

自己評価および外部評価結果

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	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。毎朝、理念・スローガン・行動指針を唱和し、職員への周知を図っている。又、理念とリンクした個人目標を年度当初に定め、日々の実践につなげている。	
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	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、今年度からは毎回、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。	町内会の加入(祭礼時には獅子舞招待)や住民ボランティア(外出企画時の手伝い、三味線等)の受け入れ等を通じ、地域との交流を図っている。今後、地域の支え合い活動にも参加・協力することを予定している。	より地域とのつながりが深まるよう、町内会の活動(奉仕作業、総会、地区行事等)等に積極的・継続的に参加する取り組みが期待される。
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	毎月の職員会議にて職員に対し、認知症についての理解を深めるための研修を行い、支援方法を学んでいます。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、介護相談員、家族代表、福祉活動推進員、行政担当者等をメンバーとし、年6回開催している。内3回は同グループの小規模多機能施設と合同で行い、隣町との連携も図っている。ホームの活動報告は写真も用い、参加者に分かりやすく報告している。議事録はホーム玄関に備え置いている。	
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。	運営推進会議や集団指導への参加を通じ、市担当者との連携を図っている。運営上の疑問点が生じた場合は担当課に相談し、必要な助言を得ている。	
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「介指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。	ホーム内での研修・事例検討を通じて該当行為(グレーゾーン含む)を理解し、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。管理者を中心にスピーチロック廃止にも取り組んでいる。	委員会活動の整備が期待される。

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
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。	入居時に家族の要望を伺い、日々の支援に反映している。又、毎月、担当者が文書で暮らしぶり(1ヶ月の様子)を伝えたり、面会時に近況を詳しく説明し、家族の意向を確認している。	
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	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。	毎月のフロア会議、全体会議時に職員個々の意見・提案を吸い上げ、合議を図る機会を設けている。管理者は職員の意見・提案を肯定的に受け止め、業務改善等に活かしている。又、定期的な個人面談を通じ、職員の本音を聴く機会も設けている。	
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	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く		
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。		

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	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)		
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	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った。地区のお友達や親類の方が訪ねてきたりというケースも増えているので、気軽に来訪ができるような支援を今後も続けていきたい。	馴染みの人間関係が継続できるよう家族・友人の面会を歓迎し、次にも繋がるように働きかけている。毎日のように家族が面会に来たり、毎週夫が迎えに来て自宅に帰っている例もある。又、馴染みの理美容院の継続利用等も支援している。	

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	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。		
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。		

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	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。	利用者個々の「思い」に沿った支援となるように、職員側から働きかけ・声掛けを行っている。利用者の要望(〇〇を食べたい等)を聞いた場合は職員間で情報共有し、出来る範囲で実現するようにしている。ケアマネジャーもケアプラン作成時に、個々の意向を伺っている。	利用者の思いが込められた言葉を積極的に拾い上げて日々の記録に残し、介護計画につな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継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	本人本位の計画となるよう、ニーズ欄には利用者本人の言葉を明示している。目標には「生活の中の楽しみ」「身体機能の維持・継続」「健康管理」を重視した内容を明示し、日々の支援に活かしている。基本、半年毎に担当者・ケアマネジャーがモニタリングを行い、計画内容の見直し・更新を行っている。	
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	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っかりできていません。		

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	グループ事業所、協力会社と協力連携し、様々なサービスに対応できるよう取り組んでいます。		
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。また看取り時の説明やカンファレンスなど事業所が主導的に動いています。	かかりつけ医への継続受診、又はホーム提携医による訪問診療を選べるようになってきている。利便性の観点から、殆どの方が訪問診療を利用している。専門医への受診時は状況に応じて必要な支援(文書で医師に情報提供、提携医が紹介状交付等)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。前回の調査より2例の看取りをホームにて行いました。	関係機関(ホーム提携医、訪問看護事業所等)の協力を得ながら、重度化・終末期支援の実践に取り組んでいる。重度化の進行に応じて提携医から状態を説明し、家族の意向を確認している。家族の希望に沿い、他施設(看護職員常勤の有料老人ホーム、特養施設等)への移行もサポートしている。	
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	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。		

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)	○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。また、本人が希望している医療を事前に書面にして救急隊や医師に伝達しています。	緊急時の対応手順(フローチャート図)を整え、電話の傍に掲示している。職員の内、数名は救命講習を受講している。24時間、ホーム提携医に相談し、支持を上げる体制を整えている。	生命にかかわる緊急時(誤嚥・窒息、心肺停止等)に全職員が迅速・適切に対応できるよう、計画的かつ継続的なロールプレイ訓練の実施が期待される。
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。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、同グループ内施設(小規模多機能、居宅介護支援、通所介護、有料老人ホーム等)との連携も整備されている。	
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。	夜間帯は各ユニット1名の夜勤者を配置し、計2名の複数体制となっている。緊急連絡網による管理者への相談体制や会社本部・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。	災害対応マニュアルを整え、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。訓練時は防災設備会社立ち会いのもと、実際に通報装置を使用したり、水消火器で消火体験を行っている。備蓄品・防災グッズ(米、水、ラジオ、カセットコンロ等)は必要最小限、備えている。	訓練は人手が少なくリスクが高い、夜間想定を中心に実施されることを期待する。又、災害発生時に地域の協力が得られるよう、ホーム側からの働きかけが期待される。
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。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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。具体的には、風呂場周辺に衝立を配置したり、室内のポータ物トイレ周辺にも衝立を置くなど、配慮に工夫しています。	年長者に対し敬意をもって接するように心掛けている。ホーム内の事例検討を通じ、より良い対応・声掛けについての共通認識を深めている。トイレ誘導時は他者に悟られないようにしたり、羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じる、申し送りは利用者から離れた場所で行う等、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	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。		

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		○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		
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・食材納品を担い、職員が調理した食事を提供している。ホームの畑で育てた野菜も食材として活用している。家事が得意な方には、準備・後片付けを手伝ってもらっている。食事が楽しみとなるよう、利用者と一緒に行事食・おやつを作る機会、パンの日(月1回)、外食機会(回転寿司等)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に、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。	立位が可能な限り、「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パターンを掴み、適宜お誘いの声をかけている。利用者の心身の状況に応じて、ポータブルトイレ(=衝立設置)も活用している。	
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	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。		

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	(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	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。	各ユニットで日曜日以外はお風呂を沸かし、週平均2回程度、利用者の要望(長風呂、自分専用の物品使用等)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、3種類の入浴剤を用いている。重度の方でも安楽に入浴出来るよう、リフト浴を設置している。入浴を拒む場合は無理強いないせず、タイミングを見計らって声をかけたり、別の日に改めてお誘いしている。	
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、ベッドの配置やまら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	毎週月曜日と木曜日にグループの送迎車でドライブを行い、日常的に散歩やドライブに出かけて気分転換できる工夫をしています。また、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(先月は敬老会、今月は紅葉狩りなど)	散歩、買い物等、日常的な外出を支援している。気分転換を図れるよう、今年度から週2回(月・木曜日)、ドライブを楽しむ機会を設けている。又、季節感を味わう外出(バラ園、桜花見、紅葉狩り等)や普段行けない場所への外出(倶利伽羅不動尊等)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、お金を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		

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
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	椅子の色や形など、座る場所やくつろぐ場所は、皆さんのお気に入りがあるよう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。広いフロアを利用して歩行訓練やリハビリに利用しています。	共有空間の温度・湿度管理、換気に気を配っている。毎週、花屋から季節の花を購入し、玄関・各フロア内に飾っている。大人の生活空間となるよう、過度な飾りつけは控えている。利用者個々の居場所づくりに配慮し、様々な色・形のソファを設置している。	
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	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。	居室で居心地よく過ごせるよう、使い慣れた物(衣類、テレビ、冷蔵庫等)や安心出来る物(家族の写真、趣味道具等)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	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。		