

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	3170201127		
法人名	(株)ハピネライフ光		
事業所名	グループホーム高砂 西		
所在地	米子市彦名町2078		
自己評価作成日	令和元年11月25日	評価結果市町村受理日	

※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://index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&Ji_gyosyoCd=317

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	令和元年11月27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)】

・「出来る事の継続」=今までやってきた事、出来る事を日課とし行っていた。共同生活を重視し、相互に助言し合うことで日常生活が継続できる。

・「やってみたい、行ってみたい」を実行する。
ご入居者様のご希望を聞き取りし、職員と計画を立て実行する。

有料老人ホーム高砂苑に併設された2階がグループホームです。入所者のできる事を職員は声かけや見守りの支援を行われています。

認知症を理解され入所者の身体状況にあわせて脳トレやめりえ、レクリエーションを取り入れ認知症の維持、向上に努められています。

個別支援計画では外出や外食、ドライブ、華道教室、カラオケ教室の支援が行われ楽しみとなっています。華道教室での生け花は施設の玄関に飾られ家族や友人等の面会時に目を楽ませています。各ユニットのホールやテーブルに生花が飾られ季節を感じる事ができます。

外食レクでは「ゆめみなとタワー」や「大山みるくの里」等に出掛けられ楽しまれています。

入所者の介護度が高くなってきていますが職員は寄り添い思い思いの生活の支援を行われています。

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
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	理念を掲示し毎朝、朝礼時に唱和して支援に繋げている	理念を各ユニットに掲示してあります。職員は毎朝朝礼時に唱和され理念を共有され支援が行われています。月1回の職員会議で振り返りも行われています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	公民館活動に参加させてもらっている。公民館祭に作品を出品している 幼稚園との交流がある	彦名自治会に入会されており、地区清掃には職員が参加されています。彦名公民館祭には、作品を出品され、見に行かれ地域の方と交流されています。地域の幼稚園と年2回交流も継続されています。ボランティアとの交流は1階の有料老人ホームに行かれ楽しんでいます。ホーム周りの散歩の時には近所の方と挨拶を交わされています。	
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	地域貢献は行っていない		
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回行っている 活動報告、事故報告、入居状況等を報告し意見交換で頂いた意見を話し合い、実践へ繋げている	2ヶ月に1回開催されています。活動報告、利用者の様子、ヒヤリハット、事故報告、各種勉強会、避難訓練実施等の報告をされ意見等頂かれサービスに繋がられています。	
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	サービスの疑問点など、市の担当者に相談し協力いただいている	運営推進会議に長寿社会課の職員が参加頂かれています。状況報告や介護保険サービス、利用者の相談をされています。各研修や感染症等の連絡があります。	
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	居住場所が2階のにある。出入りの確認の為、2箇所にセンサーを設置している	グループホーム、有料老人ホーム合同で3ヶ月に1回身体拘束廃止委員会を開催され、報告、意見交換が行われています。身体拘束の勉強会を有料老人ホーム職員と合同で行われ職員は理解されています。居住場所が施設2階の為、出入りの確認は2箇所にセンサーを設置し利用者、家族、職員等の出入りが分かるようにされています。「スピーチロック」については日常的に管理者は指導しています。	

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
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	事業所内で勉強会を開催。理解し、見過ごされることが無いよう防止に努めている		
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	研修会に参加し成年後見制度について学ぶ機会を持ち理解、活用できるよう取り組んでいる		
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	時間をかけて契約に関する説明を行い、改定等の際はご家族様の理解が得られるよう丁寧に説明を実施している		
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	定期的な運営推進会議を開催し外部、ご家族様の意見が反映されるようにしている	家族面会時や年1回の家族会開催時、介護計画更新時等に意見、要望等を聞いておられます。月1回の高砂便り、運営推進会議内容を送付され、情報提供されています。遠方の御家族等には介護計画更新時に計画作成者が意見、要望等を電話で聞いておられます。家族アンケートを年2回実施され集計結果を家族に送付されています。	家族に相談され了解あれば行事等日頃の様子をメールで送付されても良いと思います。
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	毎月の全体会議、年1回の自己申告書等で職員の意見、提案を聞く機会を設けている	毎月の全体会議で利用者の状況等話し合われています。年1回の自己申告書等で目標達成度や意見、提案を聞く機会が設けられています。管理者は法人管理者会議に月1回参加されています。法人本部の会議には施設長が参加され要望、改善は本社に報告されます。	
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1回人事考課表を実施し管理者との面談で各自が向上心を持って働けるよう努めている		
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	自部署での毎月勉強会、外部研修に積極的に参加しスキルアップ向上に取り組んでいる		
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	県のグループホーム協会に属し相互研修を実施し向上に努めている		

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	ご入居様様の性格や特徴を理解し不安が軽減できるよう寄り添い傾聴しながら築けるようコミュニケーションを大切にしている		
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	入居前面談、説明時にご家族様のご意向について伺い要望に沿う支援を行うよう努めている		
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	ご本人様、ご家族様の意向を聞くとともに築きを大切に今必要とされる支援を提案するよう努めている		
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	共同生活する中で役割を提供させていただき、支え合う同志としての構築に努めている		
19		○本人と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	面会時や月1回の苑だよりにて近況の報告をさせていただき問題発生時には共に考えている		
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	個別ケアにてドライブや買い物など馴染みの場所へ行っている。ご家族様と外出し墓周りや自宅に帰られる方もある	個別ケアとして、ホーム入所前の自宅ヘッドドライブや自宅近くのスーパー、商店などにドライブで出掛けておられます。家族と墓参りや自宅に帰られる方や受診同行時に病院で友人等に会われ会話をされる方もあります。遠方の家族が盆や正月に帰省されたときに利用者として外出も行われています。	馴染みの方や場所に行かれた後には、利用者の方にお話しして頂き回想法に繋げて行かれると良いと思います。
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	性格や関係性を考慮し、レクリエーション・掃除・食事作り等協同作業にて良い関係作りとなる支援に努めている		
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	退居先が病院施設である場合、ご家族様に了承を得て面会に伺わせていただいている		

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
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	各担当者を決めご本人の希望、意向を把握に努めている	担当者職員は入居時のアセスメントや家族から生活歴や趣味、意向、希望を伺い把握されています。意思疎通ができない方は担当者2名で日頃の表情や様子等からの汲み取ると共に、家族からも生活歴や意向、希望を伺われています。カンファレンス等で思いや意向の話し合いをされ介護計画に繋がられます。	
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	アセスメントにて得た情報をもとに生活歴、環境を把握しサービスに繋がられるよう努めている		
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	申し送り、介護記録を参照し現状把握を行っている		
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	ケアマネを中心に必要な関係者と話し合い現状に合った介護計画を作成している	アセスメントや利用者、家族の意向・要望を聞き原案が作成され、利用者、家族、計画作成担当者、必要な関係機関等が集まり、サービス担当者会議で話し合い介護計画は作成されます。その後は、モニタリング1ヶ月に1回、評価・見直し6ヶ月に1回で実施されています。状態等の変化があった時は、随時介護計画を変更されます。個別計画には華道教室、カラオケ教室、外出支援等も盛り込まれています。	認知症によるものなのか、加齢による体力の衰えなのか、モニタリング等で、チームで話し合い、統一したケアが行なわれると良いと思います。
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	日常の様子、気づきを記録しカンファレンスを開催し介護計画の見直しを行っている		
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	状況に合わせた支援をさせていただいている		

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	外出や買い物を楽しむ機会を設けている		
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	連携医、かかりつけ医の選択はご本人様、ご家族様に決めていただいている	かかりつけ医は本人・家族等の希望を優先し、利用者全員協力医を希望され往診、受診が行われています。歯科も協力医による往診が行なわれています。皮膚科、眼科等については家族の同行受診が行なわれますが、無理な時は職員が対応されます。急変事は有料高砂苑の看護師とかかりつけ医、家族と連携し対応されます。	
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	状態変化が見られたときは苑看護師に報告し、支持を仰いでいる		
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。	ケアマネージャーが窓口となり病院と連携を図っている		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に重度化、医療依存度が高くなった場合は他、事業所、施設へ移行していただく事のできる了承を得ている	入居契約時に重度化になった時、医療依存度が高くなった場合、他事業所、他施設、医療機関に移行して頂くことのできる了承を得られています。法人の方針、ホームの体制上、看取りは行われていません。重度化になった時施設1階の有料老人ホーム高砂苑に変更される方もおられます。	
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	急変対応の勉強会を実施。AED使用の実技講習を行っている		
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	定期的に避難訓練を実施している 運営推進会議等で協力を依頼している	有料老人ホームと合同で避難訓練を1回・夜間想定訓練含めた総合訓練が1回行われています。運営推進会議で地域の方、彦名消防団に利用者の見守りの協力依頼をされています。津波、地震の時はホームで待機されます。原子力も対象の為、避難計画が作成されています。備蓄は有料老人ホームの厨房で3日分用意されています。	

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
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	個々の人生を敬い常に意識し接遇の強化に努めている	ホーム全体で接遇、「スピーチロック」「プライバシー保護」の勉強会が行われています。プライバシーの確保の為、利用者の洗濯物を自室で干しておられます。入浴、排泄支援時はプライバシーに配慮されています。職員間でサービス内容を共有し注意しながら声掛け、対応が行われています。居室の入り口に暖簾をかけプライバシー保護が行なわれています。	
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	自己決定を尊重し選択肢を作り表現しにくい方は表情を伺い希望に沿える支援を行っている		
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	本人様の生活のペースを大切にコミュニケーションを図りながら希望を伺っている		
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	起床時の整髪整容 月に1度の移動理美容の利用(希望者)		
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	ご飯炊き、汁作り、盛り付け、配膳後かたづけを職員と一緒にしている	施設1階の有料老人ホームの厨房より副食を配膳車でホームまで届きます。ご飯炊き、汁作り、盛り付けは職員と一緒にホームで行われています。下膳、後片付けも職員と一緒にいられています。検食もされ食事内容の記録があります。月1回屋敷食作りが行われています。担当者は食べたい食事内容を伺い、作られ楽しんでいます。おやつ作りは利用者の希望を伺い楽しみながら行われています。外食レクも行われています。	
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	食事摂取量の記入 お茶の時間を設けている 自由に飲んでいただける様にポットを置いている		
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、見守り、一部介助にて実施し清潔保持に努めている		

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	排泄チェック表を用い声かけ、誘導にてトイレで排泄していただいている	排泄チェック表を利用し声掛け、トイレ誘導を行いトイレでの排泄支援の継続が行われています。布パンツやリハビリパンツとパット使用等排泄状態に合わせて排泄用品を使用されています。夜間の排尿回数が多い方は安心、安全のため居室でポータブルトイレを使用されています。	
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	活動量、水分量を多く取っていただき予防に取り組んでいる		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	お一人ずつ入浴していただいている 時間の固定はないが、曜日は固定となっている	週3回(月・水・金)(火・木・土)午前、午後の入浴支援が行われています。拒否の方は声掛けやタイミングを図る等され入浴の支援が行われています。皮膚病がある方は足浴をされ薬の塗布を行い状態の軽減に努めています。寒い時期は足浴を希望される方もあります。	
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	ご本人様の意志を尊重し食後の休息を取り入れている		
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	薬は職員が飲み込み迄確認を行っている 異常時は連携医へ報告		
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	趣味等の生活歴を把握し個別支援に繋がっている		
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	苑外散歩、ドライブは職員と行っている 本人様の希望を把握し、個別支援に繋がっている。	職員と一緒に高砂苑の周りを散歩されます。個別ケアとしてドライブに出掛け気分転換や自宅周りの様子を見る、景色を眺める等外出支援が行われています。外食レクでは行楽地等で食事をされ楽しまれています。春は桜の花見に出掛けられています。	

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
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	現金の管理は行っていただいている		
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	ご希望時には施設の電話を使用している 手紙の投函は事務所にてお預かりしている		
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	環境整備を職員と一緒に行っていただき、生花を扱う季節の作品作りで季節感を出すようにしている	廊下にベンチがあり一休みなどできます。季節の生け花がホームの玄関に飾られています。各ユニットのホール、テーブルにも生花が飾ってあります。共有空間には季節に合わせて空気清浄器があり、インフルエンザ対策や匂いやカビ等に気を付けています。畳コーナーにはテーブルがあり利用者がくつろぐ事ができます。職員は季節に合った温度管理をされ利用者は居心地よく過ごされています。	
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	食堂にソファを設置。畳コーナーよりテラスの花を見ながら対話できる環境がある		
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	ベッド、ソファは施設の備品となっているが他は、自由である	ベッド、床頭台、冷蔵庫、ソファはホームで揃えられています。自宅から持ち込まれたタンスや気に入った小物、家族の写真を飾られています。レクレーションで作られた作品も飾られそれぞれ自分らしくされた居室となっています。	
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	個人のADLを把握し出来ることは自ら行っていただけ様支援している		