

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	0470300260		
法人名	(有)ライフサポート		
事業所名	グループホームオリーブ		
所在地	宮城県塩釜市松陽台3丁目25-20		
自己評価作成日	平成24年	11月	30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://yell.hello-net.info/kouhyou/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成24年	12月	21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)】

利用者の健康管理。月に一回の訪問歯科と定期受診(必要に応じ)。受診は原則家族対応(利用者と家族のコミュニケーションのため)とし、在宅時の掛かりつけ医院を継続して受診して頂き、情報交換等連携を保ちながら健康維持に努めている。またスタッフ8名中、様々な施設、在宅サービスの経験10年以上の者が4名在籍しており、常に問題意識を持ち、考え、工夫することでケアにあたっている。モットーは『手を出しすぎない事』。

【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)】

町内会に加入し、地域の一員として行事に参加し楽しい一日を過ごしている。ホームでも入居者に笑顔で楽しく過ごして頂くために、かるたとり、ボウリング、玉入れなどレクリエーションを実施している。調査中も笑顔でかるたとりを楽しんでおり、理念である「利用者様の笑顔が私たちの喜び」が伝わってきた。家族から入居者が自宅からホームに戻ることを「うちに帰る」と表現するという、入居者の思いにそったケアをすることで自分の居場所になっていることがうかがえる。家族からも職員に感謝の言葉が述べられている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活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			

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 オリーブ)「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	理念の明文化は出来ているが共有、実践はこれからの段階。	今年11月管理者を中心に「利用者様の笑顔が私たちの喜び」他3つの理念を作成した。職員は利用者にも笑顔で対応し、町内の祭りや散歩、日々の暮らしの中で笑顔で過ごしていただくよう支援している。	
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	町内会行事への参加をしているが積極的な交流はできていない。	町内会に加入しており、町内会主催の盆踊りや演芸会に出席し、地域の方々と交流し親しくお話をしている。近隣の方が一人で外出中の入居者を見つけ電話してくれるなど、地域での協力態勢が出来ている。	
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	要請があれば応じられるが、特に積極的な働きかけはしていない。		
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	年6回、困難事例やケア中の事故等を報告相談し、意見や情報交換しサービス向上に活かしている。	会議は年6回開催され、市の長寿課職員も参加している。事業所の状況報告や、事故、ヒヤリハットの対応、外部評価の結果などについて意見交換がなされ、サービス向上に活かされている。	
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取り組んでいる	利用者やご家族に関する問題が生じた場合、担当部署(生活保護、地域包括)に報告相談している。	市に介護保険支給の問い合わせ、病院変更による生活保護申請について相談をしている。毎月、市主催の地域ケア会議に職員が参加するなど市との協力関係を築いている。	
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	利用者の状態に応じ、玄関や窓等の施錠をする場合もあるが、徐々に減らしている状態である。現在、身体拘束マニュアルや資料を用いての内部研修を予定している。	管理者は、介護における拘束に不安な職員に対しその都度説明をし、拘束のない支援に取り組んでいる。外出傾向のある方は職員の見守りで対応し、地域の方々には散歩時などに、声掛けや連絡をお願いしている。	
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	虐待防止の資料を作成し、提示しているが該当研修への参加の機会はない。		

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
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	近日中に資料を作成し定例会議にて、制度について説明する予定。		
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	その都度、十分な説明をし理解を得ている。		
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	家族の訪問時や運営推進会議を通して、意見を汲み取るようにしている。	面会や家族の病院受診同行時、要望を聞いている。認知症が悪化した入居者の家族と話をすることで、不安が取り除かれ、安心を得られた。毎月身体状況、生活の様子を送付は家族に安心を与えている。	
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	全職員より定例会議で意見を求め、内容を検討の上、必要案件は実施できるよう努めている。	毎月のミーティングで意見、要望を聞いている。故障した布団乾燥機、電子レンジの購入、ファンヒーターの修理、入居者の居室の配置換え、下剤の調整等について職員の意見、提案を反映させている。	
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	本年度より処遇改善加算を申請。職員個々の実績を検討の上、給与への反映を行っている。		
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	外部研修を受講させたいと考えているが、少人数でのシフト勤務と突然の退職者等で、参加の機会を逸している。		
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	実施していない。		

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	利用者の状況に応じ、本人の想いや要望を聞き取っている。		
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	見学時の説明、入所前の実調や契約時にも不安を減らせるよう、要望や想いに耳を傾けている。		
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	見学や相談の段階で、入所以外の可能性があれば、検討し説明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	利用者の状況に応じ、できる範囲で家事全般を分担し、逆に職員が手伝ってもらっていると、利用者が思えるように努めている。		
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	受診や外出（法事、墓参り、本人の誕生日）、衣替え等、協力を求めながら関係を築いている。		
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	兄弟や親戚との関係は維持できている方がほとんどであるが、認知症の進行に伴い、知人との関係は希薄になってきている。	家族や親類、前に住んでいた近所の方が訪れている。入居者が以前通っていた美容院への送迎や墓参り等家族の支援で出かける。家族に電話や手紙を出す等関係がとぎれないよう支援している。	
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	生活の中で、利用者同士が助け合い、励ましあえるよう支援している。		

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	長期入院等で退所された利用者にお見舞いかねて訪問し、話を伺っている。		
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	普段の生活、会話、表情から意向を汲み取るよう努め、個性や心身の状況に合わせた支援をしている。	職員は、日々の関わりや入浴支援の時、本人の雰囲気やいつもと違う時、聞き取り支援をしている。表情が沈んだ時や喜怒哀楽が激しくなった時、その要因を探り対応している。	
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	入所時に関係機関より情報提供を得、入所後は本人や家族から聞き取り把握に努めている。		
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	日常生活の中で見守り観察、ケアを通して把握するよう努めている。		
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	本人、家族の意向を取り入れながら、毎月モニタリング会議で全職員からプラン実施後の評価、改善点等の意見を求め、次のプランに反映している。	本人、家族の意向を聞き、その時のアセスメントを参考に話し合いケアプランを作成している。毎月評価を行い、三ヶ月ごとに見直している。転倒防止体操、ケアの方法等プランに反映させた。	
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	業務日誌、個人記録への記録を行い、気づいたことや問題点等全職員へ申し送り、プランの見直しに反映している。		
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、その時々にも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	本人や家族の要望、状況を踏まえながら、外出や外泊の機会を依頼。通院は家族の負担にならない範囲で依頼しているが、無理な場合や緊急時はホーム対応としている。		

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
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	地域や他施設の行事への参加、利用者が楽しめるように資源を活用している。		
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し、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	在宅時からの掛かりつけ医を優先し、連携を取りながら継続受診できるよう支援。また、受診時にはホームでの心身の状態や変化を文書化して情報提供とし、必要時には電話で指示を仰いでいる。	受診時は、日常のバイタル表を持参し、受診結果は個人記録に記載している。緊急時は職員が対応している。月一回歯科医師と歯科衛生士が訪問診療と口腔ケアを実施している。	
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	看護師の配置無し		
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。	入院時には医療機関への情報提供、また、退院時には、やみくもに早期の退院を目指すのではなく、退院後に安心して生活できるよう相談に努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現在のところ、看取りができる体制には無いが、重度化(終末期)においては家族や医療機関の協力があれば対応可能であり、その実績もある。家族へはその旨、説明し理解を得ており、今後明文化の予定。	重度化や終末期の対応について必要な情報を本人、家族に早くから説明をし、ホームの指針を示しているが、重度化や終末期に対する指針が成文化されていない。	入居者、家族にとって、重度化や終末期での支援体制は最大の関心事である。事業所が現段階で出来ること、出来ないことを関係者で話し合い、成文化し家族と共有を得られるよう期待したい。
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	全職員が救命講習を受講し、応急手当や初期対応の内部訓練実施を検討している。		
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	消防署立会いの下、夜間想定避難訓練を実施している。今後は訓練の回数を重ね、地域の方の参加を検討している(推進会議にて依頼済)。	三月に避難訓練(夜間を含む)を実施している。緊急電話は慌てず正確に話すようアドバイスを受けた。震災後、LEDランタンとラジオの準備や飲料水を多く補充した。訓練は年一回で終わっている。	災害はいつ、どの時間帯に起きるかわからず、昼夜を通して様々な発生時間を想定し、いざと言う時慌てず確実に避難が出来るように、年二回以上避難訓練を実施して頂きたい。

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
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	個人情報(記録等)の管理、利用者への声掛け、居室への入室、その他、特に入浴や排泄に関して尊厳を冒さないよう気をつけている。	主に名前はさんづけで呼びかけ、居室には本人の許可を得てから入室している。失禁時は「トイレに行きましょう」と声掛け、さりげいケアに心がけている。同性介助等羞恥心にも配慮している。	
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	利用者の状態に応じ、選択肢のある意思決定を促す。また、受動的な方には思いを表現できるように促しをしている。		
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	団体での活動やケア等、声かけはするが強制すること無く支援している。		
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	利用者の希望に沿って、しかし身体の危険が無いよう説明し理解を得ながら支援している。		
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	趣向に応じ、違うメニューの提供も実施。また、その方の残存機能に応じ調理・片付けの一部を依頼。季節の料理、誕生日メニュー(利用者の希望)など提供している。	一人ひとりの食事の形態を考え、刻み食、ミキサー食等調理方法に注意しながら食事を提供している。誕生日には本人の希望を聞き刺身、肉などリクエストに応じている。外食はドライブを兼ね楽しんでいる。	
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	全利用者について摂取量を記録。少ない場合は補助食の摂取を促している。また、必要な方に関して、水分摂取の促しと摂取量の確認を行っている。		
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	月に一度の訪問歯科を導入。また、利用者ごとに毎食後、もしくは日に一度の口腔ケアを実施している。		

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
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	利用者ごとの機能に応じ、トイレへの誘導、声掛け、見守りと一部介助を実施。また、排泄中は危険の無い範囲でドアの外で待つよう心掛けている。	日中は一人ひとりの状態に合わせ、歩行介助や、声掛けにてトイレでの自立排泄を支援している。夜間は声掛けでトイレ誘導やパット交換で対応し、熟睡することを優先的に考えている。	
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	野菜を多く取り入れた食事、水分補給、運動を心がけ、排便状況を観察しながら、必要に応じ医師との連携を図り、下剤の処方、調整を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	日に4～6名、各利用者が最低でも一日おきに入れるよう支援している。また可能な限り、お風呂の好きな方、清潔維持の必要な方に入浴して頂けるようにしている。	一番風呂、同性介助、温度など本人の希望を聞いている。一日おきの入浴が多く「汚れてないから入らない」と言う方には無理せずシャワー浴で対応している。歌を歌ったり、リラックスし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	起床、就寝、食事など、その方のペースに合わせて提供している。夜間の睡眠不足を補う意味での昼寝もあるが昼夜逆転しないよう注意している。		
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	利用者の身体・精神状態を観察し、変化に応じ、家族や医師への連絡相談を行っている。		
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	利用者ごとに生活歴、趣向などを取り入れ、やりがいや楽しみを見出せるよう支援している。		
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	日常の散歩や季節行事など、外へ出ることを心がけている。また、家族の協力のもと行きたい所へ行くこともできているが全員ではない。	日常的には、車椅子の方も近所の神社にお祈りを兼ねて散歩をしている。季節行事は加瀬沼の花見、芋煮会を楽しみ、仙台の七夕祭り見学の時は蒲鉾店に寄ったり買い物や外食も楽しんでいる。	

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
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	家族へ説明、契約により金銭預かりを実施。また、自分で管理できる方には小遣い帳を作成し、一緒に金銭管理を行っている。		
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	利用者の要求に応じ電話をかけ、希望者には手紙の代筆や文章作成の支援を行っている。		
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	季節ごとの飾りや植物などを配置している。また、採光や通風の調整により、冷暖房が過剰にならないよう、工夫している。	日中は部屋にこもることなく、居間やホールのソファで寛いだり、レクリエーションを楽しんでいる。ホールに職員と一緒に飾ったクリスマスツリーが置かれ、壁にはちぎり絵、塗り絵が飾られ、居心地の良い空間である。	
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	狭い空間の中で、利用者ごとの席(テーブル席)を確保し、ソファと座敷を利用して他者との距離を保てるようにしている。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所時より、利用者が早く馴染めるよう、使い慣れた家具や物品等の搬入、使用を依頼しているが、最近の傾向として、新たに購入される方が増えている。	居室の表札や照明スイッチの位置を、入居者の高さに応じ調節している。居室に馴染みのベット、炬燵、位牌を持ち込み、壁には、孫や家族の写真が飾られ、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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」「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	共有スペースでは必要最小限の掲示(トイレ場所や汚物入使用方法など)。各居室では利用者の状態に応じ、表札の高さ、照明スイッチの高さなどを変えている。		