

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	4773500030		
法人名	社会福祉法人 憲章会		
事業所名	東雲の丘認知症対応型共同生活介護事業所(1号館)		
所在地	南城市大里字大城1392		
自己評価作成日	平成21年12月10日	評価結果市町村受理日	

※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.kaijoiho-okinawa.jp/kaijosip/infomationPublic.do?JCD=4773500030&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1		
訪問調査日	平成22年1月21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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・公文学習を行っている事で他利用者ともコミュニケーションがとれる。 ・ユニットとの利用者同士が交流しアットホーム的である。 ・併設の特養と常に連携をとりながら健康管理、栄養管理がなされている。 ・地域と離れているが自然に恵まれた環境の中で利用者、職員共に生き生きとされている。

【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)】

<p>広大な敷地から太平洋が望める高台に立地し、母体法人の特別養護老人施設に隣接した県内唯一の2ユニットを持つ事業所である。施設内看護師による服薬や経管栄養補給者を含む利用者の健康管理、更には栄養士等の協力を得て栄養管理が一体的に行われている。法人全体の職員が研修を受けられるよう、毎月同一研修を月～金に設定する等配慮がされている。2ユニットあることでお互いに協力し運営に相乗効果が見られる。事業所が毎年実施している『ふるさと訪問』、今年度は勝連や北中城の予定や『マッサージ』、『公文学習』の導入等利用者の活動支援への取り組みが工夫されている。</p>
--

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 ↓該当する項目に○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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	これまで利用しているグループホーム東雲の丘の基本理念をミーティング等で話し合い、2点作り替えを行ってスタッフ全員が共有する。	施設の地理的条件もあり地域交流の展開が難しいが、今年度は地域密着型として理念に地域交流についての事項を追加している。職員間の理念の共有はミーティング等で話し合い、さらに日ごろのケアの中で実践に取り組んでいる。	
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	日常的にドライブや買い物へ出かけ地域の方々と対話を楽しんでいる。	ドライブの帰り等に利用者の記憶のある地域や自宅、隣家などに立ち寄り、交流を図っている。また、買い物に行くことを習慣として、大型バスで買い物に出かけ、地域とのつながりを続けている。今後は地域の老人会等との交流も考えている。	民家から離れているため日常的な交流が難しいと思われるが、地域との交流を図るための働きかけとして事業所を知ってもらう取り組みや、地域のミニデイに出向く等少しずつ取り組む。
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	認知症の方への対応方法に困っている方や、入所お願い出来ないかとの問い合わせや訪問される家族の方に対しサービスの活用方法やグループホームで実践していることのアドバイス等を行っているのみ。		
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	自己評価、外部評価等の報告やADL(日常生活動作)状況、現状、視察等を行ってもらいアドバイスを受けるようにしている。	運営推進会議はほぼ定期的開催され、地域包括支援センターの職員や、社会福祉協議会職員、民生委員等の参加のもとこれまでに5回開かれている。会議ではサービスの実際、状況報告が主な議題となっている。	運営推進会議のメンバーが行政と管理者が主な参加となっているので、今後は利用者やご家族、介護相談等参加者の輪を広げ、様々な意見をサービス向上に反映させていくことに期待したい。
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	認定更新時、運営推進会議終了時等に市の担当者に利用の状況を伝えたり、空所が出ればお願いに出かけたりしている。	行政の職員は、運営推進会議への出席はあるが日頃からの連携は少ない。市の担当者とは運営推進会議や認定更新時に交流している。	2~3カ月に1回の運営推進会議の時だけでなく、利用者の状況を毎月報告するなど、事業所から積極的に情報交換等されることを期待したい。
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	・ベッド柵、玄関のカギ等はかけずに常に見守りしている。 ・毎月1回の身体拘束廃止会議を開きケアについて共有。 ・入所時に家族へ説明し納得理解されている。	身体的拘束廃止については理念にも掲げ、毎月身体拘束廃止会議がもたれ、職員研修も実施し周知徹底を図っている。玄関のカギ、センサー、鈴等の使用も無く利用者の状況に応じて、必要な時はベットのマットを床におろすなど、工夫をしている。	

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
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	暴力的な行為だけでなく言葉の暴力もあるので、常に気をつけて対応することの認識はなされている。もし見受けられた場合はミーティング等を行う。		
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	制度があることはスタッフと話し合っているが、特に勉強会は行っていない。現在は成年後見人が必要なケースはない。		
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	契約時に事業所のケアに関する考え方や取り組み、退所を含めた事業所の対応可能な範囲について時間をかけ丁寧に説明を行い納得されている。(重要事項説明後、契約を行う)		
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	・投書箱が設置され直接入れてもらうようにしている。 ・家族会、面会時等に状況報告やアドバイス、意見等を気軽に話し合っている。 ・出された意見はミーティング等で話し合う。	意思疎通の可能な利用者には本人から要望等は聞くようにしている。また面会時に家族の意見を聞くようにしている。家族会がありその集まりの時にも意見や要望を聴く機会を設けている。	
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	毎月1回全体職務会後独自でミーティングを行い、意見を出し合うようにしている。また評価、賞賛ゴールドボックスの活用がなされている。	月1回法人全体の職務会があり、その後に事業所独自のミーティングを持ち、意見を反映させる体制づくりが整っている。また、職員の職員の仕事への意欲につなげるためにも、日々の善行を法人全体に伝えるという目的で「評価、賞賛ゴールドボックス」を設置している。	
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	特養との併設であり給与改善、資格取得への勉強会、年2回の健康診断等、各自が向上心を持って働けるような職場環境である。		
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践と力量を把握し、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	毎月1回園内研修、年3～4回外部研修に交替で参加できるよう勤務表に取り入れる。その都度復命書で報告する。		

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
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	県グループホーム連絡会があり、その中でスタッフ研修や他グループホーム見学会、介護スタッフ研修への参加でサービスの質の向上へとつなげている。		
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	サービスの相談、申し込みがあった時は本人の状態を確認し実態調査を行い職員へ報告、対応についてミーティングを行う。本人、家族が安心して生活出来るよう努めている。		
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	困っている事、不安な事を家族からゆっくり聞き即対応できる事への話し合いやお互いの意思、要望を聞きながら信頼関係を築いています。		
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	併設である特徴を生かし早急な対応が必要な相談者には他の事業所の紹介をしたり、その後どうなっているか電話連絡等を行っている。		
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	・利用者は人生の先輩であるという考えで職員は接している。 ・普段から利用者に教えてもらう事も多々ある。 ・逆に利用者から「大丈夫？」等の声がかかる。		
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	・面会時には必ず本人の状態を報告する。 ・徘徊、夜間不眠等持続している場合等家族へ連絡し来訪してもらう。 ・毎月1回、食事、バイタルチェック等の報告書を郵送して健康状態を把握してもらう。		
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	・ふるさと訪問を行い昔なじみのお友達と会話を楽しんでいる。(年2~3回) ・ドライブ等で近隣の方とのふれあい。	利用者の出身地域を訪ねる「ふるさと訪問」は毎年2、3回行われ、今回は勝連や北中城に出かけ、馴染みの人や場所との関係が途切れないようにしている。また市域内のドライブの時に自家に寄ったり、記憶にある場所や近隣の方、知人とも交流ができるように支援している。	

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
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	・利用者同士のトラブルもありその都度話し合いの場を持つたりテーブルの位置変更を行う工夫をしている。 ・世話役の利用者が他利用者に色々アドバイスをしながらか支えあう場面がよく見受けられるので見守り対応する。		
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	他事業所に移られた方へも利用者と一緒に遊びに行ったり、逆に来てもらったりして交流している。時々のご家族も一緒に遊びに来られよい関係を保っている。		
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	・本人を交えて検討会を行い、本人の意向に沿うように努力している。 ・意思疎通困難な方には、ご家族に相談しながら又これまでの生活を振り返りながら支援する。	利用開始時に利用者及び家族の意向要望は、アセスメントシートを利用して把握されている。意思疎通困難な場合は、本人の表情を見ながら判断している。	
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	ご家族の情報、知人の情報を聞きながらこれまでの暮らしの把握をしている。情報不足もかなりあると思います。		
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	利用者の生活リズムを把握し出来る事、出来ない事を職員で共有することで安心、安全に過ごしてもらうことにしています。(毎日の生活の記録)		
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	・6ヶ月毎のモニタリング、担当者会議を行う。 (職員、ご家族の意見、本人の要望等) ・身体状態の変化があればその都度ケース検討会議をもつ。	一人ひとりの介護計画は本人、家族の意見及び要望等を把握して、目標や期間等が策定されている。モニタリングは6カ月に1回実施され、目標に添って評価が行われている。	日々の記録はシステム化され、利用者の日常生活の行動は記録されているので、介護計画の目標に沿った介護支援記録の追加に取り組まれたたい。なお、評価後の目標の見直し(終了・継続等)の表示が望まれる。
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	・利用者の状態を変化、職員の気付き等を個別に記録し、職員間の情報共有を徹底している。 ・個別の記録を基に介護計画の見直し、評価を実施している。 ・勤務開始前の確認は義務付けしている。		

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
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	・通院時の送迎対応 ・宿泊希望家族への対応 ・福祉車両の貸与 ・定期受診対応(家族の急用時)		
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	・スーパーや近隣の駐在所等への訪問をしたり、ドライブを行う程度。ADL(日常生活動作)状態からして出向いての資源活用は困難事などところがある。		
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	・本人、ご家族の希望するかかりつけ医となっている。(入居時に確認をとる) ・主治医変更希望があればその対応を行う。	病院の受診は家族による付き添いが原則であるが、利用者自身の変化や家族の状況から、かかりつけ医の変更や受診支援にも対応している。職員は法人内看護師と連携し、利用者の日常の状態観察や緊急時対応、服薬管理、誤薬防止の二重チェック等に努めている。	
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	・併設である特養の看護師と毎日利用者の体調や表情をの変化を連絡し、健康管理はなされている。		
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。	入院期間を短縮できるかどうか医師や看護師、家族共に話し合いながら長期入院にならないよう5~6日に1回は見舞いをし容態確認を行っている。		
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	本人、ご家族の意向をふまえて入居時に重度化の対応方法について説明を行い同意を得ている。職員への日頃からのケア統一を図り情報の共有を図る。	ホームとして看取りに関する指針が整備され、利用者の入居時に事前確認書(アンケート形式)、重度化した場合の対応についての同意書等の書式が準備されている。職員に対する研修も実施され、利用者や家族の支援、情報の共有を図っている。	
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	・新人研修での訓練 ・年1回の研修のみになっているので定期的な訓練が必要と思う。 ・事故発生時、特に夜間帯は併設の夜警との活用と1号館職員との連携等で対応している。		

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
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	・マニュアルの作成 ・併設である特養や高齢者共同住宅マチュピチュ職員の協力体制が整っている。	避難訓練計画に基づき年に2回、昼夜を想定した、自主及び消防署参加の訓練を実施している。夜間は法人内宿直が3回巡視を行うなど安全管理の協力体制が取られている。事業所内備蓄の必要性を認識しており、検討している。	
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	・難聴の方へは耳元で声かけする。オムツ交換時、トイレ誘導時はさりげなく本人へ伝え介助する。 ・本人の気持ちを大切にに対応する。	法人内研修に参加しプライバシーの保護に関する周知を図っている。利用者の不安や羞恥心に配慮した誘導や支援を心掛けている。利用者に関する記録等の管理は、個人が特定されないよう工夫している。	
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	衣類の選択、入浴時間の希望、食事の好み等、個々の希望で対応している。意思表示できない利用者には表情を把握し対応する。		
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	早起きされている方、遅い方、食事時間の決まっている方それぞれです。個々のペースで本人の体調を見ながら外出援助等も行う。		
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	・起床時、臥床時、外出時、行事等の洋服等本人の希望で準備する。意思表示困難な利用者へは職員が表情を確認しながら行っている。 ・美容室の利用等		
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	・朝食、夕食はグループホームで昼食は併設の特養からとなっているが食事の代替食も行い、職員も一緒に会話を楽しみながら食事をする。	利用者は職員と一緒にテーブルを囲み、時には笑いのある明るい雰囲気です。朝食は利用者の生活パターンを考慮した支援が行われている。利用者は食器の片付けやテーブル拭きを職員との会話を楽しみながら参加している。	
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	管理栄養士の献立のもとでカロリーは計算されているので一人ひとりの毎食事量の確認を行い記録し、摂取量の少ない方、水分量の少ない方等へは看護師、管理栄養士と相談しながら対処している。		

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
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	自分で出来る方は声かけ見守りで行い出来ない方は毎食後、ガーゼやスポンジ等で口腔ケアを行い衛生面に配慮している。		
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	紙パンツを利用されている方にもさりげなく声かけトイレ誘導している。また紙パンツから綿パンツに尿取りパットに変更したりと様子を観察しながら脱オムツに取り組んでいる。	利用者ごとに排泄チェック表を作成し、排泄パターンの把握に努め誘導に活かしている。利用者への声掛け誘導を試みて、オムツはずしに取り組んでいるが一進一退の状況である。	
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	・毎日自家製のヨーグルトを提供している。 ・やむなく便秘薬を使用している方も日々の観察で増減したりし無理のない与薬を行っている。		
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	・入浴日は決められているが拒否する方は翌日再度声かけか職員を交代してみる。湯船に入りたいとの希望があればその対応を行っている。 ・時間帯は特に決めることなく行っている。	同性介助、隔日入浴を基本としながら利用者の要望(湯ぶね利用、シャワー浴等)や体調に合わせて支援している。入浴後の皮膚の状態を観察し、乾燥防止のために保湿剤を使用するなど配慮している。	
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	生活習慣で午睡する方も居られるが日中は出来るだけレク活動を促したり散歩、ドライブ等ですごしてもらおうよう配慮されている。		
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	・薬事情報綴りを個々に準備し職員全員が共有することになっている。症状の変化があれば看護師へ報告し即対応してもらう。 ・服薬時は職員2人で確認をとり誤薬をさける。		
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	調理の下ごしらえ、食器片付け、テーブル拭き程度で役割とまでは行かないが楽しみで行っている。		

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
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	・ドライブや近隣スーパーへの買い物、浜下り、お花見等機会のあるごとに外出支援は行っています。(家族の協力はある)	法人内で開催される陶芸教室に利用者と家族と一緒に参加したり、お茶会や歌会、ミニデイサービスへの参加、園内を散歩しながら売店での買い物等支援している。また、畑で野菜の収穫をする戸外活動にも参加している。	
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	・家族からの小遣いをもらい自分で管理されている利用者様、また職員が小金を預かり外出時に本人へ渡し飲み物代、お菓子代を支払ってもらっている。		
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	・自分で電話をされたり、声かけで家族へ電話されたりしている。 ・職員からご家族へ近況報告は常に行っている。		
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	・玄関はいつでも利用者がくつろげるよう長イスが準備され、職員が常に見守りが出来る。 ・フロア、台所、食堂等を利用し他利用者とのコミュニケーションがとれる。 ・居間のカベを利用し季節感を出している。	ホーム全体が木目調で彩られており落ち着きと暖かさが感じられる造りになっている。共用空間には利用者が気兼ねなく過ごせるようにソファや椅子が配置され、壁には季節感を演出した飾り付けや、利用者が活動に参加している時の生き々とした様子が見れる写真等が貼られている。	
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	ソファ、テーブル、椅子等を設置し好きな場所を利用して利用者同士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	ベッドやタンス、他家具、寝具等自分の使い慣れた物を持参したり、食器も個人で持参してもらい落ち着いた雰囲気の中で生活されている。	居室内は家族の写真や使い慣れた日用品、家具、テレビ、本などが持ち込まれ利用者個々の生活の雰囲気がある。家族会の美化活動が実施され、居室内や車椅子等利用者の環境整備が図られている。	
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	トイレ、風呂場、居室等の目印を行い一人でも移動出来るようになっているが手摺がないため見守りは欠かせない。		

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	4773500030		
法人名	社会福祉法人 憲章会		
事業所名	東雲の丘認知症対応型共同生活介護事業所(2号館)		
所在地	南城市大里字大城1392		
自己評価作成日	平成21年12月10日	評価結果市町村受理日	

※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.kaijoiho-okinawa.jp/kaijosip/infomationPublic.do?JCD=4773500030&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1		
訪問調査日	平成21年1月21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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・公文学習を行っている事で他利用者ともコミュニケーションがとれる。 ・ユニットとの利用者同士が交流しアットホーム的である。 ・併設の特養と常に連携をとりながら健康管理、栄養管理がなされている。 ・地域と離れているが自然に恵まれた環境の中で利用者、職員共に生き生きとされている。

【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)】

--

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 ↓該当する項目に○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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	これまで利用しているグループホーム東雲の丘の基本理念をミーティング等で話し合い、2点作り替えを行ってスタッフ全員が共有する。		
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	日常的にドライブや買い物へ出かけ地域の方々と対話を楽しんでいる。		
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	認知症の方への対応方法に困っている方や、入所お願い出来ないかとの問い合わせや訪問される家族の方に対しサービスの活用方法やグループホームで実践していることのアドバイス等を行っているのみ。		
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	自己評価、外部評価等の報告やADL(日常生活動作)状況、現状、視察等を行ってもらいアドバイスを受けるようにしている。		
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	認定更新時、運営推進会議終了時等に市の担当者に利用の状況を伝えたり、空所が出ればお願いに出かけたりしている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	・ベッド柵、玄関のカギ等はかけずに常に見守りをしている。 ・毎月1回の身体拘束廃止会議を開きケアについて共有。 ・入所時に家族へ説明し納得理解されている。		

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
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	暴力的な行為だけでなく言葉の暴力もあるので、常に気をつけて対応することの認識はなされている。もし見受けられた場合はミーティング等を行う。		
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	制度があることはスタッフと話し合っているが、特に勉強会は行っていない。現在は成年後見人が必要なケースはない。		
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	契約時に事業所のケアに関する考え方や取り組み、退所を含めた事業所の対応可能な範囲について時間をかけ丁寧に説明を行い納得されている。(重要事項説明後、契約を行う)		
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	・投書箱が設置され直接入れてもらうようにしている。 ・家族会、面会時等に状況報告やアドバイス、意見等を気軽に話し合っている。 ・出された意見はミーティング等で話し合う。		
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	毎月1回全体職務会後独自でミーティングを行い、意見を出し合うようにしている。また評価、賞賛ゴールドボックスの活用がなされている。		
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	特養との併設であり給与改善、資格取得への勉強会、年2回の健康診断等、各自が向上心を持って働けるような職場環境である。		
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	毎月1回園内研修、年3~4回外部研修に交替で参加できるよう勤務表に取り入れる。その都度復命書で報告する。		

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
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	県グループホーム連絡会があり、その中でスタッフ研修や他グループホーム見学会、介護スタッフ研修への参加でサービスの質の向上へとつなげている。		
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	サービスの相談、申し込みがあった時は本人の状態を確認し実態調査を行い職員へ報告、対応についてミーティングを行う。本人、家族が安心して生活が出来るよう努めている。		
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	困っている事、不安な事を家族からゆっくり聞き即対応できる事への話し合いやお互いの意思、要望を聞きながら信頼関係を築いています。		
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	併設である特徴を生かし早急な対応が必要な相談者には他の事業所の紹介をしたり、その後どうなっているか電話連絡等を行っている。		
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	・利用者は人生の先輩であるという考えで職員は接している。 ・普段から利用者に教えてもらう事も多々ある。 ・逆に利用者から「大丈夫？」等の声がかかる。		
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	・面会時には必ず本人の状態を報告する。 ・徘徊、夜間不眠等持続している場合等家族へ連絡し来訪してもらう。 ・毎月1回、食事、バイタルチェック等の報告書を郵送して健康状態を把握してもらう。		
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	・ふるさと訪問を行い昔なじみのお友達と会話を楽しんでいる。(年2~3回) ・ドライブ等で近隣の方とのふれあい。		

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
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	・利用者同士のトラブルもありその都度話し合いの場を持つたりテーブルの位置変更を行う工夫をしている。 ・世話役の利用者が他利用者に色々アドバイスしながら支えあう場面がよく見受けられるので見守り対応する。		
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	他事業所に移られた方へも利用者と一緒に遊びに行ったり、逆に来てもらったりして交流している。時々はお家族も一緒に遊びに来られよい関係を保っている。		
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	・本人を交えて検討会を行い、本人の意向に沿うように努力している。 ・意思疎通困難な方には、ご家族に相談しながら又これまでの生活を振り返りながら支援する。		
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	ご家族の情報、知人の情報を聞きながらこれまでの暮らしの把握をしている。情報不足もかなりあると思います。		
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	利用者の生活リズムを把握し出来る事、出来ない事を職員で共有することで安心、安全に過ごしてもらうことにしています。(毎日の生活の記録)		
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	・6ヶ月毎のモニタリング、担当者会議を行う。 (職員、ご家族の意見、本人の要望等) ・身体状態の変化があればその都度ケース検討会議をもつ。		
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	・利用者の状態を変化、職員の気付き等を個別に記録し、職員間の情報共有を徹底している。 ・個別の記録を基に介護計画の見直し、評価を実施している。 ・勤務開始前の確認は義務付けしている。		

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
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、その時々にも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	・通院時の送迎対応 ・宿泊希望家族への対応 ・福祉車両の貸与 ・定期受診対応(家族の急用時)		
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	・スーパーや近隣の駐在所等への訪問をしたり、ドライブを行う程度。ADL(日常生活動作)状態からして出向いての資源活用は困難事などところがある。		
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	・本人、ご家族の希望するかかりつけ医となっている。(入居時に確認をとる) ・主治医変更希望があればその対応を行う。		
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	・併設である特養の看護師と毎日利用者の体調や表情の変化を連絡し、健康管理はなされている。		
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。	入院期間を短縮できるかどうか医師や看護師、家族共に話し合いながら長期入院にならないよう5~6日に1回は見舞いをし容態確認を行っている。		
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、ご家族の意向をふまえ入居時に重度化の対応方法について説明を行い同意を得ている。職員への日頃からのケア統一を図り情報の共有を図る。		
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	・新人研修での訓練 ・年1回の研修のみになっているので定期的な訓練が必要と思う。 ・事故発生時、特に夜間帯は併設の夜警との活用と1号館職員との連携等で対応している。		

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
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	・マニュアルの作成 ・併設である特養や高齢者共同住宅マチュピチュ職員の協力体制が整っている。		
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	・難聴の方へは耳元で声かけする。オムツ交換時、トイレ誘導時はさりげなく本人へ伝え介助する。 ・本人の気持ちを大切にに対応する。		
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	衣類の選択、入浴時間の希望、食事の好み等、個々の希望で対応している。意思表示できない利用者には表情を把握し対応する。		
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	早起きされている方、遅い方、食事時間の決まっている方それぞれです。個々のペースで本人の体調を見ながら外出援助等も行う。		
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	・起床時、臥床時、外出時、行事等の洋服等本人の希望で準備する。意思表示困難な利用者へは職員が表情を確認しながら行っている。 ・美容室の利用等		
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	・朝食、夕食はグループホームで昼食は併設の特養からとなっているが食事の代替食も行い、職員も一緒に会話を楽しみながら食事をする。		
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	管理栄養士の献立のもとでカロリーは計算されているので一人ひとりの毎食事量の確認を行い記録し、摂取量の少ない方、水分量の少ない方等へは看護師、管理栄養士と相談しながら対処している。		

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
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	自分で出来る方は声かけ見守りで行い出来ない方は毎食後、ガーゼやスポンジ等で口腔ケアを行い衛生面に配慮している。		
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	紙パンツを利用されている方にもさりげなく声かけトイレ誘導している。また紙パンツから綿パンツに尿取りパットに変更したりと様子を観察しながら脱オムツに取り組んでいる。		
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	・毎日自家製のヨーグルトを提供している。 ・やむなく便秘薬を使用している方も日々の観察で増減したりし無理のない与薬を行っている。		
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	・入浴日は決められているが拒否する方は翌日再度声かけか職員を交代してみる。湯船に入りたいとの希望があればその対応を行っている。 ・時間帯は特に決めることなく行っている。		
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	生活習慣で午睡する方も居られるが日中は出来るだけレク活動を促したり散歩、ドライブ等ですごしてもらうよう配慮されている。		
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	・薬事情報綴りを個々に準備し職員全員が共有することになっている。症状の変化があれば看護師へ報告し即対応してもらう。 ・服薬時は職員2人で確認をとり誤薬をさける。		
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	調理の下ごしらえ、食器片付け、テーブル拭き程度で役割とまでは行かないが楽しみで行っている。		

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
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	・ドライブや近隣スーパーへの買い物、浜下り、お花見等機会のあるごとに外出支援は行っています。(家族の協力はある)		
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	・家族からの小遣いをもらい自分で管理されている利用者様、また職員が小金を預かり外出時に本人へ渡し飲み物代、お菓子代を支払ってもらったりしている。		
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	・自分で電話をされたり、声かけで家族へ電話されたりしている。 ・職員からご家族へ近況報告は常に行っている。		
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	・玄関はいつでも利用者がくつろげるよう長イスが準備され、職員が常に見守りが出来る。 ・フロア、台所、食堂等を利用し他利用者とのコミュニケーションがとれる。 ・居間のカベを利用し季節感を出している。		
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	ソファ、テーブル、椅子等を設置し好きな場所を利用して利用者同士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	ベッドやタンス、他家具、寝具等自分の使い慣れた物を持参したり、食器も個人で持参してもらい落ち着いた雰囲気の中で生活されている。		
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	トイレ、風呂場、居室等の目印を行い一人でも移動出来るようになってきているが手摺がないため見守りは欠かせない。		