

# 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	2790900084		
法人名	社会福祉法人 香西会		
事業所名	グループホーム ティアラ		
所在地	大阪府高槻市大冠町二丁目19番1号		
自己評価作成日	令和7年2月1日	評価結果市町村受理日	令和7年3月11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	<a href="https://www.kaiqokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiqyosyoCd=2790900084-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaiqokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiqyosyoCd=2790900084-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人ば・まる
所在地	堺市堺区三宝町二丁目131番地2
訪問調査日	令和7年2月21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)】

高槻市のなかでも閑静な田園地域に位置し、広い窓からは四季折々の風景を眺めることが出来ます。大きな窓やテラスを活用して花鳥風月をご利用者様と共に楽しんでいます。職員の出勤・退勤時には地域の方から声をかけて頂くほか、ご自宅に咲いた花や畑でつくった野菜を持ってきてくださるような間柄です。平成29年6月の地震の際にも、自治会長さんや近隣から安否を尋ねていただきました。現在、コロナ禍で小規模多機能ホームとの交流、地域のボランティアさんとの交流もか細くなっていますが、地域にできた繋がりを維持するために季節の変わり目ごとに挨拶をするようにしています。コロナの影響でご家族との面会の機会が大幅に減りましたが、感染予防策を講じ短時間ではありますが面会を再開しています。

## 【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)】

地域の住民や自治会と良好な関係性が構築されており、地域の方々との相互交流が図られています。民生委員や自治会長等も気さくに声をかけて頂ける関係性が築かれており、地域住民や地域行事等、災害時対策含め関係良好な地域密着型施設として根付かれています。施設行事への地域からの参加や、地域行事への施設からの参加も積極的に行われ、地域の方々からも常に気にかけている存在となっています。協力医療機関とは、施設への理解を得た密な関係性が形成されており、24時間対応で医療に関する初期対応が可能な体制になっています。週一回歯科往診があり、利用者の口腔ケアへも細やかな対応がなされています。行事やレクリエーションでは、季節を感じて頂ける事を大切にされ、旬の果物等を活用したり、近隣への花見等が行われています。

## 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)	<input type="radio"/> 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	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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、その時々状況や要望に応じた柔軟な 支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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

〔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
<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	事業開始前に、職員同士で話しあい作成した理念を掲げ、見やすい場所に掲示して常に共有を図っています。また、新人研修時に理念に対する理解度確認を行い、常に意識を持てるようにしています。毎年実施する基礎研修では、法人の理念とともにティアラの理念を再確認し、実際と合致しているかを振り返っています。	施設の理念は、法人の理念に基づいた上で、地域密着型施設としての施設独自の理念が施設で考えられ掲げられています。理念が現状に合致しているかどうか、毎年確認され、振り返りが行われています。日常の行動でも、地域の一員としての意識を維持し、お互いに助け合い迷惑をかけない関係を心がけた支援が行われています。	
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	近隣の方との交流は、気軽に挨拶を交わすほど日常的に図れています。地域とティアラがお互いのイベントに気軽に参加できる関係を作っています。8月には隣接の畑にひまわりを植えてくださり、利用者様と共にお招きいただき観覧させていただきました。11月には地域のコミュニティセンターにて開催の文化祭へ作品を出品いたしました。	民生委員や自治会長等も気さくに声をかけて頂ける関係性が築かれており、地域住民や地域行事等、災害時対策含め関係良好な地域密着型施設として根付かれています。施設行事への地域からの参加や、地域行事への施設からの参加も積極的に行われ、地域の方々からも常に気にかけている存在となっています。	
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	気候のよいときにはご利用者様と共に施設前の公園掃除へお声かけしながらできる限り共に参加するよう心がけています。クリスマスのイルミネーションも暗い夜道を明るく照らしました。		
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	運営推進会議では自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員、利用者及びその家族の参加が得られており、地域と利用者との関係づくりに役立てています。ティアラの課題と共に、地域の課題もお話しいただき、解決の方策なども話し合っています。	地域の自治会・民生委員・地域包括支援センター・家族・利用者の参加があり、対面での開催が再開継続されています。施設周辺含めた地域環境についての話し合い等も行われ、地域課題の解決に繋がられた事例も確認できました。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	事業活動の中から発生した質問、疑問については常に市町村担当者に相談、確認をしており市町村と足並みをそろえてニーズに対応できるようはかっています。また、骨折を伴う事故など発生した場合すみやかに報告連絡をしています。	利用者の権利擁護や生活確保のため、必要に応じた行政との相談や協働が行われています。地域包括支援センターとの協働で、地域の高齢者課題や問題解決に向けた取組がなされています。	

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
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「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	「香西会は身体拘束・虐待をしないことを誓います。」と誓いの言葉を掲げ、新人教育や内部研修(基礎研修)の実施により徹底して身体拘束をしない介護に取り組んでいます。離設の危険がある事例が発生した場合には、日々の記録をミーティングなどで話し合い情報を職員間で共有し安全確保に努めています。さらに、月に一度の会議で、身体拘束を行っていないことを確認しています。利用者一人一人が抱えるリスクは、プラン更新時に担当者会議を行い、ご家族に理解を頂くとともに対応方法についても話し合っています。	拘束並びに虐待に関する適正化委員会が年6回開催されています。委員会の内容は職員会議を通じて、全職員に周知共有されています。法人全体として年2回の職員研修が実施されており、法人方針に沿った適切な支援の提供となるよう、努められています。その人らしさのケアの提供が理念であることから、職員による口頭での拘束にも繋がらないよう心がけられており、年2回の研修の中でも職員に再確認されています。	
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逃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	新人教育で虐待防止教育を実施しています。また、現職員に対しても、集団研修や内部研修(基礎研修)の実施し学ぶ機会の確保に努めています。現職員には、新人教育時の講師役を担わせることで継続的な啓発となるように努めています。発生した事故については徹底的に原因を究明し、再発を防止し、かつ職員による虐待ではないことを証明することを行っています。		
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	平成28年度に地域包括の主催する会議で成年後見制度について学ぶ機会がありました。今後も市町村・地域包括支援センターで後見人制度や日常生活自立支援を学ぶ機会があれば参加させていただき、管理者やケアマネジャーから介護職員にも知識が行き渡るように内部研修なども行いたいと考えます。		
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	家族、利用者と契約を締結・解約する際には丁寧な説明をこころがけ、疑問点には全て答え、納得の上契約・解約を頂くようにしています。利用開始後に発生した疑問についても遠慮なく質問するよう必ず伝えていきます。		

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
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	家族が意見を言いやすいようこまめな連絡を行い、利用者ノートを作り、家族からの意見や質問が職員に周知できる体制をとり、毎日のミーティングの場でも共有するよう努めています。毎月末や行事のお報せの際には家族あてにご利用者様の様子を報告するお手紙を、介護職員・看護職員の意見を記載してお送りし、折り返しの電話で、ご意見を頂いた場合は、ノートやミーティングにフィードバックするようにしています。苦情や提案があった場合は、月1度の会議の場で議題とし、ご家族の要望にどのように応えて行けるのかを話し合っています。また、いただいたご意見を運営推進会議の場で議題にあげています。	運営推進会議を意見交流の場として捉えており、利用者や利用者家族からの直接的な意見聴取の場として、取り組まれています。毎月、家族等には利用者の様子、医療的経過、必要品の伝達等が行われ、職員の言葉も添えられて文書で送付されています。家族等は、送付された文書の内容や、得られた情報を基に、意見等を表出されています。職員は、家族等からの意向聴取や現状把握など、双方向の交流に繋がられるよう留意されています。家族・利用者からの意見を基に、戸外活動の菜園活動が新設された事例が確認できました。	
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	法人の全体会議を通じて管理者と理事長・事務長が意見を交換する場を設け、それをティアラ会議にて各主任に伝える双方向の仕組みをとっています。管理者は他職員との意見交換を日常的に行えるよう環境整備に努めています。日常的なケアや対話の中から、職員のアイデアを拾い代表者に相談できる体制を整えています。	年1回、管理者と職員の面談があり、業務に対する意見や意向、職員自身の疑問や課題等について、話し合われています。管理者以外にも主任が日常的に職員の様子を見ながら声かけを行い、課題や悩み等が蓄積しない職場環境作りを心がけられています。職員からの意見を基に、YouTubeを活用した、日常活動やリハビリの拡充が進行されています。	
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	平成24年度よりキャリアパス制度の導入。平成25年度～今年度まで、事業所としての目標を掲げて全員で取り組みを繰り返す中で、今季は、利用者が自分の体づくりができるようになることを目標とし、毎日の体操を通じて心肺機能の向上を目指しています。職員が資格取得のための研修を法人の補助で受けられるように支援しています。介護福祉士試験では、先に合格した職員からのアドバイス等も受けやすい環境ができています。		
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	研修計画を作成し、資格取得に向けた体制をつくっており職員から行きたい研修を管理者に相談できるように常に研修の情報を職員入り口に掲示しております。管理者は全ての職員が平等に研修を受けられるように配慮しています。研修に行った職員は研修報告書を作成し内容を全ての職員に周知できる体制をとっています。ティアラでは、OJTを通じて新人教育に取り組んでいます。そのためタイムテーブルや新人教育マニュアルを整えています。		

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
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	市町村が行う研修会やケアマネ連絡会、包括が行う地域包括ケア会議に参加しています。また、高槻ケアネットという、介護保険事業者が情報交換や勉強会をする会に所属しており、このネットワークを活かした交流も行っています。近隣の病院のソーシャルワーカーさんとは顔見知りの関係になっており、定期的に営業に行く際には必ず情報交換を行っています。		
<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	サービス利用前に家族や担当ケアマネからの相談受付だけでなく、必ず本人と面談し家族の意向との調整を図りながら本人が納得してサービスをうけられるよう努力しています。また、ケアマネジャー以外のスタッフも面接に同行しています。収集した情報は必ず主治医にとどけ、フロアスタッフ、看護師とも共有し、スタッフの不安部分はあるだけ入居前に解消するようご家族とも相談しています。ご家族・ご本人が安心して施設での生活を開始できるようにしています。		
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	家族からは、本人の耳には入れたくない事情などの相談があるため、その都度個別に対応するなどの配慮をしています。ご家族と本人との信頼関係が悪化しないよう、本人への説明内容なども充分配慮しています。		
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	サービス導入前にご本人やご家族と面談する際には職員2人以上で面談し、その時希望している支援が何なのか多角的に質問や意見聴取ができるようにしています。ご利用前に面談した内容を職員に周知し不足している情報など挙げてもらい情報に肉付けをするようにしています。入院先からの入居の場合にはできるだけ病院にてカンファレンスの場をもうけて頂いています。ご本人にとっては大きく生活環境が変化するため、認知症への悪影響や体調の変化も可能性として考えられることなど、リスクも含めて相談し対応も考えた上でご入居いただいています。ご入居直後は、24時間シート等を活用して観察を行い、ご本人が一日でも早く環境になじめるように努めています。		

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
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	一緒に食事をしたりレクリエーションをしたりしながら、お互いが双方向的な関係であることを意識できる空間を大切にしています。その人らしさをみつけ生活の中で役割を担ってもらうと同時に利用者ノートの活用により職員に周知徹底できるようにしています。一人一人が持っておられる能力を発揮していただき、どんなに小さいことでも、ご本人の努力に対して感謝の気持ちを伝えるよう心がけています。このことを実施するため、個人個人の得意なことや好きなこと、苦手なことをリサーチし、その方にあった毎日の日課をもっていただいて共に暮らし支えあっています。手作りごはんの行事も定期的に取り入れ、これまでご利用者が参加できなかった調理や盛り付けなどの場面でも活躍していただけるようになりました。		
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	月一度、利用者のご様子や施設の情報などを介護職から、往診時の先生のお話は看護師から記入させていただいた手紙を書き、近況を報告させて頂いています。また、ご家族様が来所された時には声かけを行い、現状報告と同時に家族様からの要望、利用者様の生活歴や好きなこと、好きなものなどお聞きしてケアや日課を考える上でのヒントにしています。病院への受診の協力もご家族様から得られています。職員は常にご家族様の健康状態についても日常会話の中から情報を得て、ご家族様の体調を気遣う言葉かけをするよう心掛けています。また、ご利用者様とご家族様が電話でのやり取りができるような支援も取り入れています。		
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	面会時、物品を持って来られた時などにおたがいにお顔を見てもらうことや、はがきを送ってくださることで交流を維持しています。ご面会への要望があった場合には、感染予防対策を徹底して頂き、短時間ではありますが予約制にて面会を実施しています。	コロナ禍前の従前から取り組まれていた、時候の葉書等は特に意識して継続し、関係性の継続に取り組まれています。家族等との、面会・外出・外食・外泊も再開されており、利用者が気分転換や楽しめる機会になっています。近隣の地域社会資源や地域イベントへの外出も、可能な範囲で再開されています。	

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
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	同じホーム内および隣接する小規模多機能の利用者様との交流を行い、フラワーアレンジメント、合唱(ハーモニカ、三味線演奏)等を催し、同じ目的をもって活動に取り組み、ともに何かを作る喜びを分かち合う支援を行っています。グループホーム内でご利用者様同士と一緒に家事を行い、共にお互いの生活を支えています。		
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	サービス利用終了後も、その後の経過を尋ねたり、相談をいただいたりといった関係を継続しています。退所後別のサービスのご利用の際は、相手先に情報提供を行い、そこでティアラと同等の生活を安心してできるように支援しています。退所後にお亡くなりになられたとのお知らせをきいた場合はできるだけ仏前に手を合わせに行かせていただき、家族と共通の思い出を語りあえる時間を設けています。退所後、ご家族の許可とご本人の環境が許す限り面会に伺うようにしています。		
<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	プラン更新時には、まず本人の意向を聞き反映しています。本人の意向を尊重するうえで家族様の意向・スタッフの意見なども集め、本人・家族様の思い、専門性を持った意見などを取り入れたプランを作成の上、本人様、家族様に説明、確認了承をいただくようしています。また、ご本人様にご自分のことを十分に説明できない場合は、ご家族様にご本人の生い立ちやこれまでの暮らしについてお聞きしたり、ご本人が発する言葉やしぐさから思いを汲みとったりしてプランやケアに反映させています。	食事や入浴時の利用者とのコミュニケーションから、利用者自身の情報を収集する事を意識されています。利用者からの直接聴取や意思確認、職員が日常に利用者とかかわっている際に聴取・把握できた、利用者自身が表した言葉や事実を記録し、職員間での共有を行う事によって、想いや意向の把握に繋げる取組が行われています。	
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	初回アセスメント時に、本人や家族の言葉としてこれまでの暮らしを教えてください。居宅や地域包括支援センターのケアマネージャーさんからも在宅時のプランなどの情報を頂いています。また、サービスご利用中にも世間話として昔の話や趣味のことなども話題にし、情報の肉付けを行っています。通院にご家族様と同行して、ご本人の歴史についてお聞きしたこともあります。得られた情報は職員に周知してケアに活かせる工夫をしています。		

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
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	ご本人の生活のペースを把握し快適に過ごして頂けるように努めており起床時間や就寝時間は基本的には、ご本人のペースに合わせています。ご本人の楽しみや嗜好を探り、安全に行って頂けるよう実施場所なども全員で検討しています。利用者それぞれに役割をもつていただき、家事を分担して行っていただいております。今ではそれが日課になってきています。ADL低下予防のため、毎日昼食前の口腔体操では下肢筋力を向上させる体操を取り入れて実施しています。		
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	会議を定期的に関くほかに担当職員が中心となって本人の意向を聞いたり家族に直接あるいは電話で意見を聞いたりし、ご本人や家族と共に介護計画を作成するようにしています。連絡ノートや利用者ノート、グループホーム会議の場を活用することにより、職員同士でもアイデアや意見が言えるようにしています。ご家族参加型の行事や月に一度のお手紙あるいは電話での話し合いでご本人のグループホームでの現状を考えて頂き、意見を収集して計画につなげています。	日々のミーティングでの報告や、支援経過を基に、モニタリング、アセスメントに繋がれ策定された、計画原案に基づく、担当者会議を経て、計画の立案に繋がられています。担当者の気付きや発見は、ミーティングでの共有事項や支援経過に記録されています。利用者の意向は都度確認され、記録にも反映されています。	
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	申し送りや健康チェック表、利用者ノート、毎日のミーティングの場を利用しながら、会議以外でもいつでも意見や気づき、アイデアを記入することで情報を共有しています。ケアプランの実施表を設け十日ごとのプラン実施状況をケース担当者が記録し、月末には、総合評価を行っています。計画作成担当者は、総合評価をプランに反映させています。		
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	その時々歩行状態に合わせた福祉用具の必要性を、ケアマネを中心に検討し、安全・安定して利用できるまで訓練を行った事例もあります。歩行不安定になった利用者に対して、医師や家族に調整を行い、訪問リハビリを導入して改善を図った事例もあります。		

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
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>今まで地域からボランティアでさまざまなレクリエーションの提供に来てもらい、バルーンリハビリ、音楽療法、ハーモニカ、フラワーアレンジメントなどをおこなっていましたが現在は、コロナウイルスの影響で直接グループホームへのボランティアは解除になっていません。コロナ以前ティアラの訪問美容を好まない方は、地域の美容院の協力をえて、カットや毛染めなどを行っていたこともありました。</p>	/	
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>入所前にかかりつけ医についての意向を聞き、変更の希望がある場合は、在宅時のかかりつけ医から診療情報提供という形でしっかり引継ぎを受け安心してご入居頂けるようにしています。看護職を介在させることによって医師への連携がスムーズに行えるようにしています。日常的な医療管理については、往診により受診して、いつでも相談や連携が行えるようにしています。往診前には看護師が事前にFAXをしており、スムーズな受診につなげています。他科に受診する際にも主治医に紹介状を作成していただきスムーズに受診できています。かかりつけ医とは休日や夜間でも常に連絡が取れる体制にあり、発見した異常を早期に解決することにもつながっています。</p>	<p>かかりつけ医は、利用者の意向で決定されています。24時間対応可能な、施設協力医療機関へ、かかりつけ医を変更される利用者が多いですが、利用者の疾患事情や専門医等については、入居前からの医師や専門医を継続されています。医療対応については、家族とも連携され、必要に応じた前医や他院の情報提供を受け、適切な医療提供に努められています。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>健康チェック表や申し送りを中心に、看護師と介護職員が連携をとるようにしており、少しの変化でもすぐに相談ができる体制をとることができています。また、日常のケアの中で、健康面で少しでも疑問に感じた事や異変ではないかと思ったことについては、いつでも看護師に連絡をとって指示を仰いでいます。日々しっかりと健康状態を観察し看護師の出勤日には申し送り簿、利用者ノート、口頭で報告が伝わるようにしています。また、往診の後にはその結果をノートに記載して周知をはかっています。</p>	/	

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		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院時にはすぐに利用者の日常の状態を病院に伝えられるように、「ケア手順書・看護サマリー」を整えており、適宜見直しをしています。入院時には定期的に本人を見舞い、不安を減らす支援をするとともに、家族とも連絡をとりあい、病院内での様子や変化、退院の見通しなどについて情報を得るようにしています。また、退院前にカンファレンスを持ってもらうようMSWなどに働きかけています。カンファレンスにはできるだけ看護職も参加するようにしています。カンファレンスが不可能な場合には、必ず看護サマリーをいただいています。</p>		
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化した場合における対応に係る指針を設定しており、契約時から終末期について家族の意向を確認し書面で保存しています。本人の状態が変化した場合にはあらかじめ家族の意向を聴くようにしています。看護職員を配置し、かかりつけ医との連携を強化しています。医師からは「夜中でもなんでもおかしいと思ったら私に相談しなさいよ。」と声をかけていただいています。終末期の判定は、ご家族に対して主治医からしっかりと説明をしていただく体制が整っています。</p>	<p>重度化・終末期に関する指針が定められており、説明同意が得られています。入居時に、重度化・終末期に向けた意向把握が行われています。特別養護老人ホームや医療を含めた、利用者の意向に沿った終末期の移行がスムーズに出来るよう努められています。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>急変時や事故発生時の対応はマニュアルを設けており、研修時に理解するとともに、実践的な訓練を行っています。緊急時には隣接する小規模多機能と連携して事にあたるように教育を徹底しており、とくに夜間については新人教育時から対応の方法を繰り返し伝えて、職員にも不安がないようにしています。事故発生の場合は事故報告書を作成し、原因究明をきちんと行う事によって再発防止に努めています。繰り返し事故、重大事故、内出血については、介護職員の心理状態や前日からのご本人の様子も記載できる様式を用いて、介護、環境、本人状況などの多角的な原因解析が行えるようにしています。</p>		

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回の消防訓練を職員、利用者参加のもと行い、避難方法や初期消火の方法を身に付けています。地域の利用者家族や民生委員とも協力して訓練をおこなっていました。加えて、地域の防災訓練にも参加し、ティアラの存在を知って頂くとともに、地域の防災力を理解する努力を行っていましたが、現在はコロナ渦の影響もあり、地域の方と共にはできていない状況です。平成23年3月11日の東日本大震災、平成28年4月16日の熊本地震を受け、香西会では拡大安全対策委員会を設け、大規模災害時に備えたマニュアルを整備し備蓄を確保しました。令和6年よりBCPを策定しています。	夜間想定避難訓練で、地域の民生委員等の参加もあるなど、地域と一体になった災害対策が行われています。地域の防災関係の施設や備蓄品備品等も把握されており、地域の災害対策と協働できる体制が確立されています。3日分の水・食料・消耗備品等の備蓄があります。法令による指定地域指定施設のため水防計画・訓練も策定されています。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ます。	
<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	命令・強制・否定言葉の禁止は理念にも掲げており、新人研修でその重要性を学ぶとともに年2回の全職員を対象とした基礎研修でも再度徹底して人格尊重の教育を行っています。個人情報の記載された書類は必ず鍵のかかる場所に保管し、廃棄する場合はシュレッダーを通したり、機密文書廃棄のルールに則って廃棄しています。さらに業務上知りえた利用者および家族の秘密は洩らさないことを説明したうえで雇用契約を締結しており、職員の入社時研修でも教育するとともに同意書をとっています。また、介護を行う際には羞恥心に配慮して実施するよう研修などで徹底しています。	法人理念で、利用者の尊厳は強くうたわれており、年2回の研修時等、機会がある場合他、職員への周知徹底に取り組みられています。施設の設計から、利用者の視線が重複しない空間作りとなっており、各居室やリビングから、他の居室内や浴室等が視野に入らない造りになっています。言葉がけによるプライバシー配慮にも留意されています。	
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	今日着たい服や今したいことといった日常生活の細かい部分にも、本人の意向を反映するようにしています。行事でお弁当を食べるときには写真つきメニューを用意して、ご本人の「わかる力」を活かして自己決定できる工夫をしています。したいことを防げない声掛けの工夫は常におこなっています。朝はゆっくりと起きる方には遅い時間を融通しています。お化粧ができるご利用者様には、できるだけご自分の力でメイクできるように声掛けを工夫しています。自己決定と安全・健康のバランスがとれるように配慮しています。		

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
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	起床時間や就寝時間などは、ご本人の生活ペースを尊重しています。例えば朝起きるのが辛い日は、食事廃棄の制限時間までゆっくりと休んでいただき一日が気持ちよく過ごして頂けるよう配慮しています。食事は、職員がせかすことなくゆっくり時間をかけて召し上がって頂いています。ご本人の希望を優先する努力をしていますが、こちらの都合で予定を変更する場合や利用者のその時の気持ちに合わないことに対しては、本人の事前の納得が得られるよう十分な説明を行っています。		
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	今までの暮らしの情報を把握したことにより、その時々状況にあった服を選んだり、本人がおしゃれ道具や服を使いやすい配置にしたり、いつでもおしゃれが楽しめるように配慮しています。また、家族には事前に行事や本人のおしゃれや整容に対する意向を伝え家族と共に準備ができるようにしています。整容のチェック表を新設し、「爪切り・耳掃除・髭剃りなど」の間隔が空きすぎないように工夫ができました。		
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	利用者の能力に応じ、おしぼりの準備・机ふき・食器、おぼん拭き、後片付けなどに関わってもらうようにしています。食べる事が苦痛にならないよう、本人のペースで食べて頂き、食べやすい食事形態や食器の工夫を行っています。食の細かい方にはおにぎりをにぎったり、ふりかけをかけてみたり、盛り付けを工夫したりと食事が楽しくなるようにしています。又、行事として定期的に手作り料理の日を設け、利用者様、職員で担当を決め、できる限り食べたいメニュー、買い物、下準備、調理、食事まで一緒にご参加いただける工夫もしています。ご自分で作った料理はいつもより食が進むようです。	月2回程度、食事レクリエーションとして、手作り料理やおやつ作りの日が設けられており、利用者が食べたいメニューで、準備から食事まで、利用者が一緒に楽しめる機会となっています。施設敷地内で菜園活動が行われており、利用者が耕作から収穫までかかわる事で、利用者の楽しみや役割にも繋がられています。	

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
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	全ての利用者様について食札などに食事形態や制限を記載し、誰がどのような形で摂取するかがわかるようにしています。できるだけ安全に美味しく食べていただけるよう日々観察を行い、看護師や医師、家族様と相談しながら食事形態や量を変更しています。水分も含め、食事摂取量は一覧できる記録表に残しています。とくに水分摂取量には気を付けており、入浴後には、スポーツドリンクで水分補給し、10時にはコーヒータ임을設けてそれぞれの好みのものを提供することで水分摂取量を確保するように努めています。		
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	一人一人の利用者に応じて、できるだけ本人の力を活かして食後に口腔ケアが行えるようにしています。義歯ケースをどこに収納したのか分からなくなるご利用者様には、食事直後に義歯を外していただいて預かるなど、かむことに不自由が出ないように工夫しています。希望者には訪問歯科診療が受けられるように手配しています。全員が食事前のうがいを行うよう習慣づけています。個々人の磨き残しや口腔トラブルについては、歯科医より適宜アドバイスをもらうことができています。		
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	健康チェック表を活用し、日中夜間の状態に配慮し、かつ本人の身体的・精神的負担を考慮し、本人にふさわしい排泄の方法を家族とともに選定しています。排泄一部介助の方については立位、移乗、後始末など、ご本人ができることは可能な限りがんばっていただくようにしています。排泄に集中できない方に対しては、ドアの傍で待機するなど少しでも排泄に集中できるように支援しています。パッドや紙パンツを使用している方でも排泄パターンを見て定時といれ誘導を行っています。排泄行動自体が自立していても、パッドやパンツの交換が適切にできない方には、毎回タイミングをみて介入し、正しく排せつ用具が使用できるようにアドバイスをしています。また、その方の排泄量や睡眠状態に応じて、吸収量の違うパッドをご家族様と相談の上で用意していただき対応しています。	利用者全員が、トイレでの排泄が可能であるため、排泄自立の継続を大切にされており、利用者自身が自立した排泄継続できるよう、声かけや誘導にも配慮されています。利用者の状態を踏まえ、柔軟な排泄支援が行えるよう心がけられています。声かけや誘導時には、利用者の羞恥心に配慮し、尊厳を損なわない支援の提供が行われています。	

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
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	看護師や医師と連携をとりながら、水分補給を促し、便秘の予防に努めています。水分の摂取を促すことで浣腸の回数が減った事例もこれまでにありました。排便リズムは健康チェック表に記載して全職員が共有しています。看護職員が排便の無い期間を常にチェックし、三日間便秘が継続している時点で医師と相談して排便ができるよう、投薬や摘便の指示をうけています。排便対応一覧表に対応方法をまとめ誰もがわかるようにしています。排便後に意識レベルが低下しやすい利用者は、その対応も含め医師から指示を頂くことができます。		
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	グループホームの風呂場を使用して、一人ずつ入浴しています。「今日は入りたくない」「順番は最後にしてほしい」など個々人の要望もできるだけ聞きつつも週3回は入浴できるように工夫しています。入浴が高齢者にとって体力を消耗するものであることを全員が理解し事前のバイタルチェックを欠かさないようにして、血圧や体温に異常がある場合は看護師の判断により清拭に切り替えたり、入浴を中止したりする場合があります。羞恥心や恐怖心に配慮しつつ、利用者が気持ちよく入浴できるように声掛けや職員の立ち位置を工夫しています。	プライバシースペースが確保されており、入浴時の羞恥心に配慮されています。個浴のため、都度湯を張り替え、気持ちよく入浴して頂けるよう配慮されています。脱衣所等の温度管理も行われており、体調変化も含め、入浴にリスクを伴う、または、入浴意欲を削ぐ環境的な要因を排除できるよう努められています。	
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	本人の疲れの程度や体力、本人からの希望に応じて、休息してもらえるようにしています。日中の臥床時間が長くなり過ぎないように配慮しています。夜間眠れない場合や傾眠が強い場合には、ご本人の言動や行動やしぐさから眠れない原因を考えた上で主治医にも相談できる体制ができています。布団対応にするか、ベッドをご利用になるか、抱き枕が必要ななど寝具についても家族と共に考えています。		

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
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	利用開始時に服薬説明書を提供してもらい、薬の目的や副作用、用法、用量について看護師を中心として全員が理解するよう努めています。処方箋と照合しながら配薬は看護師の手で確実にいき介護職員はシフトによって服薬に関する役割を決め、必ず提供までに二人以上の職員でチェックできるように配慮しており、服薬チェック表で確実に服薬ができる支援をおこなっています。服薬調整が必要な場合は、いつでも医師に相談できる体制ができています。医師から服薬を調整を受けた場合は、看護師、介護支援専門員からどのような薬の効用があったか回答しています。		
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	それぞれの利用者の能力に応じ、できる家事を割り振って毎日の日課として行ってもらっています。洗濯たたみ、洗濯干し、食器・お盆拭き、おしぼり巻はご利用者様の日課となっており「まだ、洗濯乾かんの？」と、ご利用者様から積極的に関わろうとする声も出ています。頼られることを喜び、家事を楽しんでおられます。間食を楽しみにしているご利用者様には、ご家族が持って来て頂いたお菓子をできる限りおやつの時にプラスして召し上がって頂いています。		
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	天気や気候、ご本人の体調をみながら、近くの公園やポストに郵便物投函などに散歩できるよう支援しています。又、地域のごみ拾い等に参加して下さることも、草刈りに参加していただくこともありました。地域の防災訓練には、ご利用者を伴って参加するようにしていました。職員が行う買い物の際に、利用者様に同行を促し、街並みや商店の雰囲気を楽しんでもらったこともあります。今年はコロナで全ての行事が中止になる中、近隣の公園へお花見に出かけることができました。また、地域の文化祭へも参加できました。	コロナ禍の制限緩和に伴い、家族等との外出・外食・外泊が再開拡充されており、従前行われていた、地域イベントや地域行事、地域との日常的な交流も再開されています。施設近隣の思いのある場所、記憶なる場所等への散歩や訪問も行われています。	コロナ禍の制限緩和に伴い、様々な外出等が再開されていますが、従前行われていたことに近づけ、さらに上回るような外出の展開拡充に期待します。
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	本人・家族様と相談の上、可能な方に対しては自己管理でお願いしています。自己管理が困難な方については、限度額を聞いておき、領収書をもって対応しています。行事の際のお小遣いや小銭は出来る限りご本人にもっていただくようにし、職員が付き添ってお金を使う感覚を呼び覚ましていただいています。		

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
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	個々の要望があれば対応するようにしています。本人ができる部分を見極めて、最少の援助を行うように心がけています。年賀状のお返事を書きたいという要望については、共に年賀状を買いに行き、書かれたものを近所のポストに投函する事を支援しました。携帯電話を所持している方は、ご家族様へ電話をされる際には職員にて操作方法など一緒にさせて頂いています。		
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	建物自体民家風にし、内部は木のあたたかみを感じられる空間としています。季節ごとに飾り付けを変え季節感が伝わるよう工夫しています。利用者の行事などの写真や香西会で作っている新聞を掲出し、親しみが持てるよう工夫しています。共有スペースはフリーとし、それぞれが好きな場所で好きなことをして過ごせる空間としています。フロアは日差しがよく入る明るい空間ですが、時としてまぶしさや暑さの原因になるため、ご利用者様の理解を得ながらカーテンにより光や温度が調整できるよう工夫しています。コロナ禍となってからは、感染予防のため、対面にならないよう机の形や配置を工夫しています。	採光に配慮され、ふんだんな日光が取り入れられるホール構造になっています。居心地良く過ごして頂くため、ソファの配置等に配慮し、方向や日当たり、居心地の確保に繋がるよう工夫されています。共用空間から、居室内やトイレの出入り口、浴室出入り口等は、直接見えない構造となっており、プライベートスペースと共用空間の分離が行われると共にプライバシー配慮へも繋がっています。楽しみを持てるよう、行事やイベントの掲示を行い、利用者が期待を持てるきっかけ作りにもなっています。	
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	食堂兼居間の中でも、自分の席、台所、職員詰所など、自分が居たい場所に自由に移動してもらっています。それぞれにお気に入りの場所を確保して過ごして頂いています。広間の中での席順は他のご利用者様との関係性を見ながら、お互いが不快にならないように配慮して決めています。フロアの端にはソファを置き、自席をはなれて、その時々で気の合う方と共に時間を過ごせるようにしています。一人になりたい時は、自由にお部屋に戻れるように支援しています。		
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	入居時には、早くなじめるように、長年愛用した家具の搬入などお願いしています。個人の愛用品やなじみの品はその都度持って来て頂けるようにしています。一方で、搬入された家具に乗ろうとされるなどの危険行為が見られた場合には、危険なく使っていただくための工夫をし、場合によっては持ち帰って頂くことも行っています。居室の家具の配置は、ご本人のADLやエアコンの好き嫌い、まぶしさなどのお好みを聞いて考えるようにしています。	利用者の従前からの生活維持継続のため、入居時の持ち込み制限はありません。利用者が環境に馴染みやすいように、家具配置等は、入居前と使い勝手や方向等が変わらないよう工夫した配置を心がけられています。消灯等は定められておらず、利用者自身の生活リズムの合わせた就寝が行われています。	

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
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	居室掃除を共におこなうことにより、安全性を確かめながら居心地の良い空間をつくりだしています。居室やトイレが分からなくなる方については、名札やトイレの表示を大きく書き出し、本人が安心して使えるようにしています。ベッドが馴染めないご利用者さまには布団対応をしつつ、立ち上がりの能力や危険性を配慮し、立ち上がり用の手すりを設置した事例もありました。		