

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	1271000232		
法人名	株式会社 ケアサービス・まきの実		
事業所名	グループホーム神明町ガーデン		
所在地	千葉県館山市北条1173-6		
自己評価作成日	平成25年2月23日	評価結果市町村受理日	平成25年5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	http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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 ACOBA
所在地	千葉県我孫子市本町3-7-10
訪問調査日	平成25年3月19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)】

その人らしく生活できるようにお一人おひとりの生活時間を大切にしています 。生活歴を重視し趣味や楽しみの継続ができるように支援しています。 。お一人おひとりの能力に合った自立支援を行っております。 。組織的に事業を行いその運営ノウハウを新規事業展開に活かしています
--

【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)】

開設10年が経過し入居者の高齢化は年々進行しているが、経験豊富な管理者のリーダーシップの下、生活のあらゆる場面で一人ひとりに対してきめ細かなサービスが提供され、比較のお元気に過ごしている方が多い。食事には特に配慮しており、毎食とも調理専門の職員が各人の好みの味付けや食形態に合わせて調理し、また食事の介助にも一人ひとりに寄り添って、出来るだけ食べられるように上手に気配りしている。ホームの利用者満足度は極めて高い。利用者の状況を細かく観察・記録し、主治医・看護師を交えての検討結果を出来る限り具体的に介護計画書に記述し、全職員が統一したケアに取り組む仕組みを作り上げており、その成果と言えます。

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)	<input type="radio"/> 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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	理念を玄関に掲示し意識付けすると共にサービス計画書で取り組んでいる。	管理者は「その人らしく生活できるように、お一人おひとりの生活時間を大切にします」という理念の実践に強い思いを持ち、折にふれて職員と話し合っている。理念に沿った支援を一人ひとりのサービス計画書に具体的に落とし込み、日々きめ細かく対応している。	
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	開設時より町内会に加わり、朝顔展、盆踊り大会、運動会、防災訓練等に参加している。	開設以来地域との関係づくりに努め、町内会に加入して、地域の諸行事や活動に利用者と共に参加している。また、小学生の職場体験生や地域のボランティアを受け入れ交流を図る等により、相互理解を深めている。	
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	地域行事には利用者も共に参加をし適切な支援により交流を持ち、普通に生活できることをアピールしている。地域の小学校の職場体験の受け入れを行った。		
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	2ヶ月毎の会議を開催し意見交換、最新情報の収集を行い、利用者の状態を見て頂くなどしている。	運営推進会議は毎回行政職員、民生委員他地域の関係者、利用者等の参加を得て隔月開催を定着させている。運営状況の報告や意見交換を行い参加者の相互理解に努めている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議への出席により実際のサービスを見て頂き報告をしている。	2か月に一度開催の運営推進会議に毎回市の高齢者支援課職員や関係地域包括職員の参加があり、ホームの現場を見ていただき、また意見交換することにより理解と連携を図っている。	
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	ミーティング時に研修実施 自力体動のない方のベッド柵の禁止。車椅子上での抑制ベルトの禁止。玄関の施錠は夜間のみとしている。	ホーム理念を踏まえて身体拘束をしないケアの実践に努めており、付き添いや見守りの対応で日中は玄関の施錠もしていない。ホームの方針及びそのリスクについては家族とも話し合い理解を得ている。	
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	高齢者虐待防止法についての研修実施 入浴時、更衣時に複数の職員により全身観察を行い異常に気付く体制を取っている。		

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
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	権利擁護に関する研修実施し理解を深めるように努めている。		
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	利用者、家族の思いを受け止め重要事項説明書を用い理解を頂くように説明の上で契約を取り交わしている。		
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	苦情相談窓口を設けている。 面会、家族会には時間をかけてご意見を頂きご意向に沿うサービス計画で取り組んでいる。	面会時の家族との話し合いを大切にしているが、来訪の少ない家族とも電話やメールで都度連絡を取り合い、要望はサービス計画に取り入れて実践している。家族会も懇親会とセットで年2回実施している。	
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	定例会議での議題を職員から提出している。 人事考課面接や日常の中で意見の表出ができるようにしている。	管理者はきめ細かく職員との話し合いや指導に当たっており、個人的な要望も受け止めている。アンケートでも全利用者・家族から「職員は生き生きと働いている」との高い評価を得ている。	
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	出勤簿により勤務状況の把握をしている。 人事考課によりやりがいを感じられるように評価をしている。夏季、年末年始、有給の休暇制度があり利用している。		
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	内外での研修受講を予定を組み行っている。 法人内の勉強会、研修会は出席できる時間帯に設定し参加しやすい環境作りをしている。 作業療法士、理学療法士、看護師の指導を直接業務の中で受けることができる。		
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	外部研修、グループ内勉強会、研修会を通じ交流、スキルのアップを図っている。		

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	入所前の自宅訪問、面接をし情報の収集、傾聴に努め、信頼関係の構築を図っている。		
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	面接を通し傾聴、信頼関係の構築を図っている。		
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	アセスメントを取りサービス計画で取り組んでいる。		
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	職員、利用者間では上下関係はなく不安に感じることへの支援をし家事などできることは自身で行っている。		
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	運営推進会議への家族の出席や家族会がある 家族との外出、面会は優先して支援をしている。		
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	面会は事前連絡をお願いし優先して支援をしている。週1回のDSC訪問を継続している 利用者がいる。	利用者に毎週、会いに来る家族もいる。個人の希望に応じて近隣のお寺への散歩、化粧品品の購入や隣家へ回覧版を届ける等、地域の方と会話が出来るよう支援に努めている。 入居前から利用していた向かいのデイサービスへ行っている方もいる。	
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	食事の席の工夫をしている。 関係が継続できるように話題提供、レクリエーションの提供をしている。		

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
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	季節の挨拶状の交換や相談事への真摯な対応に努めている。		
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	生活歴の把握、日頃の会話の中からの思いの把握ができるようにコミュニケーションを取り支援をしている。言葉での表出が困難な方は表情を読むようにしている。	一人ひとりの希望や意向の把握に努め、意向表出が困難な方は表情や仕草等から本人本位にきめ細かに支援している。	
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	入所前に自宅訪問をして暮らし方、生活環境の把握に努めている。 家族や居宅ケアマネからの情報収集を行っている。		
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	個人記録や申し送りにより日々の暮らしぶりや身体状態の把握をしている		
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	家族、主治医、看護師、職員を含めての担当者会議で方針の確認、職員によるモニタリングを行っている。身体変化ある際には都度の担当者会議を行っている。	常に一人ひとりの状況を細かく観察、記録し、担当者会議では自立支援に向けて家族、主治医、看護師、職員等で話し合い、統一したケアに繋がるように具体的な目標等を介護計画に記述している。アンケートでも家族から高い評価を得ている。	
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	サービス計画書に沿った、ケア、記録をし記録は職員全員が確認出来、担当者から見直しについては意見が出る。		
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	受診同行、診察結果の家族への報告、家族との外出支援等優先順位を見極めて支援		

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	地域のオムツ支給事業の受給支援や地域での買い物、地域行事への参加支援を行っている		
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	入所時の説明に主治医変更をお願いし主治医の2週間毎の訪問診察を受け、関係の構築をしている	母体の赤門整形外科の副院長(認知症専門医)並びに看護部長の2週間ごとの訪問診療によるなじみの関係の中で、安心して医療が受けられる。	
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	グループ内の担当看護師は個人記録を確認できる権限を与えられ常に現場の介護士の相談を受けられ、アドバイスを出せる。		
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。	入退院時の情報提供書の提出やカンファレンスの同席、受診同行時に関係の構築。入院による認知症高齢者のリスクを理解して頂けるよう働きかけている。		
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、事業所の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	入居時に看取り介護の説明、同意書を頂いている。家族会で終末期ケアについての主治医の講話をお願いした。状態の変化ある際には担当者会議で方針の確認。支援をしている。	家族会で終末期ケアについての講話を主治医(母体病院副院長)にお願いするなどして、日頃から終末期の対応について家族と共有している。主治医、看護部長との連携により安心して終末期を迎えられる。	
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	消防署による心肺蘇生法の講習を受け技術の習得をしている		
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	夜間帯想定訓練を行い、優先順位、手順の確認をしている。消防署の消火器の扱いの指導、避難訓練の指導等受けている。隣家の庭を通るなど協力を得ている	年2回は消防署協力の下で総合訓練を行い、2か月毎にホーム内で夜間想定避難訓練を実施している。また隣家の庭を通る等の協力を得ている。平屋で避難し易い造りであるが、スプリンクラーも近々設置予定である。	

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	権利擁護に関する研修をしている。倫理規定に諷い意識付けをしている。入居者の前では他入居者の話はしないよう教育をし、接遇教育にも力を入れている。	管理者の指導の下、言葉かけ、動作、入室時のノック等には特に留意し、常に利用者の尊厳やプライバシーの確保に努めている。接遇は接遇委員会メンバーが中心となって取り組んでいる。	
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	食事やおやつ時に一緒に過ごし思いの表出がしやすい関係作りをしている。可能な限り本人の言葉での意思決定を促している。		
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	日々の体調により起床、食事、休憩時間、活動が違う。その日の体調での外出やレク等を行っている。		
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	口紅や化粧品の購入支援、理容店、訪問美容師の利用等一人ひとりに合った支援をしている。		
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	好みに合わせてパン食の提供をしている。入居者の能力に応じての作業を一緒にしている。	食事には特に配慮しており、毎食とも調理専門の職員が各人の好みの味付けや食事形態に合わせて調理し、また一人ひとりに寄り添い、全量摂取が出来るよう上手に介助している。調理、配膳、食器洗い等が出来る方にはゆっくり見守りながら一緒にしている。	
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	食事量のチェックを行い早目に補食の提供をしている。水分の摂りにくい方にはフルーツやゼリーなどを提供し必要量が摂れる工夫をし記録での摂取量のチェックをしている。		
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	義歯の洗浄、歯磨きの見守り、声掛け等している。		

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
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	日々の排泄チェック表でのパターンの把握をトイレ誘導している。日中と夜間では排泄アウターの切り替えをトイレでの排泄ができるように支援している。	排泄チェック表で個々の排泄パターンや習慣を把握し、特に夜間は転倒防止に配慮してトイレ誘導を行っている。	
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	高齢者を理解したうえで毎朝の牛乳の提供をしている。食物繊維の多い食品の提供、腹部ホットパック施行、歩行等自然排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	午前浴、午後浴と一人ひとりの希望の時間帯となるようにしている。	週2～3回が基本で、午前浴か午後浴かは利用の希望に応じ、一人ひとり入浴を楽しむ事ができている。拒否のある方はタイミングや声かけ等の工夫に努めている。	
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	体調に合わせて居室でゆっくりと休息をとれるようにしている。定期的なリネン交換や布団干しを行うなど環境を整えている。		
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	居室担当者が薬の説明書により理解を深め情報の共有をしている。一人ひとりの能力に応じた服薬介助をしている。毎日のバイタル測定や腹囲測定、表情等の観察で変化の早期発見に努めている。		
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	趣味の継続や能力に合った家事参加を支援している。日々の天候に合わせてのドライブや買い物同行の支援をしている。		
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	会話の中から買い物やドライブ、散歩など希望を聞くようにしている。家族との外出、外食等優先して支援している。	近隣への散歩、買い物等は個々の希望に添って出掛け、また地域の盆踊りや運動会等へも参加されている。季節行事、日帰り旅行等の企画も多く車で出掛け、アンケートでも家族から適度な戸外、近郊への外出支援を受けているとの高い評価を得ている。	

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	家族の同意で財布を所持している方もいる。 本人の望むものは購入し支払いができる方は直接支払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	電話希望の方にはその場での対応をしている。携帯電話所持の利用者もいる。		
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	認知症の理解をし生活音、話し声が騒音とならないように注意しあっている。館内は季節ごとの装飾や写真を掲示している。	壁紙や全窓が二重サッシへとリニューアルされ、窓からの眺めも素晴らしい。明るい館内には家族からの絵手紙や写真等が掲示され、季節感のある装飾もされている。広いトイレの手すりには分かりやすく赤いテープを巻く等、利用者本意の細かい配慮がされている。	
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	2か所の食堂と3台のテーブルで思い思いに過ごせるようにしている。		
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	家具の持ち込みをお願いし、配置を自宅のようにし写真の掲示や装飾物で馴染みの環境を作っている。	自宅で使い慣れたソファや亡きご主人手作り小筆筒等を持ち込んだり、家族の写真や絵手紙が貼る等、それぞれ居心地良く過ごせる部屋作りをしている。	
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	トイレドアのノックの表示、トイレ内補助バーに赤いテープの貼付、風呂場に温泉マークの表示をし迷わずに使えるようにしている。		