

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	1270400912		
法人名	有限会社 サクララン		
事業所名	ひよりの里		
所在地	千葉県若葉区小倉町875-9		
自己評価作成日	平成28年3月15日	評価結果市町村受理日	平成28年5月20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	http://www.kai gokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7
訪問調査日	平成28年3月24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)】

ホーム内の雰囲気明るくして、安心して楽しい毎日が送れるよう支援する。毎日の生活がマンネリ化しないように、ドライブや外食、イチゴ狩りやお花見、夏祭りやホテルでのクリスマス会、そしてバス旅行などレクリエーションをの機会を出来るだけ多く取り入れている。

【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)】

「ひよりの里」という名前には「日が当たっている場所でゆっくり過ごせるように」という願いが込められている。「雰囲気を明るくして、安心して楽しい毎日が送れる」ことを目標に日々の支援を実践している。職員が笑顔でいれば利用者も笑顔になると考えており、楽しみが持てる生活が送れるように取り組んでいる。重度化して外出が難しくなってきたため、ホーム内でもできることとしてミニ運動会を開催し、利用者や家族、職員も仮装してパン食い競争や玉入れなどを楽しんだ。キッチンに向かってソファが置かれており、調理に参加できない利用者も職員が調理をするのを見ることができ、生活感のある暮らしを楽しんでもらえるようにしている。

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 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 (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	理念を掲示し、ユニット会議・スタッフ会議を行い理念の実践に取り組んでいる。	「自分の感情が豊かに出せるその人らしい暮らしを支援する」という理念に基づき、日々の支援に取り組んでいる。理念についてはユニット会議等でも確認しており、生活歴を大切にしながら安心して穏やかな生活が送れるように支援している。	
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	家族会を開催したり、地域のボランティアの方々に訪問してもらっている。近所の方が玄関先に花を植えてくださったり交流をはかっている。	ホームの夏祭りには、近隣のスーパーや病院、薬局などに案内のポスターを掲示し、地域住民の参加を呼びかけて、野菜の販売やホームの見学なども実施している。また、近隣の住民が介護についての相談に来所することもあり、地域に開かれた施設となるように努めている。	
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	地域の方から認知症高齢者の介護等について質問を受けた時は丁寧に対応している。		
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	会議での話し合いの内容を運営推進会議で報告し意見を交わしながらより良いサービスにつなげている。	今年度は、家族や民生委員、地域包括支援センターなどの参加のもと6回開催した。家族会も一緒に行うことで、多くの家族の参加がみられている。会議ではホームからの報告や、地域包括支援センター等との情報交換を行っており、地域の状況を把握する場ともなっている。	運営推進会議での議題は設定せず、情報交換が主となっている。今後はホームでの取り組みなどについても意見をもらうなど、さらに運営推進会議を活かす工夫が期待される。
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	千葉市の介護施設課の担当者と連絡を取り合っている。	法人代表が市町村窓口によく出向いており、日頃より協力関係を築くようにしている。利用者を担当している区の職員とは、定期的に連絡を取り合っている。また、運営推進会議には地域包括支援センターの参加があり、行政からの情報ももらっている。	
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	管理者は身体拘束に関する講習を受講しており施設内でも研修を行い、身体拘束をしないケアを実践している。今年度も一名が受講しユニット会議で研修内容を発表し資料を回覧している。	今年度は「言葉のつかいかた」を年間目標に定め、毎月のユニット会議でも振り返りを行っている。何気なく使っている言葉が、第三者からはどう思われるかを常に意識するように会議でも伝えている。身体拘束に関する研修に参加したり、会議での話し合いなどを通して、身体拘束をしないケアを徹底している。	
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	昨年はスタッフの行動に問題がみられ再度、虐待についてユニット会議での話し合いを行っている。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	成年後見人制度を受けている利用者もおられ、以前後見人の弁護士からも制度について説明を受けている。		
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	契約者・重要事項説明書を契約の事前に渡し、説明・契約の前によく読んでもらっている。質問に対しては理解されるまで繰り返し説明をしている。		
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	管理者や職員は、常に利用者の話に耳を傾けており、週に一度、訪問看護センター看護師も来所している。また、家族会の時や個別の面会時にご家族と話し合っている。	利用者からは日々の関わりを通して、意向を聴きとっている。外出したいという希望からドライブなどにも出かけている。家族からは面会時に聴きとるようにしており、家族の意見からリビングには、その日に出勤している職員の写真を掲示するようになった。家族とのやり取りは連絡ノートに記載して、職員間で共有している。	
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	ユニット会議は月1回行っているが、管理者・スタッフ会議は不定期である。	毎月開かれるユニット会議は非常勤職員も含め、職員全員が参加しており、活発に意見交換が行われている。職員からの提案で、利用者の希望を献立に活かしたフリーメニューの回数を増やした。	
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	介護福祉士の資格手当を支給する。また、有給休暇の消化率を上げる等、働きやすい職場環境作りに取り組んでいる。		
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	職員の力量に応じた外部研修を受けるよう計画を立てている。		
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	特別養護老人ホーム・老健・グループホームの施設長で構成される福祉研究会やグループホーム連絡協議会に参加している。		

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	入居相談で情報整理して面接に臨んでいる。面接では、本人が話し易い雰囲気作りを心がけている。		
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	入居相談等、話を聞く時間を十分に取れるようにしている。		
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	他のサービスが妥当と思われる時はその旨を説明し紹介している。		
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	職員は入居者が家族的な雰囲気を感じられるよう、娘や息子、孫になったつもりで介護にあたっている。		
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	家族会を通じて家族との信頼関係を作り支援を決める際も、職員だけで決めるのではなく、必要に応じて家族にも相談している。サービス利用により、本人と家族の関係がより良くなるよう努めている。		
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	面会は、家族の同意があれば、自由に出来る。	入居前に住んでいた自宅に、散歩などの途中に立ち寄ることもある。また、知人等が利用者を訪ねてきたり、電話を取り次ぐなど、これまでの関係が継続できるように支援している。	
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	食事の座席を工夫したり、レクリエーションを通じて関わりが持てるように努めている。		

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
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	施設移動等で退所された後も必要に応じてご家族や事業所の担当者と連絡を取っている。		
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	入居者に対して職員の担当者を置き、本人の意向、把握に努めている。	居室担当制なので、担当職員を中心に利用者の意向の把握に努めている。誕生日のプレゼントを用意することもあり、折に触れ、ほしいものやしたい事についての希望を聞いている。困難な場合は三択などにして選んでもらうなど工夫をしている。	
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	家族や入居者の担当ケアマネージャーから情報を集めて本人の性格や生活歴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	入居者の担当職員を中心に変化に注意して現状の把握に努めている。		
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	定期的なアセスメントを通じて必要な関係者やユニット会議により現状に合った介護計画の作成とモニタリングによる計画の見直しを行っている。	アセスメントや本人家族の意向を踏まえ、職員の意見も聞いたうえで、介護計画を作成している。また、毎月のユニット会議でモニタリングをし、状態に変化があった場合はその都度見直しをしている。	
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	介護日誌やケース記録の記入により、職員間の情報共有をして、その内容をユニット会議で話し合っている。		
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	かかりつけ医の受診に際しては本人・家族の意向を尊重して家族が付き添えない場合は代行している。		

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	ボランティアにレクリエーションの協力をお願いしたり、消防の立会で防災訓練を行っている。		
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	かかりつけ医の受診に際しては本人・家族の意向を尊重して家族が付き添えない場合は代行している。また、受診が負担となる場合には必要に応じて往診契約を勧めている。	協力医療機関への通院は職員が同行している。家族対応を依頼しているかかりつけ医への受診も、家族の状況や要望に応じ通院同行を行っている。この他、歯科医師も毎週訪問している。	
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	訪問看護ステーションと契約を結び、毎週1回以上訪問をしてもらい利用者の健康相談・管理を置けている。また、24時間の連絡体制も築いている。		
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。	利用者が早期に退院してホームでの生活に戻れるように必要な場合は、訪問診療や訪問看護が受けられるよう備えている。		
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	ターミナルケアについて事業所の方針を家族に説明を行い、必要に応じて家族や医療関係者を交えて話し合いを行っている。その際、本人や家族の意向を尊重した対応ができるように心がけている。	重度化した場合は、重要事項説明書の「看取りケアの方針」に基づき本人・家族の意向を確認し、家族・医師・職員が話し合い、訪問診療や訪問看護と契約をして看取りに取り組んでいる。	
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	消防署主催の救命救急の講習を受講している。		
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	消防訓練を行い、年間2回行い災害時に備えている。	居室のコンセント周りは念入りに清掃するなど基本的なことに配慮している。年2回の避難訓練は新入職員の出勤日に合わせて行い、全職員が避難方法を身につけられるようにしている。飲料水は備蓄している。	隣接する医院とは災害時に協力し合う事になっているが、地域住民との協力体制の構築を検討することが望まれる。また、消防署立ち合いの訓練実施も期待される。

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
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	個人の尊厳を尊重し、利用者の立場に立った声かけや対応を心がけている。	トイレ誘導時の声かけ方法などに注意を払っている。特に言葉遣いについては、強い調子での言葉遣いは相手に与える影響を考えて、職員同士で注意し合う事になっている。	
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	本人の意思を尊重し、決して無理強いしないようにしている。		
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	食事や入浴、余暇時間等、他の利用者とのバランスを考えながら可能な限り意向に沿った支援を心がけている。		
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	身だしなみや衛生面に気を配り訪問理・美容を受けている。		
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	通常は提携の栄養士が作成した献立を採用しているが、毎週1回利用者の希望を取り入れた献立にしている。利用者と職員と一緒に準備や食事、後片づけをしている。	献立・食材は外部発注だが、毎週数回フリーメニューの日を作り、利用者と共に献立を考え準備・調理・後片付けを行っている。年1回はすし職人が来て目の前で寿司を握ってくれたり、クリスマスにはケータリングにするなど、食事を楽しめるよう支援している。	
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	栄養士の作成した献立を採用している。全員の水分摂取量を記録して必要に応じて医師や看護師に相談している。		
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	食後の歯磨きやうがいの支援をしている。入れ歯の方については、每晚入れ歯を外して洗浄液に浸けている。		

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	(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むけた支援を行っている	職員による声かけを行い、排泄の失敗がへるよう支援している。また、入院等によるADL低下でオムツの使用をする場合でもオムツを外すために必要な支援を常に検討している。	排泄パターンを把握し、定時の声かけ誘導でトイレでの排泄を促している。夜間はおむつを使用する人も昼間はリハビリパンツやパッドにしてトイレ誘導するなど、排泄の自立に向けて支援している。	
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	排便の管理をして、便通を良くする食物を毎日摂取できるよう支援をしている。また、必要に応じて医療機関と連絡を取りながら、下剤の調整を行っている。		
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、個々にそった支援をしている	毎日、入浴できるよう支援している。	毎日入浴の準備をしており、多い人は週3~4回入っている。バイタルチェックにより入れない場合も更衣をするなど清潔保持に努めている。入浴後のクリームなど入浴を楽しめるよう支援している。	
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	本人の生活習慣やその時々状況に応じて休めるよう支援している。		
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	職員全員が薬について理解するまでには至っていないが新しく処方された時や変更があった際には注意深く様子観察し、小さな変化等でも記録に残すようにしている。		
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	個々に出来る家事をすることで自信を持てるよう支援を心がけている。また、利用者の日常生活に楽しみが持てるよう様々なレクリエーションをしている。		
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。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支援している	車椅子の方が増え外出の機会はかなり減っているが、天気の良い日は順番で散歩に行っている。	車いすの利用者が多くなってきたが、順番に外出支援している。近道を散歩したり家族と一緒に外食するなど、外に出る機会をつくるようにしている。	

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
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	自分で選び買い物をすることが出来なくなっている入居者が増えてきている為難しくなっている。		
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	自分で電話を掛けられない利用者は代わりに職員が掛けて取り次ぐ等、電話は自由に利用できるようにしている。		
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	共用部分は明るく清潔を保つため、毎日清掃をしている。また、リビングには利用者が描いた絵や作品を掲示したり季節に応じた装飾をする等、季節感を出せるように努めている。	リビングは広く、テレビやソファを置いて寛げるようにしている。また、ソファからは職員が調理する様子が見え、匂いも流れてきて家庭的な雰囲気がある。温度、湿度にも配慮して居心地よく過ごせるようにしている。	
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	リビングとキッチンにそれぞれソファを置いていて、いつでも自由に使えるようにしている。		
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	居室内への私物の持ち込みは利用者に任せており、テレビ等も自由に持ち込める。	居室は洗面台と物入れが設置されている。テレビや仏壇、家族の写真など本人が好きなものを持ってきて、居心地よく過ごせるような部屋にしている。	
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」「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	廊下やトイレには手すりを設置してバリアフリーを実現している。また、床材はクッション性の有る物を採用して安全面に気を配っている。		