

1 自己評価及び外部評価結果

事業所番号	0690400080		
法人名	特定非営利活動法人 あすなるの会		
事業所名	グループホームあすなる窪田		
所在地	米沢市 窪田町窪田1421-1		
自己評価作成日	平成 30 年 9 月 10 日	開設年月日	平成21年 6月 1日

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

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社福祉工房		
所在地	仙台市青葉区国見1-16-27-2F		
訪問調査日	平成30年10月23日	評価結果決定日	平成30年11月15日

(ユニット名)

【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)】

個人の生活スタイルや心の変化に合わせて気ままに過ごし、今までの自分を変えることなく過ごすことが出来て、共同生活では有るものの自分のペースを持って生活出来る様個別に対応する事を念頭に置き、理念に有る様に「人の為に何かしたい」という思いを汲み、やり遂げられる様関わりを持っています。

【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)】

【他人の役に立ちたい】という利用者の意向を目標に、自分らしく生活することを大切にしている事業所であり、利用者が家庭で使い慣れた茶わんや箸などの食器類を使ったり、広くない事業所ではあるが一般の家庭にいるような室内環境等、従来の延長と思われるような工夫がされ、利用者が安心して、ゆったりとした生活が送れるように工夫された事業所である。

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	
55	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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	62	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
56	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:18,37)	○	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	63	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
57	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目: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	64	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ったり深まり、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. 全くいない
58	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:35,36)	○	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	職員は、活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
59	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:48)	○	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
60	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:29,30)	○	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
51	利用者は、その時々々の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	○	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				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

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	
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踏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	ミーティングで、月一回のみ理念を黙読している。毎月のミーティングで、目標を職員で話している。	事業所理念(他人の役に立ちたい)を目標に毎月職員間で具体的な課題を出し、話し合いを行ない、目標の共有を図っている。		
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員として日常的に交流している	夏祭りや運営推進会議、回覧板を回してもらっている。また、近所の住民の方から花を戴いたりあった際には挨拶を交わしている。	町内会に参加し、回覧板等で地域の情報を得ている。利用者も散歩の時など、近所の方と挨拶を交わしている。更に、事業所として、より積極的に自治会等に参加し、地域との連携を深める工夫も望まれる。		
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	支援方法や実践状況は運営推進会議で話しているが、特別講習は行っていない。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議は、統括・管理者が参加。議事録の作成は行われているが、職員への周知が行われていない。	、2ヶ月に一回家族の代表、地域の民生委員、地区長、近所の方、包括支援センター、事業所代表の参加で開催されている。事業所の課題(困難事例や身体拘束などを報告、更に参加者と意見を交換して行くことも望まれる。		
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	市相談員の訪問時に、活動内容や取組みを報告している。また、ケアについてのアドバイスも受けており、協力関係の構築に取り組んでいる。	米沢市の相談員が不定期ではあるが、事業所に訪問、利用者と話をしたり、ゲーム等を行い、情報交換をしている。利用者の思いなども聞き取り、事業所の課題などの話し合いも行なわれている。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	ミーティングの時間を活用し、身体拘束を適正化する会議を3ヵ月に1度以上行い身体拘束廃止に向けた話し合いをおこなっている。	法人、及び事業所で身体拘束に関する話し合いが定期的に行なわれている。新しく入居された利用者が、拘束が必要となるケースに関しても、職員で適切に対応するための話し合いを行なっている。		

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	
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	本部で行われる、研修会に参加して理解を深めている。職員同士で情報を交換し対応している。			
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	制度を利用している方がおらず、学ぶ機会を持っていない。			
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・解約・改定時には、十分な説明を行っている。その場で理解できない事があった際にはいつでも説明の対応ができるようにしている。			
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	面会時や、家族会にての要望を聞き要望に添える様努力している。	法人としてアンケート調査を行なっているが、集計に手間取り、結果が遅れている。意見箱はあるものの十分には活用される環境には無い。	アンケートは利用者や家族からの貴重な意見でもあり、早急に集計し、対応して行くことが望まれる。又、事業所においても、意見箱の有効な活用の工夫が望まれる。	
11		○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	ミーティングで、職員の意見を話す機会を設けて効率よく仕事ができるように反映させている。			
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	キャリアアップ制度を導入おて、やりがいのある職場を目指している。また、今年度より退職金制度が出来より職員のやる気の向上に努めている。			
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	内部・外部研修の積極的な参加を行っている。また、法人主催の研修が行われており、スキルアップに努めている。	法人で育成委員会が作られ、年間での研修計画に基づき、事業所からは毎月職員が参加している。外部研修に参加した場合も、事業所において伝達研修が行なわれ情報を共有している。		

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
14	(8)	○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つくり、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組みをしている	置賜GH協議会に参加している。他事業所の情報を参考にサービスの質の向上に努めている。	GH協議会(置賜支部)に参加して、情報交換が行なわれている。交換実習には職員不足もあり近年は参加が見送られているが、他の事業所の管理者などとは不定期ではあるが情報交換を行っている。	
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	実態調査の際に、本人様・家族と面談し要望や意見を聞き取っている。その中でニーズ・デマンドを見出している。安心して生活が送れるよう不安の事を解消できる様努めている。		
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	施設見学を子なってもらい、ご家族の思い・不安・要望を聞き出せるよう親しみやすい雰囲気ので話ができるよう配慮している。		
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	多様な介護サービスや地域サービスの情報収集に努めて、適当なサービスを見極めて対応している。		
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	日常生活の中でその方らしく生活が送れるよう援助しながら共生し家庭的な雰囲気づくりに取り組んでいる。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	近況報告・機関紙を毎月送付している。行事の際には参加を促したり家族会を設けている。急変の際や、体調不良な際には状況をお伝えし協力を仰いでいる。		
20		○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	面会簿を記入して頂き、なじみの方が来所された場合でも気兼ねなく過ごせる様な環境づくりに取り組んでいる。おもてなしの心で対応するようにしている。		

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
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	利用者同士が、協力して生活が送れるように職員が間にはいり良好な関係が保てるよう対応している。利用者同士で助け合う様子が伺える。その際には、見守りをおこなっている。		
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	退所後も必要に応じ、本人・ご家族を援助している。		
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	日ごろの言動・行動から一人一人の思い・希望の情報収集を行いアセスメントからニーズを見出している。	日々の生活の中での会話によるコミュニケーションから、利用者の思いや意向を聞き、センター方式のアセスメント用紙を参考に、把握している。把握した課題等は、ミーティング時に話し合いを行い、職員間で共有している。	
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	入居時の聴き取りに加え、入居後の更なる情報収集を行うため、家族の来所時やご本人との談笑の中でプライバシーに考慮しながら経過等の把握に努めている。		
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	一日二回のバイタル測定・経過観察・心身の状況を記録申し送りを通して職員誰もが把握できるようにしている。		
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	ご家族・本人・担当者・ケアマネージャ等で話し合い暫定ケアプランを立てカンファレンスを重ね、状態に合わせ迅速に対応している。	担当職員がケアプランを基に目標を立て月1回モニタリングを行っている。更に、より具体的に利用者の意向等を記入する事により、利用者の課題とケアが明確になり職員間で利用者の意向の共有が出来るようにして行くことが望まれる。	

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
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	業務日報・個人記録・医療連携シート日々の様子、ケアの実践、気づきを生かしモニタリングを行い情報を共有している。		
28		○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	毎月様々なボランティア活動を活用している。あすなろの会のオレンジカフェへの参加にも積極的に行っており、地域との交流を図っている。		
29	(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、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	2週間に一回の往診及び、一年に一回の健康診断を行っている。往診の際には、状況報告書を記入し状況を伝えている。特変の際には、状況を迅速に主治医に連絡し支持を仰いでいる。	二週間に一回、協力医及び歯科医の往診があり、緊急時には主治医と連携し指示を得るようにしている。往診時には日常の健康状態を記録した状況報告書で報告している。	
30		○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	週二回の看護師訪問時、それまでの様子を看護師に報告、指示を仰いでいる。又、温度版の確認。利用者のバイタルチェックを利用者と関わりながら看護師が行っている。急変の際には、連絡し適切な処置がなされる様努めている。		
31		○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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	主治医への連絡、状況が分かる様経過を電話連絡し更に、FAXしている。入院時医療相談室の相談員・医師・NSとの連携や説明の把握や情報交換に努めている。		
32	(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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した際の同意書を入居時に得ている。重度化した際には、主治医・ご家族と協力して対応している。現在、終末期の方は居ないが、ターミナルを迎えた際には本人・家族の最期を迎えるにあたっての希望に添える様職員が統一した意識を持って取り組んでいく。	入居時に説明を行い同意書をいただいている。現在は看取りは行なわれていないが、重度化した時は、家族と主治医と事業所の役割も話し合っている。	

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	
33		○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	職員全員が、救命救急の講習をうけ緊急時の対応に努めている。			
34	(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	緊急連絡網の制定や、対応マニュアルを作成している。また、年2回の避難訓練を行い水消火器を使用しての消火訓練・通報訓練を消防職員の指導の下行っている。年2回の避難訓練のうち1回は夜間想定訓練を行っている。	対応マニュアルが作成され、年2回の訓練が行なわれている。今年度は6月に日中訓練、11月に夜間想定訓練を兼ねた消防署参加の総合訓練が予定されている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
35	(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	一人一人の個人の人格が損なわれない様、プライバシーの研修を受け実践している。また、研修で学んだことを生かせるよう職員同士で切磋琢磨している。	プライバシー保護を対象とした、法人での研修が行われ、職員が全員受講している。更に、事業所内においても具体的事例をもとにした話し合いを行なうことも期待される。		
36		○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	その方が、行いたいことが出来るよう本人が意志決定が出来るような声掛け環境づくりを行っている。			
37		○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	その方の意思を尊重し、希望に添える様個別ケアに取り組んでいる。			
38		○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	衣類の選択が出来る方には、選択してもらっている。また、化粧品の手入れを一緒に行っている。			
39	(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	食材は、業者より購入。業者からの食材に加え季節感が味わえる様季節の物を取り入れている。禁忌な食材は、代替えにて提供。刻みの方には何が提供されているかがわかる様に配慮している。	日曜日以外は食材業者の献立を利用している。季節感を出すための工夫も行なわれている。家族や職員の協力で野菜等を頂くこともある。一部利用者の役割として、片付けも行なわれている。		

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
40		○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	バランスのとれた食事摂取ができる様、形態を変えたりして対応している。水分がなかなか摂取出来ない人にはゼリーを作り対応している。		
41		○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	毎食後の口腔ケアの声がけ、必要に応じて介助を行っている。口腔ケアが難しい方には食餌の最後に、お茶を飲んで頂くよう声掛けを行っている。		
42	(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	排泄チェック表を活用して、排泄チェックを行っている。主治医と連携して対応している。個人に合った排せつ介助、オムツパットの選択を行っている。なるべく、トイレで排泄ができるよう対応している。	基本的にはトイレでの排泄を行なっている。声掛けを主に、排泄チェック表を活用し、大半の利用者は日中はオムツの使用は無い。夜間は一部ポータブルトイレの利用を行なっている。	
43		○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	排泄チェック表を活用して、日々の申し送り主治医と連携し排便のコントロールを行っている。食事には、繊維質の多い食材をバランスよく取り入れている。		
44	(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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週二回の入浴が確保されている。また、ご本人の希望に合わせて対応している。	週に2～3回の入浴を行なっている。季節に合わせて、ゆずや菖蒲等の楽しみの入浴も行なっている。	
45		○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	ご本人の生活習慣や、状況に応じて休んで頂ける様に環境をと問えている。		
46		○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	服薬一覧票にて、誰がどの薬を飲んでいるか直ぐに分かるようにしている。また、処方箋用のファイルを個人ごとに保存して効能・副作用・用法について理解に努めている。又不明な点は、医師・薬剤師に確認している。		

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
47		○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	なかなか外出の機会が設けられていない。その方に合った役割が持てるように日常生活内に取り入れている。		
48	(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	外出に機会を設けるも、天候や体調不良により外出レクが実施されていない。個別に出掛けるなど今後は行っていきたい。	車椅子利用者が多く、最近では外出を希望する利用者が少なくなっている。庭でのバーベキューや天気の良い時の日光浴等の工夫を行い、少しでも外の空気に触れるよう工夫している。	
49		○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	個人で、お金を持っている方が居られる。希望に応じて使っている。管理能力が落ちて来ており残金の確認作業をご家族来所時、職員二名で行っている。		
50		○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	本人希望時には、気兼ねなく電話が使えるように対応している。携帯電話の個人持ちも可能。手紙のやり取りも行っている。		
51	(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	共用の空間は、誰でも落ち着ける様射光・温度に配慮している。	平屋の一般住居の事業所で、田んぼの中にあるような環境で、明るく自分の家での生活の延長のような安心した生活を送れる雰囲気がある。所々には休息が取れるようにソファが配置されている。	
52		○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	共用空間でくつろげるようにソファを設置し、ご利用者同士で談笑できるスペースを確保している。冬はこたつを設置している。		

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	
53	(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	自宅で使用していた箸筥や食器を使用。自宅にある物をご家族に持ってきてもらう事が有る。	自宅で利用していた、茶わんやお椀、箸など使い慣れたものを家族の協力により、持ってきていただき使用している。		
54		○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	ハード面を考慮しながら、残存能力を活用しながら自立した生活が送れるよう対応している。			