに、本人・家族の意向を確認すると共に、随時意思を確認しながら、医師と連携を図り支援している。	看取りについては、入居時に本人や家族に説明を行い、同意書を得ている。提携医はホームの入居者の状況に柔軟に対応し、急変時には指示を受ける体制であり、看取り時期は医師の判断に委ねている。職員は、ホームの近隣が代表者・施設長の自宅である為、緊急時にはホーム長が駆けつけることができる体制である。	
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	研修機会には受講しているが看護師の指導で対応している。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	火災訓練による習熟と水害避難の基準を定め、早目の自主避難体制を定めている。	年2回(内1回消防署立会い)の避難訓練を実施し、近隣住民4名が参加し、職員とともに消火器を使用した訓練を受けている。反省点や訓練時の様子が分かる写真を添付した記録を残している。居室間の倉庫に水、食品等を保管し、事務所に工具や懐中電灯等を保管している。自然災害については訓練が未実施であり、現在検討している。	

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	接遇の仕方、言葉遣いに配慮し対応している。	接遇マナー研修を受けた職員がカンファレンス時に報告し、他の職員は研修内容を把握するよう努めている。介護福祉士会の研修等は希望する職員が参加している。	
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	出来るだけ自己表現が出来るように支援し、本人の表現や行動から汲み取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	入浴や食事時間は職員の体制もあり十分とは言えないが出来るだけ本人のペースに合わせて支援を行うように努めている。		
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	定期的に理容師に出向いて貰っている。服装等は季節に合ったものを着れる様に支援している。		
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	食事の準備や片付けが出来る入居者は不在。好き嫌いの多い方には違うものを提供している。	嗜好・アレルギー・禁忌食については入居時に調査し、調理の際に配慮している。3食の食事は職員がシフトで調理を担当している。	
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	毎食事を把握すると共に排泄チェック表を活用し必要により補給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	毎食後声掛けし、自力で出来ない方は職員が介助している。必要に応じ歯科医院より往診して貰っている。		

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
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	排泄チェック表を活用し、声掛けし介助している。	職員は各入居者の排泄パターンを把握し、トイレ誘導の声掛けを行い、排泄チェック表に記入し、職員全体で排泄についての把握を行っている。	
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	排泄チェック表を活用し、水分摂取の声掛けを行い、必要により便秘薬の使用をしている。		
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	全員が介助支援の必要があるため、2日に一回としている。保清のため必要に応じ入浴を行っている方もいる。	1日おきに入浴を実施しているが、その日に体調不良や入浴拒否がある場合にはいつでも入浴できるよう柔軟な支援を行っている。時間帯についても入居者の希望に応じている。	
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	空調による調節を行うと共に昼間の散歩等気分転換出来るように努めている。		
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	看護師が朝・昼・夕と分かり易い様に区別して、服薬説明書に基づき確認し、支援を行っている。		
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	食材の下ごしらえや洗濯物干しや取り入れの手伝い等で仕事の役割を、時には野菜の収穫手伝いで楽しみごと支援をしている。		
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	天候の良い時は周辺の散歩等声掛けし出かけている。また、自宅周辺を希望される時はドライブで案内している。	入居者の希望に沿ったドライブ支援や帰宅願望のある入居者の不安や不穏に応じてホーム周辺の散歩を行っている。花や果実が実る家の前を通る際に予測される入居者の行動については、職員や入居者が安心して散歩ができるよう事前に近隣住民の承諾を得ている。	

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	管理出来ない方は家族と相談し、管理者が支援し、毎月家族に報告している。		
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	手紙を書いたり依頼される方はいない。電話は本人の希望時は掛けれ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	毎日の清掃、カーテンの調節、空調に配慮すると共に、花や飾り物で季節感が出るようにしている。	ホームは、廊下・フロア・トイレの床等ホーム全体が木材を使用しており、木のぬくもりを感じ、フロアでは落ち着いた時間を過ごせるような空間作りとなっている。換気もなされ不快な臭いもなく、全体の掃除が行き届き清潔に管理されている。	
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	椅子、ソファー、畳があり、時によっては配置換えを行って、思い思いに過ごせるように工夫している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者が望まれる場合は本人の馴染みの調度品であるタンス、テーブル、時計等を置き、少しでも自宅と替わらぬ居心地良く過ごせるように配慮している。	居室は各々の間取りや畳・床等様々であり、入居者がこれまでの生活を継続できるよう馴染みの家具や仏壇・装飾品を持ち込むことで、その人らしく安らいだ生活を送ることができる。	居室を入居者の自宅であると捉え、居室のポータブルトイレについては昼間の未使用時には収納や目隠し等など工夫して露出を防ぎ、居心地よい居室作りに繋げることが望まれる。
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	ホーム内は、全てバリアフリーにして、手摺を取り付け自立支援につなげている。		