

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	1274900073		
法人名	(有)グレイスケア		
事業所名	グループホーム山里		
所在地	香取市新里 1182-12		
自己評価作成日	平成28年3月1日	評価結果市町村受理日	平成28年6月17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.kai gokensaku.jp/12/index.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VAICコミュニティケア研究所		
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生1107-7		
訪問調査日	平成28年3月26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)】

2ユニットの一方は床が畳敷きでリビングには掘こたつがあり、自宅にいるようなくつろぎ感をもっていただけるように配慮している。もう一方のユニットは畑に隣接した洋間で外気が感じられるような開放感のある環境となっており活気ある日常生活が営めるように配慮している。また『自己決定を重視し、おひとりおひとりの気持ちを尊重しながら、ゆったりと楽しく生活していただけるように』という理念を掲げて支援している。

【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)】

外部評価における自己評価を全職員で実施し、各自がケアの振り返りをしたり、独自に利用者家族に対しアンケート調査を実施し、サービスの満足度を確認するなどホームとしてサービスの質の向上に取り組んでいる。職員育成にも力を入れており、年間計画のもと毎月のテーマに沿って勉強会を実施したり、職員の習熟度に応じ外部研修への参加を促している。ケアプランは居室担当者が計画案を作成し、それをもとに会議で話し合い、ケアマネジャーが介護計画書を完成させている。研修の受講やケアプランの原案作成など、職員が主体的に活動する場を設け、モチベーションアップにつなげている。

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	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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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	目につく所数か所に理念を掲示し理念の実践に努めている。	毎日の朝礼時に、全員でホームの理念を唱和し、意識するようにしている。また、会議の際にも理念の再確認を行い、実践につながるよう努めている。	
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	敬老の日には手作りの赤飯を近所に配り、近所の方からは畑で採れた野菜をいただいている。	ホームの周りは民家が少なく交流は限られてしまうが、毎年敬老会には近所に赤飯を届けたり、先方からは収穫した野菜のお裾分けがあるなど交流している。また、自治会に加入しており昨年は当番を務めた。	
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	運営推進会議、地域密着サービス連絡会などでの意見交換を行っている。		
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か月に1回の運営推進会議では行事の結果報告を写真を見ていただきながら紹介し、評価していただいている。例えばぶどう狩りなどの外出支援で、認知症があるため家にいるときはなかなか連れていけないからありがたい等の評価をいただいた。	年に6回運営推進会議を開催し、ホームからの報告事項をもとに意見交換を行っている。当日の勤務に当たっている職員の顔写真を掲示したり、献立を貼り出すなど、運営推進会議での提案を取り入れている。	運営推進会議には地域の参加者を増やし、ホームと地域の橋渡し役として、様々な意見をもらうとさらによいと思われる。
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	運営推進会議の開催のお知らせをFAXし、必ず市の職員に参加していただいている。他市町村からの申し込み状況を報告し空き部屋が出た時の入居に関して協力していただいている。	市町村には2か月に一度書類の提出や法人の機関紙を届けるため出向している。市の職員とは運営推進会議や地域密着サービス連絡会の参加などで相談し合える関係を築いている。	
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	勉強会で定期的に題目に挙げ、理解と取組みを実践している。施錠に関しては家族の了承を得て必要箇所のみ施錠している。	年間計画で毎年1回は身体拘束廃止の勉強会を行い、全職員で拘束をしないケアに取り組んでいる。不適切な言葉遣いがあった場合は管理者がその都度注意をし、意識づけをしている。	
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	勉強会で虐待の定義を周知し、特に言葉による虐待がないか振り返りを実践している。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	包括から資料をいただいていたが、実際に学ぶ機会は設けていない。		
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	契約時に説明した内容はあらまし理解していただいている。説明の途中で質問や疑問も受けている。難しいことは身近な例を挙げて説明するようにしている。		
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	月に一回の懇談会で行きたいところ、食べたいものなど希望を聞いて行事などに反映させている。例えば寿司が食べたい⇒お寿司会など。	ユニット毎に月に一度「お茶会」を開き、利用者の意見を聴いている。生ものが食べたいとの要望が多くあり、お寿司を購入するなど希望を反映している。家族からは清掃に関して意見があり、室内の清掃や整理整頓を心がけている。また、ホーム独自の満足度調査を実施し運営に活かすよう努めている。	
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	職員会議で意見や提案を一人ずつ挙げている。また日常的に意見を上げている。	毎月ユニット合同職員会議を行い、職員の意見を聞いている。提案があれば検討して反映するように努めている。また、年に3回懇親会を行い、職員のストレス解消に努めている。	
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	個人的に聞き取りを行い、職場改善に努めている。		
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	勉強会の機会を設け、社外研修なども奨励している。		
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	地域病院主催の勉強会に参加し同業者との交流がある。		

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
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	利用者がなんでも話せ安心できるよう努めている。例えばサービス導入後でもユニットでどうしても人間関係でストレスを感じている方は別ユニットの部屋が空いたら移っていただいた。		
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	家族の意見を尊重し、なんでも話せ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	家での生活を聞き取り、利用者が安心できるお部屋の環境づくりなどの対応に努めている。		
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	洗濯物干し、畳み、食器の片づけ、野菜の下処理など利用者と一緒にやっている。		
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	行事に参加を呼びかけている。利用者と一緒にの食事を召し上がってもらっている。家族に爪切りをしてもらうこともある。		
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	家族と毎週外出し行きつけの店で食事したり、なじみの美容室へ出かけたりしている。	家族の協力を得て馴染みの場所への個別の外出をしたり電話の取次ぎ、暑中見舞い、年賀状を出す支援などを行っている。編み物やキーボードなど、入居前の趣味なども継続できるよう支援している。	
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	相性のいい人どうしのテーブル配置、作業、レクの時など関わり合いに注意している。		

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
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	以前利用されていた家族が時期になると旬の野菜を届けてくれる。また、毎年夏が来る前にゴーヤのグリーンカーテンを仕立てて来てくれる。そのような時に思い出話になる。		
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	日常生活の中でのコミュニケーションで意識して聞き取りを行っている。	日常会話の中や、会話が困難な場合は表情などから意向の把握に努めている。また、時には家族からも情報を得ながら、利用者の思いを掴むようにしている。	
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	入居前にケアマネがアセスメントでこれまでの暮らしの把握を行っている。ホームでの生活がスタートした後で職員が新しい情報を得た場合はケアマネに相談している。		
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	入居前にケアマネがアセスメントで現状の把握に努めている。		
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	ユニットの職員が各利用者の担当者を決めてケアプランの支援方針に添った、現状に合った介護計画書を作成している。	居室担当者が利用者や家族の意向を踏まえた介護計画案を作り、担当者会議で話し合いを行いケアマネジャーが介護計画を完成させている。また毎月モニタリングを行い、定期的に見直しを行っている。	
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	サービス記録、業務記録、支援経過記録などに記入し介護計画、ケアプランの見直しに生かしている。		
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	契約書に挙げている協力病院以外の病院が主治医の場合、通院介助は原則として家族にお願いしているが、家族が遠方に在住しているため、職員で対応している。		

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
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	同業者の連絡会が開催する余興や運動会が3月にあるが、外出できる方は参加する予定。		
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	終末期ケアに置いて協力を得やすいため、主治医をホームの協力医に変更できる方はそうしていただいている。主治医を変えない方がいいと思われる方はそのまま変更しない。その場合は通院介助時、その方の主治医に状況報告している。	入所時に家族に説明し、医療機関の選択をしているが、ホームの協力医療機関を選択する人が多い。従来の主治医を選択した場合は家族が付き添いをしており、医療情報は共有できている。病院併設の訪問看護を利用しており、24時間の対応が可能である。	
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	毎週1回契約している訪問看護師が訪問してくれている。その際1週間分のバイタルや食事状況、気づいたことを報告している。看護師の指示があれば受診している。		
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。	入院の場合、必ず介護サマリーを情報提供として提出している。また、経過観察のため面会に通っている。その際病棟の看護師から聞き取りを行ったりしてなるべく関わりの機会をもっている。		
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	食事が入らなくなってきたころから、看護師と終末期について検討している。主治医も事業所でできることを聞いてくれ、入院した方がいいのか、家族の希望はどうかを相談し、方向性を決めている。これまでは他の利用者への影響を考慮し、病院の方が安心という家族の希望もあり、入院し病院で最期を迎えた。	入所時に家族に施設の方針を説明して同意を得ている。重度化した段階で家族や医師・看護師と話し合いを重ねて対応を検討している。終末期には病院を選択する人が多い。	
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	急変時の対応は勉強会の演題にしている。初期対応の方法を勉強している。救急車の依頼やその後の対応もマニュアル化して周知している。		
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	避難訓練を年に2回行っている。地域の協力は緊急連絡網に連絡先を載せさせていただいている。	避難訓練を年2回実施しており、1回は消防署の指導を受けている。初期消火訓練を重視しており、訓練実施後内容を職員で検討し改善している。職員連絡網はメールを活用している。備蓄として水・食料を準備しており、発電機も設置している。	隣接の民家とは離れており、近隣との連携も取りにくい。消防団や地域との連携を具体化するすることを期待したい。

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
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	尊厳を守る接遇を心がけている。言葉遣い、名前の呼び方など気をつけている。	名前の呼び方も本人や家族と良く話し合い決めている。入浴介助や排泄介助は声かけに配慮して尊厳を傷つけないよう気をつけている。事業所の理念である「一人ひとりを尊重する」ことを大切に支援している。	
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	認知症の面で、自己決定が困難な方が多いが、できない方は職員がその人らしさを損ねないよう気をつけている。		
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	職員側の決まりごと優先についついになってしまいがちだが、無理強いをしないことはいつも気をつけている。		
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	綿入れが着たい方は否定せずにその人らしい身だしなみと受け入れている。		
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	昼食のみ利用者と職員と一緒に食事している。食事の準備は野菜の下処理など利用者の作業として行っている。皮むきやカットなど包丁を使ってやっていただくこともある。	食材は近くのスーパーで購入し、野菜はホームの畑や近隣の農家からのお裾分けの新鮮な物を使っている。献立は利用者の希望を取り入れ、職員が調理しており、利用者は手伝えるところを職員と一緒にしている。	
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	水分を摂れない高齢者が多い。毎日1000ml以上は飲み物から摂っていただけるように努めている。コーヒーが好きな方は夜間でも提供している。量は毎食サービス記録に記入している。民間療法で尿路感染を起こしやすい方にはクランベリージュースを提供している。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。自力できないため、洗面所誘導、準備、介助を行っている。また不具合のある方は家族と相談し定期的に歯科医に訪問診療を依頼し、毎月1回口の中の点検、そうじ、入れ歯の調整を行ってもらっている。		

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	ポータブルトイレの設置、オムツ使用のタイミングなどを検討している。男性は立って排尿するため便器の回りを汚してしまうが、その都度そうじしている。	トイレで排泄することを基本としており、排泄のパターンを把握したうえで声かけ誘導を行っている。状況に応じて、おむつやポータブルトイレでの支援もしている。	
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	重度の場合は主治医に処方してもらっている。看護師に相談して民間療法のセンナ茶を用いることもある。		
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	機械浴がないため浴槽への移動で本人の協力が得られない場合にはシャワー浴をしている方もいる。二人対応で浴槽に入る場合もある。毎年 季節感を楽しむためしょうぶ湯やゆず湯を準備している。	仲のよい人同士で一緒に入ったりするなど、入浴が楽しめるように支援している。入りたくないという人には声かけの工夫や時には往診医や看護師にも協力してもらって誘導している。	
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	寝具は布団やベッドなど本人の生活習慣や状況に合わせている。布団は自宅ですべて持ってきたものを持ちこんでもらっている。		
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	分包にしてもらい、安全に服用してもらえるように介助している。追加薬が出るときは副作用については説明を聞き観察している。		
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	なるべく不穏にならないように手仕事をお願いしたり散歩したり、ドライブしたり気分転換が図れるように配慮している。		
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	診察は外来受診のため病院へ定期的に外出支援している。帰宅欲求が聞かれた場合には、ドライブした。	広い庭でヤギや鶏を買っており、庭を散歩する利用者も多い。また、車での買い物やお花見、ぶどう狩りなど季節ごとの外出など、できるだけ外に出る機会をつくるようにしている。	

【評価機関】

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	お金の所持は支援していない。欲しいものや必要なものは職員が立て替えて購入している。		
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	年賀状、暑中見舞いを毎年本人から家族宛てに書いていただいている。電話の要望は事前に家族に了承を得て支援している。		
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	音の支援には気をつけている。音に敏感な方がおられる。機会があれば生花を利用者に活けてもらって季節感を味わってもらっている。空調設備で室温の調整を毎日行っている。自室でホットカーペットを使用しておられる方は低温やけどを起こさないように気をつけている。	フローリング仕様の洋風ユニット、畳敷きの和風ユニットに分かれており、利用者は両ユニットを行き来して自由に過ごしている。温度・湿度にも気を配り、季節感のある生花を飾るなど居心地のよい空間になるように工夫している。	
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	ソファのスペースに仲良しの方々が集まったり、部屋で一人で過ごされたりと、広い空間の中でそれぞれの居場所がある。		
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	居室にはできるだけなじみの物を持ちこんでもらっているが、認知症の進行により、居室の中での障害物になったりする場合もあるため夜間などはタンスを撤去することもある。	洋室ではベッド、和室では布団を使用している。また使い慣れた家具や寝具等を持ち込んで、壁には家族の写真を飾ったり、その人らしい居室になっている。清掃も行き届いていた。	
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	自室がわからなくなってしまう方は家族と相談し部屋に表札をつけている。		