

自己評価および外部評価結果(かきつばた)

[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	毎年、法人理念である「居甲斐の構築」に基づいて目標を設定し、管理者、職員共に目標に向かって日々努力している。	法人理念の「居甲斐の構築」にもとづき、毎年度の目標を定め日々の実践に取り組んでいる。日常生活場面では利用者個々の持てる力(=自力)を十分に活かせるよう、職員は黒子役(必要最小限の支援)を心掛けている。	
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	事業所の駐車場を提供し、週に2回移動スーパーを開催、地域の方々と交流を図っている。また、参加できそうな地域、公民館の行事や催し物にも参加している。	町会行事(奉仕作業等)や公民館行事(紙工芸等)への参加、周囲の社会資源(図書館、美術館等)の活用等を通じ、地域との交流を図っている。又、地域づくり・支え合い活動の一環として、週2回の移動スーパーを近隣住民(買い物困難者等)にも利用してもらっている。	
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	移動スーパーや地域行事の参加で地域交流を図り、認知症への理解を求めている。また、運営推進会議で地域住民代表と情報交換を行っている。		
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	毎年、利用者状況や行なった行事及び活動を報告し意見交換を行っている。サービス向上に繋がる意見やご指摘を真摯に受け止め取り入れている。	家族代表、複数の地域住民代表(地区連合会会長、民生委員、家族OB等)、市担当者等をメンバーとして、年6回開催している。ホームの利用状況や活動報告後、質疑応答・意見交換の時間を設け、参加者の助言をサービスの改善(名前シールの利用等)に活かしている。	
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	行政からの指導や情報は職員に伝えサービスの統一に努めている。	運営推進会議を通じ、市担当者との連携強化を図っている。市役所も近隣に所在しており、運営上の疑問点等があれば気軽に相談し、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「介護保険法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	ユニット会議やケース会議で常に話し合い日々の支援の中で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	法人全体の勉強会で理解を深め、開設時より身体拘束をしないケアを実践している。又、言葉で利用者の行動を制限しないよう、理由を説明し本人の納得を得るようにしている。利用者に出たい素振りがみられる場合は都度付き添い、戸外に出向いている。	
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	研修や勉強会の参加により虐待防止の意識を高め管理者、職員は虐待防止に努めている。		

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
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	対象となる利用者は現在いないが、事業所として制度について学ぶ機会を持つように努めている。		
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	利用開始前に、利用者本人、家族にホーム内の見学、方針や支援内容について説明を行っている。また契約時や改定時においても重要事項の説明をし、理解を得ている。		
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	家族からは面会時や家族会時に意見や要望を伺い、運営に反映させている。ご利用者からは日々の生活の中で要望、意見をお聞きし支援に活かしている。	利用者が第三者にも意見・要望を表せるよう、介護相談員の受け入れを行っている。面会時に利用者の近況を伝え、家族の具体的な意見・要望を引き出し、日ごろの支援に反映している。又、家族会(年3回)での交流を通じ、気軽に意見・要望を言える関係性を築いている。	以前に行っていた利用者による自治会を復活されることを期待する。
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	提案・改善委員会を設置し毎月の会議で色々な意見やアイデアを出しやすい環境を作り、運営に反映させている。また、ユニット会議でも意見交換を行なっている。	毎月のユニット会議時に職員の悩み・困っている事や意見を吸い上げ、全体で意見交換・合意形成を図る機会を設けている。又、職員個々のアイデア・気づきを法人全体のサービスの改善・向上に生かせるよう、提案・改善シートを整備し、委員会で検討する場を設けている。	
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	定期的に管理者、職員の面談を行ない、コミュニケーションを図り、働きやすい環境づくりに努めている。		
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	育成・支援センターの設置により、法人内研修を積極的に行なっている。また、外部研修に参加する機会も設け、研修報告の中で情報の共有を行なっている。		
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	研修などを通じて、意見交換を行ない、お互いのサービスの質の向上に努めている。		

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	常に様子観察、声かけを行ない、本人が困っていることや不安なこと、要望などに耳を傾けながら安心して生活が送れるよう、信頼関係づくりに努めている。		
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	家族の意見や要望をお聞きし話し合い、協力しながら良い関係づくりに努めている。		
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	本人、家族のサービス導入前の状況を確認した上で支援内容等の相談を行なっている。		
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	自立支援を念頭に、その方の出来ることを継続し、出来ない事を支援し共に支え合うよう関係を築いる。		
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	常に意見交換しながら協力し合い共にご本人を支える関係づくりを行なっている。		
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	家族の協力を得ながら関係継続の支援を行なっている。	馴染みの人間関係(友人・知人等)が途切れないようホームでの面会を歓迎し、次にもつながるように働きかけている。家族とのつながりが保てるよう、会食の機会(年2回)を設けたり、美容院利用・病院受診時は家族の協力を得るようにしている。又、利用者の馴染みの場所(デパート、和菓子屋等)にも出向いている。毎週、自宅に外出・外泊している例もある。	
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	職員が潤滑油の役割を担い良い関係づくりが出来るよう支援している。		

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
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	サービス終了後も関係性を大切にしながら必要に応じて相談や支援に努めている。		
<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	1人1人の意向や要望をケアプランに反映させよりよい生活環境を提供できるよう努めている。	日常のかかわり・世間話・昔話の中から利用者個々の「思い」を把握するようにしている。利用者の「思い」が込められた言葉は「 」書きで日々の記録に残し、ケアプランにも反映しながら実現(例:書道教室をホーム内で再開する等)を図っている。意思疎通が難しい場合は家族の情報をもとに職員側から働きかけ、その際の表情・反応等から「思い」を推察している。	
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	以前利用していたサービス事業所からの情報やご家族等からの情報、ご本人との会話の中で把握するようにしている。		
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	以前の生活状況を踏まえうえでホームでの生活の中のようなことに参加していただき、個々の有する力、興味を引くもの、できることなど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	本人、家族の思いや要望を聞き、日々の本人の状態を踏まえて計画作成担当者、担当者を中心にフロア職員とケース会議で話し合い、介護計画を作成している。利用者の状態に変化が見られたときは常に見直しを行っている。	「利用者本人の要望・家族の希望」「自力＝出来ることの継続」「生活の中の楽しみ・生きがい」の視点を大切に介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。ニーズ欄には本人・家族の言葉をそのまま明示している。担当職員・計画作成担当者を中心に、他職員の意見も踏まえモニタリング(3ヶ月毎)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	ケアパレットの導入、活用も含め職員間で情報を共有している。また、3ヶ月に1回、モニタリングをし、介護計画の見直しに反映させている。		
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	利用者本人や家族の状況を踏まえた上で、その時々ニーズに応じたサービスの提供に努めている。		

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
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	個々の地域が馴染みの方も多く、出向くことで楽しみを見つけれられている。馴染でない方にも楽しめるよう支援を行なっていく。		
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	今まで本人が利用していたかかりつけ医にご家族協力のもと受診されている。また、利用者やご家族の状況を踏まえて往診医に来ていただくなど、適切な医療が受けられるように支援している。	かかりつけ医への継続受診、又は提携医による訪問診療を自由に選べる体制を整えている。医療機関の受診は原則家族に依頼し、各主治医と適切な連携が図れるよう、必要な支援(文書で情報提供、医師と情報交換等)を行っている。提携医とは密な連携体制(随時の相談、緊急時の往診対応可)が構築されている。	
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	週に1回、看護師の来訪がある時に、日々の利用者の様子や気づきを伝え、助言を頂いている。受診の必要性があるときは、ご家族に連絡、相談した上でかかりつけ医に受診、往診をしていただいている。		
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。	入院先の医療機関に生活情報を伝え、連絡を取っている。また、家族の意向を確認し、面会や病院のソーシャルワーカーとも連携を取っている。退院の際も退院前のカンファレンスに出席させて頂いたり、入院中の情報をもらい、退院後の支援につなげている。		
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等については、入居の際に説明している。また、定期的に本人・ご家族等と話し、希望に沿ったサービスの提供ができるように支援している。	利用者の状態変化に応じて、都度家族と今後の方向性について話し合う場を設けている。ホームでの対応が難しい場合(一般浴での対応不可、医療行為が必要、看取り等)は、隣接特養施設をはじめとする法人全体の支援体制が整えられている。移行が完了するまでは、ホームで出来る限りの重度化支援を行っている。	
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	利用者の急変時はマニュアルを基本とした行動が取れるように日頃からシミュレーション等を行っている。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時のマニュアル、連絡体制を整備しており、各職員が把握できている。	緊急時の対応マニュアルや主治医・協力病院等への連絡手順を整え、シミュレーションを通じて職員への周知を図っている。日中は隣接施設の看護職員による応援体制を整備している。	

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	協力医療機関の看護師による訪問を週に1回受けている。情報共有会議等を通じて法人内での情報の共有、協力体制を築けている。	ホーム提携医による医療支援体制を確保している。又、隣接特養施設をはじめとする法人全体の十分なバックアップ体制も確保されている。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	緊急時のマニュアル、連絡体制に基づき、他ユニットの職員への協力を仰ぎ、家族・医療機関に現状を連絡し、対応している。	1ユニット1名の夜勤者を配置し、ホーム内で計2名の複数体制となっている。職員は両ユニットの勤務に従事しており、全利用者の状況を把握している。又、緊急連絡網による主任への相談体制、近隣在住職員の応援体制も整えられている。	
38	(16)	○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	利用者、地域の消防分団、住民等の協力を得て避難訓練をしたり、地域の避難訓練に参加している。	災害時対策マニュアルを整え、年2回、ホーム独自で総合避難訓練(今年度は火災/水害を想定)を実施している。設備業者立ち会いのもとで訓練を行い、消火体験や防災設備講習を行っている。訓練時は地域住民(民生委員)や消防分団の参加・協力が得られている。又、町内の防災訓練に出来る限り参加し、地域との連携強化を図っている。建物は防火設備を完備+耐震構造となっており、地域住民の避難場所ともなっている。備蓄品は法人全体で適切に保管・点検している。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	定期的に避難訓練を実施している。災害マニュアルや連絡網の整備、隣接の特養の備蓄など、応援体制が確保され、災害時に備えている。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
40	(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	日頃からプライバシーに配慮した対応に努めながら言葉遣いにも注意している。	利用者本位の方針のもと、利用者が主役・職員は黒子役に徹している。年長者として敬い、言葉遣いや対応にも十分に配慮している。又、同性介助の希望に応じたり、利用者を前にしての職員同士の情報交換は控える等、プライバシーにも注意を払っている。	
41		○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	話しやすい雰囲気づくりに努め希望や思いを伝えやすいよう信頼関係を気づけるよう接している。行動や仕草からも思いをくみ取れるようにしている。		
42		○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	出来るだけその方のペースに沿った生活が送れるよう支援している。		

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
43		○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	その方の好みやその方らしさを大切にしてお洒落が出来るよう支援している。		
44	(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	季節に応じたメニューや旬のものを取り入れ、その方の出来ることを手伝って頂きながら職員と一緒に毎日の食事作りを行なっている。定期的な外食支援も楽しみの一つとなっている。	地域の商店から旬の食材を納品し、職員手作りの料理を提供している。屋上菜園で収穫した野菜等も食材として活用している。各ユニットの利用者の嗜好を考慮し、2ユニット別々の献立となっている。利用者個々の得意なことで、食事の準備・後片付け時に役割を担ってもらっている。利用者の知恵・経験を活かし、調理方法等を教わっている。又、季節毎の行事食、家族との会食、小グループでの喫茶・外食を楽しむ機会も設けている。	
45		○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	個々の状態に合わせた食事量や食事形態を提供し、バランスのよい食事メニューの提供を心がけている。食事量だけでなく水分量もチェック表に記入し、少ない方にはこまめに声かけし摂取していただいている。		
46		○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、個々の状態に合わせて声かけや見守り、必要に応じて介助のもと実施している。		
47	(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	個々に合わせて声かけや介助を行っている。トイレで排泄していただくことを意識し、排泄介助を行っている。	「トイレでの排泄」を基本とし、各居室にトイレを備え付けている。誘導が必要な方には個々の排泄間隔・サイン(ソフソフする等)を把握し、適宜お誘いの声をかけている。利用者個々の持てる力を見極め、必要最小限の介助・物品使用に留めている。	
48		○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	野菜を中心として食物繊維を多く取れるようなメニュー作りをしたり、牛乳やヨーグルトといった乳製品の提供や水分補給に努めている。また、介護力向上の取り組みも職員意識しながら支援を行なっている。		
49	(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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個々の希望に沿いながら定期的に入浴をして頂いている。ゆっくりと入浴を楽しむことが出来るように支援している。	毎日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(順番、湯加減、シャワー浴で、こだわりの物品使用等)に沿った入浴を支援している。清潔なお湯で気持ちよく入浴を楽しめるよう、個浴の湯は1回毎に張り替えている。様々な入浴剤を活用し、お湯の変化を楽しんでいる。隣接施設大浴場での入浴も可能となっている。お風呂嫌いの方には職員が声かけ・対応を工夫し、無理強いわなく入浴してもらっている。	

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
50		○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	日中も自由に休息されている。室温や照明にも注意し休みやすい環境を整えている。		
51		○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	処方箋ファイルにて情報の共有し、用法、用量、効能の理解に努めている。個々に応じて支援を行ない症状の変化にも注意している。		
52		○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	日々の活動に加え、個々の楽しみや嗜好品、気分転換を図れるよう支援している。		
53	(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	出来る限り要望に応じ、散歩や買い物、ドライブ等の外出支援を行なっている。また、ご家族の協力の外泊、外出を行なっている。	天気が良い日は気分転換を兼ね、日常的な外出(散歩、買い物等)を支援している。利用者の要望に沿い、個別・小グループで季節感を味わう外出(四季の花鑑賞、山菜とり等)や普段行けない場所への外出(富山美術館等)も支援している。気軽な外出支援は、ADLの維持(歩行状態)やストレス解消(外出後は笑顔に)にもつながっている。	
54		○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	個々の状態に合わせて金銭管理をしている。希望の買い物をしたとき等、自分で支払いをすることで自信や満足感を大切に支援している。		
55		○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	ご本人の希望に沿ってご家族や知人との交流を継続して行えるように支援している。		
56	(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	共同生活部分は室温、照明の調整、換気を行い心地よい空間、清潔感を心掛けている。壁飾りや生け花等で季節を感じられるようにしている。	大人が過ごす空間づくりに配慮し、季節の小物等はさりげなく飾り付けている。共有空間全体が癒しの空間となるよう、間接照明を用いている。畳コーナーは気軽に横になったり、冬季はコタツを楽しむ場として活用している。毎週、季節の花を取り寄せ、生け花が得意な利用者に飾ってもらっている。	

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
57		○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	畳コーナーや窓側のカフェテーブル等活用しながら、その時に応じて、他の利用者と話をして過ごす空間と1人で過ごすことができる場所の工夫をしている。		
58	(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	馴染みのあるものや好みのもの、使い慣れたものを持ってきて頂き、居心地よく過ごしていただけるようにしている。	居室はリビングと離れた場所に位置しており、プライバシーにも十分に配慮した造りとなっている。各居室内に専用の洗面台・トイレも設置されている。利用者が居心地良く過ごせるよう、馴染みの物(テレビ・家具類等)や安心できる物(アルバム・家族の写真等)も持ちこんでもらっている。	
59		○身体機能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	安全に生活していただけるように居室トイレや廊下、浴室に手すりを設置している。職員は利用者に安全かつできるだけ自立した生活を送っていただけるようにさりげなく見守り、声かけを行なっている。		