

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0270700313		
法人名	(有)ケアサポート三沢		
事業所名	グループホーム赤とんぼ フラワー棟		
所在地	三沢市大字三沢字南山85-1		
自己評価作成日	平成27年7月7日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成27年8月26日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>資質向上を目標とし、職員全員が資格取得(介護福祉士・認知症ケア専門士)を目指して勉強しています。</p>
---

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<p>利用者の様子を一日日記に記載して、家族通信として発行しており、その月の利用者の暮らしがよくなり、家族にも好評である。また、自家農園が充実しており、野菜や果物を収穫して、旬の食材で美味しい食事を提供している。 ホームでは職員の資格取得を支援し、職員はそれぞれに目標を持って学習している。そして、その学びを通して職員間でも話し合い、「家族も安心できる、笑顔と思いやり、安らぎのある生活の支援」の理念の基、全職員で日々のケアに取り組んでいる。</p>
---

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

## 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
<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	朝礼時に理念を唱和し、周知・共有化できるように取り組んでいます。	「自分らしさを失わない、家族も安心できる、笑顔と思いやり、そして安らぎのある生活を援助する」を理念として掲げており、ホーム内への掲示や朝礼の際の唱和等を通じて全職員で共有し、日々のケアに反映させている。	
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	行事等(サツマイモ掘会・家族との食事会等)は町内に回覧板を廻していただき、地域との交流の働きかけを行っています。	町内会に加入し、回覧板を回して、サツマイモ掘会や家族との食事会等の行事に参加を呼びかけている。また、ホーム周辺は転勤者が多く、地域交流が困難な点もあるものの、ホーム前で、取れた野菜の展示販売をしたり、カフェ開催を考慮する等、地域交流の働きかけを行っている。	
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	見学や2～3日実際に泊まっていただく体験型の支援を行っています。		
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践、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	運営推進会議では自己評価及び外部評価の結果について説明しています。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、町内役員や利用者家族、市の担当職員等が参加している。会議では、ホームの行事や近況、サービス評価の活用やアドバイスを受けて改善したこと等について報告を行っている他、メンバーと情報交換を行い、サービスの質の確保・向上に向けて取り組んでいる。	
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	運営推進会議に介護福祉課の職員に参加していただき、連携を図っています。	市の担当職員が毎回、運営推進会議に参加しており、自己及び外部評価結果やホームの現状を把握していただいている。また、地域の高齢者の現状を報告したり、制度の変更や新しい情報をいただく等、相互に連携が取られてる。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	日中深夜を問わず、利用者に強い帰宅願望のある場合は居室の窓に施錠を行っていますが、家族に説明し、同意を得ています。	外部研修へ参加した職員の伝達講習や、日々の朝礼の中での確認等を通じて理解を深め、身体拘束等の行動制限を行わない姿勢でケアに取り組んでいる。外出傾向のある方には近くのコンビニまで散歩をしたり、ドライブ等で気分転換や場面転換を図りながら対応している。また、ホーム前の道路は車通りが多く、玄関に施錠をしているものの、入居時に家族に説明し、同意を得ている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	介護福祉士・認知症ケア専門士の資格取得に向けた勉強会の中で、虐待防止についても学んでいます。		
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	介護福祉士・認知症ケア専門士の資格取得に向けた勉強会の中で、権利擁護についても学んでいます。		
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	法改正により、利用料金等、契約を改正する際は、利用者や家族等に十分に説明を行い、同意を得ています。		
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並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	利用者の一日の様子を一日日記とし、家族通信として報告しています。	利用者の日々の様子をわかりやすく伝えるために、一日一行記録したものをまとめて家族通信として発行し、好評を得ている。また、意見箱の設置やホーム内外の苦情相談窓口も明示し、利用者や家族が意見等を出しやすい環境づくりを行っており、出された意見等は全職員で話し合い、改善している。	
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	月1回の管理者・職員・ユニットそれぞれの会議を通じて、意見を聞く機会を設け、対応しています。	毎月のユニット会議や職員会議で、職員の意見や要望を聞くこととしており、出された意見等を反映できるよう話し合いを行っている。また、会議が成立しない時でも、朝礼等の機会を利用し、様々な話し合いの機会を持つように努めている。	

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
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	運営者も時々現場の勤務につき、職員の日々の努力や勤務状況等を把握しています。		
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	研修受講後は「伝達講習」を実施し、職員に内容を周知しています。		
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	取り組みが行われていません。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス利用の相談時には管理者2名が訪問し、直接、家族等の話を聞く機会を設けています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス利用の相談時には管理者2名が訪問し、直接、家族等の話を聞く機会を設けています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	医療行為等が必要な場合には、体制の整っている施設への紹介を行っています。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事の後片付け・洗濯物量み等、利用者から積極的に参加や協力をいただいています。		

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
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置かず、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	利用者が入居したことにより、安心した家族は、本人への思いが希薄となり、共有に苦慮しています。		
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	管理棟職員の協力を得ながら、馴染みの場所等へのドライブを行っています。	親戚や知人の来訪、電話の取り次ぎ等、これまでの交流を継続できるように支援している。「家へ行ってみたい」の希望が多く、自宅周辺までドライブに出かける等の支援も行っている。	
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	男性利用者同士のトラブルが多いため、食事時間・おやつ等の時間等の繰り上げ・繰り下げを行い、トラブル防止に努めています。		
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	退去先情報提供シートを届け、今までの生活状況を伝えています。		
<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	入居当初より強く聞き込みをせず、わかる範囲から、そして、日々の生活を通じてわかってきた範囲も含め、希望・意向の把握に努めています。	「自分らしさを失わない」の理念を心がけ、利用者がどのように過ごしたいか、思いを聞いたり、表情や行動から汲み取るように努めている。また、長年の一人暮らしから他者を拒絶傾向にある方も、夜になると気持ちを開いてくれることもあるため、タイミングを見て声をかける等、柔軟に対応しながら、思いや意向の把握に取り組んでいる。	
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	入居時に、生活背景等のシートに、家族に書き込みをしていただいています。また、生活しながら小さな情報を集め、サービスに反映させています。		
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	体調の変化については申し送りノートを活用し、休み明けの職員でも共有できる体制に努めています。		

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
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	ユニットや緊急ユニット会議、家族との協議の上で、介護計画を作成しています。	利用者や家族、関係機関から得た情報をセンター方式でアセスメントし、職員の意見や気づきを出し合い、介護計画を作成している。また、モニタリングを通じて、定期的な見直しや状態変化に応じた見直しを行い、その人らしい生活が送れるような介護計画の作成に取り組んでいる。	
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	ケース記録・観察記録・センター方式D3(生活リズム・パターン)・D4(24時間生活変化)シートにて記録しています。		
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	市外への受診の他、帰宅願望の強い場面では移送したり、外出支援に積極的に取り組んでいます。		
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	地域資源を活用する体制は整っていません。		
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	必要に応じて、内科より、認知症の専門医の受診を支援しています。	利用者や家族が希望する医療機関を受診できるように支援しており、職員が受診介助をしている。週1回、訪問看護師から健康チェックを受け、必要に応じて認知症専門医や歯科、眼科等の受診も支援している他、受診結果や服薬変化等の情報を家族と共有している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	てき便・浣腸・まき爪の処理等を実施していただき、利用者の健康維持を図っています。		
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、また、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。	担当の看護師より、日々の様子や退院日等の情報収集を行っています。		

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
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、事業所ですることが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	重度化した場合には病院や他の施設に移っていただくことを、入居日に家族に説明しています。	終末期・看取りの対応は行っておらず、重度化した場合やホームでの生活が困難になった場合は、他施設へつなげることを入居時に説明している。また、状態の変化に応じて、早期に利用者、家族、医療機関と連携を取り、話し合いを行い、確認をしている。	
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	緊急時対応マニュアルは作成していますが、定期的な訓練は行っていません。		
35	(13)	○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	消火器や避難通路の確保等の設備点検を定期的に行っています。	年2回、消防署立会いの下、利用者も参加して、避難誘導や消火訓練を行っている。また、町内会長も参加し、避難誘導後の利用者の見守りの役割分担等の体制が整備されている他、災害時に備え、食料、水、レトルト食品、自家発電機等も用意している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	男性利用者が多いため、特に、トイレでの対応ではプライバシーに配慮しています。	職員は守秘義務や個人情報の取り扱いについて理解しており、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した声かけに努めている。また、利用者への対応等についてミーティング等でも確認し合い、改善すべきところがあれば、職員全員で改善に向けて取り組んでいる。	
37		○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	十分な働きかけや場面づくりの支援ができていません。		
38		○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	業務に追われることが多く、後回しとなる場面が多いです。		
39		○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	おしゃれよりも清潔を優先しています。		

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
40	(15)	○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	毎食後、利用者と後片付けを一緒に行っています。積極的に行ってくださる利用者もいらっしゃいます。	利用者の希望や好みに配慮しており、ホームの畑で採れた野菜や果物を食材として、個々の状態に合わせた食事を提供している。また、食事の準備や後片付けを利用者と職員が一緒に行っている他、職員も一緒にの席について食事を摂り、利用者がゆったりと食事が楽しめるように支援している。	
41		○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	センター方式D3(生活リズム・パターン)シートを活用し、水分摂取量等の把握に努めています。		
42		○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、声かけや一緒に行う等して、歯磨き・入れ歯の手入れ・インジン液でのうがいを実施しています。		
43	(16)	○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向けた支援を行っている	時間毎の声かけ誘導にて、失禁・失敗がないように支援しています。	利用者の排泄パターンを記録、把握しており、事前誘導により、トイレでの排泄を目標として、自立に向けた支援を行っている。また、失敗時は羞恥心に十分に配慮し、対応している。	
44		○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	毎朝の献立に乳酸飲料かヨーグルトを取り入れ、便秘予防に努めています。		
45	(17)	○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、個々に応じた支援をしている	一人ひとりに応じた入浴の支援とはならず、清潔保持を優先する場面もあります。	利用者が安全に入浴を楽しめるよう、利用者の希望も聞きながら支援している。また、失禁の際はシャワー浴をする等、浴室はいつでも使えるようにしている。	
46		○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	苑外を散歩して外気を浴び、心地よく眠れるような支援も行っています。		

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
47		○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	薬管理シートを作成し、在庫・種類・医療機関を把握できるようにしています。		
48		○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	洗濯物畳み・茶碗拭き・野菜類の下処理等、それぞれの場面で声がけをして手伝っていただいておりますが、利用者自ら積極的に行っていただくこともあります。		
49	(18)	○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。また、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	天気の良い日には散歩・ドライブ・苑外でのラジオ体操・お茶会等を実施しています。	ホームの敷地内や町内の散歩、近くのコンビニへの買い物等に出かけている他、花見(桜、つつじ)やサクランボ狩り等の季節感を盛り込んだ年間計画を立て、利用者が外に出る機会を設けて気分転換を図っている。また、利用者の体調に合わせた距離や時間を考慮し、無理のない支援を行っており、家族へも参加を呼びかけている。	
50		○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	金銭所持の支援は行っていません。		
51		○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	家族からの電話は子機を利用者本人の手元まで持っていき、話ができるように支援しており、携帯電話を所持している利用者には、時々、使用の見守り等も行っています。		
52	(19)	○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	広いホール窓より季節毎の花・農作物が眺められ、ゆったりと過ごしていらっやいます。	ホールはゆったりと広く、大きな窓からの自然光で明るく、利用者はテーブルやソファで手芸やテレビ観賞等をし、思い思いに過ごされている。また、ホールに温・湿度計を設置して、適切な環境の維持に努めている他、ホーム周辺の季節の花や畑の作物も眺められ、四季を感じるができる。	
53		○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	ホール内に一人掛け・二人掛け・三人掛けのソファ等を配置しています。		

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
54	(20)	○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	入居が決まった時に、好みの物等を持ってきていただくよう働きかけを行っています。	これまで使っていた馴染みの物を持って来てもらえるように働きかけている。症状の程度により、掲示物を引きはがそうとする等の行動が見られるため、様子を見ながら、一人ひとりに合わせた居室づくりを支援している。	
55		○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」や「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	床面にトイレ・各居室等の表示をしています。また、トイレは目の高さへの明示も行っていきます。		