

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	4572000489		
法人名	社会福祉法人 聖水会		
事業所名	グループホームおすず		
所在地	宮崎県児湯郡都農町大字川北5484番地1		
自己評価作成日	平成24年8月18日	評価結果市町村受理日	平成24年11月12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.kaigokouhou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4591900024&SCD=730&PCD=45
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成24年9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)】

系列である特別養護老人ホームの管理栄養士が兼務で献立を立て、それに沿って調理していることで、栄養面の充実が図れている。また、病状で、栄養制限が出たらすぐに報告し、グラム単位での減塩や蛋白質減が当日より出来、病状の安定や改善が来ている。

【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)】

地域からの支援協力が得られ、ホームが地域の一員として位置づけられている。地区の行事には、職員と一緒に参加し、取り組み、利用者の生活の質の向上につながっている。ホーム内では、職員の半分が異動で入れ替わったが、認知症ケアで大切ななじみの関係の継続のため、全職員が協力し、居心地の良いホームにと、取り組んでいる。寝たきりの利用者も、他の利用者とともに行動し、利用者同士もお互いを気遣っていることがうかがえた。今後は、更に利用者の思いに沿えるよう、「家族からの意見や要望をくみ取りながら、家族と一緒に支援していくには」という課題で取組を考えている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、生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

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	開所時に、職員皆で作らあげた理念を玄関に掲げて周知している。大体的内容は理解し、業務にあたっているが、はっきりと言える職員は少ない。	ケアの振り返りを話し合うケア会議や職員会議で、理念につなげた話し合いがなされている。個々の職員も地域密着型サービスの意義を理解しており、利用者本位や地域とのつながりの継続支援を掲げ、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	地域の方々のボランティア、盆踊り、敬老会等に、地域の方々から声掛け、案内を頂き、参加している。	地区自治会が、ホームを地域の一員として考え、行事のお誘いや防災訓練の協力など、日常的に交流ができています。地域住民からの野菜などの差し入れや、近隣の保育園との交流もあり、地域に溶け込んでいます。	
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	積極的には行っていませんが、地域の方々と交流時に説明を行っている。		
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	ホームの現状報告を行い、意見を伺う。現在は、防災訓練に、地域の方々の参加を取り入れる事を検討中。	運営推進会議を通じて、地区の代表からの協力支援体制や情報交換が密になってきています。ホームが、取組を強化したい災害対策についても、地区の消防団長の出席、また、助言をいただいている。	
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	連絡、報告、相談を密に取り、いつでも協力できる。	運営推進会議の内容やホームの現状・利用者の報告を行い、関係機関の職員と話し合っている。相談内容によっては、ホームに来訪して現状を見てもらい、利用者にとって良い方向につなげられるよう、取り組んでいる。	
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「介護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	内部、外部の研修に参加し、研修報告も兼ね、皆に理解できるよう取り組んでいる。玄関の施錠は、夜間のみ行う。	職員が行うケアや言動で、問題と考える時には、職員間で指摘し合い、身体拘束をしないケアの取組に努めている。利用者の行動やタイミングを把握し「待ってもらわないケア」に努めている。	
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	内部、外部の研修に参加し、研修報告も兼ね、皆に理解できるよう取り組んでいる。		

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
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	職員は、必ず内部研修で学ぶが、利用者や家族との話し合いは、特には行っていない。		
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	契約や改定時には、なるべく早く説明し、不明な点等も伺って説明し、資料に署名捺印をもらっている。		
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	家族会、面会、苦情処理等、機会は設けているが、家族会の参加はいつも同じ方々で、一部の方の意見になってしまっている。	月に2回の家族会を実施しているが、出席状況に偏りができてきている。今後は、すべての家族からさまざまな意見を出してもらい、家族と一緒に利用者の支援につなげることを、これからの課題として受け止めている。	家族からの支援は、ホームや利用者にとって、重要な役割を果たす。引き続き、家族に支援の協力をお願いしてほしい。また、家族の意見や要望が、ホームの質の向上につなげられるよう取り組むことに期待したい。
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	職員会議、ケア会議等で意見を聞き、反映できる部分は取り入れている。	毎月の職員会議では、ホームの行事や利用者ごとのケアの確認など、全職員が意見を出し合い、話し合いを重ねている。出された案はすぐに取り組み、業務優先ではなく、利用者優先の考えで取り組んでいる。	
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	年2回、人事考課表の提出で、自由な意見の記入欄があり、個人の面接も行っている。		
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	出張での研修や自主研修の呼びかけ、また、積極的に資格取得することへの働きかけを行っている。		
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	県北ブロックの研修会参加で、交流を図る。食事会等での意見交換もできる。		

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	在宅時のケアマネが、同事業所に居ることもあり、関係づくりがスムーズにできる。入所前にお話も十分に伺ったり、利用中のサービス施設にも出向いて、様子を伺ったりしている。		
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	在宅時のケアマネも含め、家族が安心できる話し合いができるようにしている。		
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	入所前の家族、利用者のホーム見学も含め、サービスの説明を行うが、入所することを切望する家族が多く、入所することが前提である。		
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	全員とはいかないが、出来る範囲で声掛け、見守りを行いながら、簡単な調理、食事準備、洗濯物畳み、干し、掃除等を行っている。		
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	全家族とはいかないが、衣類の入れ替えや通院の協力をお願いする。家族と外出、外泊をする利用者もいる。		
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	自宅周辺のドライブで、懐かしんでいただいたりもするが、近所の方や昔なじみの方の面会もある。	家族と協力をしながら、なじみの関係が途切れないよう取り組んでいる。墓参りや自宅帰宅、慣れ親しんだお店への外食など、個々の利用者にも対応している。友人や在宅でかかわりのあった福祉関係の方の来訪もあり、生活に喜びを与えている。	
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	皆で寄り添い、仲良く過ごさせている。		

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	特に行っていることはない。		
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	希望は把握できているが、困難なことが多い。	利用者の言動や目線などを観察しながら、利用者の思いに近づけるよう取り組んでいる。家族の協力を求めたり、話しやすい雰囲気を作ったりしているが、表現が困難な方や訴えの少ない方の思いの把握が難しい状況にある。	思いや意向の把握が難しい場合には、アセスメントツールを活用するなどの取組を試みてほしい。
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、家族に伺うことが多いが、わからないことは、以前のケアマネやサービスを受けていた事業所に伺うことで、なるべく把握できている。		
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	申し送り帳、日誌、会議等で、職員は一致した現状の把握に努めているが、見落としもある。		
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	関係者全員、一緒に話し合いはできていないが、個々に本人、ケース担当者、家族の意見を聞き作成しているものの、本人の希望を反映することが少ないように思う。	利用者ごとに担当者がおり、利用者・家族から意見を聞き、介護計画に沿って毎月のモニタリングを作成している。その結果を踏まえ、職員間で話し合い、介護計画を見直している。計画変更時も、全職員に伝わる仕組みを作っている。	
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	個々にではあるが、各職員の意見や気づきを反映させるようにしている。日々の記録はあるが、具体的に記入されているものが少ないように思う。		
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	その時々に関して、柔軟なサービスが出来ている。要介護度5の方も入所を続けている。		

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
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	近くの公園施設を利用し、遠足に出かけたり、系列の施設の行事を一緒に過ごしたりと、楽しみがある。		
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	家族の協力も得ながら、月に一回以上の定期受診を行い、Dr.とも顔なじみになれている。	利用者ごとに掛かりつけ医がおり、電話や記録用紙での報告を活用し、医療機関と連携を図っている。協力医にも、利用者全員の情報が提供されており、夜間緊急時の対応もスムーズにできている。	
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	Nsも業務に入り、定期薬の管理や個々の状態の報告、連絡、相談は良くできており、把握している。		
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。	顔なじみの主治医の居る病院に入院することが多く、なんでも話せる関係づくりはできている。		
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	ある程度の重度化には対応できるが、状態については、次の施設を考えておいたいただきたいということを機会あるごとに説明し、情報提供している。	ホームでできる限りの看取りのケアを行う方向で、職員同士認識している。緊急時のマニュアルや医療機関の体制は整っているが、夜間や緊急時の環境整備が十分出来上がっていない。	看取りのケアで予測されることや、それに関連しての職員の思いを引き出し、研修や実地訓練を行い、必要な環境整備に取り組むことを期待したい。
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	救急法の訓練を毎年、受講している。		
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	年間3回の防災訓練有り、次回の訓練では、地域の方々にも応援を依頼する予定。	防災訓練は、日中、夜間に実施し、利用者がより安全に避難できるよう訓練している。地区の協力で、地区防災協力員も組織され、運営推進会議では、消防団長からの助言もいただいている。	

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	皆一つの空間で、一緒に過ごすことが多く、プライベートな空間があまりない。	入浴やトイレなどの支援を行う際は、プライバシーに十分配慮し、ケアを行うように努めている。過ごす場所も、一方的に職員が決めるのではなく、利用者が自分で選び、決める場面を作っている。	
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	なるべくどうしたいのか、どちらがいいのかの決定は、してもらうようにはしているが、十分に思いをくみ取れているのか分からない。		
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	皆一緒に過ごすことが多く、全員の意見で決定している。		
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	自ら進んで行う方が2名、お化粧や身だしなみは、その方たち以外でも整えると、嬉しそうにされる。		
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	準備は、一部の方に手伝って頂くが、無理な方にも楽しんでいただけるよう、食材を見せたりと興味を引き出している。	家族や近隣の方から、野菜などを頂くことが多く、管理栄養士に伝え、その食材を使った献立に変更し、料理することもある。下ごしらえや後片づけなどを利用者と一緒にしている。おやつも数種類準備し、利用者の希望で選べるようにし、楽しみごとを増やしている。	
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	管理栄養士が献立を作成し、その人に合った摂取制限等を行っている。食事量、水分量はチェック表あり。		
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	自分で出来る方は、洗面所誘導、手順の声掛けを行い、難しい方は介助にて、義歯洗浄等を行う。		

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	少しずつではあるが、布パンツへの移行を行っている。失敗はあるが、個々に応じたトイレ誘導を行っている。	一人ひとりの排せつパターンを把握し、さりげなく誘導している。トイレがわからない利用者に関しては、排せつ前の行動をキャッチし、さりげなく誘導している。日中は、できるだけ尿取りパットの使用枚数も少なくするなどの工夫をしている。	
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	多めの水分摂取の促しやいろいろな飲み物、野菜、果物等での調整と運動を行うが、緩下剤に頼ってしまうことも多い。		
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	入浴は、とても楽しみにしておられ、気持ちよく入られるが、日にちと時間は決まっている。	一日おきに入浴はできるが、利用者の希望や排せつ後のシャワー浴などは、適宜行っている。利用者の状態によっては、職員2人で介助を行い、安全に留意している。	
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	生活習慣に合わせ、休息する方もいるが、多くの時間を皆一緒にソファで休息している。夜間は、家族が用意した寝具で清潔を保ったり、温度調節で支援する。		
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	Dr.の指示に基づき、Nsが調整し、その日の担当が確認している。処方薬の表をファイルし、いつでも誰でも見られるようにしている。		
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	一人ひとりの楽しみごととはいかないが、一人の希望に皆が参加したりでの楽しみはある。		
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	当日には出来ていないが、前もって計画していれば、家族の支援等も得られ、外出できる方もおられる。	天候の良い日は、外気浴や近隣の散歩、保育園を訪問したりしている。また、ドライブや自宅への帰宅は、利用者の希望に応じて対応している。外部評価の訪問時も、広い駐車場にテーブルといすを出し、体操をしたり、話をしたりと、楽しまれていた。	

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	基本的に、お金を所持することはないようにしている。買い物に出かけるときのための支援になっている。		
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	本人の希望通りに、支援できている。		
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	季節の生花をテーブルに飾ったり、塗り絵等を壁に掲示したりと、季節感を取り入れている。	お月見の壁掛けや季節の花を玄関や食堂に飾ったり、共用空間には種類の違うソファを置いたりして、利用者が居心地良く生活ができ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	共用空間で一人になれることは少ないが、気のあった者同士と一緒に座り、会話をしている。		
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	使い慣れた物の持ち込みを進めているが、半数ほどに留まっている。	畳の上に布団が敷いてあったり、ベッドであったりと、利用者の状態に応じ、準備されている。認知症の状態によっては、物があることで混乱する利用者には、押し入れなどに整理し、表に出さない工夫もしている。	
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	なるべく自立した生活を送れるように支援しているが、ハード面での改善が出来ていない。		