

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	0572608982		
法人名	有限会社 白岩の郷		
事業所名	グループホーム花みづき2号館		
所在地	秋田県仙北市角館町白岩新西野207-1		
自己評価作成日	令和3年 1月 15日	評価結果市町村受理日	

【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)】

利用者様の個性を大切に、その人らしく暮らせるよう支援することを理念としてケアに当たっている。地域との関わりも大切にしており、地域の行事へ利用者様と参加したり、利用者様との散歩中には近隣住民との交流があり、認知症への理解を得ることに繋がっている。
また、地域の認知症の方や要介護状態にある方の災害時の受け入れができるよう自主防災組織と協力関係を作っている他、認知症カフェの開催等地域の認知症介護の拠点としての役割を果たせるよう取り組みを行い、お互い様の関係を築いていけるよう努めている。
介護福祉士等の資格取得者や、認知症介護実践者研修等の専門研修の修了者も多く、利用者様・ご家族様・地域住民の安心に繋がるよう、サービスの質の向上に努めている。

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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)】

--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1
訪問調査日	令和3年2月10日

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(2号館)

[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	開設時の理念もあるが、職員が皆で意見を出し合い新しい理念が完成している。新理念の共有・浸透を図って実践に繋げていけるよう取り組んでいる。(馴染みやすい表現になっている)		
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	野菜や花を頂いたり、利用者との散歩、出勤時、帰宅時、洗濯物干し、ゴミ出し、各行事等で常に挨拶を心がけ、コミュニケーションを取っている。又オレンジカフェも開催している。		
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	行政と協働で行っている「認知症なんでも相談所」の設置の他、認知症キャラバンメイトとして活動している。又地域行事で認知症に関するミニ講話を開く等の取り組みを行っている。		
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	会議では利用状況、行事や活動報告、研修の参加報告の他毎回テーマを設けて意見交換を行っている。出席者から出された意見は前向きに捉え検討したり、実践可能な事は実践している。		
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	認知症なんでも相談所の報告やキャラバンメイトの会議等を通して情報交換や連携を図っている他、市では多職種連携の研修会の機会も増え、お互いに顔の見える連携が取れるように参加している。		
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、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	年3回、社内研修を行い、マニュアルの確認を含め、身体拘束をしないケアについて検討している他、日常の業務の中でもリスクマネジメントと合わせて検討している。		
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	年1回社内研修を行い理解を深めている他、日常の業務の中でもケアのあり方について意見交換をし、不適切なケアの段階で発見できるよう努めている。又、職員が1人で抱え込まない様会議等を利用して、ケアの方法等検討している。		

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
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	外部研修に参加した職員から伝達研修を行っている他、会議の時間を活用して学ぶ機会を持っている。制度の概要、担当窓口や担当者についても、利用者から相談があった際に紹介できるよう努めている。(社会福祉士を持っている職員が講師を務めることもある)		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	利用契約の際は、契約書・重要事項説明書を契約書と照らし合わせながら説明し、理解や同意を得よう努めている。改定時も、重要事項説明書の変更箇所を説明し、その上で理解や同意を頂いている。		
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	重要事項説明書の中には、苦情や相談窓口を記載し、外部への相談が可能である事を伝えている。又、ホーム内に意見箱を設置している他、家族との連絡帳の交換の他、面接時にも必要に応じ話し合いの場を設けている。		
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	ユニットごとの職員会議、ユニットリーダー会議には必ず施設長・管理者が出席し、職員の意見や現場の状況を知る為の会議を設けている。		
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	昇進・昇給制度、資格手当や研修制度等に対応している。		
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	認知症介護実践者研修やリーダー研修の受講を事業所全体で支援している。県内外の研修に参加する機会を多く持つようにサポーターし、新しい知識や技術の吸収により、レベルアップを図っている。		
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	県内外のGH連絡協議会、同圏域内の連絡会に参加し、研修を通して共に学んだり、情報交換や相談できる関係作りをしている。他事業所の良い取り組みは、事業所内で取り入れて質の向上に努めている。		

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	入居前には必ず、訪問し面接を行っている。本人や家族から要望や不安な事、又これまでの生活の様子を聴く他、たんとう介護支援専門員から情報提供を受けて職員間で共有し、入居後の環境変化によるダメージの軽減に努めている。		
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	入居前には面接し、これまでの経験やご苦労された事などを聴きながら、現在困っている事、不安な事を聴き、職員間で共有している。入居後は必要に応じて、こまめに連絡を取ったり、連絡帳を活用し関係づくりをしている。		
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	入居前に、ご利用者様、ご家族様、居宅の介護支援専門員さんと面談し、情報を共有してこれまでの経験やご苦労された事などを聴きながら、現在何が必要なのかを見極め、その場で確認し支援に務めている。		
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	人生の先輩として、一人の人として、生活の知恵や生き方について教えて頂く事も多く、その事を常に忘れず接している。又職員をお母さん、お姉さんと呼ぶ利用者もいるし時には娘や孫の様に感じ、何でも気軽に話せるような雰囲気づくりを心がけている。		
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	連絡帳の交換や行事の様子の報告、必要に応じて電話での連絡等をし、離れていても様子がわかるよう努めている他、行事等の参加を促して実際にケアの場面を見て頂く事で、共にケアに関わる機会を持ってもらえるようにしている。		
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	これまでの暮らしぶりや人間関係について、家族や担当警護支援専門員から情報を収集し、職員で共有している。家族や地域の方に協力を貰いながら可能な限り関係性が途切れない様支援している。		
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	利用者一人ひとりの性格や、人との関わり方を把握し支援している。価値観や考え方の違う一人の人である事を忘れず、一人の時間も大事にしつつ共同生活の良さも感じて頂け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	契約終了後も切れ目なくスムーズにサービスの利用ができるよう、関係機関と連携し必要に応じて情報の提供や相談の支援を行っている。又年賀状や手紙のやり取りを通して、縁あった方達との関係性を大切にしている。		
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	入居者一人ひとりに担当介護員がおり、課題分析の際は本人への聞き取りを行っている。職員から見た課題ではなく、本人にとってどうなのか考える視点を持てるように介護支援専門員が助言している。		
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	本人や家族、担当介護支援専門員から、これまでの暮らしや思い出の出来事やどういった経路を辿って入居へ至ったか、その中で本人・家族や関係者の思い等を聴き、得た情報は職員間で共有している。		
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	全体会議や介護サービス計画作成の課題分析で身体状況・健康状態も含め現状の把握や情報共有に努めている。又介護員から見た自立か否か等の課題だけでなく、本人の視点も大事に課題分析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	本人の言葉や課題分析、職員による関わりの中での気づき、家族面会時の家族との意見交換や家族意見書などから集まった情報を合わせ、本人に取っての課題や本人が必要としている支援について検討し、計画作成している。		
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	介護記録には、本人の様子や介護サービス計画の実施状況を記録している。ケアの評価や振り返り、今後の課題を導く為に記録を活用している。		
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	本人やご家族様の状況に合わせて、相談しながら、柔軟な支援ができるよう、居宅支援のケアマネさんや、他施設の相談員さんと連絡を取ったりしている。		

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
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	事業所の周りにある資源や、本人が入居前から活用している資源、自宅周辺にある資源等の把握に努め、事業所内に限らず本人に取って必要な支援が受けられるよう、連携を図っている。		
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	入居前に本人や家族の希望を聴き、必要な医療が受けられるようにしている。又、病院の相談員や医師、薬剤師とも連携し、入居の実情を理解して頂き、柔軟な対応や協力が得られている。		
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	非常勤の看護師が勤務しており、日々の気付きや不安な事等を報告し連携をとっている。看護師が不在の時間帯(夜間を含む)でも電話での相談や必要に応じて様子を診て来てもらい、早期に対応に努めている。		
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、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。	入院時はスムーズに必要な治療が受けられるよう情報の提供を行い、退院に向けては病院の相談員と連携しながら、家族も含めて相談を進めている。又、医療連携ネットワークの研修会に参加し、日頃からの関係作りにも努めている。		
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、事業所の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	重度化の指針を定め、入居前に事業所の方針を本人・家族に説明し同意を頂いている。又実際に重度化が進んだ段階で、再度本人や家族様と話し合い、意向を尊重できるよう、主治医や関係者と情報の共有、役割の調整を行っている。		
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	2年毎に、全職員が消防署による普通救命講習を受講している他、主治医や看護師に急変時の対応や異常の早期発見のポイントについてアドバイスをもらい、緊急時連絡体制も整えている。		
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	消防計画・災害対策マニュアルを作成し、会議や社内研修で対応について検討している他、消防署からの指導やアドバイスを受けている。年2回の避難訓練は消防や近隣住民の方の協力を得て行う事ができている。		

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
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	職員は、利用者の性格や考え方・価値観・行動のスタイルは一人ひとり違う事を理解したうえで接しており、全体会議等でケアの方法について検討し、職員が共通意識を持ってケアできるように努めている。		
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	職員は、本人の意思や自己決定を尊重する事の重要性を理解しており、本人の言葉はもちろん、言葉にならない思いも表情や行動から汲み取り支援する様に努めている。		
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	食事の時間やお茶の時間帯等、ある程度の目安となる時間は決めているが、一人ひとりの希望やペースに合わせた対応ができるよう、職員の都合を優先していないか、何を優先すべきかを協議し、検討している。		
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	希望があれば、行きつけの美容院やお店に行けるように支援している。又、着たい洋服を一緒に選んだり、家族や本人から好みを聴き、希望に沿った支援ができる様に努めている。		
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	希望のメニューを献立に取り入れれたり、行事料理やお楽しみランチやお弁当など食事を楽しめるように工夫している。食事作りや後片付け等は、利用者一人ひとりの能力を見極めながら支援している。		
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	食事の摂取量や水分摂取量を毎日チェックし記録している他、一人ひとりの好みや食べ方・食べるペースに合わせて支援を行っている。又、主治医による血液検査の結果から栄養状態・脱水のリスクの把握をし、食事に関するアドバイスをもらっている。		
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	歯医者による2ヶ月に1回の往診あり、口腔内の状態や義歯の調子を見てもらい指導を受け、日常の口腔ケアに役立てている他、必要に応じて受診している。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるように支援したり、行動から排泄のサインを見逃さないようにしている。本人気持ちに立って、羞恥心や自尊心に配慮した対応を心がけている。		
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	献立には、食物繊維を多く含む食材を取り入れたり、水分補給を促して予防に努めている。又、必要に応じて看護師や主治医へ相談し指示を仰ぐようにしている。		
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	体調や希望に合わせて入浴できるように支援している。又、入浴スタイルを可能な限り本人の希望に合わせてようにしている。		
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	個々の生活習慣や体調・希望に合わせた起床・就寝・休息ができるように支援している。部屋の温度や寝具の好み等なるべく希望に添うようにし、日中の活動も取り入れながら夜は良く眠れるよう支援している。		
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	服用の仕方について医師や薬剤師から指示された事を職員間で共有し、副作用の症状や服薬後の状態について注意深く観察し、主治医に報告や相談を行うようにしている。認知症の為、体調をうまく訴えられない方もいる事を職員は意識して経過を見ている。		
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	室内レクリエーションや散歩・外出による気分転換を図っている。利用者さんにとっての喜びや張り合いとは何かを職員間で検討しながら支援している。		
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支援している	散歩や買い物等の日常的な外出支援の他、民謡ショーやお花見・ドライブ等の外出支援は利用者さんの希望を取り入れながら行ったり、墓参り等できるように見守り支援している。		

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
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	本人や家族の希望を聴き、お金を自分で管理できるようにしている。買い物の際は自分で支払いができるよう見守り支援している。		
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	電話はいつも使用できる状態にあり、希望があれば電話を掛ける支援も行っている。又、手紙・ハガキ等も希望があれば読み聞かせ等の支援も行っている。		
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	ホーム内は自動換気システムが全部屋にあり、随時換気がされている他、居間、廊下、浴室等の温度差を極力少なくできるよう努めている。音や光等利用者さん④視点に立った環境作りを心がけている。又、季節を感じられるよう掲示物や窓からの景色が楽しめ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	ソファや椅子の配置を工夫したり、外が見える場所等好きな所で、一緒に過ごした人と思い思いに過ごせる支援をしている。		
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	長年愛用している家具や思い出の物、家族との写真等、本人が安心して過ごせるように家族と相談して、持って来て頂いている。		
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、トイレ、浴室等に、手すりを設置しており、自分のペースに合わせて移動できるようになっている。玄関には、椅子を置いてあり、座りながら靴が履けるようになっている。		