

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	1090500206		
法人名	ケアサブライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームもみじ		
所在地	群馬県太田市大原町 2236-3		
自己評価作成日	平成30年8月21日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	平成30年 9月7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)】

もみじ理念である、明るく楽しく笑って生活できるホームを目指し、写真の掲載や季節作品の作成・掲示をするなど、アットホームなホーム作りをしている。
 地域行事、お祭りなどへの参加、ホーム内にて地域の方によるフラダンス等の発表会、幼稚園児の慰問を通じて、地域の方々と交流を図り、住み慣れた地域にて生活が継続できるように支援している。
 入居者の方に対しては、行事やイベント、外出などの楽しみや、できるお手伝い、役割を持って頂き、張り合いのあるホーム生活になるように取り組んでいる。

職員のみならず利用者も地域の清掃や廃品回収に参加する等、利用者が地域の中で生活を継続している実感を持てる支援をしている。小さな取り組みであっても地域との関りを大切にし、努力を続けていくことで地域から理解され信頼されていることが伺える。また、危険が伴うことはあっても、回避する工夫を念頭に配膳や裁縫等、利用者の今できることを支援し、利用者が自由に過ごせる環境を提供している。

帰宅願望玄関、居室、共用空間の施錠は、職員間で危険を回避する方法について話し合い、また、家族から理解を得ることで、開錠できるよう取り

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
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	理念を設定し掲示及び各自で所有し、その理念をふまえて個別支援を基本としたサービスの提供が出来るよう毎朝の申し送り時と職員会議で唱和、実践に努めている。	理念を掲げ毎朝唱和する等、理念を意識したケアの実践を通して、利用者への個別支援、家族、地域との信頼関係の構築等、理念の具現化に取り組んでいる。	
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	地域の清掃活動やお祭りへの参加、地区の育成会、ボランティア、幼稚園児との交流の機会を設けている。	地域の清掃に利用者も参加し、祭り等の行事や近隣幼稚園の園児の慰問を受け交流を深めている。また、専門性を活かし認知症やAEDの情報を発信する等地域への貢献を念頭に取り組んでいる。	
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	運営推進会議にて話し合い理解や支援をお願いしている。また、ホームの役割の説明や、ホーム内の様子を見ていただくなどしている。		
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	運営推進会議の話し合いにて出された意見や要望をサービス向上に活かしている。会議録を全家族にお渡ししている。	隔月ごとに利用者、区長、民生委員、行政担当者が出席し、会議が開かれている。利用者の現状報告や活動報告を通して、話し合われた意見や提案をサービスの向上に活かしている。	隔月ごとに発行する「もみじ新聞」で会議の日程を知らせ、家族に出席を促しているが、出席する家族が少ないので努力と工夫をさらに継続してほしい。
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	運営推進会議に出席していただき、事業所の取り組みをお伝えし、意見をいただいている。長寿あんしん課に積極的に接点を取り情報交換している。	主に法人の課長、ホーム長が市の担当窓口と報告、相談、連絡を取り合い、情報交換をし、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	職員会議や3ヶ月に一度の勉強会で取り上げ、マニュアルを正しく理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	帰宅願望や離苑の心配がある利用者がある為、玄関や居室の窓は施錠している。夕方不穏になる利用者には手伝いの依頼をしたり、付き添って屋外に出てみる等工夫したケアに取り組んでいる。	玄関、居室、共用空間の施錠は、職員間で危険を回避する方法について話し合い、また、家族から理解を得ることで、開錠できるよう取り組んでほしい。
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	職員会議や研修の実施、日々の話し合いにより全員で問題の共有を図り、虐待の防止に努めている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、必要に応じて提案や支援を行うようにしている。		
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	重要事項説明書及び、運営規程や利用契約書を基に、契約時・解約時に説明を行い、理解や納得を得ていただくようにしている。また、その後の不安や疑問にも対応している。		
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	定期的なアンケート調査の実施、家族面談や意見箱の設置により家族の意見・要望の収集に努め、運営に反映させている。	利用者からは日常の会話の中から、家族からは毎月の訪問の際に、意見や要望を聞くようにしている。また、法人が実施するアンケート調査の結果等を運営に反映させている。	
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	管理者は職員会議を月に1回実施し、意見交換を行い提案を聞き業務へ反映させている。代表者は管理者会議や人事考課の面談時、意見を聞く機会を設けている。	職員の意見や要望は、毎月の職員会議や運営者との面談の機会を設け聞くようにしている。また、日常の業務の中で出る有効な意見や提案を拾い上げ、運営に反映させている。	
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	各自で目標を設定し年2回の人事考課の際、評価を行い、常に向上心を持って業務を行えるよう努めている。		
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	法人内外の研修・勉強会への参加を積極的に勧めスキルアップを促している。法人の全体的な研修の機会を設けている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会の研修等の利用によりサービスの向上を図っている。		

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	入所時は利用者様やご家族様に対し時間をかけて説明、面談を行い、不安や要望を丁寧に聴取して個別支援に活かせるよう努めている。		
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	定期的な面談、個別に要望があった時、悩みや不安など要望を丁寧に伺い、解消するよう努めている。		
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	様々なサービス利用を勧奨し、職員間でも検討を行い、必要なサービス・支援を提供できるよう対応していく。		
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	本人の状態を理解し、無理のない範囲でお手伝い等していただきながら、傾聴を行い、寄り添うよう心掛けている。		
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	利用者様に関しての連絡・報告・相談を緊密に行い、信頼関係を築けるよう努力している。		
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	面会時は要望に添うかたちで、ゆっくり楽しくすごして頂けるよう努めている。季節に応じた行事への外出等、支援に努めている。	昔からの地元の祭りに出かけたり、かつてのサークルの友人の訪問を受けている。また、利用者にとって懐かしい場所に出かけることもあり、馴染みの関係性が継続するよう支援している。	
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	利用者様の状態を考慮し、孤立することなく円滑な関係が築けるよう、必要に応じ職員が仲介する形をとるなどして努めている。		

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	入院・退院などされる時は、積極的に声かけや連絡を行い、相談や要望などを出しやすい環境作りに努めている。		
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	毎月のカンファレンスで状態の変化を議題とし、利用者様、ご家族の希望や意向にも添えるよう努力している。	1週間に1度、ケアマネージャーが利用者と話をするよう心掛けている。家族の面会時やケア日誌から利用者の意向や要望を把握し、一人ひとりの思いに沿ったケアに繋げている。	
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	家族面談等で把握した生活歴を職員全員で共有し、支援に活かすよう努めている。		
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	ケア記録・申し送りで一日の生活状況を共有・把握し、状態の変化に対応できるように努めている。		
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	利用者様・ご家族様の要望等を伺い、ケアカンファレンスで現場職員と意見交換を行い、介護計画を作成している。	毎月モニタリングをし、3ヵ月毎に介護計画の見直しをしている。必要があれば担当者会議を開き、介護計画について話し合いをし、利用者にとって最適な介護計画の作成に取り組んでいる。	
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	日々の生活の様子や、気づきなどを記録に記し、情報共有を行い、介護計画の見直しに活かしている。		
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	利用者様の状態・状況の変化、ご家族様の希望等に応じて支援を行っている。		

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	地域の消防署に協力して頂き、避難訓練を行ったり、地区のボランティア、幼稚園の慰問等を通して交流を図るなどしている。		
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	主治医との継続性を大切にしている。協力医による月2回の往診や訪問看護師と連携し、支援を行っている。	かかりつけ医については入居時に説明している。全員が協力医の月2回の往診を受け、歯科等の専門医への受診は家族が付き添っている。緊急時には訪問看護師とも連携を図る体制がある。	
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	利用者様の体調・身体の変化等、気づきがあれば、連絡・指示を頂いている。連携ノートや往診ファイルを使い情報共有に努めている。		
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。	地域医療と協働し、普段から医療機関と連絡を取っている。		
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	主治医・看護師へ連絡・相談をし、ご家族様と終末期へ向け方針を共有しチームで支援していく。	希望があれば利用者、家族の要望に沿った看取りを行い、すでに経験がある。看取りは家族、主治医、看護師の連携、協力を得た上でマニュアルに従い、その方針を共有し、実践に臨む取り組みをしている。	
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	AEDを設置し、職員が救急救命講習を受講し、知識を身に付けている。		
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	毎年2回消防署指導のもと、日中と夜間両方を想定した避難訓練を行っている。その他、毎月職員・利用者様にて苑内の避難訓練を行っている。	年2回消防署立会いの総合避難訓練、消防通報訓練を行っている。また、毎月地震等の災害を想定した自主訓練に利用者も参加している。災害時の備品として食料品、排泄用品等の用意もある。	

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	個別対応をし、誇りを損ねることのないよう誘導や声かけを行っている。	誘導の際の声掛けや異性介助について利用者に説明、同意、承諾を得ること、利用者同士の関係性を保つ等、年長者である利用者一人ひとりに敬意を払い、配慮した個別対応を心掛けている。	
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	利用者様との会話を大切に、要望や希望などが引き出せるよう対応している。		
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	一人一人の要望・希望を尊重した支援・見守りを行っている。		
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	整容支援や、行事・外出前など必要に応じた支援を行っている。		
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	買い物・配膳・片付けなど、できることを積極的に行って頂いている。献立にも季節感や要望を取り入れている。	食材の買い物や料理の盛り付け、配膳等利用者ができることを支援している。献立は利用者の要望を取り入れ、旬の食材、伝統食、行事食も提供している。家族との外食を楽しむ支援もしている。	
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	水分量・食事量チェックをする。水分量の少ない方には摂取して頂けるよう定時以外でも提供・声かけを行っている。		
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	毎食後、口腔ケアを行い、義歯は夕食後、消毒を行っている。		

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	自立支援を基本に対応を行っている。トイレ誘導を習慣に合わせた声掛けで行っている。	トイレでの排泄を基本にしているが、夜間は危険を伴う為ポータブルトイレを使用することもある。利用者のトイレ習慣を把握し、見守り、パット管理をすることで、排泄の自立継続の支援に努めている。	
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	無理のない範囲で毎日の散歩・運動を行い、食事面でも野菜を多くメニューに加えている。		
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	本人の気持ちを尊重して、いつでも入浴できる体制をとり、週に2回は少なくとも入浴して頂いている。	週2回を目安に入浴支援しているが、拒否があった場合は翌日に入浴できるよう声掛けをしている。いつでも利用者の希望に沿った入浴ができる体制はあるが、連日の声掛けは特にしていない。	前日に入浴した利用者に対しても入浴の声掛けをし、連日の入浴支援ができることを情報として提供してほしい。
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	安楽に就寝できるように、日中の刺激を個々に応じた対応を取り、昼夜逆転にならぬよう働きかけている。		
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	職員一同、内服薬における理解を深めるため徹底して、誤薬等がないように申し送りや確認を行っている。		
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	週2日の買物同行や、得意分野を活かし体操時に主体的に行っていたり、縫い物、食器拭き等の手伝いにより張り合いを持っていただく。		
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	毎日の声かけを個別にすることで、ひとりひとりの希望を読み取り、家族へ伝え外出・外食へ行ったり、地域行事に出かけられるよう努めている。	日常的にはテラスでの外気浴や近隣の散歩、庭のプランターの水やり、収穫等で屋外に出ることがある。家族との外食や地域の行事に積極的に参加できるよう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
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	管理はホームで担っているが希望がある際には個々人の意思を尊重して、お金を所持したり、使えるような見守りや代行をしている。		
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	仲介支援として個人の意思を尊重しながら対応している。		
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	季節に応じ装飾などを施すことにより、生活感を感じるように努めている。 温度・湿度・臭いなど快適な環境作りに配慮している。	共用空間は利用者が穏やかに過ごせるよう気温、湿度調整を心掛け、外の景色が臨めるテーブルの配置や季節感を取り入れた装飾、清潔感のある環境作りに取り組み、居心地の良さを提供している。	
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	ソファや椅子などで自由に過ごせるような空間づくりに努めている。		
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	家庭的な気持ちを活かすために、好みの小物などを持参していただき、居心地が良いようにしている。	居室は生活に必要な物が整理整頓され、清潔感がある。家族の写真を張ったボードが飾られ、使い易いタンスや机が置いてある。自分にとって居心地良く過ごせる居室となるような支援をしている。	
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	安全でなおかつわかりやすいホーム整備に充分配慮している。		