

# 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	運営理念に「自立と共生」を掲げ、管理者、職員はミーティング等で実践するよう個々の利用者にあつた方法を検討している。	「自立と共生」を理念として、又、「3S(speedy, service, safety)」を行動指針として掲げている。理念・基本方針はミーティング時の話し合い、ホーム内の勉強会等を通じ、職員への周知を図っている。又、理念・基本方針にもとづく毎月の目標を掲げ、日々の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	地域から少し離れたところに立地しているため日常的に交流することは困難ですが、納涼祭の参加を呼び掛けたり、行事で保育園児に来ていただいたり、他施設との交流会を開催したり、また市の文化祭や地域の里おこしの集いなどにも参加し交流を深めるべく努めている。	地域行事(市民祭、文化祭等)への参加やホーム行事(納涼祭等)への招待を通じ、地域との交流を図っている。納涼祭は地域の恒例行事となっており、多くの住民の参加・協力を得て実施している。地域の障害者施設・保育園児とも密な交流を図っている。又、前年度より地域の集会場で「かえでカフェ」(=月1回:認知症の啓発活動+住民が集う場作り)を開催し、より地域住民とのつながりを深めている。	
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	運営推進会議を通して、積極的におこなっている、また輪島市ケアネットや、地域密着型介護サービス事業者連絡協議会に参加し地域の方の理解に努めている。		
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	会議で話題になったことはその都度ミーティング等で伝え、サービス向上につながるよう努力している。	老人会代表、民生委員、家族代表、市・包括担当者等をメンバーとして、年6回開催している。時にはホーム行事と併せて実施することで、参加者にホームの活動を具体的に紹介している。ホームの活動報告後、質疑応答・意見交換の場を設け、第三者の意見・助言をサービスの向上に活かしている。	運営推進会議で話し合った内容を、全家族に周知する取り組み(玄関に議事録を備え置く、話し合いの要点を楓便りで報告する等)が期待される。
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	運営推進会議の一員として市担当者、地域包括センター担当者等に出席してもらいまた輪島市地域密着型介護サービス事業者連絡協議会に参加し連携をとっている。	運営推進会議や地域密着型事業連絡会での情報交換を通じ、市担当者との連携強化を図っている。	
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	毎月、身体拘束についての会議で話し合いを行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、グレーゾーンについても話し合いを行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	外部研修への参加、毎月の会議内での振り返り(グレーゾーン含む)等を通じ、身体拘束をしないケアを実践している。夜間以外は玄関は施錠せず、外に出たい場合は本人が納得するまで都度必要な支援(付き添い、後方から見守り等)を行っている。又、施設長・管理者を中心にスピーチロックの改善にも取り組んでいる。	

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	毎月、身体拘束についての会議で虐待防止についても話し合いを行い、知識を深めている。		
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	管理者が研修時の資料をもとに、会議で話し合いを行い、成年後見や権利擁護について知識を深め活用している。		
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	十分な説明を行っている。		
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	利用者の意見、要望はその都度耳を傾け、家族等の場合、面会時に意見、要望等を聞き相談、話し合い、スタッフに報告をし、それらを運営に反映させている。	面会時に家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、毎月「かえで便り」(＝利用者個々の1ヶ月の暮らしぶりを文書で報告)を送付している。家族の意見・要望は迅速に、日頃のサービスに反映している。	
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	施設長は適宜職員と面談し意見や、要望を聞く機会を設けている。	毎朝の朝礼時・毎月のミーティング時に職員個々の提案・要望等を吸い上げ、全体で意見交換しケアの方向性を統一している。又、年2回、施設長が個人面談を行い、職員個々の本音(プライベート面を含む)を聴く機会を設けている。	
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	就業規則、給与規程を定めている、ミーティングで出た意見を反映させている。		
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	職員の能力に応じた研修に参加させており、また、身体拘束・事故防止・感染予防・安全衛生について毎月話し合いを行っている。実技については、現場で随時行いながら、ケアの向上に努めている。		
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	地域の研修会への参加、他の職場への実習体験、他事業所からの実習受け入れ等を行い、サービスの質の向上への取り組みを行っている。		

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>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	利用前には必ず綿密な面談を行い、利用者、家族が納得いくまで話し合いをもっている。		
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	利用前には必ず綿密な面談を行い、利用者、家族が納得いくまで話し合いをもっている。		
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	利用前には必ず綿密な面談を行い、利用者、家族が納得いくよう話し合いをもっている。		
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	運営理念の「自立と共生」を念頭に共に暮らす家族像を意識し互いに信頼しあう関係の構築に努めている。		
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	少しでも家族に本人を理解、関心を持ってもらうためお便りの発行を行い絆を深めていただくよう努めている。		
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	いつも行っていた参拝へ出かけたり、いつも行っていた煙草屋へ煙草を買いに行く、いつも行っていたスーパーへ買い物に行く等、馴染みの交流が途切れないよう支援している。また希望すれば出かけていく機会も設けている。	馴染みの人間関係が途切れないよう、ホームでの面会を歓迎(冬季以外)したり、親族行事への参加を支援(送迎等)している。又、利用者個々の馴染みの場所(タバコ屋、床屋、お寺参り等)に出向く支援も行っている。	
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	スタッフが個々の関係を把握し、利用者間に入りコミュニケーションを多くとれる状況をつくり、孤立せずに関わり支えあえ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	入院となり契約が終了してしまった利用者には、次の行き先を相談、対応し、次の利用先までの支援を行っている。		
<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	普段の日常会話の中で希望や意向をききだし、困難な場合はその方の表情・行動や言動より汲取り、本人本意になるよう努めている。	日頃の何気ない会話の中から、利用者個々の思い・要望を把握するようにしている。利用者の思い・要望(〇〇を食べたい、〇〇に行きたい等)を聞いた場合は職員間で情報共有し、出来る限りの実現を図っている。意思疎通が難しい場合でも「何か思いがあるはず」と考え、職員が働きかけた際の表情・反応等から推察している。	
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	利用者との日常会話や、家族から生活歴・趣味・特技・住環境等を聞き取り把握し、これまでのサービスに関しては、他事業所との連携で把握に努めている。		
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	経過記録に記し(特に変化時は細かく)、又日中と夜間に区分し状況を報告する事により、確実に現状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	本人がしたいこと、また、本人が発した言葉を聞き逃さず計画に取り込めるよう努めている。管理者、担当職員等が担当者会議を行い、結果を家族と話し合い、家族の意見も可能な限り反映させた介護計画を作成している。	ホームで楽しく過ごせるよう、利用者本人の「思い＝やりたい事」「得意な事・出来る事」の視点を重視した介護計画を作成し、個別支援の実践に取り組んでいる。モニタリングは全職員の意見も踏まえ、3ヶ月毎(必要時は随時)に行っている。	
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	利用者個々で、一日の経過記録を作成し、情報の共有や介護計画の見直しに活かしている。		
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	買い物、ドライブ、通院等の利用者のニーズにそったサービス体制をとっている。		

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
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	適当な地域資源が必ずしも十分とは言い難いが把握に努め活用している(図書館等)		
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	本人及び家族等の希望される医療機関での受診を支援している。	馴染みのかかりつけ医への継続受診、又は地域の医療機関による訪問診療を選べる体制を整えている。かかりつけ医への受診は原則家族に依頼しているが、現状、殆どホーム側で支援(送迎、付き添い等)している。精神科専門医による訪問診療体制も整えられている。	
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	ケアホームに配置されている看護師、定期的に通ってきている看護師に連絡・相談しその後の結果で対応している。		
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。	入院した場合、すぐに施設サマリーを作成し病院に提供している。また、退院時は、家族・管理者・看護師等で入院先での経過・状況等の情報を退院直前に退院カンファレンスを開いていただき把握している。入院期間中、週に一度はソーシャルワーカーと連絡を取り様子を伺っている。		
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	終末期の取り組みには配慮したいが、現在は検討中であり取り組みまでには至っていない。重度化や終末期に向けては施設でできること、出来ない事を丁寧に家族に説明する、そして医師や家族と話し合い適切な施設等を紹介している。	条件(かかりつけ医の十分なバックアップ、医療依存度の必要性が低い等)が整えば、重度化・終末期支援に対応する方針となっている。利用者の状態変化に応じて都度話し合いの場を設け、ホームとして出来る事・出来ない事を説明し、家族の意向を確認している。	
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	救命救急講習に全職員参加・更新し、また急変時対応マニュアルを作成し日々の勉強努力につなげている。		
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	緊急対応マニュアルを作成し、緊急連絡網の整備をしている。また、緊急時の対応や勉強会を実施したり、救命救急講習に全員参加・更新も行っている。	緊急時対応マニュアルを整備している。緊急時に迅速・適切に行動できるよう、全職員に救急救命講習の受講(更新含む)を義務付けている。又、ホーム内研修を通じ、事故防止対策・緊急時対応等を繰り返し学ぶ機会を設けている。	

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	協力医療機関や介護老人福祉施設との支援体制を確保している。	協力医療機関や地域の医療機関による支援体制を確保している。地域の特養施設とは契約でバックアップ体制を確保している。	
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	夜勤者二名を必ず配置し、近隣にはすぐに駆けつけられる職員を確保し、一分以内にかけてつけられるところに消防署も所在している。	1ユニット夜勤者1名を配置し、ホーム内で計2名の複数体制となっている。平屋建ての利点を活かし、普段から互いに協力し合っている。職員は両ユニットのシフトに入り、利用者全員の状態を把握している。又、緊急連絡網による施設長・管理者への相談体制や近隣在住職員の応援体制(複数名)を確保している。	
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	防災マニュアルを整備し、これに沿って年に火災訓練を2回、土砂災害訓練を1回、総合的にあらゆる場面を想定して行っており、職員には本番さながらの連絡(消防署、役所、地域防災の協力の下)をさせる緊急連絡や救助の訓練を行っている。	防災マニュアル・防火設備一式を整え、火災(夜間想定含む)を想定した総合避難訓練を実施している。火災想定訓練は2回共、消防立ち会いのもとで行い、専門家の総評・助言を今後活かしている。消防分署が1分以内の所に所在しており、安心出来る環境となっている。又、立地条件を勘察し、土砂災害ハザードマップを活用しながら具体的な対策を講じている。土砂災害を想定した訓練は、地域の消防分団の協力を得ながら実施している。備蓄品・防災グッズをホーム内に保管している。	備蓄品・防災グッズのリスト作成と定期的な内容点検が期待される。
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	緊急連絡体制を整備している。非常食・ガスコンロ・飲料水の備蓄を行っている。		
<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	排泄時の言葉かけは誇りやプライバシーを損ねないよう配慮している。記録などは事務所に施錠して管理している。ただし、いつでも記録を見ることができるよう鍵の場所を職員全員が把握している。	目上の方に対して丁寧な声かけや対応を心掛け、教わる姿勢を大切にしている。又、排泄誘導時は耳元で声をかけたり、羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じる等、プライバシーにも注意を払っている。個人情報保護の遵守についても、職員への周知を図っている。	
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	食事のメニュー作りは、入居者の希望を聞いたり、入浴は本人の意思により、入る時間帯や入らない等を考慮し決めている。		
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、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	共同生活であるため、希望にそえない事もあるが、できる限り個々のペースを優先するよう努めている。		

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
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	気にかける方へは要望に応じ支援しているが、全く無関心な場合は、スタッフが整容をしている。		
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	季節感を感じ取ってもらえるよう旬の物をよく使用し、食べたい物や食べた感想を話をしながら食事の準備や片づけを共にこなしている。	地域のスーパーで旬の食材を購入し、季節感ある手料理を提供している。家族・地域からの頂き物も食材として活用している。利用者個々の得意な事で下ごしらえに参加(皮むき、味見、調理法を教わる等)してもらっている。又、食事が楽しみとなるよう季節毎の行事食や喫茶・外食を機会を設けている。	
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	個々の状態や、医師からの指示をもとに栄養、食事・水分量を調整、把握し毎食後チェック表にて記入し確実に支援している。		
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	個々にあったケアを毎食後必ずしており、チェック表に記入している。拒否された場合は、時間をずらし行っている。		
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	パッドやリハビリパンツ使用者でも、誘導や声かけによりトイレにて排泄をおこなっており、時間毎の声かけをおこない、尿意・便意の訴えがあるときはトイレ誘導を行っている。入所者18名中9名は布パンツに移行できている。	可能な限り「トイレでの排泄」を基本としている。排泄用品を使用している方でも、個々の排泄間隔・サイン等を把握し適宜お誘いの声をかけることで、状況が改善(現状、18名中9名が布パンツに移行)している。より良い排泄支援方法については朝の申し送り・ミーティングの中で話し合い、職員間で情報共有している。	
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	多めの水分補給、腹部マッサージ、軽運動、食事内容(牛乳、食物繊維)等で予防に取り組んでおり、チェック表にて排便周期や有無を把握している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は毎日可能である、入浴時間はなるべく個々の希望やタイミングに合わせている、しょうぶ湯やゆず湯等も行い楽しんで頂いている。	週2回程度の入浴を基本とし、利用者個々の要望(一番風呂、湯加減、専用物品の使用等)に沿った入浴を支援している。昔ながらの季節湯でお湯の変化を楽しむ機会を設けている。希望者には隣接デイサービスの大きめのお風呂での入浴も可能となっている。お風呂嫌いの方には無理強いせず、言葉かけ・対応を工夫している。	

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
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	室温、衣類、布団、湯たんぼ等個々の生活習慣に合わせて調整し、希望にそってゆっくりと休めるよう支援している。		
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	看護師により、薬の目的、用法、用量、副作用を繰り返し指導している。チェック表にて飲み忘れ、誤薬がないよう支援し、内服による症状の変化は細かく記録している。		
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	個々の力や生活歴、状態に合った役割を持って生活していただく。嗜好品や楽しみ事は遠慮しがちになっているので、様子を見て声掛けをしながら支援している。		
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	散歩や日向ぼっこは、本人の希望時や天候・体調等を考慮しながら声かけで行い、可能な方は、ドライブや参拝に出かけている。	天気が良い日は気分転換を兼ね、気軽に戸外(散歩、ドライブ等)に出向いている。又、季節感を味わう外出(桜花見、山菜採り等)や地域のイベント見学、個々の要望に沿った外出(お寺参り、漁港を見に行く等)も積極的に支援し、利用者の笑顔・生活のハリにつなげている。	
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	金銭管理は行っていない。小銭を持っている方は自動販売機でジュースを買う程度の支援は行っている。		
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	本人自ら電話できるよう支援している。		
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	空間は落ち着いた木造建築で、広くゆったりとしており、壁には季節の装飾等を施し、気持ちよく過ごしていただけるよう配慮している。	利用者が快適に過ごせるよう、共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮している。大型テレビの前と日当たりの良い場所にソファを配置し、寛げる場所を選べるようになっている。	



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	長椅子やソファを配置し、一人であるいは小集団でくつろげるよう配慮している。		
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	基本的にはベッド以外の必要家具、電化製品、布団等は本人が以前から使用していた馴染みの物を入居時に持ってきて頂いており、居心地の良い居室整備に努めている。	居室で居心地良く過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、ラジオ、家具類等)や安心出来る物(家族の写真、趣味道具、ぬいぐるみ等)を持ち込んでもらっている。	
59		○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、浴室、手洗い所等にも案内標識を届け、カレンダー、時計なども見やすい位置に設置している。		