

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	「自立と共生」を理念に掲げ、日々の申し送りやスタッフ会議において共有し、サービス向上に努めている	「自立と共生」を理念として、又、3S(Safety・Service・Speed)を行動指針として掲げている。理念の実現に向け、利用者個々の出来る事・持てる力を生活の中で活かしたり、利用者・家族・地域と共に歩む姿勢を大切にしている。毎月の会議時に理念を振り返り、職員への周知を図っている。	
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人として日常的に交流している	地域の行事(除草作業・除雪作業・敬老会・運動会・獅子舞、神輿招待)への参加や受け入れをしている。ホーム主催の納涼祭は町会長をはじめとする住民の協力を得て開催し地域住民との交流の場となっている。	地域行事(奉仕作業、地域サロン等)への参加やホームへの神輿・獅子舞招待、住民ボランティア(体操、大正琴等)の受け入れ等を通じて、地域との交流を図っている。ホーム主催の納涼祭時には地域住民による協力(準備、後片付け等)が得られている。又、地域の会館での認知症カフェの実施(毎月)や民生委員を務める職員が橋渡し役となり、より地域との繋がりを深めている。	
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	ホームの行事、地域の行事を通じ認知症の方への対応や理解を得るように働きかけている。認知症カフェで認知症への理解や予防について説明している		
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	2か月ごとに開催し、市の担当者、民生委員、町内会員、家族などに活動状況を報告し地域の意見や提案をいただきサービス向上に活かしている	家族(複数)、町内会役員、民生委員、市担当者をメンバーとし年6回開催している。ホームの行事・活動報告後に意見交換を行い、メンバーからの助言をサービス向上に活かしている。運営推進会議は地域交流を推進する場ともなっている。	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(要点を便りに載せる、議事録の送付等)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に取り組んでいる	運営推進会議に参加していただき事業所の現状報告し、市町村からの情報を得ている。キャラバンメイト活動や認知症推進員にもホームとして協力し認知症の啓発活動に取り組んでいる。	運営推進会議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。又、行政と共に認知症の啓発活動や「地域を支える会」の活動に取り組んでいる。	
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	開設時より夜間以外は玄関の施錠はせず拘束しない環境づくりを徹底している。身体拘束についての勉強会を毎月している。隔月の身体拘束適正化委員会で他事業所と情報交換を行っている。	毎月、日頃の支援の中で虐待や身体拘束に該当する行為(態度・言葉による行動制限含む)がないかを全職員で振り返る機会を設けている。又、グループ全体の身体拘束適正化委員会を通じ、他事業所から得る“気づき”も普段のケアに活かしている。	
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	職員は虐待防止の勉強会に参加し、研修報告にて他の職員の意識を高めるようにしている。会議にて毎月勉強会をしチェックリストで行動を見直している		

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
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	研修に参加し日常生活自立支援事業や成年後見制度について勉強している。		
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	契約の締結解約時には管理者が利用者や家族の不安や疑問について十分な話し合いを行っている。改定時は個別説明や運営推進会議にて説明し理解を得るようにしている。		
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	日頃の関わりの中から利用者様の要望や意見を聞き、会議等で話し合いサービス向上に繋げている。家族とは面会等で話し意見を出しやすい関係づくりに努め運営推進会議でも家族の意見・要望を吸い上げるようにしている。	利用者の声を吸い上げられるよう、介護相談員の受け入れ(2ヶ月毎)を行っている。面会時に家族の意見・要望くお引き出せるよう、毎月、利用者個別のホーム便り(写真、1ヶ月の生活の様子)を送付している。家族の希望時はメールでも情報交換出来るようになってきている。	
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	毎月の会義、年2回の個別面談にて意見や提案を聴く機会を設けている。日頃から意見が出しやすい関係づくりに努めている。	管理者も現場業務に従事しており、普段から職員の意見・提案を聴くようにしている。毎月の会議の中で職員が自由に意見交換し、全体で合意形成を図る機会を設けている。又、年2回の個別面談を通じ、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	代表者はスキルアップの為の受講に理解があり、能力に応じた給与や職務状況を整えている。		
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	研修には出来る限り随時参加し研修報告を回覧することで職員全体が勉強できるようにしている。		
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	グループホーム間の交流会や勉強会に参加したり病院主催の勉強会、キャラバンメイトの活動等の参加でサービス向上に努めている。		

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
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、ご家族の想いをきちんと捉え職員間で情報を共有し、環境に慣れるまでは身近に寄り添いながら安心できるようにしている。		
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	面会時は生活状況を伝え、ご家族からの要望や不安を聴きながら信頼関係を築くように努めている。		
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	本人の出来る事出来ない事を見極め、今必要としている支援をすることに努めている。		
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	自分でできることは自分でしていただき、掃除・洗濯たみ・食器洗いなど一緒に行っている。		
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	面会や一時帰宅や外出など可能な家族にはできるだけ本人と過ごす時間をもっといただいている。		
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	友人や知人の面会時にはゆっくり話ができる雰囲気作りに努めている。行きつけの理美容院の継続利用(美容師の訪問)や自宅周辺へのドライブ等も支援している。	ホームでの面会を歓迎し、次にも繋がるように働きかけている。電話で遠方の孫と定期的に連絡を取り合っている例もある。併設のケアホームに友人・知人がいる場合は、交友関係が継続出来るように支援している。又、馴染みの場所(自宅・生家周辺)へのドライブ等も支援している。	
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	一人ひとりの性格や好みを大切にした対応を心がけている。利用者間が自然に対話できるように間に入り対話をとりもっている		

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	サービス終了後も必要に応じて声掛けやお見舞いに行ったり、相談に応じている		
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	日々の関わりの中で本人の思いをくみ取るようにしている。話すことが困難な場合は表情や動作から思いをくみ取るように努めている。何気ない会話に込められた利用者の思いを書きとめ記録に残している。	普段のかかわりの中で、利用者個々の「思い」を聴くようにしている。利用者の思い(○○を食べたい、○○に行きたい等)を聴いた場合は、可能な限り対応するように心掛けている。意思疎通が難しい場合は表情・仕草等から、「思い」を汲み取っている。	利用者の思いが込められた言葉を「」書きで日々の記録に積極的に残し、介護計画に繋げる取り組みが期待される。
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	入所時の本人の話、ご家族の話や以前に受けていたサービスの情報提供書などで把握に努めている。日々の関わりの中で本人の思いや、ご家族・面会者等から今迄の暮らしについて情報収集し馴染みの暮らしが継続できるように支援している。		
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	関わりの中で一人ひとりの生活のリズムや心身の状態が違うことを理解し申し送りにて情報を共有し暮らし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	本人のしたいことや出来る事に重点をおいてその時々課題や支援についてカンファレンスを行っている。本人の思いを書きとめ介護計画に反映するようにしている	本人のニーズ(したい事、楽しい事)中心の介護計画となるように工夫を重ねている。全職員の意見も踏まえ、半年毎にモニタリングを行っている。	ニーズ中心の計画となるよう、目標には本人の思いが込められた言葉(○○したい、○○が好き等)をそのまま明示される事を期待する。又、モニタリングしやすいよう、支援内容はより具体的に明示されることを期待する。
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	日々の様子は個別のケア記録に記入しているが職員によって気づき等に差がある為申し送りやユニット会議で情報を共有して介護計画に反映している		
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	日々の心身の状況やその思いを大切に柔軟に対応している		

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
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	家族や知人、地域の方(町会長・民生員・介護相談員・ボランティア・理容室・かかりつけ医・近隣の方々)との交流等で生活に潤いを持っていただくように支援している。		
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	かかりつけ医は本人、家族の希望を尊重している。往診の前にはホームから情報提供し適切な医療を受けられるように連携している	ホーム提携医や地域の医療機関による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。訪問日前に予め利用者の情報を提供し、主治医と適切な連携を図っている。専門医への受診は原則家族に依頼しているが、状況に応じて必要なサポート(送迎・付き添い・文書での情報提供等)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	朝夕の申し送り、連絡ノートなどで情報を共有し変化がある時は看護師と相談し適切な受診が出来るようにしている。		
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。	管理者が病院に出向いたり電話などで情報交換し出来るだけ早期退院し生活リハビリで体力を取り戻してもらうように努めている		
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	本人の希望や家族の要望を聞き主治医と相談しながら今後の方向性を確認し、重度化・看取りの支援に取り組んでいる。	「最後まで」という利用者・家族の希望に沿えるよう、関係機関(主治医、訪問看護事業所等)の協力を得ながら重度化・看取り支援を実践している。重度化が進んだ場合は主治医・家族と十分に話し合い、今後の方向性を定めている。ホームで出来る事・出来ない事は家族に説明し同意を得て、可能な限りの緩和ケアを行っている。	
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	消防署や病院の救急救命講習に随時参加し訓練を行い意識強化と実践力を付けるようにしている。講習参加者は他職員にも周知できるように講義や実践を行っている。		
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	緊急時マニュアルを整備し利用者の身体状況を考慮、予め異変が想定される場合は、具体的な対応方法を職員に周知している。	緊急時対応マニュアルを整備している。救命講習に職員を順次、参加させている。緊急搬送時に救急隊とスムーズに連携を図れるよう、予め消防指定の用紙に必要な情報をまとめている。日中は併設ケアホームの看護職員によるサポートも得られるようになっていく。	

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	かかりつけ医と連携を取り月に1~2回の訪問診療や特変時の連絡を取り合っている	ホーム提携医や地域の医療機関による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、併設のケアホームをはじめとするグループ全体の連携・バックアップ体制も整えられている。	
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	夜間は各ユニットに1名、隣接する小規模多機能に1名、計3名の職員体制に加え当直の職員1名を決めており応援に駆け付ける体制になっている	夜間帯はホーム内に2名の職員+併設ケアホームの夜勤職員1名を加え、敷地内に計3名の複数体制となっている。又、緊急時の備えとして、毎日、自宅待機の当直職員を1名確保している。緊急連絡網による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	年2回消防署立会いの下で火災、地震、夜間火災を想定した防災訓練を行い専門家の総評・助言を今後活かしている。緊急連絡網を作り、地域と協力体制をとっている	年2回、火災を想定した総合避難訓練を実施している。2回共、人手が少ない夜間帯を想定した内容となっている。内1回は消防職員立ち会いの下で訓練を行い、専門家の総評・助言を今後活かしている。災害発生時に地域住民の協力が得られるよう、訓練時に町会長・ご近所さんの参加を募ったり、町会の防災訓練に職員が参加している。防災グッズや保存食も整備されている。	
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	マニュアルを整備し誰でも見られる場所に掲示してある		

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	一人ひとりの人格を尊重した言葉かけや対応について毎月の会義や毎日の申し送りで話し合いプライバシーを尊重したケアを心がけている。慣れ合いにより利用者の人格を損ねることのないように言葉遣いや声のトーン等に気を付けている	利用者個々の尊厳を損なわないよう、言葉遣い・声のトーン・所作に配慮している。関係性を深めても、慣れ合いが生じないように注意している。又、トイレ誘導は耳元でさりげなく行ったり、羞恥心を伴う場面では同性介助に応じる、申し送りは利用者からは死角となる場所で行う等、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	日常のケアや対話の中から思いや要望を聞いて「自分で決める」支援をしている		
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、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	入浴の曜日や食事の時間などある程度決まっているが本人の体調や気分により変更し意にそう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
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	その日に着る服は自分で決めている。場面にあった服装ができるように支援している。馴染みの理容師さんの訪問で整髪している。		
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	本人に合った食事形態や色、盛り付け、季節、郷土食等を取り入れている。ご家族・地域住民からの差し入れの野菜も食材として新鮮な状態で提供している。野菜の皮むきや食器洗いなど得意な方に参加してもらっている。	スーパーで食材を購入し、季節感を考慮した手料理を提供している。家族や地域住民からの差し入れも食材として活用している。献立には利用者の要望も反映されている。家事が得意な方に準備・後片付けに参加してもらっている。季節毎の行事食や手作りおやつ、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	バランスの良い献立を心掛けている。職員も一緒に同じ食事をとり、摂取状況を見守り、食事量、水分量を記録している		
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	毎食後に口腔衛生を行い、自力で困難な場合は介助をしている。		
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	トイレでの排泄が出来るように、一人一人の出来ないところを介助している。一人ひとりの排泄パターンに応じて声掛けしトイレ誘導を行っている。	気持ち良い「トイレでの排泄」を基本としている。「自立」につながるよう本人の出来る事は見守り、苦手な部分のみをさりげなくサポートしている。誘導が必要な方には個々の排泄間隔を掴み、適宜お誘いの声をかけている。必要時はポータブルトイレも活用している。	
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	食物繊維や乳製品の摂取、水分補給に気を付け腸の動きをよくするために散歩や体操、腹部マッサージを行っている		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の曜日は決まっているがKH、GH合わせて毎日入浴できるようになっているので無理強いせず柔軟に対応している。昔ながらの(柚子湯・菖蒲湯等)や入浴剤で入浴を楽しめるようにしている。	各ユニットで週に2日、ホーム全体で4日/週にお風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯温、時間帯等)に沿った入浴を支援している。入浴を楽しめるよう、入浴剤を活用したり、昔ながらの季節湯(柚子湯、菖蒲湯等)を行っている。入浴を拒む場合は無理強いせず、別の日に改めてお誘いしている。	

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	一人ひとりの睡眠パターンを把握することにより午睡する人しない人などそれぞれに対応。日中の活動で夜間は安眠できるようにしている。入眠中は物音や照明に配慮し睡眠を妨げないようにしている。		
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	名前、日付、朝、昼、夕の声出し確認飲み込むまでの確認を行っている。症状の変化などの気づきは速やかに管理者に報告している		
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	得意な編み物、縫物、カラオケなどの趣味活動の支援や庭の草むしり、掃き掃除、洗濯干しやたたみ作業等本人の得意な役割を発揮できるようにしている		
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	当日の希望にはなかなかそえないが天候や勤務体制によってドライブや散歩に出かけている。天候の良い日は外気浴にて体操やお茶を楽しんでいる。外食やお花見、紅葉狩りなども行っている。	天気が良い日は気軽に戸外(散歩、外気浴等)に出向いている。又、季節感を味わうドライブ(桜花見、紅葉狩り、千里浜へ等)や普段行けない場所への外出(水族館等)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	基本的にはホームに金銭は持ち込まないことになっているが買い物楽しさ、選ぶことの楽しさを味わってもらうため買い物に出かけることもある。		
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	家族の了解があれば本人の希望に応じ電話をかけたり取り次いだりしている。手紙や小包など取り次いだりしている		
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	共有空間の温度・湿度管理や換気を行っている。玄関やリビング、廊下等には利用者と一緒に作った作品や季節や行事に合わせた飾りをしている。職員の声や足音が不快感を与えないように配慮している	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。職員同士の会話や職員の足音が不快な雑音とならないように注意を払っている。日本庭園を眺められる廊下に2人掛けのソファを配置し、他者と離れて寛げる空間を確保している。	

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
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	食卓テーブルの他にテレビ前、キッチン横など数か所にソファを置き、気の合った利用者同士や面会者と遠慮なく過ごせるスペースとなっている		
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	本人や家族の意向を入れながら居室の空間を作っている。本人の使い慣れた馴染みの家具を持参してもらうようにしている	居室で居心地良く過ごせるよう、自宅で使い慣れた物(テレビ、寝具類、家具等)や本人が安心出来る物(家族の写真、趣味道具等)を持ちこんでもらっている。	利用者が居室で快適に過ごせるよう、エアコンの設置を検討されることを期待する。
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	安全に移動できるように各所に手すりが設置されている。居室にはそれぞれの暖簾を掛けて自分の居室がわかるようにしている		