

## 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	事務所の入り口、ユニット内にも掲示している。月々でも理念に基づいたサービスを心がけるようにしている。	法人の基本理念に基づき、年度初めにリーダー会議で話し合い、各ユニットの目標と支援方針が掲げられている。しかし、管理者と職員間で意識して取り組む姿勢が3ユニットそれぞれに違いがみられる。	理念は地域密着型サービスとして事業所が独自に作りあげるものである。パート職員を含め全職員が、理念をしっかり理解する機会を作り、管理者と職員は理念が日々のサービス提供に反映されているかを確認することが求められる。理念を各ユニットに掲示することの徹底や年度初めの広報誌等に理念を掲載し、家族へ発信することも望まれる。	
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	地域の文化祭や防災訓練に参加している。近くの介護施設との交流、民生委員や地域の方などに催し物に参加してもらっている。	事業所は町内会に加入しており、回覧板や町内の掲示板等を通じて地域の行事や活動の情報が得られ、また事業所の行事の案内等も発信している。地域の公民館で行われる文化祭には、利用者の作品も展示してもらい見学に出向く等、地域住民とのつながりが図られている。事業所の夏祭りには、地域の子供達も多数参加し、利用者との触れ合い交流の場になっている。また、中学生の施設訪問の受け入れや保育園児との交流もあり、福祉教育にも力を入れている。		
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	運営推進会議や行事を通して地域の方々に認知症の方との関わりを伝え理解を深めている。			

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
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	年6回、グループホームでの催し物を行い、その後に会議を開催し共通の話題を提供。家族や民生委員、地域包括支援センター、ボランティアの方に参加してもらいホームの状況など報告し意見交換を行っている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、年間行事と抱き合わせて会議を開催している。会議構成メンバーになっている家族にはその日に合わせて来訪してもらい、利用者と共に行事を楽しみ、その後会議に参加してもらっている。また、地域住民の代表者からは、利用者の活動の様子を見学してもらい、モニター役になってもらっている。会議では運営状況の報告を行うと共に、参加者から出された意見、要望等を利用者のサービス向上に活かしていくよう努めている。	
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取り組んでいる	市には何かあれば報告している。	市の介護保険課担当者とは日常的に電話やメールで連絡を取り合っており、指導、助言を受けると共に、他の事業所の情報提供等も受けている。現在、特に大きな問題もなく、利用者に関する身近な相談等については地域包括支援センターの職員に相談して対応している。また、月1回介護相談員が事業所に来所し利用者と直接話し合い、実情の把握、必要案件の報告をもらい協力関係が築かれている。	
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	年に2回全体での身体拘束の研修を行っている。1・2階のユニットを行き来している。見守りの強化及び対応に注意し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束と虐待防止の研修会は年2回実施している。研修の講師は管理者、各ユニットのリーダーが交代で身近な事例をおりまぜて行い、研修会終了後は参加した職員から感想を報告書で提出してもらい理解の浸透に繋げている。事業所の日中は、玄関の施錠はせず、各ユニット間を利用者が自由に行き来できるようになっており、職員の見守りの方法を徹底し、一人ひとりの気分や状態を把握して身体拘束をしないケアの実践に努めている。	
7	(5-2)	○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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	年に2回全体での虐待についての研修を行っている。身体的・精神的虐待等防止の為、日々の対応の仕方や言葉遣い身体の状態観察を行い、注意を払っている。	身体拘束と虐待防止の研修会は、年2回実施している。各部署でのヒヤリハットの報告を職員間で共有し、身体的にも心理的にも不適切なケアにならないよう確認しながら取り組んでいる。特に入浴時に全身の観察を行い、小さな異常をも見逃がさないよう心掛けている。	

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
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	権利擁護や成年後見人制度について研修を行っている。		
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	契約時に説明を行い同意書を頂いている		
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	運営推進会議やケアプランの説明時・面会、電話での連絡時でも要望を伺っている。年1回アンケートもとり職員で話し合い、反映させている。	運営推進会議に利用者、家族の代表から交代で参加してもらい、他の構成メンバーにも意見、要望、苦情を表せる機会になるよう配慮し、出された意見等は可能な限り運営に活かすようにしている。また、年1回家族向けに無記名のアンケートを実施し、出された意見、要望を大切に、運営に反映できるよう努めている。利用者とは、日々の関わりの中で意見や思いを把握するように努め、具体的に出された要望にウォシュレットトイレの希望があり、早速改善に繋げた事例がある。	
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、リーダー会議を行い意見を出し合い管理者へ報告、相談をしている。その他にもあればその都度相談している。	月1回開催されるリーダー会議には各リーダーが職員の意見をまとめて出席し、管理者と共に検討して運営に反映できるよう努めている。管理者も現場に入り、職員の意見を聞く機会を設けている。また、個別面談も必要に応じて行い、シフトに関する要望等は希望に添えるよう努めている。	
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	年1回職員の個人面談を行い評価を受けている。		

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
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	認知症実践者研修に参加している。		
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	認知症実践者研修に参加し研修訪問している。近隣の施設の方々、民生委員の方等にもイベントに参加して頂き意見交換を行っている。		
<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	家族や入居者で利用者で利用していたサービス事業者、ケアマネ等から多くの情報を収集し本人とのコミュニケーションを多く持ち家族とも連携の上、信頼向上に努めている。		
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	入居前や入居時に家族の希望を聞いて本人、家族双方の思いの把握に努めている。		
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	家族の面会時に本人を交えた話し合いを行っている。また本人との会話の中や家族との連絡時でも要望等聞き取りを行い把握を行っている。		
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	家事レクリエーションを一緒に行えるよう職員が促し、お互いに出来ない所や互いの理解が出来るよう努めている。		

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
19	(7-2)	○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	面会時にホームでの様子を報告し情報を共有したり協力をお願いし、家族との絆を大切に本人を支援している。	家族には、毎月通信を届けている。一枚は各ユニットの行事写真(カラー刷り)で利用者の楽しい活動風景が載っている便りであり、もう一枚は利用者本人の暮らしの現状を各担当者が詳細に記入すると共に、年間の体重の変化が月別に表組みされている。その他、行事の案内や制度の変更時のプリント等も送付されている。家族とは面会時や受診付添い等の機会に、情報を共有することで絆が途切れないよう、共に本人を支えていく関係が築かれるよう取り組んでいる。	
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	知人や親戚の方にも面会に来て頂いたり家族に協力して頂き、ご自宅で過ごされる入居者様もいます。	地域の昔からの友人や、趣味活動(書道、手芸等)と一緒に活動した仲間の訪問があり、繋がりが継続できるよう積極的にアプローチを心がけている。行きつけの美容院での毛染めには定期的に出向けるよう送迎の援助を行い、生活習慣の尊重を図っている。また、家族の協力を得て、自宅で過ごしてもらったり、思い出の地へドライブに連れて行ってもらう等、昔の思いが継続されるよう支援に努めている。	
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	レクリエーションを通して、1つの空間で共通の事を行ってもらい互いに教え合ったり会話をしたりし出来る事を支援している。		
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	契約終了後も成年後見人の方へ手紙や書類を郵送している。		
<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	日々の関わりを通し会話等から本人の思いを組み取りケアプランとして実施している。	入居時の調査で、本人、家族から暮らし方の希望、意向を把握している。入居後はADLの変化と共に、日々の関わりの中から本人の言葉や行動、表情から真意を汲み取るように努め、申し送りノートに記録して職員間で共有し、ケアプランに活かすようにしている。	

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
24	(9-2)	○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、入居前に利用されていたサービス事業所より情報提供を求めたり、家族などの情報を基に基本情報を作成している。	入居時の調査で、今までの本人の暮らしぶりや生活歴、職歴等を把握するように努めている。利用者一人ひとりの過去の暮らしぶりを紐解くことで、本人ができること、わかる力、個性、価値観等を把握し、毎日の暮らし方や生活のリズムに繋がられるよう取り組んでいる。	
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	毎日記録を残し他職員へ申し送りを行っている。定期的にカンファレンスを行っている。		
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	入居者様の思いを反映できるよう、事前に家族や本人から話を聞き3か月に1回カンファレンスを行い達成できる計画作成をしている。	日常の暮らしの中で入居者との信頼関係が築けている居室担当者がさりげなく本人の希望を聞いたり、気づきなどからより良いケアができるように家族や本人の思いに沿った介護計画を作成している。状態に変化があった場合は医療職などとの連携を取り、ケアプランの見直しなどを行い現状に即した適切なケアができるように支援している。	
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	気づきや工夫を職員間で話し合い実践している。		
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	利用者のニーズを職員間で話し合い、ご家族様とも意見交換をして実践している。		
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	近くの美容院やスーパーへ買い物や外食へ出かけている。		

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
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	入居時に希望を聞いているが協力医に変更する事が多い。月2回の往診と希望により訪問歯科の往診をして頂いている。受診時は職員が付き添い医療の情報の共有をしている。	かかりつけ医での受診を継続している利用者も居られるが、事業所近くの協力医での受診に変更している方が多くなっている。協力医は至近距離にあり、月2回の往診はもとより、夜間帯でも駆けつけてくれることで利用者の医療面での安心に繋がっている。また訪問歯科診療も受けることが出来る体制になっており大切な口腔ケアに関しての支援も実施している。	
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	週3回看護師が関わり、その時に傷や病気等状態の変化を報告、相談し処置や対応の指示を受けている。		
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。	かかりつけ医より紹介状を書いてもらい、速やかに入院できるようにしている。介護サマリーも渡している。お見舞いに行き情報収集したり退院後の対応も病院関係者、家族と相談し調整している。		
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	重度化の可能性やその時の対応について家族と話し合っている。かかりつけ医にも相談している。家族には入居時に事業所の出来る範囲を説明している。	入居時に重度化した場合の事業所の対応や看取りに関しての説明を行っており、急変時や終末期における医療などに関する同意書も貰っている。重度化した場合の指針もあり、看取りを行ったケースを職員で情報共有しながら本人や家族の思いを大切にした支援に努めている。	
34	(12-2)	○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	AED、急変時の対応の研修を行っている。夜間は3ユニットで連絡をとり合い対応するようにしている。緊急時の対応マニュアルを目立つところに貼り全職員が把握し身に付けている。	急変や事故発生時の対応についてはグループワークで事例検討やAEDの研修等も行い、職員全員に研修報告書の提出を義務付け感想や意見などを共有することで常に資質向上に努めている。利用者の急変事故の対応だけでなく職員の体調異変にも気付くようユニットを超えて見守り声掛けを実施しており、万全の態勢で利用者の安全を確保している。	

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
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	年2回の消防訓練を行い昼夜を想定した避難訓練、通報訓練をしている。備蓄品も確保している。地域の防災訓練に事業所として参加している。	年2回、日中と夜間想定火災訓練、消火通報訓練などをディサービスと合同で実施している。災害時の対応マニュアルも備え備蓄品も確保している。地域の消防団とのつながりもある。台風や水害などが多発し甚大な被害があったことから今後は水害なども想定した取り組みとして垂直避難も想定すべきとの消防団からの提言もあり今後検討していく予定にしている。	
<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	月1回運営会議を行っている。認知症の研修も行っている。日常の職員の気付きや出来事をヒヤリハットに記入したり、入居者様を尊重したケアが出来るように努めている。	一人ひとりを尊重し、入室時やトイレ誘導などは必ず声掛けをしてから行っている。接遇の研修も行なわれ研修報告書を提出する事で、職員間で共有していることから他の職員への気づきにも繋がっている。	
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	要望ノートを活用している。入居者様に直接聞いて本人のやりたい事、欲しい物や希望等出来るように計画し、支援している。		
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	入居者様の体調や気分に合わせて出来る限り希望に応えられるよう努めている。		
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	床屋で髪を整えたり、髭そりや爪切り等ケアをしている。毎日着る服はご本人と一緒に選んだりしている。必要な物はご家族に連絡し持ってきて頂いたり、買い物にも出かけている。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	1人1人のレベルに合わせ出来る能力を活かし下膳や洗い物、片付けを職員と一緒にやっている。	食事を楽しむ事ができるように近隣の住民から提供された旬の野菜を使った献立を一緒に考えたり、全国的にも有名な茶豆の産地ということで、夏の枝豆を楽しんだりしている。普段の昼食は併設の厨房で作っている。日曜日は利用者の希望を取り入れて食事を作ったり片付けも一緒に行き、本人の力を引き出すよう努めている。	
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	栄養士から献立を作成してもらっている。水分量が十分摂取出来るよう、お茶に加えジュース等好みのものを用意し提供している。		
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	毎食後声かけをして歯磨きをして頂いている。夕食後入れ歯の消毒も行っている。		
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むけた支援を行っている	排泄チェック表の記入、定期的に声かけと誘導を行っている。	一人ひとりの自立度に応じて、グループホーム経過表の排泄チェックにより排泄パターンを把握共有し、プライバシーに配慮しながら声掛け誘導をして排泄の自立に向けた支援に努めている。	
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	毎日体操をして頂いたり、乳製品をとって頂き便秘解消に努めている。必要に応じて医師へ相談し下剤等処方もして頂いている。		
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	仲の良い方と一緒に頂いたりしている。危険のないよう職員が見守り、介助、付き添いを行っている。	事業所はデイサービスを併設しているため毎日入浴ができる体制になっており、時間帯は原則午後を設定しているが希望に沿って柔軟に対応している。浴室には浴槽が2つあり、仲の良い人と2人で入浴することも可能でありため利用者から喜ばれている。車椅子の方もデイサービスで機械浴が可能であり清潔の保持が図られている。	

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
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	日中に十分な活動を促し夜間、安眠出来るよう努めている。昼食後は少しお昼寝をされる方もいる。室内の温度調節は常に確認し注意している。		
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	処方箋を個人ファイルへ保管し職員全員が内容を把握している。必要に応じて看護師に状態を伝え相談している。		
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	日常生活を通じて本人の出来る事を把握し日課表を作成してケアプランへ立案している。外出も楽しみとして定期的に行っている。		
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	定期的な外出している。近くのコンビニへ行き買い物をしている。季節に合わせてお花見や紅葉見学や年1回福祉バスを借りてバス旅行に行っている。	日常的な外出は事業所向かいのコンビニにおやつを買いに行ったりイトインコーナーでお茶を楽しんだりしている。また数キロ圏内にスーパーや衣料品などを扱う商業施設があり、外出と買い物が楽しむことができるよう支援に努めている。季節毎の外出では花見や海へ行ったり、年に1回は福祉バスを利用して公共の施設見学なども行われ喜ばれている。	
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	金銭管理は職員が行っている。買い物は一緒に出かけ選ぶところまでで支払い職員がしている。		
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	年賀状や暑中見舞いのハガキを出したり定期的に家族へ手紙を出される方もいる。		

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	季節を感じる花を置いたり、活動の様子が分かる新聞を月1回発行して掲示している。	事業所の共有空間は採光が十分で明るく開放的であり、窓からは車や人の往来が見え日常の風景が目に入り、住み慣れた自宅での日々の暮らしが営まれているような環境である。掲示板には手作りの装飾や書道の作品、広報紙も飾っており、事業所での生活が紹介されている。居間は背もたれの高いソファが置かれゆったりと寛げる空間であり、利用者も穏やかで落ち着いて暮らせるように工夫されている。	
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	テレビが全員見やすい位置で仲の良い方同士で過ごせるよう食席の位置を変えている。ソファを置きくつろげるようにしている。		
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	自宅で使用していた馴染みのものや本人の必要な物等を置いて自宅に居た時と同じようにその人らしい生活が続けられるように支援している。	居室には職員が掃除をして清潔にしており、利用者の持ち込んだ写真やぬり絵などがあり、誕生日のプレゼントなども飾られている。家具など希望の物を持ち込むことは可能であり、また、クローゼットも設置されており居室内はすっきりと片付いている。ベット周りも広くて安全で過ごしやすい環境となっている。	
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	トイレやお風呂場が分かりやすいよう見やすい位置にのれんなどをしている。		