

### 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	3171600236		
法人名	医療法人社団 日翔会		
事業所名	グループホーム いちようの木 (いちようユニット)		
所在地	鳥取県日野郡日野町根雨899-1		
自己評価作成日	平成22年8月10日	評価結果市町村受理日	平成22年10月8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	<a href="http://fukushi-kouhyou.pref.tottori.jp/koukai/kig/kig_dtl_khn_320.aspx">http://fukushi-kouhyou.pref.tottori.jp/koukai/kig/kig_dtl_khn_320.aspx</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	有限会社 保健情報サービス
所在地	鳥取県米子市西福原2-1-1 YNT第10ビル111
訪問調査日	平成22年9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)】**

ゆったりとした生活の中で、お客様同志が助け合い、支え合いながら生活の場を築いている。お客様一人ひとりに、役割を持って頂き、生きがい、やりがいを引き出している。

**【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)】**

施設裏に川が流れていたり、環境的にも時間がゆっくり流れているような落ち着いた雰囲気がある。管理者及び職員は利用者の思いや願い、意向を知ることがケアの基本と考えており、ゆったりと寄り添ってより良いサービスの提供を目指している。利用者は職員に見守られながら家庭的な雰囲気の中で穏やかにかつ楽しく暮らしている様子が伺える。家族とのコミュニケーションも良く安心感を与えている。

**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

[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	住み慣れた地域の中での、安心した暮らし、関係性の継続を大事にしていくことを、理念にし、日々実践に繋げている。	理念を入口に掲示する事により、管理者 職員共に日々理念を念頭に置き、利用者が地域の中で安心して暮らせるよう配慮されている。	
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	自治会に参加し、地域行事や訓練等の参加。いちょうの木行事に参加して頂き、交流を図っている。 毎月、広報誌を商店や近隣に配布している。	地域行事への参加と、ホームで行う行事に住民やボランティアグループが参加するなどの交流が行われている。	町民へのホームの認知度を高め、行事のみでなく、日常的な地域住民との交流の検討を期待します。
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	地域に対して、認知症の理解を広める勉強会等の活動は行えていない。		
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	以前は、3ヶ月に1度の開催でしたが、現在は2ヶ月に1度開催し、自施設の取り組みを報告し、推進委員の方々より意見を頂き、サービス向上に活かしている。	会議は2ヶ月に1回開催され、活動報告、意見交換が行われているが、地域代表の出席が少なく地域の理解意見が得にくい。	会議の開催時間の設定や参加者の見直しを行い、施設に取って重要な会議である事をもっと理解してもらい、より多くの方に施設の取り組みを周知して頂ける事を期待します。
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	市町村担当との、連携は以前に比べて取り合っており、いちょうの木の情報等提供している。	市町村担当者とは介護保険に関する情報を受け、ホームからの情報も提供して協力関係を築いている。推進会議ではサービスに関する意見や助言を得ている。	
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	身体拘束の勉強会を行い職員に周知している。 マニュアルを常に取りやすいところに置いている。 日中は、自動ドアの電源は入れ、2Fの入口は鍵をかけているが、毎月委員会の方で開放に向けての検討を行っている。	事業所の運営規定に利用者の身体拘束と行動制限を行わないことをあげ、職員は勉強会で理解を深めている。2Fのユニット入口の開放は試行錯誤が続いている。	利用者や家族とも良い関係がとれているので、2Fのユニット入口を開放し、そこで起こりうる問題点を一つずつ解決される事を期待します。

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
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	高齢者虐待防止関連法についての、勉強会は行っている。 実際の現場においても、職員同士が意識して指摘、注意をしている。		
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	職員への説明や勉強会は、行っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には、自施設のケアに関する取り組みや、考え方等時間をとって丁寧に説明し、納得して頂いている。 契約解除については、家族にきちんと説明し対応している。		
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	お客様の言葉や態度からその思いを察する努力をし、不安や意見等はユニットミーティングで話し合いをしている。毎月家族には、手紙で暮らしぶりをお伝えし、病院受診や特変等すぐに伝えるべきことは、電話にて報告をしている。	来所時や電話にて、「良いこと」「悪いこと」すべて隠すことなく、家族へ報告がなされており、家族も施設に対し信頼を置いている。法人独自の家族アンケート等の取り組みもなされ、施設運営に反映されている。	
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	日常の業務においてリーダーが職員からの意見を吸い上げ月1回のユニットミーティングや職員会、委員会、面接等を行い把握している。	事前に会議内容を決めておき、各自意見をまとめてから会議に出席しており、進行もスムーズに行われている。全体会議の後にすぐユニットミーティングを行い、職員の意見も速やかに反映される仕組みがある。	
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	年に2回、法人独自の「こやまケア自己評価」「こやまケア外部評価」「360度評価」「個人目標」等を行い、各自が向上心を持って働ける職場作りを行っている。		
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	職員のレベルに応じた研修を法人内外で行っている。事業所内の勉強会は月1回参加しスキルアップを図っている。グループの全国組織で行う研修にも参加しマネジメント力を養うようにしている。フォローアップも行う。		
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	GH協会の相互研修、法人内のGH相互研修に参加し、事業所外の人の意見やケア方法を、持ち帰りミーティングの中で何が出来るか話し合い良いと思うことや、出来る事から初めている。		

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
<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	不安や相談があった場合きちんと耳を傾けて、本人の求めているものにじっくり話し状況把握をしている。 事前に通所介護の利用も勧めるよう工夫している。		
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	御家族が求めているものを理解し、施設で対応出来る事は何かをきちんと説明するようにしている。		
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	相談時に、本人や御家族の思いを確認しながら支援の内容の提案や相談を繰り返しながら、必要なサービスに繋げるように話し合っている。		
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	本人が主役になれる場面作りをし、職員に技を教えて頂ける等、支えあう関係を築いている。		
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	お客様の思いや様子、職員の思い等を伝えている。 外泊、外出等勧めたり、行事等に誘っている。		
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	買い物、運動会、行事等地域の馴染みの方との交流が途絶えないように支援している。	利用者の友人が時折訪ねてこられるが、年々少なくなっている。墓参りや通院に関しては家族の協力を得て行っている。	
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	お客様同志の助け合いの場面は、日常的に支援出来ているが、孤立しがちなお客様には職員が寄り添いかかわるよう支援している。		
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	他施設に行かれても施設内で仲良かった方にお客様、職員と一緒に面会に出掛けられている。 経過、その後の様子等知り、フォローし相談や支援を行っている。		

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
<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	日常の会話の中から、本人の思いや希望を聞き出せるよう努めている。 困難な方には、ご家族からの情報交換や言葉にならない思いを汲み取るようにしている。	利用者の何気ない一言などを「希望ノート」に記入していき、利用者の気持ちの変化や今の考え・気持ちを日々のケアに反映できるように準備をしている。	希望ノートや生活援助記録の更なる有効な活用を期待します。
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	入居前にご家族・本人から詳しくアセスメントを取ったり、担当ケアマネから情報をもったり、入居してからも、日常の会話の中から少しずつ聞き取り情報の把握を行っている。		
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	その方の生活リズムを把握し、出来ないことはこちらで支援している。		
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	本人・ご家族の思いや要望を聞き、ケアプラン実行・モニタリング・評価・カンファレンスを繰り返している。	3か月に1回プランの見直しを行い、その際に現状をご家族にきちんと説明した上で、本人・家族の意見を取り入れた新規プランが作成されている。	
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	健康管理表には、食事量、排泄、バイタル記録を記入。毎日の生活記録には本人の訴え、変化行動に対して、職員の気づきや対応を記入している。		
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	お客様にとって負担となる受診や、入院の回避、早期退院の支援等をして生活の継続をしている。		

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	地域資源との協働は行っていない。 ごく一部のお客様は年に1回の町文化祭に自主作品の出展をしている。 このような場を設けることができるよう行政の支援を受けている。		
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	本人やご家族が希望するかかりつけ医になっている。	本人や家族の希望を聞きながら、かかりつけ医を選定しているが、入所者のほぼ全員が地域の中核病院をかかりつけ医として利用しており、何かあった場合はすぐに対応できるようになっている。	
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	隣接する法人内の施設看護職員に相談している。		
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。	入院によるADLの低下やIADLの低下を防ぐ為、PSWと話す機会を持ち事業所内で対応可能な段階でなるべく早く退院できるようにアプローチしている。		
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	本人やご家族の希望を尊重しつつ、事業所で出来る事、出来ない事をきちんと説明している。	法人としてターミナルケアは行わない方針であり、本人・家族には、緊急時には協力病院へ搬送し対応する事を契約前や入所時に説明を行い、理解を得ている。	
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	緊急時の対応方法の勉強会は、定期的に行なっているが、不安に思っている職員も中にはいる。		
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	防災訓練を年2回行っている。 地域の方にも、何かあれば協力して頂くよう日々お願いしている。 隣接する施設との協力体制は、きちんと出来ている。	防災訓練は年2回行われており、夜間想定訓練も行われている。隣接する法人施設との協力体制はできている。	災害時の地域住民との具体的な協力体制も確立される事を期待します。

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>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	プライバシーについて勉強会を行っている。 マニュアルは取りやすい場所に設置している。 気づいたときに、その場で指導している。	職員全員が、言葉一つにも注意を払い、不適切な発言等あればすぐに対応し直させる事が徹底されており、利用者の人格や尊厳等を尊重するよう教育がなされている。	
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	1人ひとりに合わせた声かけを行い、本人が納得されたことを支援している。		
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	基本的な1日の流れの中で、一人ひとりに合った個別の支援をしている。 一人ひとりにどう過ごしたいのかの意見を聞いている。		
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	本人が好むおしゃれが出来るように努めている。		
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	役割提供にて、準備、片付けを一緒にしている。 一人ひとりの力を活かしながら、出来ることを支援している。 好みのものや、旬のものを取り入れ工夫している。	職員は利用者の希望を取り入れた季節感のある献立をたて、利用者と同じテーブルで食事をし、穏やかな雰囲気がみられている。利用者は盛り付け、配膳、後片づけを職員と共に行っている。	
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・水分摂取量は把握している。水分をあまり取られない方には、時間をずらして提供したり、ゼリー等提供している。カロリー、栄養バランスについては栄養士が常駐していない為きちんとしたことは出来てない。塩分計を使用している。		
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	毎食後一人ひとりの持つ力に応じて、声かけ、歯磨きの支援をしている。 必要に応じて歯科受診を行っている。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけや誘導等をし、自立に向けた支援をしている。	日々の排泄パターンを把握して、出来るだけトイレで排泄をしてもらえるように、声かけや誘導など違和感なく自然な形で行われている。オムツやパンツの使用を時間帯を考慮して検討するなど、個別性を大切にケアを行っている。	
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	牛乳、ヨーグルト、ココア、バナナ等提供又、繊維質を多くとるよう食材に取り入れ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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴拒否がある方には、どんな声かけをしたら良いか、話し合い提供できる様にしている。希望を聞いて、提供している。	入浴時間は毎日午後の時間帯に設定しているが、利用者の希望を聞いて入浴できるように支援している。	
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	一人ひとりの生活リズムを大切に、その方に合った休息の取り方や、気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	病院受診後、処方内容を必ず把握し、申し送り、記録と共に服薬が変わった場合は、日々の中でも記録している。		
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	一人ひとりの生活歴や得意分野を生かした場面作り、楽しみごと気分転換が図れるよう支援している。		
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支援している	一人ひとりの、その日の希望にそえるよう、買い物や散歩、ドライブ等支援している。	全員での外出とはならないが、希望者を募り、花見・ドライブ・買い物・散歩等、利用者の状況に応じて対応している。	状態にもよりますが出来るだけ多くの入居者の方に外出の機会を設けられるために、玄関前の砂利道の整備をされるとよりよいかもしれません。



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	お金の預り等は行っていない。 1名本人がお金を持っておられる。 希望時に、買い物に行かれ使用されている。		
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	希望に応じて、電話のやりとりを支援をしている。		
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	毎月お客様と一緒に、季節に合った飾りを作成している。	台所、食堂、居間は家庭的な雰囲気がみられ、花や飾り物が季節感をかもし出している。また、廊下の照明が柔らかく温かさの感じられる空間となっている。	
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	和室で昼寝をされたり、石庭の椅子や、入口の前のソファがあり、お客様同士で思い思いに過ごされている。		
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	入居時に使い慣れたものや、好みのものを持ってきて頂けるようお願いしている。	居室は入居者の希望する物が持ち込まれており、落ち着いた感じられる部屋となっている。畳に布団が良い人やベットが良い人等、入居者の希望に添えるよう施設側も配慮している。	
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	お客様一人ひとりにあった声かけや、安全で自立した生活が送れるよう支援している。		