

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	0590400214		
法人名	社会福祉法人 大館圏域ふくし会		
事業所名	グループホームいずみ		
所在地	秋田県大館市泉町9番19号		
自己評価作成日	平成27年1月5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://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 秋田ハッピーライフセンター		
所在地	秋田市将軍野桂町5-5		
訪問調査日	平成27年1月28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"> ・利用者の皆さんが家庭的な雰囲気の中家族・地域との絆を大切にし自分らしく生き生きと豊に安心した暮らしを寄り添い見守り支援します。 ・利用者個々の状態にあった個別支援に努める。
--

【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)】

<p>グループホーム「いずみ」は、平成25年10月開設した大館市内の居住地域に言わば“地域ふくしセンター”の位置づけとして4階建ての鉄筋ビルの2階全面を占めて展開する新しい事業所である。2階全面フロアは、廊下で2つのユニットが繋がっており、南向きは太陽光線が効果的に当たる円形に突き出た窓様式に設計されている。利用者支援では、食事内容をより工夫して美味しくするため検討を重ねたり、排泄のトイレ使用を重視して各利用者のパターンを系統的に調査して利用者本位の支援に努めている。</p>
--

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

[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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	・ホーム独自の理念を作成し実践している。	ホーム独自の理念を毎朝の打ち合わせ会で、唱和して確認している。理念は、法人のものと、ホーム独自の経営方針に基づいたものがあり、それらを結びつけ職員が共有して実践するようにしている。	
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	・地域住民を招いて夏祭り、餅つき大会等行事を通じて交流している。又、近所の保育所に行ったり招いたりと一緒に楽しみながら交流している。	ホームが入居している「泉町地域ふくしセンター」は、地域福祉サービスの拠点としての目的を持っているため、ホーム独自でも利用者が近郊の保育園を訪ねてクリスマス会で交流している。地域のクリーンアップにも協働した取り組みをしている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	・認知症講習会を開催し地域の方への参加も促している。 ・GH運営推進会議に地域住民代表の方も参加し認知症の方の状況把握と支援の方法について2ヶ月毎に話し合っている。		
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ヶ月毎に開催しておりホームの現状、地域の現状、今後の取り組み等について話し合っている。	推進会議は、2カ月毎に開催され、協議題は年間計画で設定している。メンバーは、地域の自治会長、利用者家族会、民生委員、市役所等の構成で、ここでの協議から地域住民を対象とした「認知症」講習会の開催が実現している。	
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	・運営推進会議を通じ報告したり生活保護の受給についての連絡を取ったりしている。	運営推進会議に出席した市職員を通して、利用者の経済的困窮が生活保護申請へ結びつき、福祉事務所ケースワーカーが訪ねている。また、4月から5月では市保健センターの保健師による健康相談が実施されており、緊密な連携を確保されている。	

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
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	・身体拘束無しの取り組みをし本人の意思を尊重し職員と連携を図りながら支援しているが、無断外出防止として玄関に人感センサーを設置し対応している。	以前、利用者の無断外出があったことで、玄関に人感センサーを設置している。利用者の要介護度が2から4の範囲のため身体拘束廃止の取り組みでは、マニュアルと事例を基に研修を行っている。	
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	・虐待防止マニュアル等を読み合わせながら常に意識して支援している。		
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	・他職員の研修復命を見て学んでいる。		
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	・契約時に同意書等で確認を得ながら利用者、家人の話に耳を傾けお話をしている。		
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	・苦情受け付け窓口を設置したり、面会時等家人からの意見、要望を聞いて利用者支援している。	家族からの苦情や相談では、玄関に“苦情箱”を設置しているが、投稿はない。家族からのアンケートでも若干の苦情はあるものの、全体的に好感度が良い。相談内容等は職員の「生活委員会」に掛け、運営に反映する仕組みがある。	

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
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	・朝夕の申し送り、委員会、会議等で話し合っている。	利用者支援の個別的出来事など朝夕の“申し送り”で周知徹底して行い、事故や課題は生活及び保健委員会等において事故防止対策を図っている。	利用者の重度化に伴い支援の工夫が求められる。そのため、職員の認知症への深い理解及びその支援のあり方などレベルアップが要請される。事業所内外の研修と共に職員自ら人事考察において自己研鑽の目標を掲げ、利用者支援に努めることを期待したい。
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	・年度末に人事考課(自己評価)を実施し、施設長と面談し自己意識を高める機会がある。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	・法人内外の研修に参加し介護の質の向上に努めている。(施設内学習会を含)		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	・居宅サービス事業所の顔合わせ、交流会に参加し意見交換の機会がありネットワークの重要性を改めて感じてきた。(ボーリング大会)		
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	・支援する上で会話を多く持ち本人の意向を聞き入れ職員間で相談し統一した支援に努めている。		

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
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	・介護計画書を作成する段階で家人の意見も反映している。面会時、電話で随時対応している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	・本人の出来ることを見つけ出し一緒に行いながら家庭的な雰囲気作りに心がけている。(茶碗拭き、掃除洗濯等 家事全般)		
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	・毎月生活状況を手紙で報告し、家族さんへのお願い、相談などを行っている。急変時には随時連絡を取り駆けつけて貰ったりと連携を図っている。		
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	・近所の方、友人、親戚等の面会を快く受け入れ、居室又はホールと場合によっては職員も一緒に会話したりしている。	利用者の家族や知人・友人の来訪は、月40件もあり、面会を行っている。事業所の立地条件は交通の便が良く、住宅街であることが反映している。出身地での敬老会等家族の協力で継続している。	
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	・日中はなるべくホールで過ごしていただき、利用者希望の余暇活動を実施して楽しいと感じてもらえる支援に取り組んでいる。(散歩・ぬりえ・ゲーム他)		

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	・契約終了後も面会に行ったり居宅支援事業所と情報交換している。		
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	・支援会議、モニタリングしたりしている。	記録様式は、いわゆるセンター方式から事業所独自に工夫した「分析シート」を活用して利用者の希望や意向の把握に努めている。それを6カ月ごとにモニタリングで総括し、利用者支援を行っている。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	・随時個人ファイルを読み合わせ把握して支援している。		
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	・生活における役割を見付け無理のない程度の実施に取り組み継続出来る様努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	・面会時に利用者家人と話し合い意見等取り入れ計画し、家人からも同意を得た上で支援している。	介護計画は、ケアマネジャーが中心となって作成する。利用者の担当職員がシート様式を基にケアチェック表を付け、これを踏まえて利用者ごとに1ないし2点程を重点に絞って目標とする。長い人で12カ月を期間として計画作成している。	

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
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	・月末に1か月のまとめを各担当が実施し次回に向けている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	・理容院等在宅時から利用している所に出掛けたり本人の希望に添うよう計画実行している。昔ながらのきりたんぼ作りの行事では生き生きとして取り組んでいた様子あり。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ受診は、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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	・利用者、家人からの希望に応じて通院している。紹介状があった場合は必ず家人に連絡し意向通りに実施している。	かかりつけ医は、基本的に在宅時の主治医として通院している。医師の往診はインフルエンザと流感の時のみである。近くの「もなみ薬局」からは、利用者の調剤等適切な配慮をいただき、協力関係を築かれている。	
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	センター内の看護師に状況を報告しアドバイスを受け必要時は速やかに通院したりしている。		

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
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。	・入院した際は病院内の相談員等と密に連絡を取り家人に連絡して貰いながら安心して治療出来る様努めている。入院中は可能な限り面会するよう努めている。		
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	・契約時に説明し納得を得ている。又、バックアップ施設と協力し連携を図ることも話している。	看取り等をしない方針を入所時説明している。バックアップ施設の特養本体とも連携して利用者・家族へ対応している。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	・看護、介護マニュアルを見やすい所に置き時々読み合わせして備えている。又センター内学習会でも実践し勉強している。全職員が救命講習を受けて緊急時の対応ができるようにしている。		
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	・防災緊急職員連絡網で駆けつけ訓練の実施、避難訓練の実施を定期的に行いながら地域との連携も図っている。	年2回の避難訓練を夜間想定して実施している。夜間の職員配置は、18人のグループホーム利用者及びサービス付き高齢者住宅の居住者十数名に対してセンター管理を含め4人である。そのため、近隣自治会長や消防署等に緊急通報装置(ホットライン)を結び、万が一に備えている。	
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	・余暇活動を通じて会話を多くする機会を作り個々の希望を聞き入れていく。 ・プライドを傷つけないような声掛け会話に取り組みおもしろいやりを持った対応をしている。	利用者に対して入浴や排泄介助では、同性介助の配慮及び羞恥心への気配りなど各種プライドを尊重するよう支援している。面会室を確保し、利用者の意向を大切にしている。	

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
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	・利用者茶話会を実施し希望、要望を聞いている。		
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	・個々の好みを把握し朝の申し送り時に1日の計画を相談し過ぎて貰っている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	・出掛ける際は本人の希望を聞いて薄化粧している。一緒に店に行き衣料品等を選んでもらっている。		
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	・個々に嗜好アンケートを実施し好みを把握し日々の献立に組み入れている。正月おせち料理として利用者から聞いて準備し一緒に調理している。	利用者の嗜好アンケートから生活委員会で協議し、正月の“おせつ料理”を手作りし、喜ばれている。こうした一人ひとりの利用者の好みを大切にした食事を楽しむ支援を行っている。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	・毎食食事量、水分量、状態をチェックして体調不良の早期発見に努めている。又個々に応じてお粥、キザミ食の提供をしている。		

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
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。入れ歯の方に関しての口腔内ケアはブラシの検討もしている。		
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	・個々の排泄リズムを把握し排泄表で確認し、病気の早期発見に努めている。又車椅子利用者においても出来るだけトイレ誘導し気持ち良く排泄が出来る様取り組んでいる。	・利用者がトイレ使用で排泄できるよう取り組んでいる。個々の排泄パターンを調査で把握し、出来るだけトイレ誘導で排泄可能な支援を行っている。	
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	・食物繊維の多い食材を毎食取り入れたり、適度な運動、水分補給の徹底を図っている。個々の状態によっては主治医に相談し薬を処方して貰い管理している。		
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や健康状態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	・いつでも入浴出来る様にしている。入浴時はゆっくり満足し気分転換が出来る様取り組んでいる。	入浴は、週3回である。但し、希望者にはいつでも入浴できるよう対応している。入浴拒否者に対する対応は、何故拒否するのかの根本理由を生活歴等から探求し、解決を図りながら入浴できるように支援をしている。	
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	・入眠前に今日の出来事を話したり、希望の歌番組を見たりとゆっくりした雰囲気作りに取り組んでいる。		

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
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	・通院毎の薬の説明ファイルを作り随時活用して健康管理に努めている。		
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	・個別レクも取り入れ気分転換が出来る環境を作っている。ホーム内行事だけでなく、センター行事にも参加し楽しい生活を送っている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	・天気の良い日は体調に考慮し希望を聞き戸外に出掛け気分転換に努めている。外出希望の多い方には家人と相談し協力して貰い出掛けている。	外出行事は、冬季を除き月2回は3人の車イスを含め全体で実施している。冬季では、医療通院の外出以外行事でのクリスマス会参加など少ない。しかし、年末年始など出来るだけ家族の協力を得て帰宅を図っている。	
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	・おこずかい管理は事務所で行っている。出掛けた際職員見届けのもと利用者さんに支払って貰い残金は確認する。		
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	・家人の了解を得た上で本人の希望に応じて随時支援している。		

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
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、臭い、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	・定期的に整理整頓を実施している。廊下の掲示板に季節の風物感のある飾りをしたり、行事の楽しかった写真を貼ったりし利用者、家人に楽しんで貰っている。	建物内は、全体に清潔に保たれており、廊下の掲示板など季節の風物飾りで空間づくりを活かしている。ソファや食堂テーブルを配置してゆったりした共同スペースとなっている。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	・気のあった利用者同士を食事席にしたり、くつろぐ空間を作ったり工夫している。		
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	利用者個々の状態に合わせて配置を行っている。本人が愛用してあった物を持ち寄り飾ったり使用している。	利用者は、使い慣れた物を持ち込み、生活環境を整えている。利用者の状態に応じて布団や介護用ベットを使用し、高さを調整するなど工夫を凝らしている。	
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	・廊下を歩行する際に障害物になりやすい物を整理し自由に動ける環境をつくる。		