

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2871400426		
法人名	NPO法人 にしきシャクナゲ		
事業所名	グループホームしゃくなげ		
所在地	兵庫県篠山市川北1174		
自己評価作成日	平成22年2月1日	評価結果市町村受理日	2013年4月19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.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【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福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成25年3月15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)】

認知症の予防の為、料理や日常のレク等日々取り組んでいる。認知症の進行と共に身体機能の低下も著しく、機能向上のため個別機能訓練と全体とする下肢訓練を今月から実施しており、転倒の予防や外出の出来る体づくりに取り組んでいる。

【第三者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)】

事業所は川の側にあり、木のぬくもりが感じられる吹き抜けの木造建築で、少人数の家庭的な暮らしが支援されている。開設7年を経て、認知の進んだ方と全介助の方が共に生活する困難さを、その都度模索しながら対応に努めている。現状を維持できるよう、個別機能訓練に力を入れ、利用者同士で料理の本等を参考に毎日の献立を決める献立委員会も継続している。利用者が安心して生活するには、医療との連携が重要と、法人代表は准看護師の資格も取っており、とっさの判断や指示に役立っている。また、本人、家族の意向に添って、医療関係者との連携を図りながらターミナルまで共に暮らす支援をしている。評価日に最期を迎えた方があり、慌ただしくおられた。

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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	スタッフルーム及び廊下の目の付く所に掲げている。	「尊厳をもってその人らしく過ごすことが誰もの願いである」を理念としている。誰もとは、利用者、家族、職員のことであり、事業所では、その人としての暮らしを実現するため、寄り添い、受け入れ、否定しないケアを行っている。会議でも常に話し合い、職員は自負心を持って実践している。	
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	介護相談員・ボランティアの受け入れや・地元消防団との合同訓練等	運営推進会議に地域の方が出席、理事長は地域の集会にも出席し、事業所と地域との交流は図られている。利用者は幼稚園の運動会や花見を楽しんでいるが、日常的には、外へ出ることが難しく、ボランティアの受入れ等で、地域の方とつながりが継続できている。	
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	地域の高齢者及び家族の方からの相談に答えている。		
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	2ヶ月毎に開催し、ホームのプログラムの内容や問題定義し、意見を取り入れている。	家族、地域住民代表、介護相談員、地域包括が出席。毎回開始前に利用者の様子を見てもらっている。長崎の火災を教訓に、家族から「消防団の詰め所に事業所の見取り図を渡しておけば、緊急時に助かるのでは」との意見も出た。情報提供や気づきの提案もあり有意義な場となっている。	
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	認知症サポーターとしての活動・篠山市介護予防事業受託し地域の高齢者の健康増進と認知症予防を実施している。	市との連携で、認知症についての講座や予防事業を行っている。地域ケア会議で事業所の実情を伝える機会もあり、協力関係が構築できている。	
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	支援会議にて、身体拘束ゼロの手引きを資料とし、研修を実施。しかし、安全を確保できない方には、家族同意の上実施している。	身体拘束について、職員研修を行っている。やむを得ない場合は、家族の同意をもらって、ベッド柵などの拘束をすることもある。「待つ」等職員の言葉遣いに対しても注意している。	
7	(6)	○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	虐待について、支援会議等で研修をし日ごろのケアを見つめ直し注意喚起している。	職員が虐待の定義を正しく理解し、日々の関わりの中で、拘束も虐待につながることを周知している。目の離せない認知症の重度な人と全介助の人を家庭的雰囲気の中でケアするのは難しいが、常に会議で検討しながら取り組んでいる。	

自己	者三	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	(7)	○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	成年後見制度の説明をしたことがある。現在利用している方はいない。	現在活用的是ない。家族に対して制度の説明を行っている。必要に応じて、具体的に支援している。職員には研修は行っていない。	職員に対しても、制度について学ぶ機会を設け、事業所全体で権利擁護の一環として支援されることを望む。
9	(8)	○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	契約に於いては、時間をかけ十分な説明をしている。	契約時、入院や看取り等重要な点に時間をかけて説明している。事業所見学をもらい、納得して利用してもらうよう声かけしている。料金改定時等は文書で同意をもらっている。	
10	(9)	○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	面会時、近況報告と何かありませんかと尋ねている。苦情や不満等あればいつでも聞く体制である。また、契約時にホーム以外に公的機関の連絡方法も説明している。	利用者に関しては介護相談員から、気づきや助言をもらっている。混乱の激しい利用者の対応への提案を受け、支援会議で実践方法を検討している。家族からは、来訪時や運営推進会議で意見をもらっている。火災時の意見が出された。	
11	(10)	○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	毎月支援会議等実施し、意見の聴集と検討を行なっている。	毎月、夕方から3時間ほど、支援会議を開催している。個別対応を大事にし、現在の課題について意見交換している。福祉用具の導入や家族の協力の提案もあり、普遍化して、運営に反映させている。	
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	出産や子育て等、融通がつきやすく整備している。		
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	定期的な研修は実施できていないが、随時研修には参加している。		
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	篠山市介護サービス事業者連絡協議会施設部会に所属し、他施設との交流、情報交換を行っている。		

自己 者三	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	認知症の方は、入居時混乱されることが多く、事前面接時点から日常の生活状況を確認、出来る限り環境整備をする。また、入居当初は、ケース記録に詳細に記録観察をすると共に支援会議・ケアプランの作成をする。		
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	認知高齢者を介護しておられる、介護の難しさを十分理解し家族の希望等に応える様にしている。		
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	入居申し込みについて十分家族の話を聞くと共に状況に応じデイサービスの利用も声掛けている。		
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	法人の理念である共に暮らすことを重点に置いている。		
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	利用者がホームで楽しく暮らしていただけるため、ケアプランや面会時相談し一緒に取り組んでいる。一緒にすることで協力・理解が出来る。		
20	(11) ○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	電話による近況報告。	生活歴と、家族の話や職員の気づきから馴染みの関係を把握している。地域とのつながりが途切れている人が多く、家族、親戚の訪問が主である。メニュー検討会で話し合い、昔食べたものをメニューに加える等で馴染みの関係の継続維持が図られている。	
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	利用者の人間関係を考え、食堂の席や車の同乗等配慮している。日常のトラブルは、関係が最悪に成らないようにスタッフは関わっている。		

自己	者三	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	退去の多くは、死亡だが転所や長期入院が理由でもホームの責任として関わり家族支援を実施している。		
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	(12)	○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	メニュー検討会を実施する等、日常のかわりの中で、確かめるようにしている。	その人らしさを残す関わりを大切にしている。日々の対応の中で、職員は言葉かけをしながら、反応を見たり、利用者の表情や短い言葉をキャッチして思い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	入居前の事前面接で生活歴の把握、家人への聞き取り等適宜実施しています。		
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	個人ケース記録を毎日記入し気づき・発見はスタッフで共有している。		
26	(13)	○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	半年毎のケアプランの作成は勿論、入院等で状態の変化に応じて計画作成している。	支援会議で、全職員でモニタリングしている。利用前のケアマネや医師の意見も参考にしている。計画作成者は健康管理と個別機能訓練を中心の計画を立て、問題行動に対する対処の仕方についても、できるだけその人らしさを尊重している。見直しは原則半年。	
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	日々の様子は、ケース記録に詳しく記入の上、月1回の支援会議に活かしている。連絡事項をボードに記入し情報の共有に努めている。		
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	個別ケアの一貫として、状況に応じた支援は実施している。特に重度化防止の個別機能訓練実施中。		

自己	者三	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	介護相談員・ボランティアや消防団との合同訓練		
30	(14)	○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	家族が希望されれば、検討している。	本人、家族の希望により全員協力医療機関での受診が支援されている。協力医療機関は月2回の往診と急変の場合、入院可能で安心の医療となっている。他科受診は職員がつきそっている。受診結果は事業所と家族が互いに情報を共有している。	
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	デイサービスの看護師が定期的に健康チェックしてもらっている。		
32	(15)	○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。	入院は環境を変え認知症の悪化を招くため、入院・退院を短くするため、医療的な治療もホーム内で実施している。	看護師は入院によるダメージを防ぐため治療が終わると、早期退院に向けて事業所にてリハビリや往診などで対応できる状態を作っている。家族の意見も聞き取り、医療機関の関係者と情報交換を密に行っている。	
33	(16)	○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	当ホームでは、医療連携体制加算を申請しており入居時にターミナルも可能であることを説明している。(Drと家人・本人が希望されることを条件に)	契約時には、重度化の対応について説明を行い、同意を得ている。病状の変化が見えた時は、その都度家族に再度方針の確認をしている。今までにターミナルは5回経験している。	
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	年一回篠山市消防署の救急講習をホームで実施している。		
35	(17)	○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	地元消防団と合同の避難誘導訓練を実施している。	消防訓練は年2回行っている。1回は夜間想定で、地元消防団との合同による避難誘導訓練を行い、利用者を安全な場所に避難誘導する。食料と飲料水の備蓄もできている。地域への協力の働きかけはまだ出来ていない。	運営推進会議の協議内容にもあるが、災害に備えて地元消防団だけでなく、地域住民にも火災発見や非常時の協力を依頼し、不測の事態に備えることが必要であり、今後に向けた協力関係の構築が望まれる。

自己 者 第三	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	(18) ○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	利用者に応じた対応をし、プライドを損ねることないようしている。	職員は日常的な言葉かけにも注意し、トイレ誘導時には目立たないように小さな声かけをする等、利用者の人格を尊重し、プライバシーを損ねない対応となるよう努めている。	
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	利用者の表情を見ながら、また確認をしながら声掛けを行なっている。利用者の意思は、確認し決めてもらうようにしている。		
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	利用者より具体的な要望が無い。希望があれば対応はしたいと考えている。		
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	理容は、外部委託している。本人の希望するようにしてもらっている。本人の望む店がある場合は、家人と調整している。		
40	(19) ○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	要介護5～4の方が大半で出来る範囲に限られているが行っている。	利用者と職員と一緒に料理の本を見ながら、希望する献立を30分位かけてメニュー検討をする。現在、買物から食事の一連の作業ができる利用者は少なくなっている。利用者と職員と一緒に食事を楽しんでいる。	
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	日々の各記録用紙で把握。状況に応じ個別に記録管理することもある。		
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	口臭対策や入れ歯の管理個人に応じ対応している。現在は、寝たきり状態の方の口腔清拭も実施。		

自己	者三	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	(20)	○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	排泄記録を記入しパターンの把握した排泄誘導等実施。	利用者個々の排泄パターンで誘導している。その場、その場で個々のサインをキャッチしての誘導もある。利用者の多くは重度化しており、出来るだけ誘導し、自立を心がけている。	
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	日課として、体操や生活行為等で体を動かしてもらうようにしている。排便状況は、毎朝確認をしている。		
45	(21)	○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	全介助の方が多くなっている。	入浴は午後からの個浴としているが、週3回位を目安に、利用者の希望に合わせて支援をしている。全介助の利用者には職員が複数で対応し、清拭だけに終わらず、シャワーによる洗髪もしている。	
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	昼間に、動き疲れていただくようにプログラムを組み・夜間安心を出きるような声掛けをしている。		
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	薬の内容は、スタッフがいつでも確認できるように、ファイルを作成し見やすい場所に置いている。間違い防止の為、変更あった場合はボードにて周知している。		
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	何もせず日々暮らすのではなく、日常生活の行為を通し役割を持って暮らしてもらっている。(調理や掃除・散歩)又開設7年となり、認知症の進行が著しい方も増えた為、日常の短い時間を利用しレクを取り入れ、生活に変化や笑いを取り入れ脳の活性化を図っている。個別レクも取り入れてい		
49	(22)	○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	デッキ等での日光浴	利用者の重度化に伴い、日常的な散歩も難しくなっており、事業所内の日当たりの良いデッキでの日光浴を楽しむ。又買物も行きにくくなり、ドライブで花見に出かける。地域の幼稚園の運動会などに気分転換で出かけるようにしているが、現在は、地域の人々の協力を得ながら老人会などの訪問を受けている。	

自己	者三	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	お金を所持したいとの希望者がない。		
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	電話は、各居室に無いが事務所で執りつないでいる。家人にお願いして毎月はがきを出していただいている方もある。		
52	(23)	○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	季節により光が直接差し込む窓には減光フィルムを張っていたが不十分だと利用者の意見があり、ロールスクリーンを取り付ける。	木のむくもりが感じられる木造建築の明るい室内は、杉の木の香りに満ちた落ち着いた空間となっている。足もとから体の芯まで暖まる床暖房が完備され、居間の畳スペースと廊下は、ソファや椅子を配置し、利用者同士で思い思いに過ごせる工夫がされている。	
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	居間の畳スペースに椅子を設置・廊下の隅に椅子・ソファを配置している。腰掛けて入居者同士で談話している。		
54	(24)	○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	利用者が馴染みのある家具や茶碗・コップ・箸等持参してもらっている。	利用者の馴染みの家具で囲まれた部屋作りとなっている。個々の大切な写真や必要な装飾が施され、本人が居心地良く過ごせるよう工夫されている。	
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	昔からされていた生活行為をケアに取り入れ実施していただいている。		

自己 者 第三	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