

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	2472200266		
法人名	グループホームキノシタ(有)		
事業所名	グループホームすいせん		
所在地	三重県三重郡川越町大字高松203-2		
自己評価作成日	平成23年9月15日	評価結果市町提出日	平成23年12月9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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2472200266&SCD=320&PCD=24>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会		
所在地	津市桜橋2丁目131		
訪問調査日	平成23年10月11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)】

一人一人違う利用者さん個々の生活スタイルや要望(散歩に出たい人、家に帰りたい人、買い物に行きたい人、美容院に行きたい人、草取りや花の世話をしたい人など)その利用者さんの「気持ち」を大切に、実現するよう取り組んでいます。身体的支援の必要な利用者さんに対しては、歩行運動や関節運動、足浴、足上げ等状況に素早く対応し、その人に合った支援が出来る様、職員間で常に話し合いをしています。また生活の中で利用者さんが出来る事を大事に(家事活動として炊事、洗濯、掃除など)職員と一緒にしています。上記のようにまたは施設「理念」にあるように、家事や趣味を楽しみながら、地域の中で一人一人のニーズに合った快護(介護)に特化した施設です。

【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)】

玄関先は電車の線路の土手があり、常に電車は通過しているが事業所内からは騒音は感じない。また、玄関先の通路は地域住民が行き交い、利用者にとっても住み慣れた自宅と変わらない雰囲気の中で生き生きとした暮らしが継続されている。介護支援専門員をはじめ職員は、笑顔を絶やさず利用者の思いや意向を実現するための介護を実践している。

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、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	職員がいつも目に届くように事務所、玄関に掲げられている。介護されるほうもするほうも心地よい気持ちになるような介護(快護)を目指し、地域に貢献出来る様に実施している。	理念を基本的な方針に反映させるように日々の実践をしている。毎朝ユニット毎の申し送り等で、利用者がどのような気持ちでいたいのかを把握し、共有して実践につなげている。	
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人として日常的に交流している	自治会・老人会等に参加したり、施設前、周辺を通る子供達や近所の方と挨拶や雑談を交わしたり、時に花をもらったりすることもあります。	自治会に加入し、敬老会、小学校の運動会に参加している。また、町のサロンに3ヶ月に1回は出かけ、馴染みの人たちとの交流をしている。	
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	入居申し込みにみえた家族さんに「認知症」について説明したり、家庭での困った介護場面のアドバイスをしたり、悩みを聞いたりしている。		
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ヶ月に1度開催する運営推進会議で災害に向けた意見交換を行い、避難先の確認など行っている。	市職員、地域包括支援センター職員、利用者、家族等が参加し、2ヶ月に1回定期的に開催されている。利用者の状況、災害対策等が話し合われサービスの向上に努めている。	
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	運営推進会議に参加していただいたり、窓口へ相談へ行ったり、電話連絡など密に取り、協力関係を築いている。	成年後見人制度、人権擁護制度利用の利用者があり、町との連携がある。介護保険代行申請や入居状況(空室)等報告、相談、連絡をしている。	
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	全体会議や朝礼時(申し送り)で「拘束」について話し合っている。玄関は毎日、日中施錠しないようにしている。	身体拘束をしない介護に努めており、玄関、居間の窓の施錠はしていない。外に出たがる(帰宅願望)利用者があれば、「なぜそのような行動になるのか」を話し合い、その行動を見守る支援をしている。	
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	身体拘束と同じく全体会議や申し送りにて確認し、虐待防止に努め、機会があれば研修や勉強会に参加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
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	権利擁護利用者3名、成年後見人制度を2名が利用し各担当者との意見交換など行い制度を活用している。		
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	契約前に契約説明書及び重要事項説明書に沿って説明し、意見交換行い不明な点がないよう努めている。		
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	利用者や家族からの要望や意見は申し送り時や会議で話し合い、問題解決に努めている。	家族から「認知症が進行しないような介護をして欲しい」等の意見があり、その取り組みとして脳トレーニングを取り入れ実施し、その結果を家族にみせている。	
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	申し送りや会議などで出た意見は、代表者や管理者へ提案し反映できるよう、話しやすく意見交換しやすい環境を心がけている。	申し送りや会議等での意見交換はしやすく、介護等については上司からの助言が得られている。	
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	代表者は施設来所の際に各利用者や各スタッフの体調や心労など管理者やユニットリーダーに確認し、状態把握に努め直接意見交換行い、モチベーションの維持に努めている。		
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	独自の勉強会を行ったり、認知症の研修会にどんどん参加するよう強く勧めている。		
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	「認知症」に関わる他業種、同業種で作るネットワーク作り(四日市社協主催)の勉強会に出席し交流を図っている。		

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
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	本人と職員が数多く面識を持ち、特徴、性格等把握し、本人にとって必要な介護や要望などを慌てず、細かく把握するように努めている。		
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	家族の思いをしっかりと聞き取り、入居前にじっくりと意見交換を行い、不安を少しでも取り除ける様にしている。またしっかりと受け入れる意思を示し家族さんの協力も不可欠ですと話しています。		
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	本人、家族が必要としている支援を聞き、施設での支援内容や他施設、病院等のサービス内容なども説明している。		
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	利用者個々のできる事に応じ、職員と一緒に炊事、洗濯、買い物、掃除など生活活動を行い、喜んだり、楽しんだり、感謝したり、怒ったりと一喜一憂し関係を築いている。		
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	家族がいつでも訪問できるような環境づくりに努め、近況報告をしながら家族の希望を聞き、本人、家族への支援に繋げている。		
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	自宅や行き着けの美容院、馴染みのスーパーへ買い物(お菓子、衣類等)、地区の催事への参加など行っている。	敬老会、町のサロン等に出かけたときに馴染みの友達との交流を深めている。また、隣人が訪ねて来てくれる事もある。	
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	生活活動(炊事、洗濯、掃除等)を通し、職員と利用者同士が話をしながら関わり合っている。テーブルも皆の顔が見える様にしている		

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
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	退去になっても病院へ面会に行ったり、施設来所の際は雑談を交えながら意見交換を行い、家族の想いやストレス発散の場としてアフターケアを行うようにしている。		
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	職員間で新しい発見、気づきがあった場合は会議や申し送り、連絡ノートを活用し意見交換などを行い、思いや意向の把握に努めている。	利用者一人ひとりの意向や思いを把握するために話しかけ、思いが出せていない時はどうしてなのかを職員同士が詳しく情報交換をしている。	
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	入居前の本人、家族からのアセスメントで情報収集に努め、入居後も更に情報収集に努めサービス向上に努めている。		
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	日報や申し送り、バイタル表と表情や会話、行動等毎日変化する入居者の容態を職員全員が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、職員でよく意見交換し、ユニット会議を行い介護計画を作成している。	担当者が介護一覧表に課題や目標を記入、月1回のモニタリングを実施し、ユニット会議、リーダー会議で話し合い介護計画を作成している。随時の見直しもしている。	
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	利用者個々の問題点を日々の観察記録や朝礼時に話し合い、ユニット会議で介護計画の見直しを行っている。		
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	本人の状況に応じ、支援方法など職員や家族、役場福祉課、社会福祉協議会、北勢福祉事務所などと相談し個別に支援している。		

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
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	運営推進会議を利用したり、町や自治会主催の催し会などに可能な限り参加するようにしている。		
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、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	入居時にかかりつけ医を継続される方は、今まで通りになっているが、月2回提携医院の往診もある。いつでも医療を受けられるようにしている。	かかりつけ医の利用者は2名いる。協力医は月2回の往診があり、緊急時の対応も可能である。看護師が24時間対応もしている。他科の受診の支援もしている。(歯科、眼科、整形等)	
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	医師と介護職の連携を図り、適切な医療指示を現場に落としている。24時間連携が取れ介護職員からの信頼も厚い。また家族への連絡も細かくしている。		
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。	利用者が入院した際には、管理者や看護師、職員が様子を見に行き、入院先の医師や看護師、ソーシャルワーカーなどと意見交換を行っている。		
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	「終末期の在り方」「重度化した場合における対応の係る指針」として書類を作成し、かかりつけ医や施設の主治医・看護師・介護職員などと連携しミーティングをしている。	過去に「終末期の介護」の体験の事例があり、今後も利用者・家族と相談し、医師・看護師・職員等が連携をして対応する意向である。	
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	緊急時は看護師に連絡し、看護師や医師から指示を受けられるように連携を取っている。また看護師から心肺蘇生法の訓練も実施している。		
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	避難訓練は年2回春と秋に実施し、機器操作や消火訓練、避難訓練を行っている。また推進会議で避難場所の確認を行っている。	今年も消防署の協力を得て、消火・避難訓練は実施されているが、夜間想定はされていない。変更された町の避難場所は確認しており、備蓄の食糧も確保されている。	地震災害に対する避難訓練(夜間想定)も利用者と共に実施し、更に地域住民の協力体制の得られるような取り組みを期待したい。

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	利用者さんに失礼がないように言葉使いには十分注意し、一人一人の尊厳を大事にするように会議等で注意し合うようにしている。	各居室への入室の折はノックをしている。居間でくつろいでいるとき等、職員同士の内緒話はしないように気遣いしている。	
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	自己決定がしやすいように、話をよく交わすように職員は心掛けており、希望を把握した際には実現すべく調整を図っている。		
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	利用者のその日の過ごし方は、利用者が決める姿勢を取っており、職員が意思確認している。自己決定できない利用者に対しては個別に対応している。		
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	馴染みの美容院へ行きたい利用者は日程調整し外出の手配をしている。また服や化粧品なども買い物に行ける様にしている。		
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	利用者と職員が楽しく食事ができるように、一緒に準備や食事作りをするよう心がけている。また嚥下困難な方や糖尿病の方などにもおいしく食べていただける様に工夫している。	当日(調査)の食事の献立はユニット毎に職員と利用者で立て、一緒に調理し、食事も同じテーブルで話をしながら楽しみ、とてもよい雰囲気であった。	
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	食事内容、食事量、水分摂取量の把握をし、個別に支援している。また脱水、便秘、下痢には常に気を配っている。		
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	毎日利用者個々に合わせて、場合によっては口腔ケア用品を使用しケアしている。		

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	利用者個々に合わせて、基本は可能な限りトイレにて排泄していただくように支援している。場合により二人介助にて対応している。	排泄チェック表を利用し、可能な限り自立排泄の支援を心がけている。自立排泄は3名いる。	
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	排便記録から便秘の方には、個別に排便コントロールを行い、場合によっては薬(下剤)を使用し体調管理に努めている。極力自然排便を促すようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は可能な限り本人の希望に沿うように努めている。また入浴できない方は清拭や洗髪、足浴等で対応している。	基本的には週2回入浴できるようにしている。入浴できない利用者は清拭、シャワー浴、足浴で対応している。	入浴の回数、時間、方法等を工夫し、利用者の意向にそった入浴支援を期待したい。
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	本人の意思決定を重視しているが、夜間睡眠できるように日中は「生活活動」を行ったり、歩行運動や歌会、昼寝を行っている。		
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	薬の情報は看護師より指導を受けている。また服薬がきちんとできているか職員間で連携し最後まで厳しく確認している。		
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	歌が好きな利用者が多い為、歌を歌いながら昔話に花を咲かせ、いきいきと笑顔で会話ができるように支援している。		
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	気の合う利用者同志と喫茶店や外食に家族や職員が同行し、外出(外食)を楽しめるように職員間で調整し支援している。その時の写真も貼り出している。	日常的に天候のよい日は、事業所の周辺の散歩、玄関先での外気浴、月1回の少人数での外出、週2回の買物に出かけ楽しんでいく。	

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	生活保護者が半数を占め、お金はデリケートな問題として個別に取り扱っている。利用者の希望に応じ職員と一緒に買い物へ出掛ける時は、自分でお金を払えるように支援している。		
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	電話はいつでもかけられるようにしている。お中元やお歳暮をもらう利用者にはお礼の電話をしたり、や品物を一緒に買いに行ったりし支援している。		
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	ソファを大幅に増やし、くつろげる環境を作ったところ多数の利用者が活用されている。春から夏玄関先では花や野菜を多数育て、多数食べられて皆で食べて盛り上がりました。	居間兼食堂は広くて明るい、畳の場所もあり落ち着ける。居間と台所が対面式で利用者も一緒に調理が楽しめる。居間、廊下には利用者の作品や写真が飾られている。	
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	フロア内で「食事の場」とソファを活用し「憩いの場」を別々に提供し、個々に過ごしやすい環境に努めている。		
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	居室は使い慣れた物や好みの物を置いて心地よく過ごしていると思う。また家族さんが見えてもゆったりと過ごせる広さだと思います。	各居室は利用者の使い慣れた好みの物が持ち込まれ、利用者それぞれのレイアウトで居心地よく過ごせるようになっている。	
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	施設内はバリアフリーで随所に手すりがあり、歩行器にて歩行運動を行ったり、生活活動しやすい環境になっている。		