

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(東ユニット)

事業所番号	2772001745		
法人名	(株)ユニマツリタイアメント・コミュニティ		
事業所名	あびこケアセンターそよ風		
所在地	大阪市住吉区我孫子東3-3-11		
自己評価作成日	平成28年10月13日	評価結果市町村受理日	平成29年1月13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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階
訪問調査日	平成28年10月27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)】

<p>家族の希望があった場合は医療機関と連携しながらターミナルケアを実施している。一人一人がご自分のペースで暮らせるように心掛け希望をくみ取っている 外出や外食、買い物、散歩など気分転換を図っている。 四季を感じて生活して頂くような食事内容、旬の物を使っている。食材の安全にも力を入れている。</p>
--

【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>当事業所は短期入所、通所介護との併設で、3階フロアに2ユニットで運営されている。法人内の異動で着任した管理者は、グループホーム本来のあり方を志向して、建物で一括していた食事作りをホームの各ユニット毎の手作りとして、利用者も一緒にできることを行うなど、張り合いや役割をもって暮らせる支援に取り組んでいる。また、事業所理念でもある地域との共生の実践に向けて、近隣住民への認知症への理解を進める活動として、認知症サポーター養成講座を建物内で行うことを計画したり、ご近所付き合いを大切にされた地域密着型に相応しいホームづくりを目指している。今年から、利用者・職員・家族の輪が深まるよう、毎月家族も参加して楽しむ行事を職員が企画し、家族アンケートでも好評を得ている。協力医の往診と看護師による安心な医療・健康管理に努めており、ホームでの看取り介護も行ってきている。</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、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			

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念としては「ともに生きる」を掲げ地域のなかで行われる行事等参加したり地域の方と交流を行っている。	「高齢者社会で果たす役割の重大性を自覚し、明るく元気ですこやかなヒューマンライフを支えます」との法人の理念とともに、「地域の信頼を育み共に生きる」と事業所独自の理念を掲げ、ホームと地域との更なるつながりを深めることを課題として取り組んでいる。	
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	商店などに買い物に出かけたり外出レクなどで食事や喫茶…などに言っている	町会に加入し、夏祭りなどの行事に参加したり、散歩や買い物で近隣との交流がある。ホーム前の植栽の手入れ、水やりをしてくれる隣人もある。敬老の日に歌のボランティア来訪もあった。地域の協力で、芋ほりなどの行事も楽しんでいる。	管理者は、地域との交流連携を課題としており、幼稚園児との交流や、事業所で認知症啓蒙の講座実施などを検討しているので、地域包括支援センターとの連携などで具体化を期待したい。
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	運営推進会議や散歩などで近所の方々と交流したりしながら日々の暮らしなどを伝えている。		
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	なかなか家族様の参加が難しいので行事の日に運営推進会議を合わせたりしながら努力している。	町会代表、民生委員、地域包括支援センター職員、家族などの参加で、運営状況や行事報告及び、参加者との意見交換を行っている。会議は隔月に開催してきたが、大阪市の会議回数省略案の通達を受け削減も検討している。	運営推進会議で、災害時の協力要請等も行い、有意義な会議となっているが、会議の参加者の要件である、グループホームに知見のある第3者として、同業者等の相互参加などで、会議の充実に取り組まれることを期待したい。
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	生活支援課の方と相談援助を行っている。	区の生活支援課の担当者に、生活保護受給の利用者の介護・生活・医療扶助などについての相談を行い、助言を得ている。毎月、担当者の訪問もあり協力関係を築いている。介護保険担当課には事故報告書提出などで窓口を訪れて説明している。	
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	現在拘束の方はいないが身体拘束委員等で無くす方向で検討したり、勉強会で身体拘束について学んでいる	身体拘束排除の職場研修を行い、職員の理解を深めている。各ユニット入口は開錠しているが、身体拘束行為に含まれる玄関は施錠しており、管理者は認知症の周辺症状に悪影響を及ぼす閉塞感の改善のため、見守り体制が十分な時間帯に開錠の試行を、職員と検討したいと考えている。	
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	勉強会、外部研修で学び職員に伝えている。		

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	センターでの勉強会や外部研修で学んだことを活かすようにしている。		
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	契約時にきちんと重要事項説明書、契約書、個人情報同意書など説明し納得して頂いています。		
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	要望ノートがありお客様来所されたときの会話などからもくみ取るようにしている。	家族の面会時に話し合ったり、毎月家族に電話して現状の報告とともに意向を聞いている。毎月の利用料請求時に、行事写真等を入れコメントを添えた、お便りを送付している。今年から、毎月のホーム行事に家族の参加を呼びかけ交流を深めており、家族アンケートでも好評を得ている。	
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	面談など行い意見、要望など聞いている。	管理者は、毎月の会議や日々のケアのなかで、カンファレンスとともに職員の意見や提案を聞き、運営に反映させている。管理者は職員と年1回面談で個人目標の達成評価や、意向確認を行い意欲向上に努めている。現状は、職員の定着と増員が課題である。	
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	面談の際職員の目標を聞き新たに面談した時に目標が達成したか、出来ていなければなぜできなかったのかを共に考えている。		
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	新入職者にはトレーナーを3か月つけて覚えて頂きやすい環境を作っている。		
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	4月より管理者が変更しGH連絡会に参加できていない		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所前に以前の暮らしぶりなど聞き取りを行い入所してからも出来る限り以前の生活が維持できるよう努めている。		
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	家族の要望などお聞きし絶えない関係作りを行っている。		
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	ケアプラン作成時に家族様、本人様の要望をお聞きし的確なサービスを提供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	個々のADLにあわせ出来ることは自分でして頂くようにしている。出来ない事はさりげなく支援している。		
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	家族参加の行事を企画し本人様と家族の絆を大切にしている。		
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	馴染みの方が来所されたり馴染みの場所に散歩に出かけたりしている。	馴染みの店での買い物、食事、美容院、墓参り等で家族と一緒にの外出とともに、事業所としても対応支援している。家族や知人の来訪など、入居期間が長くなってもできるだけ継続できるように、支援に努めている。	
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	スタッフが中に入り外出、散歩などを通し交流が深まるよう努めている。		

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
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	ご相談などがあればお伺いしている。		
<b>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</b>					
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	会話の中から要望など聞き取り把握するよう努めている。会話が困難なかなどは家族様から思いなど聞きとるよう努めている。	日々の暮らしの中で、利用者と個別に接して本人の気持ちに寄り添い話が聞ける入浴時や夜勤時などの機会に、思いを知って職員が共有して支援に繋げている。意思の表出が困難な方には、家族からの意向も伺いながら、本人本位の支援に努めている。	
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	入所前に聞き取りを行って把握するようにしているがわからない事などがあれば家族様からも再度お聞きしている。		
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	申し送りにて日々の状況を職員が把握するようしている。		
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	担当者会議を行うと共にカンファレンスにて状況の把握をしケアプランに反映させている。	本人・家族とのアセスメントを基に作成した、サービス計画の個別支援内容の実施状況を、毎月職員と計画作成者でモニタリング・評価し、サービス担当者会議を経て、基本3か月ごと及び状態変化時並びに認定更新時に計画の見直しをはかり、本人・家族に説明し同意を得ている。	
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	記録、申し送りなどで情報を共有し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	個々の状況にあわせが外出、通院など職員を増員し柔軟な対応を行っている。		

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
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			
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	月2回の訪問受診、必要に応じて病院受診	入居時に本人・家族に確認し希望により、かかりつけ医を決めるが、現在は全員が協力医療機関の医師による月2回の往診を受けている。家族の支援で、病院に定期受診する方や、職員の同行で診療所へ外来で受診する利用者もいる。歯科は口腔ケアも兼ねて毎週の往診があり、必要な利用者が治療を受けている。	
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	週1回の医療連携にて入居者の萎靡の様子を伝えている。		
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	入院の際は病院の地域連携の方と連絡を密にとりセンターの主治医にも報告しながら1日も早く退院できるよう努めている。		
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	ご本人家族様のご要望があれば主治医を交えて話し合いを行っている。契約時にターミナルケアについて説明は行っている。	利用契約時に、重度化した場合の対応及び看取りに関する指針を示し、事業所の対応を説明し同意書を交わしている。重度化時には、医師の説明により、家族の希望があれば看取りを行うことを再度説明している。現在も、終末期状態の利用者の支援を行っており、ホームで看取りの実績もある。	
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	初期対応は医療連携のDrys看護師より指示を得ながら対処できるよう努めている。		
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	年2回の消防訓練を行っている。地域の協力は運営推進会議などで話し合っているがなかなか話しが進んでいない。	年2回法定の避難訓練を行い、1回は夜間を想定している。避難経路は消防署の指導でベランダに誘導することになっている。スプリンクラー、自動火災通報設備、消火器等を設置し、非常用品の備蓄もある。近隣の人たちの応援は、運営推進会議で要請している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	接遇マナーの研修を行い声掛けなど言葉使いについて学んでいる。	接遇に関する研修を実施して、特に入職時に新人教育でOJTを通じて指導を強めている。管理者は利用者に対する職員の言葉かけの仕方や、呼称、言葉遣いに気を配り、利用者の人格や尊厳を大切にされたケアに取り組んでいる。	
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			
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	その日の個々の状況に合わせて生活スケジュール、レクリエーションなど行いご本人のペースで参加して頂くように努めている。		
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	その日に合わせ着たい服など選んで頂いている		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食器拭き彌、調理補助など出来るところは一緒に行っている。	食事は栄養管理された食材とメニューに基づき、各ユニットで調理している。野菜の下ごしらえなどを一緒に行う利用者もいる。月1回程度、利用者の希望を入れた好みのもも提供されている。毎日、職員一名は検食として、一緒に食事をしている。ソバや寿司などの外食を楽しむ機会もある。	
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	食事量、水分量など記録に残し健康管理している。		
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、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	訪問歯科の指導の下個々の口腔ケアの仕方を把握しながら必要に応じた介助を行っている。		

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
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	排泄チェック表を活用し個々の排泄パターンを把握しトイレの声掛けや誘導を行っている。	水分摂取と排泄チェックの記録で、排泄リズムを把握し、表情や仕草の観察でも察知しトイレに誘導している。現在、布パンツで排泄自立の方は4名いる。多くはリハビリパンツ・パッドを使用しているが、昼間はおむつは使用せず、排泄の自立を支援している。	
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	薬に頼ることなく食べ物(バナナ、ヨーグルト、食物繊維が多い野菜)などで調整したり廊下を毎日歩行して調整している。		
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	希望どうりの時間での入浴は難しいが楽しんで頂けるよう季節の湯など提供している。	週3日の入浴を基本とし、一回ごとに湯をかえる。浴槽は2方向介助可能で、現在は全員浸かっているが、必要であればI階の機械浴も利用できる。特に入浴拒否の強い利用者はいない。体調により清拭や足浴で支援することもある。	
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	室温や寝具に留意し入居者様が好きな時間に臥床休息して頂けるよう対応している。		
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	医療連携の中で個々の服薬状況など薬剤師の方から指導を受けている。		
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	散歩、外出、外食など一人一人に合った対応依努めている、食器拭きや、洗濯たたみなど出来る方には役割を持ってして頂いている。		
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	誕生日に本人の希望を叶えるような取組みもしている。	近くのあびこ観音や、スーパーや商店街への散歩や買物などで、戸外に出かけられるよう支援している。花見や紅葉狩り、いも掘りなどの行事外出は、家族の協力も得て出かけている。	

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	基本お金はセンターの金庫保管になっているがどうしても持ちたい方は家族様と相談し少額を所持して頂いている方もいる。		
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	電話など要望があれば必要に応じて支援している。季節ごとに絵手紙などのレクを行い家族様に出している。		
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	壁面に皆で作ったものを飾ったりベランダで草花を育てたりして季節感を出している。	共用の空間は明るく清潔である。廊下は広くて歩行訓練に利用したり、ソファや椅子を置いて憩える場所にもしている。リビング兼食堂は、職員と利用者で手作りした貼り絵や、行事の写真等を飾っている。フロアホールに応接セットを置いた休憩スペースもある。	
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	廊下にソファを設置し馴染みの方とくつろいだりしている、季節の花など飾り季節感を味わっていただいている。		
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	個々馴染みの物を持参している方もいる。	エアコン、ベッド、洋服ダンス、机が備え付けられていて、グループホームとしては広めで、ゆとりのある居室である。利用者は夫々がテレビ、椅子や家具など使い慣れたものや、仏壇なども持ち込んでいて、落ち着いて居心地よく過ごせるような部屋としている。	
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	トイレには表示がありわかりやすくなっている、廊下も広くバリアフリーである。		