

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	4570101826		
法人名	医療法人 春光会		
事業所名	グループホーム雁ヶ音	ユニット名	2F
所在地	宮崎市東大宮4丁目20-15		
自己評価作成日	令和2年7月10日	評価結果市町村受理日	令和2年10月16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 https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_pref_search_list_list=true

【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	令和2年8月6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)】

当事業所では地域密着型介護サービス事業所である為、地域の方々との連携を大切にしております。毎週木曜日午前9時から施設に隣接した公園にて地域のラジオ体操に参加、また田植えや稲刈りを地域の小中学生と一緒にするなど、他にも多数の地域の活動の運営や参加をする事により、地域の一員として認知されております。

【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)】

自治会に加入し、運営推進会議には地域の多くの代表者が出席している。地域の要請で認知症や介護に係る講話や相談に応じており、地域密着型事業所として住民の安心、信頼を得られるよう取り組んでいる。また、地域住民による車いす送迎ボランティアや、防災協力員登録など、地域住民との協力体制の構築にも取り組んでいる。

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	2F	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	毎朝の朝礼にて理念を唱和している。また、理念を各フロア内に掲示している。		利用者が家族の一員として、尊重され見守られる中で、安心して穏やかに暮らしていくことを基本理念として、ホーム開設当初から継続に努めている。	
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員として日常的に交流している	自治会に加入し、地域の行事に積極的に参加している。月2回/地域パトロール、週1回/隣接公園にてラジオ体操。また、地域の夏祭りでは実行委員とし祭りの運営から出演まで参加している。		利用者と職員は地域主催の夏祭りやラジオ体操に参加したり、ホームの餅つきに地域住民を招待するなど、地域との交流に取り組んでいる。	
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	包括支援センター主催の「徘徊模擬訓練」の運営、「地域ケア会議」へ出席し地域住民へ認知症の方への声のかけ方や考え方など説明を行っている。			
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	二ヶ月に一回定例で運営推進会議を開催し、多くの地域住民からなる構成員(周辺地区自治会長、民生員など)へ施設の課題など話合っている。防災訓練時には多くのご意見・ご提案を頂いた。		隣接する2グループホームと通所施設の合同会議として、活動内容や行事案内、利用者状況等報告し、各事業所の理解を深めている。全地区の自治会長の他、多くの推進員からの情報や提案をサービス向上に生かすよう取り組んでいる。	
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	認知症チームケアマネジメント推進研修会に毎年参加し、近年では管理者・介護支援専門員が協力員として市町村担当者と協力関係を築いている。		法人やホームから担当課に相談したり、市の研修会へ参加するなど、担当者と協力関係の構築に取り組んでいる。	
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	「身体拘束廃止委員会」を2ヶ月に一回開催している。また、入所契約や担当者会議時に家族へ「身体拘束は行わない」旨を説明している。		身体拘束廃止委員会を運営推進会議に併せて開催し、施錠やスピーチロックを含めた拘束の弊害を推進員に理解してもらい、出された意見や提案を取り入れている。職員全員が身体拘束の無いケアに取り組んでいる。	
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	施設内で虐待防止研修の開催、施設外での研修参加により共通理解を深めている。また「虐待の芽チェックリスト」を二ヶ月に一回実施し、自身の行動の振り返りを行っている。			

自己	外部	項 目	自己評価	2F	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	定期の施設内研修にて包括支援センター職員より成年後見人制度の研修を開催し、過去の事例などを活用しながら制度について理解を深めている。			
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	契約、解約、改定時には利用者や家族へ丁寧に説明し手続きを進めている。			
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	年に数回家族会を開催し、家族同士の意見交換の場を設け、疑問や意見を出しやすい環境を作り、サービス向上を目指している。また意見箱をホールに設置している。		家族会や個人の意見・苦情など、情報を共有し、意見を出しやすい環境づくりに努めている。また、意見を運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	月一回、リーダー会・フロア会を開催している。リーダー会議事録を施設長まで提出し、現場の声が届き検討・改善されるシステムが作られている。		全職員参加の各ホームのユニット単位の花ア会議、隣接する事業所の合同スタッフ会議を毎月開催している。その他リーダー会議や食事検討会を機能させ職員の意見を反映させるよう取り組んでいる。	
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	月一回のリーダー会などで職員個々の実績を把握し、職員の処遇改善につなげている。			
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	職員の職歴・資格・力量に合わせた外部研修に参加し報告書作成・施設内研修での発表をする事により技術や知識の向上を促している。			
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	宮崎県グループホーム連絡協議会に加入し、研修や意見交換会に参加している。			

自己	外部	項 目	自己評価	2F	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	管理者・介護支援専門員が入所前の面談で本人家族の方々と聞いている。可能な時は本人に見学に来ていただいている。			
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	見学時は管理者・介護支援専門員が対応し要望・不安に耳を傾け施設としてできるケアを丁寧に説明し入所していただいている。			
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	入所時、できる限り本人の思いを聞き出すよう努め、困難な場合は家族の要望・思いを取り入れながら施設生活が安心してスタートできるよう努める。			
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	利用者は人生の先輩として見守る事を職員間で共有しあいながら、できないところを支援するように努めている。			
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	家族が本人に対しての支えの継続を希望される時はスムーズにできるよう手伝い・見守っている。			
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	新型コロナ感染防止の為、面会や外出に制限があるが、電話やオンラインテレビ電話を導入して会話ができるよう支援している。	感染症防止対策のため、ガラス戸を挟んだ電話や、可能な家族とはテレビ電話を活用して、家族や馴染みの人との関係継続の支援に取り組んでいる。		
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	会話を望まれる利用者同士を同じテーブルで食事をしたり、物作りができるよう配置の工夫をしている。他者との交流困難な方は職員が間に入り一緒に活動できるよう支援している。			

自己	外部	項 目	自己評価	2F	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	入院やその他の理由により退所された場合であっても、これまで通りの生活が継続できるよう専用の用紙を使用し情報提供を行っている。			
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	本人や家族から得た情報を職員間で共有し、本人本位の生活に少しでも近づけるように努めている。		職員は日常的に本人に寄り添い傾聴するよう努めている。表情や発語から把握した希望や意向を職員で共有している。また、家族への聞き取りは、センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)を活用し、本人の意向の把握に努めている。	
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	前施設から得た情報・本人の話・家族に記入いただいたセンター方式シートを活用し、これまでの生活を探るように努めている。			
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	管理者・リーダーと連携し職員が日頃のケアの中でできる力、分かる力に視点を持てるよう努めている。センター方式シートも活用し、現状の把握に努めている。			
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	月一回のケア検討会で管理者・リーダー・職員でケアの検討を行っている。担当職員は月一回モニタリングを行ったり、担当者会議に参加できるよう調整している。		利用者の担当職員は、毎月モニタリングし管理者やケアマネジャーとのケア会議に参加し情報を提供している。家族と可能な限り本人も参加する担当者会議を行い、介護計画を作成し、3か月毎に見直しを行っている。	
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	日々の記録はD-4シートを使用し●○セット記入で職員の気づきを反映した計画書を目刺し、職員間で実践できるように努めている。			
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・家族の状況に応じ職員以外、管理者・介護支援専門員・事務員も対応できるようにしている。			

自己	外部	項 目	自己評価	2F	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	週一回隣接公園で実施される地区主催のラジオ体操と夏祭りの参加、稲刈りや田植えに積極的に参加し本人の力の発揮できる場へ参加し、地域の方々と交流している。			
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	かかりつけ医や専門医は本人と家族が自由に選択できる。希望があれば協力医療機関を紹介している、どの医療機関でもスムーズに受診できる体制となっている。		かかりつけ医への通院、月2回の在宅診療、週1回の訪問看護により、利用者の健康管理に努めている。通院や救急受診に家族が対応できない時は職員が支援している。	
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	施設内で看護職を配置し、看護職と介護職が連携し日々の体調管理を行っている。また、協力医療機関から週一回看護師が健康チェックへ訪れ、医療との連携をとっている。			
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。	スムーズな入退院ができるように専用の情報提供書を作成し情報共有に努めている。			
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	「重度化した場合の指針」を入所契約時示し、署名・捺印を頂いている。また、日々の状態変化に合わせて終末期の過ごし方の希望を担当者会議等で確認を行い主治医と情報共有をしている。		入居時に終末期、看取りについて、ホームの指針をを説明し、家族などの意向を確認して終末期に向けた支援に取り組んでいる。	
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	年一回、救命救急訓練を実施し急変時に備えている。また急変時のマニュアルも整備している。			
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	年二回、災害時避難訓練を実施している。避難訓練時には地域の方々にも参加してもらい、協力体制を整えている。災害時備蓄も整備している。		訓練は地域の協力者も緊急通報にて参加し火災時の避難訓練を実施している。2階からの避難には、はしご車を要請し、第1次避難場所を敷地内に設定しているが、火災時に放水することを想定した場合、妥当な避難場所とは言い難い。	避難場所の安全や、2階からの脱出の所要時間や方法など、命を守る一層の対策に期待したい。

自己	外部	項 目	自己評価	2F	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	全職員が「虐待の芽チェックリスト」を活用しながら、個人を尊重した声かけの振り返りを実施し、権利擁護について意識を高めている。	職員は3か月毎に自己評価している。全体の研修やリーダーによる指導で、職員の理解や意識を高めるよう取り組んでいる。		
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	表情や日常会話から本人の希望を探り、自己決定ができるように選択肢を増やし支援している。			
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	一人ひとりの気分や体調に合わせて過ごせるように支援している。			
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	季節や活動内容に合った、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。			
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	下ごしらえ、盛り付け、配膳、片付けなどの準備を職員と一緒にしている。美味しく食事ができるように、食事形態も個別に工夫している。	法人の管理栄養士による献立を基に各ユニットで調理し、同じ食材で献立を工夫したり、利用者も味見や下ごしらえに参加するなど、食事が楽しみなものになるよう取り組んでいる。		
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	栄養士がカロリー計算を行った献立を利用している。食事・水分摂取量を把握し、体重の増減もチェックしている。			
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	毎食後歯磨きの声かけ、口腔ケアを行い口腔内の清潔維持に努めている。協力歯科医の訪問診療や定期口腔ケアの支援も行い、年一回口腔ケアについて研修も行っている。			

自己	外部	項 目	自己評価	2F	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	一人ひとりの排泄パターンを探り、定時・個別誘導・声かけを行い、可能な限りトイレで排泄ができるように支援している。		排泄パターンを把握し、トイレ誘導や夜間、ポータブルトイレを使用するなどして排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	排泄チェックシートを活用し個人の排泄習慣を把握し、乳酸菌飲料や適度な運動ができるよう支援している。			
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	入浴は毎日実施し、一人ひとりの体調や希望に合わせて入浴できるようにしている。		ストレッチャー浴など、個人の状態に合わせて、入浴できるよう支援している。	
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	これまでの生活習慣に合わせて起床就寝、昼寝など個々のタイミングに合わせ、寝具を清潔にし、室温湿度を調整している。			
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	誤薬を防ぐ為に服薬マニュアルに添って、慎重に服薬の支援を行っている。服薬後も様子観察し、特変時には早急に主治医に報告をおこなっている。			
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	生活歴や個々の持っている力に合わせて家事などの役割を職員と一緒にしている。気分転換として生け花や書道など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	個別レクリエーションとして散歩・買い物など外出ができるように支援し、家族の協力をもらい自宅まで外出や、冠婚葬祭参列の支援も行っている。		毎週木曜日のラジオ体操や散歩、買い物など日常的な外出や年間レクリエーションを計画し、季節ごとのドライブや食事などの外出支援に取り組んでいる。	

自己	外部	項 目	自己評価	2F	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	家族と相談し、必要に応じて自身で所持・管理をし、外出時には自身での支払いを支援している。			
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	家族と協力し、本人が電話をしたい相手と話せるように支援している。また、年賀状の作成を支援している。			
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	季節感のある飾りや花を飾り、室温湿度も調整しながら過ごしやすい環境を整えている。		日常的に机、椅子や手摺り、ドアノブなどの手が触れる所の清拭や、室温や換気など健康管理に留意している。生け花教室や習字教室の作品が展示され、身近な季節感や生活感が継続できるよう工夫している。	
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	気の合う方と話しやすい席の配置にたり、周囲を見渡しやすい席、逆に周囲が目に入りにくい席など家具の配置を工夫している。			
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	入所以前に使用されていた物、馴染みの品々、家族との写真など心地よく安心して過ごせる居室になるよう工夫している。		本人にとって使い勝手の良い椅子やクッションを持参したり、家族の写真や自作の活け花や習字を配置して、安心して穏やかに過ごせる居室になるよう工夫している。	
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	トイレの場所や、食事のメニュー、各部屋へは表札を表示し分かりやすいようにしている。			