

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	毎朝、朝礼時に職員全員で企業理念、スローガン、行動目標を唱和し、スタッフ一人一人が目的意識をもって理念の実現に向けて主体的に行動しています。	「笑顔と生きがい」「地域づくり」をキーワードとする企業理念を掲げている。ホーム理念・スローガン・行動指針は毎朝礼時に唱和し、職員への周知徹底を図っている。又、目標管理制度を導入(半年毎の目標設定と振り返り)し、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	2か月に1回の運営推進会議を通じて、町会、民生委員、行政と意見交換を行っています。また、前回からは、地区の小規模多機能型居宅介護と合同で行い、自事業所のエリアだけでなく、お隣の地域とも連携を図っています。	町内行事(夏祭り、防災講習等)への参加や企業・慰問ボランティアの受け入れ、地域の社会資源(喫茶店、スーパー等)の活用等を通じ、地域との交流を図っている。グループ合同の運営推進会議を通じ、在住町内だけでなく、隣町との繋がりも少しずつ深めている。	より地域との繋がりが深まるよう、今後もホーム側からの積極的な働きかけが期待される。
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	運営推進会議などを通じて、認知症の啓発に努めています。		
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	事業所での取り組みや会社全体での取り組みも伝えることで、事業所だけでなく、広く介護サービスについての啓発はできていると考えます。	町会長、民生委員、福祉活動推進員、介護相談員、家族代表、行政担当者等をメンバーとし、年6回(内3回は同グループの小規模多機能事業所と合同で)開催している。ホームの活動は写真を用いて、分かりやすく紹介している。活動報告後は自由に質疑応答・意見交換する場を設け、そこでの助言をサービスの向上に活かしている。議事録はホーム玄関に備え置き、誰でも閲覧出来るようになっている。	
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	運営推進会議に限らず、運営に関してや、行政からの研修、お知らせ、集団指導などにも参加し、連携を深めています。	運営推進会議を通じ、市担当者と同様顔なじみの関係を構築している。運営面・制度上の疑問点があれば、随時市担当課に相談している。	
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	行政主体の研修や啓発教材の利用(DVDなど)やマニュアルの整備を行い、職員への啓発に繋がっています。また施錠時間の短縮やベッド柵の利用も削減しています。	虐待防止(身体拘束廃止含む)に関する外部研修に参加した職員が、他職員に内容を周知している。ホームの指針に沿って定期的に学習する機会を設け、グレーゾーン(離床センサーの使用、スピーチロック等)に関する理解を深めている。	

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
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	直接的な虐待についての勉強や、言葉の虐待(スピーチロック)などの啓発教育にも力を入れています。職員の心のケアには月1回の面談を通じて思いや助言を行っています。		
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	実際に権利擁護を必要としている方がいないため、積極的な勉強会を開催していないのが現状である。行政が開催する研修会に参加はしている。		
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	契約時の契約書、重要事項説明書、個人情報同意書、終末期の指針についての説明は管理者が十分に説明している。確認を取り、同意書に署名捺印をもらっている。また、報酬改定などについても都度同意を得ている。		
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	意見番を玄関に設置し、広く意見をいただいている。また、運営推進会議にも利用者家族代表を毎回人を変えて招待しており、その際に意見をうかがっている。	利用者の意見を引き出せるよう、月2回、介護相談員の受け入れを行っている。面会時やケアプラン更新時に家族の意見・要望を引き出せるよう、担当職員が毎月自筆の手紙(1ヶ月の様子)を送付して利用者個々の暮らしぶりを伝えている。	
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	概ね1か月に1回は最低面談する機会を設けており、会社が目指す方向性や、それに合わせた個人目標の設定などを行い、運営や方向性に意識を持つようにしている。	毎月の会議の議題を職員からも募り、全体で意見交換・合意形成する機会を設けている。会議の場で言いにくい事でも個人面談で、職員個々が本音を言える環境を整えている。	
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	評価制度やランクアップ制度を導入しており、個人目標の達成と評価を連動している。今後は評価制度にて職位の昇格や昇給を行っている		
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	ユニットごとに業務量が把握できる指針を設け、職員個人が携わる仕事量が分かるような仕組みにしている。できることと、できないことが一目瞭然となり、目標の設定や研修、資格所得に繋げている。		
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	外部の団体や研修に積極的に参加し、自事業所の問題解決に向けて、他の事業所の事例や取り組みを学ぶ機会を設けている(ケアビジネス研究会、介護リーダーズなど)		

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	本人の意思を尊重し、できる限りこれまでのその人の生活スタイルを継続していけるような支援を行っています。		
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	ご家族との連絡をこまめに取り、ご入居者の近況報告や様子をお伝えするお便りを作成しています。また、要望なども聞きながら解決に向けての協議も行っています。		
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	事業所に限らず、グループ内外の介護サービスのご利用も含め、協議しています。実際に、グループホームではなく、小規模多機能をご利用したケースもあります。		
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	できることややってみようことへの興味を阻害することなく、協力して行っている。洗濯や炊事などは常に関わってもらっている		
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	本人と家族の関係や状況を十分把握し、協力できるところはしっかり支援している。		
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	なじみの関係にある美容室への送迎を行っている事例がある。訪ねてきたり、だずねていったりというケールはあまりない。	ホームでの面会を歓迎し、次にも繋がるように玄関先まで利用者と共に見送っている。携帯電話で家族との繋がりを保ったり、家族の協力を得ながら、毎月、外泊を行っている例もある。又、お墓参りや行きつけの散髪屋の継続利用(送迎支援含む)も支援している。	
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	ご入居者同士の関係性も十分把握して、良好な関係を保てるような配慮を行っている。		

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
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	サービス契約が終了した方も同じグループでの介護サービスを利用しているケースが多くあり、支援や相談を行っている。		
<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	当然ケアプランには本人の意向や思いを聞き取りしている。日々の生活でも本人のやる気や思いを理解して習慣になっていることについてはなるべく支援して続けてもらっている。	日常の何気ない一言や1:1の場面(入浴時、居室でゆっくり会話時)での会話の中から、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(〇〇を食べたい、〇〇に行きたい等)」を聞いた場合は申し送り時に情報共有し、出来る限り実現するように努めている。意思疎通が難しい場合は生活歴を参考に職員側から働きかけ、表情・反応等から「思い」を推察している。	日常会話や1:1の場面で聞いた利用者の思いが込められた言葉(〇〇したい、〇〇が楽しい等)をより拾い上げて日々の記録に残し、介護計画に繋げる仕組みが期待される。
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	これまでの生活歴や情報を聞き取りしている。趣味、嗜好、などは支援している		
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	できることへの力付けや、興味があることへの支援など、日々の生活の中で続けてやっていただいている。特に歩行や立位に関しては、その有する力を保持できるように、体操や日々の行動で持続していただいている。		
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	ご本人の意思、職員からの情報やご家族からの要望を話し合い、計画作成に努めています	「本人の希望」「楽しみ・好きな事」「健康管理」の視点を重視した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。利用者の「思い」に沿った計画となるよう、ニーズ欄には本人の言葉を用いている。担当者・ケアマネジャーを中心に短期目標毎にモニタリングを行い、計画の更新・見直しに活かしている。	モニタリングしやすいよう、介護計画にはより簡潔・具体的な目標設定や支援内容の明示が期待される。
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	本人の言葉をそのまま記録に残して計画に反映させ利用周知していますが、記録を残すことがしづかりできていません。		
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	グループ事業所、協会社と協力連携し、様々なサービスに対応できるよう取り組んでいます。		

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
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	地域資源の情報を把握して、協働による支援を実践していますが、一部の資源に偏っている傾向があります。		
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	医療連携体制はしっかり対応しています。かかりつけ医やホームドクターとの連携は密にとっており、緊急の場合でも対応は迅速に行っています。	ホーム提携医による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。かかりつけ医への継続受診も可能であり、その際は家族の協力を得ている。ホーム提携医とは24時間の連携(随時の相談、往診可)を確保しており、職員・家族の安心にもつながっている。精神科等の専門医への受診時は都度、必要な支援(文書で情報提供、職員が同行等)を行っている。	
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	管理者が看護職員になり、これまでの訪問看護との連携も従来通り24時間体制で行います。		
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。	管理者が密に連携を取り、情報収集や状態把握に努めています。意向をしっかりと確認し、利用継続するか、退去するかもご家族、ご本人の意向を優先しています。		
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	研修を行い、看取りについての体制や環境整備について考える機会を作っています。また、医療機関との連携や、自グループでの看取り経験を事例として生かしています。	看取りまで対応する方針を入居時に家族に説明している。ホーム提携医・同一グループの訪問看護事業所によるサポート体制やハード面(リフト浴の設置等)を整え、重度化・終末期支援を実践に取り組んでいる。利用者の重度化・状態変化の都度、医師・家族と協議しながら今後の方向性(入院治療、特養等への移行含む)を定めている。	
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	マニュアルの整備、医療機関への連絡体制をしっかりと周知しています。		
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	緊急時と同じようにマニュアルの整備と連絡体制の周知をしっかりと行っています。	緊急時の対応マニュアル・救急車を呼ぶ手順を整備している。又、ホーム提携医にいつでも相談・指示を仰げる体制を整えてる。ユニット責任者が事例(発熱時、転倒骨折時等)を用い、適切な対応に関して学習する機会を設けている。	生命に関する緊急時(誤嚥・窒息時、意識消失時、心肺停止時等)対応に関する計画的・継続的なロールプレイ訓練の実施が期待される。

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	医療連携や介護施設との契約を結んでいます。グループ内での有料老人ホームへの転籍などの事例としてあります。特に常時医療行為の必要な方や看取り対応の方に情報を提供しています。	ホーム提携医による24時間の医療支援体制を確保している。地域の介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保している。又、同一グループ全体(小規模多機能・訪問看護・有料老人ホーム等)のバックアップも整備されている。	
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	まずは管理者へ連絡し、会社本部人員が対応できる体制となっています。近隣の事業所や職員も応援できる体制です。	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。又、緊急連絡網による管理者への相談体制・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	避難訓練や避難計画の作成は行っています。	災害時の対応マニュアルを整備し、年2回、日中の火災を想定した総合避難訓練を実施している。訓練は防災設備業者や消防立ち会いの下で行い、実際に通報装置を活用したり、水消火器での消火体験等を行っている。地域との協力体制が構築出来るよう、今後、町内の防災訓練への参加を予定している。備蓄品のリスト化・整備は課題として認識している。	訓練は2回共、人手が少ない夜間帯を想定した内容での実施が期待される。災害発生時に地域の協力が得られるよう、継続的な働きかけが期待される。備蓄品についても整備(リスト化含む)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	避難訓練や避難計画の作成は行っています。		
<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	言葉づかいや訪室の際の声掛け、トイレの介助など周知しています。	年長者に対し、丁寧な言葉遣いを心掛けている。尊厳に配慮し、原則、名字で〇〇さんとお呼びしている。又、トイレ誘導時は他者に悟られないようにさりげなくお誘いしたり、使用済みのパッド類は新聞等に包んで廃棄する、入浴時等は同性介助の希望に応じる、職員間での情報交換にはインカムを活用する等、プライバシーについて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	本人の思いを最後まで聞くように、周知しています。また、希望や要望も併せて聴くようにしています。		
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	ご入居者の思いを最優先に考え、1日の業務を進めています		

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
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	口腔ケアや整容、着る服などの決定などを日々行っています。また入浴などの清潔保持も支援しています。		
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	その方の志向にも配慮し(魚嫌いや野菜嫌いなど)メニューの選定を行っています。また、準備や後片付けなど、できることは全て手伝っていただきます。	業者が献立作成・食材を納品し、職員手作りの料理を提供している。苦手な物がある場合は、代替品を提供している。ホームの畑で採れる夏野菜も食材として活用している。家事が得意な方には盛り付け・茶碗拭き等を手伝ってもらっている。食事が楽しみとなるよう、月1～2回はイベント食(サンドイッチ・カレーライス作り等)や小グループでの喫茶・外食機会を設けている。	
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	食事量や水分摂取量は毎食確認し、量が少ない場合は、促しや補助食品を利用しています。また食べ方の工夫や自力摂取を促すなど、残存能力を生かす食事となっています。		
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、起床時、就寝時に口腔ケアを行っています。歯ブラシやマウスウォッシュ、ふき取り用品などを利用してその方に応じた対応をしています。		
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	排せつパターンや量などを毎回記録を残し、日々の声掛けに利用しています。頻回に行く場合でもできる限り対応しています。	日中は「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な方には個々の排泄間隔・サインを把握し、適宜お誘いの声をかけている。夜間帯は利用者の希望を尊重し、個別対応(トイレ又は安眠を優先し、大きめのパッド・オムツ・ポータブルトイレの活用等)を図っている。	
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	本人への聞き取りや状況観察(匂いなど)を行い排便の有無を確認しています。水分摂取や運動などの促しでも長期間の排便がない場合は(4日以上)は主治医と相談し下剤の使用も検討します。		
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	一週間に最低でも2回は入浴していただきます。足浴や清拭、なども常に行い、身体など皮膚の異変などの観察に努めています。	日曜日以外はお風呂を沸かし、利用者個々の要望(一番風呂、シャワーの温度、本人専用のシャンプー使用等)に沿った入浴を支援している。お湯の変化を楽しめるよう、入浴剤を活用している。利用者の生活習慣・希望に応じ、時にはスーパー銭湯での入浴も支援している。入浴を拒む場合でも無理強いないせず、別の日に改めてお誘いしたり、言葉かけを工夫している。	

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	就寝時間や起床時間は個人で別々にしています。また、ベッドの配置やまわりの向きなどはご本人に決めていただきます。		
51		○服薬支援 一人一人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	起床時、食前食後、就寝時など服薬時間別に職員が介助しています。飲み合わせや食べ合わせが悪いもの等は薬局からも情報が来るので、周知徹底しています。		
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	畑などの栽培や、家事については役割を決め、日々行っていただきます。嗜好品はお酒は少量ならば許可していますが、たばこは原則禁止としています。		
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	日常的に散歩やドライブに出かけて気分転換したり、1か月に1回は行事を決めてレクリエーションを行っている	天気が良い日は川沿いの散歩や気軽なドライブ(デパートの物産展や港市場へ)等、日常的な外出を支援している。月に一度は季節を味わう外出(桜花見、バラ園等)や普段行けない場所(動物園、倶利伽羅不動寺等)への外出、喫茶・外食等も支援している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	希望された一部の方しかもっていない。管理は事業所で管理している。お守り替わりに持っても許可しているが高額は持たせないように家族にお願いしている。		
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	手紙や電話の支援は都度行っている		
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	配置や配色には特に配慮していませんが、座る場所やくつろぐ場所は、なんとなく皆さんのお気に入りがあるようなので、配慮しています。窓や入り口なども開放して閉鎖的な空間にしないようにしています。	共有空間の温度・湿度管理に配慮している。季節感が味わえるよう、毎週、花屋から生花を購入し、フロア内に飾っている。リビングには寛げる場所を2ヶ所設け、居場所を選べるようにしている。ホーム内は過度な飾りつけは控え、大人が過ごす上品な空間となっている。	



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	気に入った椅子やソファがある方には配慮しています。TVも複数台配置して、見たいものを選択できるようにしています。		
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	自室には、それまで使っていたものを持ってきてもらっています。ベッドの位置や家具の配置も本人の意向を確認します。	入居時に馴染みの物(テレビ、タンス、目覚まし時計等)や安心出来る物(家族の写真、趣味道具、ミニ仏壇等)を持ちこんでもらっている。利用者個々の生活動線に配慮し、物を配置している。	
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	外が見れるような位置に椅子を置いたり、開放的な空間を創ったり、配慮しています。		