

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	0270301963		
法人名	公益財団法人 シルバーリハビリテーション協会		
事業所名	グループホーム市川		
所在地	青森県八戸市大字市川町字南尻引84－1		
自己評価作成日	平成28年12月3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29年1月23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)】

駐車場が広いので、利用者様の散歩や、気分転換に草花の手入れをしたり、夏には家族様と一緒に祭りを楽しみました。地域の方々にも訪問していただき、大正琴や和太鼓、オカリナの生演奏を披露していただき、利用者様も大変喜ばれています。また、外出の機会を多くし、葡萄狩りやランチツアー、個々の買い物等にも力を入れています。 同じグループ内には多種の事業所があり、他方面で協力が得られ、心強く、医療連携体制も充実しています。 スタッフも個別ケアに取り組み、利用者様一人ひとりと向き合うことを意識して、対応しています。
--

【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)】

「生物の生態を探ろう」という小学校行事にホームからも参加して、近くの川で、小学生と一緒にカニやドジョウ等の生態を観察し、交流を図っている。 職員は利用者の持っている能力を最大限に引き出し、掃除や縫物等で生き活きと活動していただけるように支援している。 また、ホームでは、医師・訪問看護師・家族と連携を図りながら看取り介護に取り組み、家族に感謝され、職員にも貴重な経験となっている。
--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
		○	3. 利用者の1/3くらいが			○	3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
		○	3. たまにある			○	3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが			○	3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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			○	2. 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らせている (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	
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	地域に根ざした施設を目標とし、利用者本位の支援を心がける理念となっており、朝礼で唱和している。	独自の理念を作成し、ホーム内への掲示や朝礼での唱和等により、全職員での共有化に努めている。また、具体的な年度目標や行動方針も定め、職員が一丸となり、理念を反映させたサービス提供に取り組んでいる。		
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	地域の方に運営推進会議に参加していただいたり、町内会の集まりに参加する等して、交流を深めている。	町内会の総会でホームの紹介をしたり、施設見学や訪問の受け入れ等を行い、地域住民にホームを理解していただけるように取り組んでいる。また、近くの川の「生物の生態を探ろう」という小学校の行事にホームからも数名が参加し、子供達と交流を行っている。		
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	施設見学に対応し、認知症の方々の暮らしや活動を紹介している。			
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	運営推進会議では水害・災害・防災等について話し合い、地域の中での動き(マニュアル作成)に今年は力を入れている。	2ヶ月毎に運営推進会議を開催しており、メンバーからの情報を参考に、水害時のマニュアル作成にも取り組んでいる。また、自己評価及び外部評価結果の他、目標達成計画についても説明し、課題に掲げた外出に関する取り組み状況等も報告している。		
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に取り組んでいる	自己評価の報告や日々の運営の質問等、会議の場を利用して伝え、協力関係の構築に努めている。	市の担当課職員が運営推進会議のメンバーとして参加しており、ホームの実態を理解していただいている。また、水害マニュアルの作成時には、マップ情報や市の動き、他施設の動き、最新の情報等を提供していただく等、密に連携が図られている。		

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
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	身体拘束についての勉強会に参加して理解を深め、身体拘束にならないケアを話し合い、実施している。	管理者及び職員は身体拘束を行わない姿勢で日々のケアに取り組んでいる他、万が一に備え、「身体拘束ケアプラン」で記録に残す体制も整えている。ホームでは利用者の自由な暮らしを支援するために、玄関等は施錠せず、敷地の門の出入りはメロディ、玄関はチャイムにより察知できるよう、工夫して取り組んでいる。	
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	虐待についての勉強会や研修に参加して理解を深め、虐待につながる言動や行動に注意し、対応している。		
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・成年後見制度について学び、必要に応じて利用者・家族に情報提供をしている。		
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	契約時には利用約款・重要事項説明書等を用いて十分な説明を行い、疑問や質問にはその都度対応している。		
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	意見箱の設置や満足度調査を行い、意見を反映している。また、面会時には生活の様子を話しながら、思いや意見を引き出すよう心がけている。	意見箱の設置や満足度調査の実施、面会時の声がけ等により、利用者や家族から意見や要望を引き出せるように取り組んでいる。また、行事の予定や利用者の暮らしぶり、健康状態等を便りで報告し、家族が意見を出しやすいように働きかけている。	
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	スタッフ会議や面談の機会を設けて、職員の意見や提案を反映させている。	ホームではスタッフ会議や個人面談等、職員の意見を聞く機会を設けており、休日の希望等にも配慮している。職員は悩み事等を何でも管理者に相談できる環境にあり、解決できない時は本部に相談できる体制もある。	

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
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	個々の事情に合わせ、可能な限り勤務調整を行い、実績においては考課で評価している。		
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	研修・勉強会の年間計画を作成し、目標を設定している。ホーム内での報告も行っている。		
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	グループホーム協議会に参画して情報交換し、交流を深めている。		
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	本人・家族の話を十分聞き、担当のケアマネとの情報交換・他施設との情報交換を密にすることで、関係づくりに努めている。		
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	家族との面談を重視し、現在の状況・思い・今後望む事等を聞く機会を意識的に設け、対応している。		
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	家族の思いや本人の状態を把握し、できる事・できない事を見極め、対応している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日々、一緒に掃除をしたり、イベントのお菓子を作ったり、食後の片付けしながら、共に暮らしている。		

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
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	面会時には詳しく状況を説明し、本人のためにできる事を一緒に考えていくよう努めている。		
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	はがきや手紙、電話等の支援を行い、関係継続に努めている。	知人の訪問や電話の取り次ぎ、馴染みの床屋や美容院の利用、家族との受診後の外食、担当者との買い物等、利用者がこれまでの生活を継続できるよう支援している。	
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	利用者同士のトラブル回避や孤立させないように、環境面の配慮や精神面の支援に努めている。		
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	退居時には今後も相談等に応じることを伝えたり、関係施設との情報交換を継続的に行っている。		
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	利用者と共に暮らす中で色々な話をし、希望や意向を見つけている。また、困難な場合は本人本位に検討するよう努めている。	管理者及び職員は利用者との会話等から思いや意向等を把握し、得意な事や好きな事等を日々の生活に活かせるように努めている。また、必要に応じて、家族等からの情報収集も行っている。	
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	本人・家族・担当ケアマネからの話や情報提供で把握している。		
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	入居1週間は24時間の行動観察シートを活用し、状態の把握に努めている。		

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
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	短期目標に合わせて評価し、カンファレンス会議を開催して意見交換を行い、プランに反映させている。	利用者の思いを汲み取り、職員の気づき等も加えて十分に話し合い、普段の生活の中で可能な事を盛り込んだ介護計画を作成し、3ヶ月毎に見直しを行っている。介護計画の作成前には家族の意見を聞き、作成後は報告を行いながら、常に利用者や家族の希望等に変化がないか観察し、把握するように努めている。	
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	ケアプランに沿った記録、行動の記録等をプランの見直しに活用している。		
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	看取りの段階で、医療連携体制における協力の下、柔軟な対応もできたが、色々な課題にも気づくことができた。		
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	地域の方々のボランティアによる訪問等で、一緒に楽しむ時間を共有している。		
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	本人・家族の意向に合わせ、受診先を決めている。状態によって職員も付き添い、支援している。	これまでの受療状況を把握し、継続について確認している。ホームでは、家族に利用者の状態を知ってほしいとの思いから、職員介助から家族の付き添いに方針を変え、状況説明が必要な時や家族の都合が悪い時は職員も同行している。	
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	訪問看護記録書にて1週間の情報提供を行い、毎週金曜日の訪問日には個々の健康状態を伝えている。		

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
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。	訪問看護師との連携により、適時、関係医療機関に情報提供し、対応してもらえることで、受診や入院等をスムーズに行えている。		
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、事業所です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	契約時に看取りについての指針を説明し、現在の思いをアンケートで確認している。医療機関訪問看護ステーション・家族・ケアマネ・職員で、適時、カンファレンス会議を開き、看取りに取り組んでいる。	「利用者の重度化及び看取り介護に関する指針」でホームの方針を明示し、家族に説明して、アンケートで意思確認を行っている。ホームでは医師や訪問看護師、家族と連携を図りながら、看取り介護に取り組んでおり、看取り後は職員のメンタル面のフォローにも努めている。	
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	普通救命講習会・勉強会等で技術を高めたり、マニュアルを整備し、対応している。		
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	水害については新たに本年度中にマニュアルを作成する予定であり、避難訓練や運営推進会議の場で、地域の方から意見をいただいている。	年2回、避難訓練を実施しており、いざという時に備え、利用者も一緒に取り組んでいる。ホームでは水害時のマニュアル作成に取り組んでおり、作成後はマニュアルに基づいた訓練を実施する予定である。また、災害発生時に備えた飲料水や食料品、カセットコンロ等の物品を用意している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	守秘義務・個人情報の取り扱いについて、勉強会に参加して理解を深め、人格を尊重した声かけ・呼びかけに努めている。	勉強会を行って職員の理解を深め、プライバシーに配慮し、利用者を尊重した声かけをするように努めている。また、声かけや対応について、不適切と思われる場面を見かけた時は、職員がお互いに注意し合うようにしている。	
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	利用者が選択できる声かけや日々の生活から、本人の好み等を知ることに取り組んでいる。		

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
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	一人ひとりが自由に過ごしたい場所で思い思いに過ごせるよう、見守りや声をかけている。		
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	家族の協力を得て、馴染みの美容院に連れて行っていただいたり、好みの服を持って来ていただいている。また、着替えの時は何を着たいのか確認している。		
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	世間話をしながら、テーブル拭きや食器拭き等をしている。利用者に合った形状での提供、調理方法の変更等、おいしくいただける工夫をしている。	業者の献立を利用し、職員が調理をしており、苦手な物には代替食を用意して、利用者の状態に合わせた食事形態で提供している。利用者は食材の皮むきや食器拭き、下膳等、できる事を職員と一緒にやっている。	
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	日々の摂取量を把握し、その時々に合わせて、医師・看護師に相談しながら支援している。		
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	個々に合った口腔ケアを行っている。自力で行う場合は確認の声がけをしている。		
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	排泄板での管理をしながら、利用者に合ったパットを使用し、日中はほぼトイレでの排泄を心がけている。	排泄の記録をし、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握している。トイレでの排泄を基本として事前誘導をする等、排泄の自立に向けて、個々に合わせた支援を行っている。	
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	日々、水分摂取の把握、食事内容、下剤のコントロール、体質の理解等をしている。		

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
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	時間や順番等、利用者の希望を聞きながら入浴していただき、拒否がある時は無理には勧めず、時間を置いてから勧める等している。	基本的に週2回の入浴としており、家族にも相談し、入浴を拒否する方には無理に勧めず、工夫して対応している。また、入浴のない日は足浴を行い、入浴とは違ったゆったりとした時間を過ごしていただいている。	
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	好きな時間に就寝できるよう支援している。日中も必要に応じてお昼寝を勧めている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	カルテにお薬情報をファイルし、常に確認できるようにしている。変更があった場合は申し送りノートで周知している。		
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	ドライブや買い物、お話、訪問等、月毎にイベントを企画しながら、楽しんでいただけるよう努めている。		
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支援している	ケアプランに組み込んで支援したり、家族の協力を得ながら、利用者の希望に沿えるよう努めている。	季節に合わせた外出計画を企画し、花見やブドウ狩り、ドライブ、買い物、外食等に出かけている。また、利用者にとって無理のない外出支援に努めており、法人のリフト車を借りて外出したり、移動距離にも配慮している。	
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	利用者・家族とよく話し合い、持っていた金額を決める等して支援している。		
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	公衆電話にて、いつでも電話をかけられる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
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	天窓を利用し、自然な光で日中は落ち着いた雰囲気である。装飾は少なめで、配色にも注意し、場所がわかる工夫をしている。	広いホールにはソファやテーブルが置かれ、利用者が好きな場所で過ごせるようになっている。また、大きな窓から見える外の景色から、利用者が季節の変化を感じられる環境にある。	
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	自分の席の他、自由に話ができるソファを設置している。(フロア・居室)		
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	特に問題がなければ、使い慣れた物を使用している。	テーブルや椅子、写真、本等が持ち込まれ、利用者の状態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	床は段差がなく、廊下・居室には手すりを取り付けて、場所がわかる工夫等をしている。床は全てクッションフロアにしている。		