

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	毎日の朝のミーティングの時職員全員で唱和し確認、共有しケアに活かしている。	「尊厳を大切にする」「持てる力を発揮できるように支える」「家族・地域とのつながりを大切にする」を理念として掲げている。理念は毎朝唱和することで、職員への周知が図られている。	
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	グループホームのイベントに地域の方たちに来ていただきどんなことをしているか見てもらったり町の色々なイベントに参加し顔見知りの方と出会いお話が出来ている。	地域行事への参加(敬老会、農業祭、文化祭への出展等)や獅子舞の招待・多様な住民ボランティア(三味線、踊り、フラダンス等)の受け入れ等を通じ、地域との交流を図っている。又、ホーム行事(夏祭り、感謝祭、クリスマス会等)に地域住民を招待し、ホームへの理解を深めてもらっている。	
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	区長さんや民生委員の方近所の知り合い等にイベント等の参加してもらいグループホームの理解や認識をしてもらい意見や質問などを聞き活動に活かしている。会議の時に自分の親の事を口説いていかれた事もあった。一言アドバイスをすると認知症は大変だと実感されていた。		
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	年6回の運営推進会議で区長さん民生委員、家族、他施設の方たちに報告や意見を取り入れてケアに活かしている。	区長、民生委員、家族会代表、他事業所職員、町担当者等をメンバーとし、年6回開催している。ホームの活動報告後、質疑応答・意見交換の時間を設け、参加者の意見や助言をサービスの向上に活かしている。	
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	今年度は困難事例もなかった。ただ退所された方で次の入所先の相談を行った。ショートを繋いでいくしかないとの返答でした。	運営推進会議を通じ、町担当者との協力関係を深めている。困難事例が生じた場合は町担当課・包括支援センターに相談に出向き、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	玄関は施錠したことはないその他の身体拘束もありません。ベットからの転落防止には下にふとんを引いたり車イスではベルトはしていない。身体拘束の弊害等を研修して理解もしている。	外部研修やホーム内の勉強会で該当行為・弊害に対する理解を深め、ケアの工夫を重ねながら「身体拘束ゼロ」の介護を実践している。又、言葉で利用者の行動を制限しないよう、管理者が都度注意喚起している。	
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	虐待の研修を行って関連法も理解している。職員同士声掛け合い言葉掛けのにも注意を払っている。		

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
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	研修は行ってはいるが制度認識はまだなので今後も研修は行って行かなくてはいけないと思っている。		
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	入居時には説明を行い同意していただき不明点を確認し再度納得できるように説明している。		
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	家族会や運営推進会議、面会時に要望や意見等を伺い上司や職員で協議しながら運営に活かせるようにしている。	面会時・電話での情報交換時に利用者の近況を伝え、家族の具体的な意見・要望を吸い上げられるように働きかけている。又、家族会(年1回)・運営推進会議・ホーム行事に家族を招いた際にも意見・要望を引き出せるようにしている。	
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	ミーティングや引継ぎ、研修時に意見や思いを聞き代表者も出席するので聞いてもらえる。	管理者も現場業務に従事しており、普段から職員とは十分に意見交換を行っている。又、朝・夕のミーティング時に職員が意見・提案を自由に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	職員の待遇を良くして(ボーナス等)モチベーションが向上できるようにしている。		
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	実際の力量や頑張り把握しベースアップやボーナスに反映しやりがいを持てるように、研修を行いレベルアップ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	同町の同じグループホームと交流を図り情報交換やケアの向上に役立てている。他施設の運営会議に出席し自分の処との違いを職員に伝え自分たちは何が出来るかを考えてもらう。		

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	何が困っていて、何が出来ることか、不安はないか等聞き、時には職員と同じ在所で意気投合し一気に信頼関係が結べる事もある。細かな処まで気を使う。		
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	家族が困っている事や何を続けていってほしいか、何が希望かを聞きケアに活かしていけるようにし信頼関係を築けるようにしている。		
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	受診や買い物代行を行い不自由な事にならないよう家族が安心出来るようにしている。		
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	出きることを見極め、嫌がる事や嫌な事を確認し強要はしない職員で分からない事は聞いたりして一緒に行う事もある。		
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	なにかあっても家族と相談し施設の出きることを伝え共に支えあえる関係作りを行っている。		
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	受診援助を行いつつもHPで顔見知りに出会い楽しくお話が弾んでいたり、家にいた時の近所の方たちが5～6人来て楽しくお部屋で談笑される方もいらっしゃる。	馴染みの人間関係が継続出来るよう、ホームでの面会を歓迎している。特に家族とのつながりが保てるよう、ホーム行事に招待し、共に楽しむ機会を設けている。又、家族の協力を得ながら、馴染みの場所(喫茶店、カラオケ、かかりつけ病院等)とのつながりを支援している。	
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	入居者同士で楽しそうにお話をされて冗談を言ったり体調の悪い方の心配をしたりされている。何か出来なくて困っていきそうな時にはすかさず助け合っておられる。		

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
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	HPIに入院されても洗濯物をもってきたり状態を見に行ったり看護師に確認したりしたので家族からの信頼もあった。状態悪化されて退所された方でも面会に行ったりしている。設立当初より変わりなく続いている。		
<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	利用者の方が突然思いついたこと夜ご飯ネギトロ丼が食べたいと言われたので急ぎさしみを買って行ったりいきなりドライブに行きたいと言われて取り合えず車で走ったりと希望を叶えられる様にした。	日常会話の中から利用者個々の「思い」(○○をしたい、○○を食べたい等)を把握し、その実現に努めている。利用者の「思い」はセンター方式(私の姿と気持ちシート)に集約し、情報共有を図っている。意思疎通が難しい場合は生活歴を考慮した上で職員側から働きかけ、その際の反応から「思い」を汲み取っている。	
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	生活歴を把握し希望をかなえられるようにし、家の延長にホームがあるように支援して行きたいと思っている。		
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	理念にもあるように持てる力や能力を見極め現状はどうか生活リズムはどうか毎日のミーティングで話し合い確認している。		
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	申し送りやミーティングで家族の意見ケアで気が付いた事を話し合い現状一番良い方法を取り入れケアプランに活かしていけるようにしている。基本3ヶ月で見直しを行う	「本人の持てる力＝出来る事・好きな事」「リスク・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。計画内容が現状に即しているか、全職員・家族の意見も反映し、3ヶ月毎に見直している。	「私の姿と気持ちシート」を有効活用し、より利用者の「思い」(○○したい等)を重視した介護計画が期待される。
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	毎日個別のケアシートに記入し引継ぎやミーティング、申し送り等に話し合い変化等全員共有し支援や計画に活かしている		
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	体調面の変化ではその状態に合わせた医療機関に受診、家族が行けない時には職員が同行する。もし往診が可能であればお願いする		

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	近くの古民家カフェに行きお茶をしたり、以前に町がボランティアと共に1ヶ月1度に開店していた喫茶に出向きお茶をしておしゃべりを楽しんだ。1人の方は家族と一緒に今まで行っていたカラオケに出かけて歌を楽しんで来られた。		
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し、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	今までの継続で医療機関を受診出来るようにし変化があったときにはDrや家族と相談し紹介状を書いてもらい受診。家族と共に受診同行する。家族が行けない時には職員が同行する。日ごろの状態を伝えて診療に役立つようにしている。家族だけの受診時には変化や状況等メモを渡しDrに目を通してもらっている。	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自由に選べるようになっている。かかりつけ医や専門医(精神科等)への受診は原則家族に依頼しているが、主治医と適切な連携を図れるよう、都度必要な支援(管理者が付き添う、送迎支援等)を行っている。ホーム提携医とは24時間体制で密な連携を図っている。	
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	看護ノートに変化や状態を記録、時には相談したり状態によっては受診を進められる事がある。		
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。	入院されると家族の希望で職員が面会し洗濯物の確認や看護師の話を聞いて状態確認を把握し他の職員に伝え共有、受け入れは可能なので早期の退院ができるかその方にあった退院の期間を確認して家族と話し合う。		
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	契約時に重度化やターミナルに付いてはお話して希望を聞いているがその時が近づいた時には何度も話し合いを繰り返し必要に応じDr、看護師職員と共に情報交換や相談等を行い、グループホームでできること出来ない事を伝え理解してもらう。	家族の希望(最後までホームで)に沿い、提携医のバックアップを得ながら、重度化・看取りの支援を実践している。利用者の状態変化の都度、家族には状況を詳しく説明し、揺れ動く「思い」を確認している。よりよい看取り支援(緩和ケア)が提供できるよう、内部研修を通じ職員のスキルアップを図っている。医療依存度が高い場合は他施設(特養・サ高住等)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	急変時の定期的訓練は行ってはいないがミーティングや申し送りにどのようにして行けばいいか過去の事も参考にながら話し合っている。職員の机の周りにはマニュアルが張ってあり分かりやすくなっている。		
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	緊急連絡網が整備されていて見直しも行い研修も行い各自何をするか担当を確認している。	「医療機関に連絡する基準」を整え、職員が目につく場所に掲示している。又、緊急時の連絡体制＝管理者・ホーム提携医に相談・指示を仰ぐ体制を整えている。	緊急時対応(誤嚥・窒息、心肺停止時等)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	今年度は2人の方が特養と高専賃の入居の支援を行った。医療機関は24時間の支援体制が確保されている。福祉施設とは契約がされており相談や情報の交換をおこなっている。	ホーム提携医による医療支援体制を確保している。又、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	夜間時は1名の勤務体制であるが1名の方は同じ地域なので5分以内には駆けつけることができる。もう1人は10分以内に到着できる。主治医とは24時間の支援体制が確保されている。連絡網もあり誰が誰に連絡するか確認している。	1ユニットの為、夜間帯は1名の配置となっているが、緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制を整えている。ホーム提携医とは24時間の連携体制を構築している。	
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	年2回の避難訓練を行っていて消防署の立会いの下実行している。注意事項等の指摘を今後の訓練に役立てたいと思っている。10月には災害の訓練も同時に行った	災害時の対応マニュアルを整え、年2回、火災を想定した総合避難訓練を実施している。内1回は消防立ち会いのもとで訓練を行い、専門家の助言を今後活かしている。訓練時は実際に通報装置を用いたり、水消火器で消火体験を行っている。災害発生時に備え、地域の協力体制(前区長との連携等)や備蓄品を確保している。	
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	災害時の対応マニュアルがあり誰が何の役目か取り決めて周知している。備蓄品も確保しどこにあるか確認できている。		
<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	人生の先輩と認識言葉遣いや毎日の生活の中で1人1人の人格尊重し対応に注意している。居室の入室や入浴時、トイレ等に気を配りプライバシーにも配慮している	人生の先輩として敬い、方言を活かしつつも言葉遣いに気を配っている。介護行為を行う場合や居室への入室時は声かけを行い、予め利用者の了解を得ている。又、申し送りの際は暗号を用いる等、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	毎日の生活の中で希望を聞きだし思いを伝える事ができるように心がけていて希望が出てきた時は叶えられる様に配慮している。		
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	職員のペースになりがちであるが、その人の思いや希望が出てきた時には満足していただくようにしている。		

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	自分でできる方は職員が口出すことは極力しない、あまり季節に合わないようであれば助言する。出来ない方には必要に応じて整容や着替えなど支援している。		
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	1人1人の好みや嫌いな物を聞きメニューに取り入れるが栄養面も考えながら出している。作る事は皆さん嫌がられるので後片付けのお手伝いをお願いしている。土地柄昔から山菜を食されていたので時期には近所から貰った物で調理すると懐かしがられ喜ばれている。たまには外食支援も行う。	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。地域住民や家族からの差し入れ(野菜、山菜等)も食材として活用している。利用者個々の得意な事で後片付けに参加してもらっている。利用者の経験を活かして干し柿を作ったり、花見弁当・外食(回転寿司等)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1日の食事量や水分量は職員全員が確認している。状態に見合った食事を提供している。		
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	正しい口腔ケアができるように声掛け又は介助し清潔を心がけている。入れ歯は本人に磨いてもらうが職員が磨き残しを確認し介助している。舌垢等の確認も行っている。		
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	個々の排泄パターンを把握したり、動きの様子を見ながら声掛けを行い排泄をトイレで行ってもらう。昼夜共に全員の方トイレで排泄を行ってもらっている。日中でも尿汚染を極力少なくなるようにしている。	昼夜問わず、「トイレでの排泄」を基本としている。オムツ使用者でも日中はトイレで排泄出来るように支援している。誘導が必要な方には個々の排泄間隔・サイン(表情・仕草等)を把握し、適宜お誘いの声をかけている。排泄備品(パッド類等)は状況に応じて有効活用し、家族の負担軽減を図っている。	
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	運動不足や水分不足の確認を行い早食いの方にはゆっくり食するように声かけを行いマッサージを行っても出ない時には服薬をある。便秘が長くないようにしている		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっているが、体調や希望で変更するときもある。皮膚トラブルのある方には洗剤やタオルを変える等配慮している。菖蒲湯やゆず湯など季節を感じてもらえるように心がけている。	基本、週2回の入浴を支援している。入浴を楽しめるよう、様々な入浴剤を用いたり、昔ながらの季節湯(柚子湯、菖蒲湯)を行っている。又、道の駅等で足湯を楽しむ支援も行っている。	

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
50		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	不眠の方には2～3人の方と9時ごろまでテレビを見たり、話したりしてもらっている。日中は午睡の時間も設けている。		
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	副作用については日常の観察を怠ることなく、疑いがある時には医療機関に上申し指示を仰いでいて1人の方の薬の目的や用法、副作用を理解し共有している。		
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	女性の方には得意な縫い物や台所の片付けを手伝ってもらったりしているが強要はせずやりたい気持ちを大切にしている。		
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	気候の良い時には散歩や、ドライブ、食事会、花見、足湯等に出かけ生きがいや気分転換が出来るように支援している。	天気が良い日は気分転換を兼ね、気軽に戸外（散歩、季節を味わうドライブ等）に出向いている。ホームの外でおやつや食事を楽しむ機会も設けている。	
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	入居者の方はお金は所持されていないが希望があれば家族と相談しホームで用意して買い物支援を行う。		
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	年賀状を出すのに希望を聞いたところどなたも希望なし、電話は1人の方がかけたいと言われるが家族の強い拒否があるので実行出来ず。職員が中に入っても反対された。		
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	場所的には前が公園なのでとても静かで深いな音はあまりない。季節感を出すために飾り物には気を使いその季節に合った物を飾る、入居者の方と一緒に作った物を飾ると自分が作った物を見て笑顔が見える。	共有空間の温度・湿度管理に配慮し、冬季は加湿器を使用している。利用者との散歩途中に摘んだ季節の花をホーム内に飾っている。ホーム眼前は桜花見の名所となっている公園があり、一步外にいれば季節感を十分に味わうことが出来る。	



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	自分の定位置が自然と決まり気の合う同士話をされている時には身を乗り出して向かいの方とおしゃべりをされている。夜7～9時までは4人位の方がテレビを見たり話をしたりと過ごされている。		
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	居室には自宅から持ち込んだタンスやボックス、人形、写真等が飾られている。思い出したように眺めて懐かしく思い出している事がある。	入居時に使い慣れた物(テレビ、家具類等)や思い出の品を持ち込んでもらえるよう、家族に働きかけている。ホームで撮ったお気に入りの写真も飾っている。	
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	居室には表札入浴時には暖簾、トイレには表示がされていて分かりやすくなっている。		