

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	2294201351		
法人名	(株)ケアクオリティ		
事業所名	グループホーム ケアクオリティ輝	1ユニット	
所在地	静岡県葵区昭府1丁目22-6		
自己評価作成日	令和元年 9月 25日	評価結果市町村受理日	令和元年12月27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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和元年 10月 31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)】

ケアクオリティ経営理念、「共に生きる。共に歩む」と事業所の理念「安心と笑顔にあふれた温もりのある暮らし」「認識の共有をし質の向上を図る」を遵守し、ご利用者お一人ひとりに合わせてケアプランを作成し、ご利用者様が安心して暮らせる様に努めております。また、ご家族も輝での暮らしに満足していただけの様、支援しております。

【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)】

事業所の理念「安心と笑顔にあふれた温もりのある暮らし」とおり、管理者と職員の明るい笑顔に囲まれて、利用者はゆったり楽しそうに過ごしている。理念を玄関と居間に掲示し、1日3回行う申し送り時に唱和して徹底を図っており、理念の共有と実践が進んでいる。月1回開催の「認知症研修」で理念に沿った介護ができてきているかについて確認をしている。16名の利用者が近隣の協力医を、そして2名の利用者が他の医院を主治医にしている。それぞれが月2回の訪問診療で受診しており、24時間の医療連携が可能で契約している訪問看護ステーションとも24時間連携が取れている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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)
57	利用者職員が、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)
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)
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)
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
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
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		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

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	経営理念と事業所の理念を申し送り時必ず唱和し、理念に近づけるよう全員で努力している。	玄関に会社理念を、また各ユニットには会社と事業所の理念を掲示し、1日3回行う申し送り時に両方の理念を唱和している。月1回開催の「認知症研修」では、理念に沿った介護ができているかを確認している。	
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	「こども避難所」に協力。 町内行事の夏祭りに出店し参加。 日常的に挨拶をしている。	利用者の状態や事業所の状況により参加できない年もあるが、なるべく夏祭や輪くぐりさん等に参加し、認知症カフェの開催も計画している。腹話術や歌、ウクレレ演奏やお茶の飲み比べ等のボランティアを受入れている。	
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	町内の行事など積極的に行っている。		
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	平成30年4月・6月・8月・12月 平成31年3月・4月 令和元年6月・8月に、行っている。	原則偶数月に開催し、地域包括支援センターと事業所管理者と職員が参加している。年1回は家族会と同日に開催し、多くの家族が参加している。活動報告を行い、意見交換や質問が出ている。自治会長等は現在参加していない。	自治会長や民生委員、近隣住民など地域の参加者の実現や拡大が望まれる。また、家族会が同時に開催される月以外の会議にも家族が参加するような働きかけが期待される。
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取り組んでいる	社会福祉協議会、生活支援課に情報交換をしている。必要書類については直接提出をしている。	介護福祉課に運営推進会議議事録を毎回届け、電話での情報交換や相談等も随時行っている。生活保護の利用者関連で生活支援課の来訪が年1回あり、電話での相談もある。市の介護相談員を月1回受入れている。	
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	身体拘束をしないケアを職員間でも確認し合いながら実践している。身体拘束ゼロ宣言をしポスターを貼っている。	ゼロ宣言をし、職員は普段から申し送り等で共有を図っている。全員が3ヶ月毎に「チェック表」によるチェックを実施し、話し合いと研修で実践状況について見直している。玄関の施錠は夜間以外していない。	
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	3ヶ月毎にチェック表提出後、話し合いやホーム内研修をし、虐待防止に務めている。3ヶ月毎まとめ会社全体の委員会に報告している。		

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	職員の目の届くところにパンフレットを設置している。		
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	契約の時や改定があった際は説明をし、理解・納得が得られる様にしている。		
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	家族との面談時に運営に関する意見・要望の確認をする。電話連絡でも確認をして実施している。	中断していた「かがやき通信」は家族への送付を再開し、特に新たな利用者の家族に喜ばれている。ほとんどの家族は、毎週あるいは月2回以上の来訪があり、意見や要望を聞く機会が多い。	
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	朝礼やミーティングの時だけではなく日々の介護現場で気付いたことを個々の職員が意見を言える職場環境となっている。	月1回の全体会議では、管理者が一方的に話さずに職員が自由に話し合えるように進めている。日々の介護の中で職員から自由に意見や提案が出され、年2回の個人面談でも職員の意見を聞き取っている。	
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	勤務表作成後、本社に送付している。働きやすく、労働意欲が向上する職場を目指している。業務上相談も管理者・職員間で行っている。		
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	法人として、「新人研修」「基礎研修」「応用研修」他、看取り、身体拘束・虐待、事故などの研修を行っている。新人職員には管理者がオリエンテーションを行い現職員をつけ、指導している。		
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	社内研修や本社で行われる委員会会議への参加、外部研修への参加など、他事業者の職員と交流する機会を設けている。		

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
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	ご本人のお話を傾聴しゆっくりと話し、利用者が思いを伝えやすい環境作りをしている。管理者は一日一回は声掛けをし、傾聴し関係作りに努めている。		
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	契約前より家族と電話対応・面談など、様々な方法で不安や要望等を確認し話しやすい関係作りをしている。		
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	同法人の他事業所の説明をし、本当に必要なサービスは何かを考え、情報を提供している。		
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	ご自分で出来ることはして頂き必要に応じた支援を行い関係づくりを築いている。		
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	面会だけではなく、ご家族との外出・外泊の支援や家族会開催している。		
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	面会や、外出・外泊をして頂いている。	友人や近隣の方の面会がある人、宿泊や食事のために帰宅する人、法事や葬儀に出席する人、家族と外食に出かける人、そして馴染みの美容室の利用を継続する人がいる。それぞれの関係について支援を続けている。	
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	個々の性格も踏まえ利用者間の関係性の把握に務め孤立しない様支援している。		

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
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	ご家族へは相談や支援だけでなくイベントなどで繋がりを持つよう努めている。		
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	日常生活会話の中からも希望や意向等を伺う。ケアプランのモニタリング時にご本人、ご家族から聞き取りをしている。	計画作成時以外に、毎日の会話から入居前の生活習慣を聞き取り今の生活に取り入れている。当初の聞き取りから塗り絵や編み物が得意だったことを知り、日課の中に塗り絵を取り入れたことでコミュニケーションが多く取れるようになった利用者がある。	
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	入居時にご本人、ご家族からの聞き取りをする。日々の会話の中からも聞き取りをしている。		
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	ケアプランの短期・長期目標の期限や急な体調の変化があった時など、定期的に行い、気付いた時にも情報の共有を図っている。		
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	ご家族の意見・要望、職員の意見等をカンファレンスで話し合い検討し、ケアプランやサービス提供に反映させている。ご家族には必要に応じてお電話でも意見を頂いている。	利用者全員のカンファレンスを毎月行い、ケアプランの達成状況や見直しをしている。家族の同席はないが作成したケアプランは必ず家族の承認を得ている。ケアプランの変更時期は決まっているが、変化が見られた時にはその都度変更している。	
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	ケース記録や支援日誌を活用し、情報の共有とケアの向上を図れるよう支援し、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	サービスについて相談に応じて柔軟な支援が出来るよう努めている。病院受診など家族対応が困難な時必要性の高い支援については早急に対応している。		

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	利用者個々の出来ることを把握した上で利用者とともに地域内で参加できる活動を支援している。		
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し、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	利用者及び家族の了承を得た上で入居時より提携往診医に切り替え、月2回の定期往診のほか24時間の医療連携が受けられる対応をしている。切替えを希望されない方は元の主治医を継続して頂き支援している。	2名以外は近隣の協力医に月2回の訪問診療で受診している。2名は専門医に受診しており、職員が付き添っている。調査当日には、体調変化があった利用者のために緊急で往診してくれた。薬も一本化されており、誤薬を防ぐため職員3名で確認をしている。	
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	契約をしている訪問看護ステーションが24時間介護職員と連携をとることが可能であり、適切な看護医療対応が早期にできるよう支援している。		
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。	病院関係者やご家族に、ご本人の経緯を伺い主治医・訪問看護含めカンファレンス等行っている。		
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	契約時に看取りの指針について説明し同意書を頂いている。重度化に至る過程で医師の説明も交えご家族とも話し合いご家族が希望されれば看取りケアも受け入れ支援している。	看取りは家族の希望で行っている。その都度書面でケアプランを交わしながら家族との話し合いを密にしている。看取りの研修は会社全体で行い、事業所で対象者が出た場合は職員全員で話し合いながら看取りケアを行っている。	
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	マニュアルが作成されており、ホーム内研修も行っている。訪問看護が24時間対応しており早期判断が出来る様になっている。		
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	防災訓練を必ず年2回行っている。 平成30年5月31日 平成30年11月29日 平成元年5月29日	防災訓練は年2回実施し、消火器訓練や利用者を2階から1階に下す訓練なども行っている。備蓄品としては2日分の用意がある。毎日の食事は事業所内で行っている為、ある程度の食品は備蓄として置いてある。近隣施設と話し合いを行っている。	

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
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	職員同士でももっとこうした方がいいなど、その日のうちにお互い注意し合い、常に適切な対応を心がけている。	誘導する時はできるだけ小さな声で、周りに聞こえないように手で合図している。スピーチロックに近い言葉が聞こえた場合は、「行かないで」を「もう少し待ってみよう」に変えてみるなど、支援日誌に記録を残して言葉の変換を試みている。	
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	まず、ご本人の意見や意思を傾聴、確認し職員が決定するのではなく必ず利用者を選択して頂き自己決定の支援をしている。		
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し、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	ご利用者様個々のペースを把握しそれにあわせ支援している。		
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	地域の床屋を利用、訪問理髪を利用しその人らしい髪型になるよう支援、また馴染みの店を利用したい方はご家族と協力し満足していただけるよう使い分け支援している。		
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	利用者の嗜好を確認しメニューに組み込んでいる。ご本人の出来ることを探し準備から片づけまでお手伝いをして頂いている。外食も行っている。	毎食を職員の手作りで提供している。1階は木曜、2階は日曜の夕飯はカレーと決めており、利用者もカレーが出るとすぐに曜日がわかるようになった。歩ける人がテーブルを拭いたり、椅子に座ってお盆を拭いてくれる人もいる。	
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	食事・水分の摂取量を記録し、把握できるようにしている。摂取量が少ない場合は形状や提供方法の見直し、栄養補助食品検討など摂取量確保に務めている。		
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	毎食後、口腔ケアを実施している。自立でない方も介助にてケアしている。協力歯科医が訪問シアドバイスを頂き口腔内状態を把握している。		

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	(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	利用者個々の排泄パターンの把握に務め、出来る限りトイレで排泄できるよう自立に向けた支援、ご本人の状態に合わせた支援を行っている。	トイレでの排泄を支援しており、排泄チェック表を活用してトイレ誘導を心がけている。改善された利用者も多くいる。本人からの申し出で、心配だからとりハビリパンツを使用する人もいるが、失禁はほとんどない。	
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	利用者個々の排泄パターンの把握に務めており乳製品や飲み物や繊維質の多い食品の摂取、運動など心がけ予防している。往診時には主治医とも相談し薬の処方もして頂き訪問看護とも連携が来ている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個々の生活のパターンや希望に配慮し、拒否があった場合は時間を置いたり、介護職員が変わり声掛けをし対応している。	週2～3回の入浴を行っている。頑固に入浴を拒む人も1名いるが、声掛けや職員を変更する等してその利用者が入浴できるような雰囲気作りを心がけている。	
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	利用者個々の夜間の睡眠パターンの把握に務め、個々に応じた時間に就寝・消灯している。日中も身体状況に応じて休んで頂いている。		
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	提携薬局の薬剤師と連携体制が整っておりすぐに相談できるようにしている。薬の詳細は職員がすぐに確認できるようになっている。		
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	ご本人の意思を尊重しながら職員のペースではなく、利用者が自己決定できる環境を作り支援をしている。		
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に支援している	天候を確認し、ご本人の体調やご気分配慮し、必要に応じて外出支援を実施している。	天気の良い日は毎日、道路反対側にある公園に出かけている。公園のあずまやのベンチで休憩したり、時にはお茶を飲んだりしている。年間行事で季節の花見に出かけたり、買い物と一緒に外かけて好きな物を購入したりしている。	

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	買い物はホーム立替金にて処理されるためご利用者様の希望の商品は購入できるが支払いは職員が行う。		
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	要望があれば自由に使ってもらっている。		
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	快適で穏やかに過ごして頂けるよう、明るさや温度を随時調整している。	光の入る共有空間には各階に職員手作りの季節の飾りが掛けられている。各フロアごとに職員、利用者共同で季節がわかるような作品を作成して展示されており、各階の個性が表われている。	
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	日常生活の中で利用者同士の関係を把握し席の配置をしている。食事の時の配置はほぼ決まっているが、それ以外は自由にさせていただいている。ソファも用意している。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	可能な限りご本人の馴染みのものを持ってきて頂いている。テレビやラジオも、パソコンも持参され自由に使える、居心地良く安全に過ごせるよう支援している。	全体にシンプルな居室が多いが、ソファやテーブル、いすを持ち込んでいる人もいる。タンスには分かりやすいように内容が書かれた紙が貼ってあるが、書いてある紙にもハート型があったり、星型があったりと工夫されている。	
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	個々ができる・出来ないを把握し無理がないように、声掛けし一緒に行う。自立した生活が送れる様に支援している。		