

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	ミーティング・社内研修会などで理念を確認・共有し、実践するよう努力している。	理念「利用者の地域活動への参加・思いの共有・特徴を活かすその人らしい生活支援(要約)」は、新法人設立に伴い改めてグループ全体で見直した法人理念。全職員がその意味の理解と共有を図り、利用者本位の暮らしは言うまでもなく、より質の高い生活になるよう様々な取り組みの中で浸透するよう努めている。	
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	毎月の地域公民館行事や年2~3回の清掃に参加の他、小中学校との交流をつづけている。入居以前からされている地域ボランティアや生涯学習活動への支援にも取り組んだ。	近隣の法人事業所とホームの2つの町会の清掃や祭りに法人として参加。法人便りも広域に定期配布している。日頃のご近所付き合い、公民館や文化会館行事参加、中学生の職場体験受け入れのほか、地元医科大学との認知症研究にも利用者とともに携わっている。	
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	毎月発行のホームからの『おたより』を町内に各戸配布するなど情報発信している。		
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	利用者・家族・町会関係者・町や社協職員・地域から参加いただき、職員・管理者から報告し意見交換、身体拘束廃止への取り組みなど、日々のサービスに生かすよう努力している。	会議は、2町内の各会長、行政・社協職員、利用者の構成で隔月開催し、うち隔回毎に法人通所と合同で開催している。入退去等の業務報告に加え地域情報や法人が今取り組んでいる事業への支援・協力も頂いている。次回から毎回家族に参加案内を出す予定。	
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、グループホーム連絡会にて意見交換したり、認定調査時にアドバイスを頂いている。また、事故時は速やかに福祉課に報告し連携に取り組んでいる	行政担当課には運営推進会議でホームの実情を伝え、事業所連絡会や地域ケア会議でも研修や事業に関わる情報等を頂き、ホームの適正運営につなげている。今年度は制度改正で身体拘束適正化委員会も立ち上げている。	
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	身体拘束廃止への取り組みで、運営推進会議の場で2カ月ごとに報告している。ミーティングや研修等で職員全員に周知・徹底している。玄関は基本は夜間のみ施錠している。	身体拘束の正しい理解は、内部研修年間計画にも毎年組み込み、改めて省みる機会を設け、日頃つい口に出てしまう言葉による拘束も、主幹職員が内容に応じてその場や職員会議で語り改善を図っている。日中施錠も一時的に職員が少ない時以外はしていない。	
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	外部の研修に参加し、不適切ケアの理解を深めるため、ミーティング、施設内研修などで職員に周知・徹底している。		

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	日常生活自立支援事業、成年後見制度の周知・徹底を心がけている。		
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	契約時に書面を読み合わせ、説明をしている。随時ご家族からの問い合わせにも対応している。また、入居後指針や重要事項の追加があった場合は書面での説明に行っている。		
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	面会時や電話、運営推進会議などで意見を聞きながら、ケアの質の向上に努めている。	家族にはホーム便りを3ヶ月毎に送り、日頃の電話連絡や面会時、介護計画の更新にも来訪頂き意見や要望をお聴きしている。地元の方が多く、気軽に来て頂いており、年末のクリスマス会と大掃除には一緒に参加頂いている。あまり来られない家族には定期的に近況をお伝えし、信頼関係の構築・維持に努めている。	
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	ミーティング日常の中で提案・意見を聞き、運営に生かすよう心がけている。管理者も職員の意見に耳を傾け提案がしやすいよう心くばりしている。	職員の意見や提案を聴く機会は、ユニット会議や代表者・管理者も参加するリーダー会議があるが、管理者は日頃のコミュニケーションからでも聴く機会を設けている。今年度、外出困難な方のために自己選択や楽しみを増やす目的で始めた食品の移動販売車に続き、衣料販売車の受け入れ提案も検討している。	
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	ミーティング・リーダー会議・研修などで意見を言える場になるよう努力している。働き方改革法に合わせた労働体制を遵守していく。		
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	毎月実施している社内研修会をはじめ、職員の資質向上のために経験年数に応じた施設内外の研修に参加し、研鑽する場を確保している。		
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	同業者が集まる勉強会や食事会などに参加し、意見交換などしサービスの質の向上をめざしている。		

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
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	傾聴し、十分なコミュニケーションを取り、希望を確認しながら安心して過ごして頂けるよう関係づくりに努めている。また、自立に向けた意欲を高めるようなお声掛けを心掛けている。		
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	入居前より十分なコミュニケーションをとりながら、不安・要望などに相談・対応している。可能であれば入居前に施設見学を本人家族にしている。		
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	訪問調査し、状態を把握し、ケアマネやソーシャルワーカーと連携を図りどのような支援についての情報分析をおこなっている。		
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	ご本人の想いを尊重しながら、洗濯・掃除・調理等の作業は職員とともに行い、共同作業への参加し、役割達成による心への充足に努めている。		
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	面会時や電話などで お話をしながら、共にご本人を支えていく関係づくりに努めている。また、施設行事にもご参加いただけるよう発信している。		
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	日々の会話の中で知り得た利用者の想いや希望に寄り添い、外出時に馴染みの場所へ立ち寄ったり馴染みの関係が保持できるよう努めている。	利用者には地元民が多く、入居前から行きつけのスーパーや大型商業店舗に一緒に出向いたり、散歩をしても知人と会うことがある。家族の協力で一時帰宅や墓参り、利用者のために獅子舞を披露しに来くれる町内もある。普段も自宅近所の方の来訪があるなど、それぞれ個別の馴染みが続くよう支援している。	
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	ご利用者の仲に合わせた席の検討など孤立しないようにしている。必要時は職員が間に入るが、お互い思いやり助け合う場面も多い。		

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	自宅などに訪問し、ご本人やご家族の意向や情報を確認し、相談や支援に努めている。		
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	利用者の想いや希望を日々の関わりの中で把握できるよう努めている。又、職員間で情報を共有し、検討しながら気持ちを理解できるよう努めている。	思いを口にできる方には、やりたい事やしたい事を一緒にしながら、次にしたい事や望む事を引き出せるよう信頼関係の構築に努め、口にできない方へは、どんなケアがいいのか、どうすれば察知できるのかを意識しながら、利用者にとって少しでも意欲の持てる暮らしぶりとなるよう取り組んでいる。	
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	ご本人・ご家族からこれまでの暮らし方や生活歴などを聞き、状況把握に努めている。		
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	全職員が情報を共有し、ご本人のペースに合わせた支援ができるよう現状把握に努めている。		
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	毎月のミーティング時に、ケアカンファレンスを行い、本人・家族の意向・職員の意見を反映しながら、介護計画を作成している。又、利用者の状態変化があった場合は、随時見直しも図っている。	計画は、毎月のユニット会議で対象利用者の3ヶ月毎のモニタリングをし、本人・家族の意向も踏まえ作成担当者が半年毎に更新。状況変化があれば随時見直している。身体機能が少しでも長く維持できるよう健康面を主体にした内容で、個別経過記録も本人の思いや夜間状況をより書き込めるよう様式を見直している。	健康維持や日常生活向上に加え、本人のしたい事ややりたい事も目標に位置付けられる事を期待したい。
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	日々の様子を個別記録に記入し職員間で情報を共有し、日々のケア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	一人ひとりの状況・状態・希望に応じて可能な限り多機能に対応している。		

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	他職種で構成されている運営推進会議で様々な関係作りや行事へのボランティアの参加を図っている。		
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	協力医療機関の訪問診療で計画的に、治療を受けている。必要時訪問診療ナースとも連携をとり、処置のアドバイスもいただいている。疾患によっては入居者の状態にあった医療機関をかかりつけ医として支援している。	主治医選定は、入居前からの医療機関への継続診療でも、本人・家族の意向やホーム住環境も反映した在宅療養計画書に基づいて訪問診療や看護師派遣をするホーム提携医院でもよく、適切な医療支援体制を整えている。内科以外の外来専門診療は基本家族付き添いだ、事情によっては職員が連れ添う事もあり、また管理者自身も看護師有資格者である。	
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	施設の常勤看護師職員と施設職員、かかりつけ医と日頃より情報を共有し、適切な対応ができる体制をとっている。		
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。	入院した際 お見舞いへ行き、ご家族・病院関係者と情報交換し安心して戻って来られるよう支援している。		
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	入居時にホームとしての看取り方針をご本人とご家族に伝え、重度化する前の早い段階から数回話し合いの場をもち、ご本人やご家族が希望する最期を目指し、環境整備に努めている。またグリーフケアにも努め、家族のケアにも努めている。	入居時にホーム看取り方針を伝え、重度化した場合も改めてホームで主治医と本人・家族が話し合う機会を設け、その後も揺れ動く家族の気持ちへの理解と尊重をしながら柔軟に対応している。提携医院は24時間体制で訪問看護部署もあり、看取り事例を含めた勉強会も内部研修年間計画に毎年組込み実施している。	
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	全職員対象の施設内研修にAED、緊急時対応について認定看護師より人体模型を使用し訓練している。ご利用者の日々の状態を把握し、全職員が変化に築く観察力も養っている。		
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	緊急時対応マニュアルがあり、全職員周知している。又、AEDの使用法や応急処置等の研修を毎年行っている。	緊急通報及び待機要領も含めた緊急時対応マニュアル、職員連絡網を整え、毎年の研修会も今年度は地元医科大学で認定看護師から学び、毎年継続を検討している。その後の救急搬送で救急救命士から適切処置の評価を受けるなど、今後も観察力も含め緊急時に落ち着いた対応が身に着くよう取り組む方針である。	

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	支援体制は確保されており、必要時に備えてターミナル診療をして頂けるホーム医、緊急時一時受け入れ契約の特養など協力体制ができています。	医療機関は24時間体制で訪問診療・看護の提携医療機関と金沢市の病院があり、歯科医院とも毎月の訪問診療を提携している。福祉施設については近郊に緊急時一時受け入れ契約の特養施設がある。	
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	1、2階夜勤者の協力体制と共に協力医療機関・看護師とも24時間体制で対応できるようになっている。夜間及び深夜は、1ユニット1名ずつ計2名の職員で対応する。	夜勤者2ユニット1名ずつ計2名の職員で連携する夜間体制で、不測の事態にはホーム提携医療機関や管理者・ユニットリーダーに連絡し指示を仰ぐ手順となっている。	
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、防災訓練を行っており、地域住民が参加することもある。又、地区の防災訓練にも参加している。	避難訓練は、毎年、消防署立会いと防災業者によるホーム独自の訓練の2回を実施。初期消火・通報・避難の一連の動きを確認し、利用者にも天候が良ければ緊急避難場所としている近隣の同法人障害者施設まで退避している。	災害対策には限りがないため、より現実的な防災品整備やホームの立地環境に即した対策検討が望まれる。
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	マニュアルがあり全職員周知している。防災リュックの他、飲料水や乾パン・備蓄品や毛布等の防災品も設置し、定期的に点検している。	地震・台風・大雪等の災害別対応マニュアルを備え、非常持ち出し袋や利用者個別ファイルのほかアルファ米、ゼリー、缶詰、飲料水等の数量・消費期限を管理した備蓄品や使い捨てカイロ、医薬品、懐中電灯等の防災品も1階玄関近くの保管庫に備えている。	
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	トイレ、入浴などご本人の人格を十分尊重し、自尊心を損ねないような声かけに努めている。	認知症の理解、接遇、プライバシー保護は内部研修年間計画の必須にしており、全職員への理解と共有が図られている。病気が進行し、記憶や日常生活動作がままならなくなっても、本人に代わり最後まで大人としてのふるまいを護るべく、日々ケアサービスに臨んでいる。	
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	ご本人の思いや希望を十分理解し、自己決定できるように日頃から支援している。		
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	ご本人の意向や希望を尊重し、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	ご本人の趣味を尊重し、その人らしいスタイルを大切にしている。行きつけの美容院や床屋に行かれたり、ホームに定期的に顔馴染みの美容師も来られる。		
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	利用者と一緒に盛りつけ・食事・片付けをしている。また、食べたい物の好み希望を聞き、できる限りかなえられるよう努めている。	食材は週3回の業者配送で、献立は買い置きや好物、旬をベースに1汁3菜で作り、足りないものは利用者とスーパーに出向いている。利用者から素材を活かした調理法を学んだり、時には気分を変えて市販弁当にしたり、行きたいお店へ個別の外食にも出向いている。	
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	栄養バランスを考慮するとともに、お一人おひとりの状態や食べる量に応じて栄養や水分量が摂れるよう柔軟に対応している。		
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	起床時と就寝前は口腔ケアの声かけとご利用者の状態に応じた口腔ケアをし、清潔保持を心がけている。		
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	1人ひとりの排泄パターンを把握し、その方に応じた支援を行っている。	1人ひとりの仕草や運動能力をみて、本人の気持ちを尊重しながらオムツや紙パンツ、パット使用を検討している。トイレに何度も行ったり、紙パンツにして汚染に気づかぬ場合でも、自尊心や羞恥心に配慮し、思いを同じくしてトイレでの排泄が維持できるよう支援している。	
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	毎朝のヨーグルト摂取や水分補給、調理の工夫などで排便を促し、必要に応じて医師に下剤相談しているが、なるべく薬剤を減らす努力を行っている。		
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	可能な限りご本人の希望やペースに合わせて入浴できるようにしている。	入浴は曜日午前午後を決めず、行事等がなければほぼ毎日沸かし、週2回以上利用を目安に1日2～3人に利用して頂いている。外出すると必ず入る方、その時々で拒む方など、1人ひとりの生活習慣に合わせて支援している。重度の方でも2人介助で湯船で寛いで頂いている。	

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	ご本人の睡眠サイクルに合わせ、安眠につなが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	全職員が服薬している薬を理解し、声出し確認を実施し、誤薬防止と服用時の確認、服用後の状態に気をつけている。		
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	それぞれのご利用者に応じた支援をしている。手芸・お茶会などの教室もある。		
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	『行きたい』時に行けるよう可能な限り一人ひとりの希望がかなえられるよう支援している。重度化し外出が困難な場合でも自己決定の機会が増える様、移動販売や衣類の訪問販売を導入している。	日常的には、食材や菓子類を求めスーパーや大型商業店舗に出向いたり、車椅子をひきながら遊歩道経由でコンビニ向かう事もある。ドライブ好きの方が多く、花見や紅葉狩りはじめ近郊の観光名所等に、同法人通所のバスを借りて、5、6人程で繰り出している。	利用者の個別要望に応じた外出支援も増やされる事を期待したい。
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	所持金の残高についてお伝えしたり、お支払い時の支援をし、お金に触れる機会を持ち、能力に応じた管理方法を選択していただいている。		
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	電話やお手紙のやり取りはご本人の希望に応じ対応している。携帯電話を所持している方に関しては、自由にしていただいている。		
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	ホームであることを前提に、利用者が希望する新聞記事・写真・作品などを掲示している。季節に合った壁画を飾り、季節感を感じていただいている。	施設は、リビングの共有スペースと居室スペースに分かれた構造で、居室を含め全フロア床暖房になっている。リビングは東向きで、陽射し調整や窓開け換気、加湿や消臭・除菌清掃も定期的に行い快適環境維持に努めている。季節感を採り入れた利用者作品や外出時のスナップ写真も雰囲気をもたせている。	

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	テーブル席2ヶ所の他にソファ席を設け、コミュニケーションが図れるよう居場所の工夫をしている。		
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	使い慣れた家具や馴染みのものを持ち込んで頂き、居心地よく過ごせるよう努めている。	全室床暖の洋室で、押入れと内鍵が備え付け。ベッドをはじめ持ち込みは自由で、小さな仏壇、テレビ、ラジオ、家族写真など、それぞれ居心地よく過ごせるようアレンジしている。自分で掃除をする方もおれば、毎夜内鍵を閉めて就寝している方もいる。年末の大掃除は家族も来て頂く恒例行事となっている。	
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	弱視や全盲の方やシルバーカー使用の方も安心して過ごせるよう共有スペースのレイアウトを考慮している。		