

### 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	2772403016		
法人名	有限会社 介護福祉協会		
事業所名	グループホームさち		
所在地	大阪府枚方市釈尊寺町3-38 (1階)		
自己評価作成日	平成26年2月25日	評価結果市町村受理日	平成26年4月30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 MIRO谷町 4階		
訪問調査日	平成26年4月2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)】

月1回の地域ボランティアとの交流、自治会イベント(夏祭りや運動会など)の参加など積極的に行っています。家庭的で安心できる介護を目指し、スタッフ一人ひとりが責任を持ってケアに励んでおります。

【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)】

有限会社 介護福祉協会が運営するグループホームさちは、平成17年8月に、木造瓦造り、2階建ての1~2階部分に、2ユニットで開設された。ホームは、至便な住宅地域内に在り、近隣には、自然の豊かな木々の緑の釈尊寺の山や田園風景、桜並木、古い大きなお屋敷が在る。利用者は、四季折々の季節を味わいながらの楽しい、静かな環境が在る。ホームのケアの重点は、「利用者の従来の日常生活の継続性を確保した、自由で拘束しない、くつろげるケア」「利用者が積極的に各種の地域の行事に参加する外出支援」としている。運営理念を「利用者の安定した生活と家族の安らぎを支えることを目的として、安価で良質なサービスを提供する」「利用者の方に喜んでもらい、家族の方に安心して戴ける介護を目指す」とし、全職員が一体と成っての実践の姿が見られる。

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、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

## 1階

[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	すぐに共有・確認出来るよう掲示している。朝礼・ミーティングなどでスタッフに理念の確認・説明をしている	理念を「利用者の安定した生活と家族の安らぎを支え、安価で良質なサービスを提供します」「利用者の方に喜んでもらい、家族の方に安心して戴ける介護を目指す」としている。理念に地域住民との交流の内容が課題である。	平成18年3月の制度改正で地域密着型サービスの理念が「家庭的な環境と地域住民との交流の下で」の役割を目指した内容が求められたので、全職員での内容の検討が期待される。
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	地域自治会(運動会・夏祭り等)に参加するよう努めている。地域ボランティアとの交流も積極的に行っている	自治会に加入して、地域の各種の催事に積極的に参加している。夏祭り、運動会、近隣の散歩やボランティアによる歌、演奏会、折り紙、習字等での密なる交流がある。溝掃除や回覧板等も利用者と共に参加してる。	
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	運営推進会議に地区民生委員の方に出席していただき、報告・相談する機会を作っている。また介護相談にも応じている		
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	ホームにおける困難事例を紹介し、その解決策などについて一緒に話し合い、意見を頂いている	平成25年度は、6回開催して、延べ18名の参加であった。参加者は、民生委員、地域包括支援センター職員、施設長、計画作成担当者等の参加で、各種の行事・運営の情報交換を行い、双方向的な会議を実施した。	
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	入居者様・家族様また他の施設入所者の家族様の相談などに対して市の担当の方に連絡を取り、アドバイスを頂いている	日常的に、市の担当者を訪問して、事業所の状況報告や相談・情報交換をして協力関係を築いている。介護相談員の受け入れも、毎月1回1名を行い、利用者の話を傾聴し、各種のレクリエーション等での協働がある。	
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	朝礼・ミーティング等で話し合い、防止マニュアルを作成し理解・防止するよう努めている。玄関の施錠については建物の構造上危険性が高い為難しい	全職員は、身体拘束をすることの弊害は理解している。身体拘束に関するマニュアルを作り、研修も実施している。玄関は建物の構造上施錠をしているが、利用者の出入りには即応体制をとり、見守りを重視したケアがある。	
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	朝礼・ミーティング等で話し合い、防止するよう努めている。また、大阪府の「高齢者虐待防止ハンドブック」なども参考にしている		

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	成年後見制度を利用している入居者様を通して、スタッフにも理解を深めている		
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	十分に時間をとり、説明し納得を得ている		
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	苦情や不満・要望など家族の意見を聞く窓口を契約時に説明し、面会時や電話での対応をしている	苦情相談窓口を設置し、担当者による意見・苦情・不安への対応をしている。「さち通信」を毎月発行して行事予定を報告し、担当職員が各利用者の「一日の様子」を毎月手紙にして家族に報告している。	
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	朝礼・ミーティング、個人面談にて意見を聞く機会を設けている	毎日のミーティング(朝・昼・夕)や申し送りノート等で、職員の意見・提案・を聞く機会を設けている。日頃から、業務改善、勤務シフト、ケアの質の向上等の意見交換による意思疎通を図っている。施設長の個人面談もある。	
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	勤務調整やコミュニケーションする機会を多くするよう努めている。希望休を積極的に取れるよう勤務調整も行っている。各自の役割と責任を明確にし、給料面においても反映するよう努めている		
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	個別的な指導に加え、認知症サポーター研修や外部研修に参加した職員の情報還元、専門誌の購読など行っている		
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	地域包括支援センターが主催するGH連絡会・地域ケア会議等に積極的に参加したり他のグループホームと連絡を密に取りあって情報の交換を行っている		

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
<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	入居前より利用者様の様子を伺ったり、話を聞いたりしている。職員全員が常に利用者様の話を聞くようにしている		
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	グループホームでのサービス内容について説明を行ない、納得するまで話し合うように努めている。また、家族の不安や希望を聞き入れるよう努めている		
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	本人、家族様が必要としているサービスを提供できるよう努めている		
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	入居者様とスタッフという関係だけでなく、人生の先輩として悩みを相談したり、話を傾聴するようにしている		
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	日々の生活の変化を報告し、一緒に支えていく関係を築いている。面会時にも常に状況報告をしている		
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	常に利用者の思いを大切に気持ちを理解し、家族と相談しながら、出来るだけこれまでの馴染みの人や場所との関係継続の支援を行っている。近所の方や友人の来訪もある	利用者の生活歴から情報を収集し、利用者の従来からの日常生活の継続性を確保した支援をしている。親しい友人、ヘルパー、ケースワーカーの訪問や馴染みの美容院、商店での買い物、公園の散歩等での支援がある。	
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	職員が入居者様ひとりひとりを理解し、良いコミュニケーションをとれるように架け橋となっている		

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
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	退所後は家族様・新しく入られた施設等に連絡を取り様子を伺ったり、相談等も受け付けている		
<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	随時本人と話し合っているが、誕生日には本人の意思と希望を尊重し家族様の協力も頂きながら、実現するようにしている	アセスメントシート、日々の関わり、申し送りノート、本人との会話等で、利用者の生活や暮らし方の希望・意向を把握し、把握しづらい面については、家族との意思疎通を図り、利用者の自己決定を促がす支援をしている。	
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	入所時だけでなく随時家族様・入居者様との話の中で把握するようにしている		
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	入居者様・家族様・ケアマネ・担当医の意見などを参考に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	三ヶ月ごとにモニタリングを行い、その結果を入居者様、家族様、ケアマネ、スタッフ、主治医と話し合い、その上でプランを作成し、より良いケアが出来るよう努めている	アセスメントシート、各種ケアチェック表、健康管理表、介護経過記録、連絡日誌、本人、家族、職員等から、個人別ケア情報を収集して、介護計画書を作成する。モニタリングは、3ヶ月毎に、モニタリング評価記録表で行う。	
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	日々の様子を介護記録に記入し職員間で情報を共有している。目標に対する結果を日々のケアプラン表に記入しその情報に基づき実践、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	本人や家族の要望に応じられるよう、相談や話し合いをし、柔軟な支援をしている。		

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	運営推進会議などを通じて地域資源を把握し、入居者様の状況に応じてケアできるように支援している		
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、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	ホーム主治医だけでなく、入所時に本人様・家族様との相談の上、協力医との関わりを受けられるよう支援している	利用者の従来からのかかりつけ医を尊重して、受診の支援を実施している。事業所の協力医療機関での受診を希望する場合には、利用者及び家族の納得と同意を得て、受診ができるように支援をしている。	
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	入居者様の状態を看護職員に随時報告と相談をし、適切な受診を受けられるよう支援している		
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	家族を交えて相談し早期退院に向けて連携している		
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	入居時の説明だけでなく、家族様と医師との相談の上で方針を決め、それに向けてスタッフとも方針を共存している	重度化や終末期については、契約時に意思確認書を作成している。重度化や終末期の対応を希望する場合には、その時々での事業所の力量を把握し、現状ではどこまでの支援ができるかを見極め、全職員で話し合い、家族や医療関係者と連携を図っている。	今後は、利用者の重度化や看取りの介護を希望する方々に対応するために、必要な「医療」「人」「介護空間」を提供する具体的な医療連携体制の構築が期待される。
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	急変時のマニュアルや「事故報告書」などを把握し、普段から話し合っている		
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回消防訓練を行ったり、地域の方と話し合っている。地区自治会の方や消防署にグループホームの見取図(入居者様の人数や状態なども記入)も配布している	年2回の消防署立会いの避難・通報・消火訓練を実施している。災害・緊急・避難マニュアルを作り、定期的に訓練もしている。自治会や多くの職員が至近距離(5分以内)に住んでいるので、緊急時の協力体制も築いている。	

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
<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	声掛けや対応については職員同士で気をつけるようにし、記録物の保管にも気を配っている	定期的な、接遇テキストにより職員研修を行ない、職員全員が対人援助サービスの知識と技術を身につけるよう取り組んでいる。人生の先輩に対して尊厳やプライドを損ねない対応を図っている。	
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	自己決定できるよう声掛けや説明を行ない支援している		
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	申送りや朝礼などで入居者様のその日の様子を話し合い、一人一人の生活、リズムを優先し支援している		
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	個人の希望に沿って支援している		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	個人により違いはあるが準備・調理・後かたづけを、出来る範囲で一緒にしてもらっている	献立・食材は業者の管理栄養士の下で作成、供給される。職員が毎日検食(味付け、鮮度、分量、色彩)を行い、楽しみや、安全な食事提供をしている。随時の嗜好調査も行い、献立に反映させている。	
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	一人ひとりの嗜好、適量の把握、水分量の記録を行っている		
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	食後の口腔ケアは必ず行っている。歯科往診も定期的に行っている。本人の力に応じたケアに努めている		

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
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	排泄の記録と本人の状態を把握するように努めている。おむつの使用は減らすように話し合っている	食事・排泄・水分摂取表から健康管理表に記録化された(時系列に記録)排泄記録を基に、排泄パターンを把握して、トイレ誘導を促がしている。そこには、あくまでも、自立支援を目指した排泄支援の取り組みが見られる。	
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	排泄チェック表を記入し管理を行っている。食事量、水分量、運動にも気をつけて取り組んでいる。必要時は主治医と連絡を取り内服薬も使用している。		
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	本人の体調や気分を最優先して、無理にしないように心掛けている	基本的には、入浴は週2回としているが、利用者の希望により柔軟に対応をしている。希望があれば同性介助を行い、洗身や洗髪は出来るだけ本人が自主的に行う。利用者が楽しみながらの入浴に取り組んでいる。	
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	個々の生活習慣を大切にしている		
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	薬情報書がいつでも見れるようにしている。お薬変更時は必ず申し送りの上、様子観察を行っている		
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	その人に合わせた持続できる役割や楽しみを探し、してもらっている		
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	希望にそって出来る限り協力するよう努めている。家族様にも協力して頂き、計画的に外出することもある	利用者の体調や健康状態を考えて、希望があれば何時でも戸外に出られる支援をしている。近隣の散歩、買い物、お花見や家族との外出等で、四季折々の楽しみながらの取り組みの工夫が見られる。	



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	職員と一緒に買い物に行き、自分で支払いを行うよう支援している。		
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	家族様と相談しながらできるよう支援している		
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	落ち着いた雰囲気でも過ごして頂く為、余計な装飾はしないように心がけている。また季節感を取り入れたものをさりげなく飾るようにしている	採光で、明るく、清潔で、ゆったりした、居間兼食堂は、木製の食卓が置かれて、廊下や壁面はベージュ色の優しい、明るい色調で統一してあり、心が和む。2階に上がる階段には昇降機が設置されて、重度者や災害時の避難にも配慮している。2階には、畳のコーナーが在り、寝転がってくつろげる空間がある。	
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	ソファで入居者様同士で寛いでもらえるスペースもあり、居室はひとりで居られるよう全て一人部屋となっている		
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	居室の家具は出来るだけなじみのものを使っていただくように、持ちこんでもらっている	各居室には、馴染みの家具、家族の写真、人形等が持ち込まれて、従来の生活の継続性がある。居室のドア横に顔写真と名前の表札があり「私の住まい」が確認できる。窓からは田園や山の緑が観える静かな環境が在る。	
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	手すりや家具の配置に注意しながら、個々の身体機能を出来るだけ活かすように工夫している		