

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 グループホームあすなる白旗)

事業所番号	0690400015		
法人名	特定非営利活動法人 あすなるの会		
事業所名	グループホームあすなる白旗		
所在地	米沢市大字三沢字白旗壹八-26113番地65		
自己評価作成日	平成 27 年 11 月 5 日	開設年月日	平成 18 年 10 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)】

当施設は、米沢市郊外に位置しております。豊かな自然に囲まれ、四季折々を身近でまるで一枚の大きな絵画の様に感じて頂ける様に共有スペースには大きな窓を設けております。
又、地域や家族の方々の触れ合いを通して開かれた施設づくりに取り組んでおります。
利用者が生活者として、一人一人が生きがいを見つけて自立した生活が営めるようにサービス・介護の質の向上ができるよう専門職として職務に努めております。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

基本情報リンク先 <http://www.kaigo-yamagata.info/yamagata/Top.do>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(株) 福祉工房		
所在地	〒981-0943 仙台市青葉区国見1丁目19番6号-2F		
訪問調査日	平成27年11月25日	評価結果決定日	平成27年12月25日

民家を改装した事業所でやや手狭な面もあるが、その分利用者同士が肩を寄せ合い家庭的な雰囲気の中で利用者は生活を楽しんでいる様子が伺える。地域との連携も徐々に深めており、地区の消防団後援会やボランティア等地区の方々との来所、又チャレンジウィークとしての中学生の体験学習の受け入れなども行われている。

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ます (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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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広がったり深まり、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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、活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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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	
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、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	ミーティングで、月一回のみ理念を黙読している。毎月のミーティングで、目標を職員で話している。	「こころの通う介護」を目標とし、毎日のミーティングで唱和を行い、職員間で周知、共有し日々の支援にあたっている。		
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	夏祭りや運営推進会議、回覧板を回してもらっている。また、近所の住民の方から花を戴いたりあった際には挨拶を交わしている。	町内会に加入し、回覧板を利用し事業所の情報を地域に提供したり、事業所の夏まつりにはボランティアや地域の人の参加も得ている。		
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	支援方法や実践状況は運営推進会議で話しているが、特別講習は行っていない。	/	/	
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議は、管理者のみが参加。会議録を見るも記入されておらず職員にどんな事を話しているかや、職員への周知がない。	米沢市の職員、区長、民生委員、家族の参加で2か月に1回定期的に行われている。事業所の利用者の情報の報告が主となっている。今年度は推進会議を利用し、消防団後援会、家族会の参加で防災訓練を行った。		
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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議には参加してもらっている。また、月1回来所の際には利用者さんの生活状況を身近に感じて頂くため利用者と一緒にお茶の時間を設けている。	介護相談員が1～2ヶ月に1回来所、米沢市の担当者も推進会議等での来所、米沢市の取り組みとしての中学生の体験学習(チャレンジウィーク)も受け入れなども通して連携している。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	職員が1人体制になる時間があり、その時間は鍵を掛けさせてもらっている。ミーティングで身体拘束の研修に参加した職員が他職員に研修内容を発表する機会は設けているが、実践状況を見ると良く理解されていない。今後、再度職員全員で周知する改善余地がある。	夜7:00～朝7:00までを除き玄関に鍵はかけていない。前面が道路で車が頻繁に通るので注意深く見守りしている。言葉使いに職員間での違いも見られる。	職員間で具体的支援の状況を参考にした勉強会等を行い、支援の質の向上に結び付けていくことが望まれる。	

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	本部で行われる、研修会に参加して理解を深めている。職員同士で情報を交換し対応している。		
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	成年後見制度についての知識が乏しい。市役所にあるパンフレットをもらって来て学ぶ機会が必要。		
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・解約・改定時には、十分な説明を行っている。その場で理解できない事があった際にはいつでも説明の対応ができるようにしている。		
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並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	面会時や、家族会にての要望を聞き要望に添える様努力している。	10月に法人(あすなる会)として家族の意向調査としてアンケートを実施しているが結果はまだである。推進委員会議、会議後の懇談会を利用し、参加している家族からの意向、希望等を聞いている。	
11		○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	ミーティングで、職員の意見を話す機会を設けて効率よく仕事ができるように反映させている。		
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	キャリアアップ制度を導入して、やりがいのある職場を目指している。また、今年度より退職金制度が出来より職員のやる気の向上に努めている。		
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	内部・外部研修の積極的な参加を行っている。また、法人主催の研修が行われており、スキルアップに努めている。	法人(あすなる会)において育成部門会議が設置され、法人としての研修が行われている。同時に外部研修への参加を通じて職員のスキルアップを図っている。	

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
14	(8)	○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組みをしている	置賜GH協議会に参加している。他事業所の情報を参考にサービスの質の向上に努めている。	置賜のグループホーム協議会に参加して、協議会主催の研修への参加や他の事業所との交流が行われている。又7、法人主催の研鑽研修も行われ、異業種との交流も行われた。	
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 サービスの利用を開始する段階で、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	実態調査の際に、本人・家族と面談し要望や意見を聞き取っている。その中でニーズ・デマンドを見出している。安心して生活が送れるよう不安の事を解消できる様努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	施設見学を子なってもらい、家族の思い・不安・要望を聞き出せるよう親しみやすい雰囲気話ができるよう配慮している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	多様な介護サービスや地域サービスの情報収集に努めて、適当なサービスを見極めて対応している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活の中でその方らしく生活が送れるよう援助しながら共生し家庭的な雰囲気づくりに取り組んでいる。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	近況報告・機関紙を毎月送付している。行事の際には参加を促したり家族会を設けている。急変の際や、体調不良な際には状況をお伝えし協力を仰いでいる。		
20		○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	面会簿を記入して頂き、なじみの方が来所された場合でも気兼ねなく過ごせる様な環境づくりに取り組んでいる。おもてなしの心で対応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
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	利用者同士が、協力して生活が送れるように職員が間にはいり良好な関係が保てるよう対応している。利用者同士で助け合う様子が伺える。その際には、見守りをおこなっている。		
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	退所後も必要に応じ、本人・家族を援助している。		
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	日ごろの言動・行動から一人一人の思い・希望の情報収集を行いアセスメントからニーズを見出している。	各職員が利用者の意向や希望を聞きだす事を目標にして日々観察している。アセスメントは一部センター方式を利用して、職員間で情報の共有が行われている。	
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	入居時の聴き取りに加え、入居後の更なる情報収集を行うため、家族の来所時や本人との談笑の中でプライバシーに考慮しながら経過等の把握に努めている。		
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	一日二回のバイタル測定・経過観察・心身の状況を記録申し送りを通して職員誰もが把握できるようにしている。		
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	家族・本人・担当者・ケアマネージャ等で話し合い暫定ケアプランを立てカンファレンスを重ね、状態に合わせて迅速に対応している。	月1回利用者の状況の見て、現状に合う介護計画への見直しが行われている。	
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	業務日報・個人記録・医療連携シート日々の様子、ケアの実践、気づきを生かしモニタリングを行い情報を共有している。		

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
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化(小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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			
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	地域包括支援センターなどに問合せを行い、地域減の把握に努めている。現在は、月一回の移動図書館「アタゴオル」を利用している。		
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、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	2週間に一回の往診及び、一年に一回の健康診断を行っている。往診の際には、状況報告書を記入し状況を伝えている。特変の際には、状況を迅速に主治医に連絡し指示を仰いでいる。	2週間に1回協力医による往診と健康診断が行われている。専門医への通院は家族の協力により行われており、急に利用者の状況が変化した時は事業所で対応している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	週一回の看護師訪問時、一週間の様子を看護師に報告、指示を仰いでいる。又、温度版の確認。利用者のバイタルチェックを利用者と関わりながら看護師が行っている。急変の際には、連絡し適切な処置がなされる様努めている。		
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、また、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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	主治医への連絡、状況が分かる様経過を電話連絡し更に、FAXしている。入院時医療相談室の相談員・医師・NSとの連携や説明の把握や情報交換に努めている。		
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した際の同意書を入居時に得ている。重度化した際には、主治医・家族と協力して対応している。現在、終末期の方は居ないが、ターミナルを迎えた際には本人・家族の最期を迎えるにあたっての希望に添える様職員が統一した意識を持って取り組んでいく。	現在は看取りは行われていない。入所時に重度化した場合の説明と同意を得ている。	

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	
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	職員全員が、救命救急の講習をうけ緊急時の対応に努めている。			
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	緊急連絡網の制定や、対応マニュアルを作成している。また、年2回の避難訓練を行い水消火器を使用しての消火訓練・通報訓練を消防職員の指導の下行っている。年2回の避難訓練のうち1回は夜間想定の実践を行っている。	防災マニュアルが作成されており、年2回(11月消防署参加で夜間想定、3月予定)の訓練が行われている。訓練には地域の人の参加もして頂いている。非常用食料の備蓄を検討している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	(14)	○一人ひとりの人格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	一人一人の個人の人格が損なわれない様、プライバシーの研修を受け実践している。また、研修で学んだことを生かせるよう職員同士で切磋琢磨している。	なれ合いに気をつけて一人ひとりに合った介護を目標に内部研修を行い、又、ミーティングでの話し合いも行われている。		
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	その方が、行いたいことが出来るよう本人が意志決定が出来るような声掛け環境づくりを行っている。			
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し、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	その方の意思を尊重し、希望に添える様個別ケアに取り組んでいる。			
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	衣類の選択が出来る方には、選択してもらっている。また、化粧品の手入れを一緒に行っている。			
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	食材は、業者より購入。業者からの食材に加え季節感が味わえる様季節の物を取り入れている。禁忌な食材は、代替えにて提供。刻みの方には何が提供されているかがわかる様に配慮している。	業者を通じて週5日は食材を購入。週2回は利用者の意見を入れ、又季節感を出す献立としている。		

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
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	バランスのとれた食事摂取ができる様、形態を変えたりして対応している。水分がなかなか摂取出来ない人にはゼリーを作り対応している。		
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に、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	毎食後の口腔ケアの声がけ、必要に応じて介助を行っている。口腔ケアが難しい方には食餌の最後に、お茶を飲んで頂くよう声掛けを行っている。		
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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用して、排泄チェックを行っている。主治医と連携して対応している。個人に合った排せつ介助、オムツパットの選択を行っている。なるべく、トイレで排泄ができるよう対応している。	排泄チェック表を利用して、トイレでの排泄を基本としている。	
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	排泄チェック表を活用して、日々の申し送り主治医と連携し排便のコントロールを行っている。食事には、繊維質の多い食材をバランスよく取り入れている。		
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週二回の入浴が確保されている。また、本人の希望に合わせて対応している。	週2回を基本として入浴が行われており、利用者の希望により入浴剤等を入れて入浴を楽しんでいる。	
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	本人の生活習慣や、状況に応じて休んで頂ける様に環境をと問えている。		
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	服薬一覧票にて、誰がどの薬を飲んでいるか直ぐに分かるようにしている。また、処方箋用のファイルを個人ごとに保存して効能・副作用・用法について理解に努めている。又不明な点は、医師・薬剤師に確認している。		

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
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	なかなか外出の機会が設けられていない。その方に合った役割が持てるように日常生活内に取り入れている。		
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。また、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	外出に機会を設けるも、天候や体調不良により外出レクが実施されていない。個別に出掛けるなど今後は行っていきたい。	天気の良い日は近隣での散歩を楽しみ、自分の買い物がある時は職員が同行し外出している。又、家族が面会の時には外食に出かけるなどしている。	
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	個人で、お金を持っている方が居られる。希望に応じて使っている。管理能力が落ちて来ており残金の確認作業を家族来所時、職員二名で行っている。		
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	本人希望時には、気兼ねなく電話が使えるように対応している。携帯電話の個人持ちも可能。手紙のやり取りも行っている。		
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	共用の空間は、誰でも落ち着ける様射光・温度に配慮している。	居間にはこたつや、ソファが置かれ、大きな窓が設けられ自然豊かな風景が楽しめ、広くはないが利用者同士がくつろげる空間が作られている。	
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	共用空間でくつろげるようにソファを設置し、ご利用者同士で談笑できるスペースを確保している。冬はこたつを設置している。		

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
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	自宅で使用していた筆筒や食器を使用。自宅にある物を家族に持ってきてもらう事が有る。	思い出のある馴染みのものを部屋に置き、安心して落ち着いて生活できるように工夫している。	
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」や「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	ハード面を考慮しながら、残存能力を活用しながら自立した生活が送れるよう対応している。		