

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	4674200060		
法人名	社会福祉法人伸志会		
事業所名	グループホームのぞみ		
所在地	鹿児島県薩摩川内市祁答院町藺牟田2103番地6		
自己評価作成日	平成22年11月19日	評価結果市受理日	平成23年1月29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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成22年12月14日	評価結果確定日	平成23年1月17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)】

* 季節の行事に合わせた行事食を提供し、季節感を味わっていただくようにしている。季節に応じて家庭でされていた、らっきょう漬や干し大根作り、梅干作り(今年は梅不足で出来ませんでした)、ちまき作りなども行なっている毎週火曜日にクッキングディを設け、献立決め、買い物、調理を皆さんと一緒に行なっている。
* 家事についても、野菜切り、盛り付け、洗濯物干し、洗濯物たたみ、自室の履き出し、拭き掃除など出来ることを見つけ、出来るだけやっていただけるように声かけしている。
* 誤嚥を予防するために、毎食前に嚥下体操を行なっている。
* レクリエーションは脳の活性化につながるもの、体を動かすものなどを提供している。(個人に合わせて)
* 月1回のボランティアの訪問は定着し、顔馴染みになられ、喜ばれている。

【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)】

緑豊かな自然環境の中に建てられたホームである。隣接する医療機関や特別養護老人ホームとの連携により医療介護の支援体制が整っており、利用者は安心して暮らし続けることができる。広い土地を活かして野菜作りをしたり、採れた野菜を使って利用者と職員が一緒に料理を作るなど、和気あいあいとした雰囲気が感じられる。
周辺には民家が少ないため、デイサービスや医療機関受診の帰りに立ち寄ってもらったり、ボランティアを積極的に受け入れるなどして、地域の人々との接点をより多く持てるように支援している。また、ご家族の意見を反映するために、面会時に筆記用具と用紙を渡すなどして意見を出しやすいように工夫している。

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。(グループホーム のぞみA棟)

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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している (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	○	1. ほぼ全ての利用者が				1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない

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	4674200060		
法人名	社会福祉法人伸志会		
事業所名	グループホームのぞみ		
所在地	鹿児島県薩摩川内市祁答院町藺牟田2103番地6		
自己評価作成日	平成22年11月19日	評価結果市町村受理日	

※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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日			

【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)】

【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)】

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。(グループホーム のぞみ-B棟)

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らしている (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

グループホーム のぞみ(A棟)

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	玄関やリビングの見やすい所に掲示し、申し送りの時に反復を行い、共有し実践に向けて取り組んでいる。	玄関やリビングに理念を掲示するとともに、朝礼時に唱和を行っている。理念を基盤とした年度目標(キャッチフレーズ)について職員間で話し合い、現場に活かせるように努めている。	
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	クリニックへの帰りに立ち寄ってもらったり、リハビリに出かけた時に挨拶交流を深めたり、週1回の買い物の時など地域の方と出会い、話をされるが、地域の一員とまではいっていないかもしれない。	保育園児や一般ボランティアの訪問、中学生の職場体験学習の受入などを積極的に行っている。クリニックの帰りに寄られる方や、デイサービスの利用者が遊びに来られることもある。また、買い物や病院受診の際は、積極的に地域の方々と交流している。	
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	中学生の職場体験実習やボランティア(月1回)などに見えた方々へ、支援の方法などの説明を行っている。		
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	定期的に運営推進会議を開催し、意見交換を行いサービスの向上に努めている。この時、地域の方々の様子などもうかがえる。	会議は、地区公民館長やコミュニティ協議会会長、行政などを交えて、2ヶ月毎に開催されている。地域の行事や取り組みを把握することができ、参加を検討する話し合いなどが行われている。	消防関係者に出席してもらい、非常災害時の協力体制などについて意見交換されることを期待したい。
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	ケアマネが市町村に出かけた時や、推進会議等で意見を伝えている。	日常的には、申請等で市へ出向くことが多い。特に保護課からは様々な情報提供を受け、ホームの実情も把握してもらっているなど、緊密な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	身体拘束を行わないケアを職員全員認識している。その時に応じてケアの工夫について検討を行い、拘束は行わないようにしている。夜間は、防犯上玄関に施錠を行っている。	職員会議やケア会議の中で、身体拘束について勉強する機会を設けている。身体拘束だけでなく言葉の拘束もあると理解しており、見守りをしながら拘束の無いケアを実践している。	
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	法人内の研修に参加学習し、虐待のないよう注意を払い防止に努めている。		

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
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	施設内研修やその他の研修へ参加し勉強したことはあるが、活用した事がない。		
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	管理者・介護支援専門員・医師による十分な説明を行い重要事項説明書などで、理解していただけるようにしている。		
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	面会時に意見・要望を記録していただいたり、意見を聞き、早めの対応を心がけている。	利用者個別の面会簿が作成されており、ご家族が来訪された際に用紙を渡し、意見や要望を聞き取る働きかけが行われている。	
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	毎月、月初めの職員会、月1回のケア会議などで、一人一人の意見や提案を聞くよう努めている。	職員会議やケア会議で職員から意見や提案が出され、ホーム内のフローリング化や避難経路のモルタル化など、実際の運営に反映されている。	
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	勤務状況は常に把握し、一人ひとりの相談にも出来るだけこまめに対応を行い環境に努めている。		
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践と力量を把握し、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	月1回の法人の研修、毎月Drの勉強会への参加確保し、出来るだけ全員が多くの研修への参加を促している。		
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	研修などで他の同僚者との交流を行って来ているが、ケアの向上には繋がっていない。系列のグループホームが開設したので、交流を始めていけたらと思っている。		

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	
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	利用前に本人様に会い、話を聞く機会を作り、不安や要望を伺って受け止め、より安心して利用していただけるようにする。		
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	利用者様、家族とも会い、話を聞く機会を設け、家族の意見等をじっくり聞いて、安心していただけるよう心がけている。		
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	医師や介護専門員と話し合い、出来るサービスは行っていくようにしている。		
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	常に介護ではなく、出来る事は自分でやっていただく生活をしていただけるよう支援していくようにしている。		
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	家族と、面会時や電話で情報交換を密に行い、希望・要望を聞き、必要時は話し合い、一緒に支えていけるようにし、行事参加も積極的に声掛けを行う。		
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	墓参りや帰省は家族をお願いをし、家族が遠方の方は一緒に同行したりする。	ご家族と一緒に墓参りをしたり、自宅へ帰ったりすることを積極的に支援している。また、利用者毎にご家族に電話連絡をする日時を決め、ご家族との関係が疎遠にならないように努めている。	
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	レクリエーションや食事作りに参加していただき、関わりをもてるようにしている。		
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	退居され、同系特養を利用されている方には、訪問時声を掛けたり、家族も会いに寄って下さったりするため絆を保っている。		

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
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	日常的にスタッフと共有し、毎朝の申し送り、ケア会議で検討し把握に努め、家族とも相談し、本人の希望を重視しながら検討している。	ご家族やケアマネジャー等、関係者からの情報収集のほかに、普段の会話や動作から希望や意向を把握するように努めている。	
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	本人、家族から生活歴等の情報を提供して頂き、楽しんで出来る事などはお願いしたりしながら把握に努めている。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方や、心身状態、残存機能を把握し、個別対応を行っている。		
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	本人、家族、スタッフとモニタリングを行い、現状に即した支援、計画を作成し3ヶ月毎の見直しを行って、計画が適さないと判断した時は途中でもプラン変更を行っている。	毎月、ケア会議の中で評価を行い、6カ月毎にモニタリングとしての評価を行っている。職員の意見はケア会議時に抽出され、ケアマネジャーがプラン作成や変更を行う際の重要な情報となっている。	
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	スタッフ同志で情報を共有し、連絡帳や個人録を活用しながら、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	その時々状況に対応し、柔軟な支援サービスが出来るよう努めている。		
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	月1回のボランティアさんの訪問は定着していて、レクリエーション・草取り・掃除など行って下さっている。又、地域で行われる文化祭の見学に出かけている。		
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	月2回の定期受診を実施し、体調不良時は随時受診を行い、本人が出掛けられないときは、主治医がグループホームへ出掛けてくださる。	協力医療機関への定期受診を基本とし、体調不良時で受診が困難な場合には往診してもらっている。歯科医の訪問もあり、義歯の調整などを行っている。	

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
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	看護職員はいないが、全職員が月1回クリニックDrの勉強会等で少しは学んでいる為、特養の看護師・クリニックの看護師へ相談、協力をお願いしている。		
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。	いつもは、クリニック受診を行い、どうしても入院という方向になった時は、協力病院への入院となり、情報交換を密に行い、早めの退院相談も行っている。		
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	入所時家族へ、重度化の場合は、協力病院への入院、又は、特養への移動をお願いし十分理解してもらっている。終末ケアは実施していない。	看取りや重度化した場合の対応は行わないという方針を掲げており、入居時にご家族への説明を行っている。重度化した場合には、協力医療機関や特別養護老人ホーム等へ円滑に移ることができるように支援している。	
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	AEDの講習や、月1回の隣接クリニックDrの勉強会を実施したり、実践力を養うように努力している。		
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	夜間想定訓練を行っているが、実際の夜間の訓練は行っていない。地域との協力体制は築けていないが、特養での訓練には、地域との消防団と協力体制がある。	夜間想定訓練を年間2回以上行っている。周辺に民家が少ないため地域の協力は望めないが、隣接する施設など、法人内での協力体制は整っており、非常時の食料備蓄も行われている。	

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	
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	失禁時や食べこぼし等の時、さりげない声掛けし、居室や人目のつかない所で着替えて頂く対応をしている。	さりげない声かけを基本にして、失禁時や食べこぼしへの対応を行っている。職員同士でお互いに気づいたら注意し合ったり、個別で指導するなどして、利用者の誇りやプライバシーを損ねないような支援に努めている。	
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	出来るだけ本人の希望に添うよう、自己決定の場をもつように働きかけている。入浴の声掛け時、本人の希望を伺って出来るだけそれにそった対応をしている。		
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、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	出来る限りその人らしい日々の過ごし方に近づけてはいるが、時には、職員の都合を優先してしまう事がある。		
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	毎日、自分の好みの服を着られ、整髪などお手伝いし、お化粧品も希望があれば購入のお手伝いもしている。髪を染めたり、散髪など来て頂き、希望される方をお願いする。		
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	調理・盛り付け・配膳など、スタッフ、利用者一緒に行っている。片付け等も交替に行っていけるようにしている。	法人の栄養士が作成した献立を基本にしているが、ホームで育てた野菜を収穫してメニューを決めることもあり、利用者に合わせた食事の提供に努めている。食材の下ごしらえや配膳、片付けなどは、利用者の力に応じて一緒に行っている。	
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	栄養士のもと、メニューを作成し、一人ひとりに合った量や水分量を確保し支援している。		
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	毎食後の口腔ケアの声掛けと、夜間は義歯洗浄剤を使用し、清潔保持に努めている。		
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	おむつやパットの使用者は今の所いらっしやらないので、個人のパターンを把握し、自力出来ない方には早めの声掛け支援を行っている。	入居後、排泄パターンの把握を早急に行い、日中はオムツを使用しないケアに取り組んでいる。夜間は、利用者の力や排泄パターンに応じて、オムツやポータブルトイレの使用を行っている。	

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
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	水分・ヨーグルトなどで調節したり、便秘薬などもDrと相談し調節しながら予防に取り組んでいる。		
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	一人ひとりに希望の時間を聞いて、出来るだけ希望の時間に入浴出来るよう心がけて支援している。	入浴が行える日時は基本的に決められているが、利用者の希望や状態に合わせて柔軟に支援している。	
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	昼間、居室で休まれたり、ソファで休まれたりと状況に応じた安眠・休息を支援している。		
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	全ての利用者様の薬の目的は理解出来ている、副作用の所は理解出来ていない所もあるが、症状変化の確認には努めている。		
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	役割は、当番制で毎日の献立を書いていたいたり、玄関掃除やモップ掛けなどお願いしている。楽しみは、塗り絵をしたり気分転換を図っておられる。		
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	日常的な外出は出来ないが、みんなで出かける花見・森林浴お茶のみ・紅葉と出掛ける事はあり、希望があれば、お墓参り等も出かけている。	天気が良ければ日常的に散歩をしており、花見など季節毎の外出行事も企画している。食材の買出しにも出かけている。	
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	力に応じて自分で所持したり、預かったりしているが、外出される時はいつでも使えるようにしている。年に1度は必ず全員が自分で支払いされるお茶のみに出かける。		

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
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	遠方の方は、電話は月2回家族との交流の為、夜にスタッフを通して電話し話をいただいている。手紙も住所をかいてあげたり支援をしている。		
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	玄関には、季節の花を飾ったり、トイレは分かるように案内をつけたり、トイレ内は季節の折り紙などを飾り、利用者様が居心地が良いうに工夫している。	玄関に花が飾られ、リビングには手作りの作品や行事の写真が貼られており、楽しく興味を惹くものとなっている。間取りが広く取られ、ソファや椅子も多めに設置されているため、利用者は居心地良く過ごすことができる。	
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	気の合った利用者同士話をされたり、一人で塗り絵等をされたり、ソファで居眠りをしたりと、思い思いに過ごせる工夫をしている。		
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	使い慣れた物を置き、写真や自分で塗った塗り絵等飾り、居心地良く過ごされている。	利用者毎の力や個性を尊重し、ベッドの種類や家具のレイアウト等を検討することで、安全に過ごしやすい居室となるように工夫している。	
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	居室・トイレなど分かるように文字を表示し、段差もなく安全で、自立した生活が送れる工夫をしている。		

自己評価および外部評価結果

グループホーム のぞみ (B棟)

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	理念を共有し、実践につなげられるように努力している。		
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	地域の一員としての日常的には交流してはいない。		
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	地域のボランティアや中学生の福祉体験の受け入れをし、認知症の方の理解、生活を見てもらっている。		
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	会議での話し合いや意見をサービス向上に活かせるようにしている。		
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に取り組んでいる	運営推進委員会に出席していただき、実情を伝えている。		
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に取り組み、拘束しない工夫をしている。		
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注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法について学ぶ機会があると参加するように務めている。言葉による虐待には十分注意を払っている。		

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	権利擁護に関する制度等について学ぶ機会があると参加するように務めている。活用したことがなく、知識不足もある。		
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	契約の前に契約書と重要事項説明書に目を通してもらってから、契約時に詳しく説明をしている。		
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	ご家族等には、面会簿に御意見欄を作り、何か御意見がありましたらと、書いていただけるようにしている。		
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	職員会議、ケア会議の時に、意見や提案ができる機会を設けている。		
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	代表者とホームとが離れており、各職員の言動、仕事の内容が把握されているかは疑問である。研修会への出会、終業条件等整備されている。		
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	全職員が法人内の研修、また法人外の研修にも、参加できるようにしている。研修後は全職員で共有できるように伝達をしっかりと行っている。		
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	同業者との交流の機会がない。系列のGHが開設したので、まずはここから勉強会やネットワーク作りができればと考えている。		

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	初対面の時に困っていることや不安になっていることに耳を傾けるようにしている。グループホームの足を運んでいただくことによってどんな所かを解り安心してもらえるようにしている。	
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	本人と同じように家族の方にも耳を傾け、実際、どういところか、どんなことをやっているか見ていただき、話すことでより良い関係作りができるようにしている。	
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	利用を開始する段階でこれまでの情報提供をしていただき、管理者と計画作成担当者で見極め、クリニックDr.と判定会をし、利用者の決定をしている。クリニックでのリハビリ利用には対応している。	
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	見守りながらできる事をやっていただき、また、技術や知恵を教えていただきながら活動を共にし、暮らしを共にする関係が築けるようにしている。	
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	行事の案内を出すなど積極的な声かけをし、家族の協力をいただき、家族の絆を大切にしながら、共に支えられるようにしている。	
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	馴染みの方が、いつでも来ていただけるようにしている。電話をする、手紙を書くなどの支援をしている。	
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	ひとりひとりの時間を大切にしながらも、利用者様同志が関わり合いを持って生活できるような時間作りをしたり、トラブルの仲介に入ったりして、より良い関係が築けるように支援している。	

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	退居後にも施設や病院に足を運んだり、声をかけたりしている。		
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	ひとりひとりの思いを聞き出すように務め、本人の意志をできるだけ尊重している。		
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	これまでの暮らしを本人や家族から聞いたり、サービスの利用状況などの情報をケアマネからいただき、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	日々の変化に気をつけながら、現状把握をしている。		
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	月1回のケア会議にて、スタッフの意見やアイデアを反映し、家族の協力を得ながら、作成している。入院などにより状態変化があった場合は、期間中でも変更している。		
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	個人記録に、食事、水分摂取量、排泄、バイタルチェック、普段と変わったことなど記録し、職員間で情報を共有できるようにし、プランに沿ったケアに努めている。		
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、その時々にも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	買い物や墓参りなど必要な支援をその時の状況に応じて柔軟に対応し、ひとりひとりを支えられるようにしている。		

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	月1回のボランティアさんの訪問は定着しており、レクリエーションの提供や掃除、草取りなどを行ってくださっている。地域で行われる文化祭の見学に出かけたりしている。		
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、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	受診は同系列のクリニックにて行うことを入居時に説明し納得された上でかかりつけ医に変更してもらっている。月2回の受診をし連携を取り、状態の変化がある時にはすぐに診ていただいている。メンタル、デンタル面は往診をしてもらっている。		
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	事業所に看護職員はいないが、併設の特養の看護師やクリニックの看護師に相談している。		
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。	系列の病院への入院になるため情報交換や相談についての関係作りはできている。入院によるダメージを最小限にするためできるだけ、早期退院ができるようにしている。		
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	入居時に重度化した時の方針などを話し、早い段階から、次の居場所のことなど支援している。		
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	昨年、AEDを設置してもらい、年1回は実技を中心とした講習会を実施し、体で習得できるようにしている。		
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	災害の避難訓練は年2回以上は行っている。夜間想定訓練は行っているが、実際夜間の訓練は行っていない。系列の特養の訓練には地域の消防団の協力体制があるが、グループホームの訓練には協力体制が築かれていない。		

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	ひとりひとりを尊重し、プライドを傷つけないような言葉かけに気をつけ対応している。常に、職員には言葉遣いには十分注意するように話している。	
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	希望を聞ける機会や自己決定の場を多く設けるようにし、本人の思いを表出していただけるようにしている。	
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	ひとりひとりのペースを大切にし、優先できるようにしているが、職員側の都合になってしまうことも多々ある。	
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	本人のお気に入りの服を着ていただき、出かけるときにはいつもと違うお出かけ着を着ていただくようにしている。	
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	週1回のクッキングデイの日には、メニューを決め、買い物と一緒にしている。食べられない物は他の物に変更している。野菜切りや盛り付け、片付けは職員と一緒にしている。	
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	食事摂取量の少ない方には、補助食品で補い、水分量の少ない方には、回数を多くし1回量を少なくしている。	
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、ひとりひとりに合った支援をしている。自分の歯がある方には、時々、磨き直しをさせてもらうこともある。	

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	排泄の失敗の時には、さりげなく声かけし、清潔を保てるようにし、オムツは使用せず、尿とりパットで対応している。様子の変化や時間をみてのトイレ誘導を行っている。		
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	10時のお茶には、毎日ヨーグルトを食べていただいている。野菜の繊維物の摂取、水分の摂取、他散歩、体操等を取り入れて、体を動かすなどの支援をしている。排泄パターンを把握し、どうしても排泄のない時には服薬をし、排便を促している。		
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	1日おきに入浴できるように声かけしている。入浴されるかどうか？を尋ね、午前、午後の希望を取り、入浴していただいている。行事等の時には、都合に合わせていただくこともある。		
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	体調やその時の状況に応じて、休んでいただいている。夜間、どうしても、休めない方がある時には、話を聞いたり、気分を休めるために、ホットミルクを飲んでいただいたりしている。		
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	薬の説明書をよく見るようにし、目的や副作用を理解するように務めている。薬が変更になったときには、特に注意している。		
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	生活の中で、できることを見つけ、無理のないように役割分担を行なっている。新聞、TVを見るなど、楽しみを持てるように支援している。		
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	ひとりひとりの希望に沿っての外出は、なかなか難しいところである。行事としての外出の機会を設けるようにしている。毎週1回行っているクッキングデいの買い物に、交替で参加できるようにしている。本人の希望がある時には、家族にお願いしている。(墓参りなど)		

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	本人の希望により所持されている方もありますが、ほとんどは、預かりで必要な時に渡している。お金を使える機会を、クッキングデイや外出の時に設けている。		
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	電話をしたいの希望がある時には、電話をしてもらっている。手紙を書かれたら、投函や切手の購入など支援している。		
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	共同の空間、食堂やリビングは居心地よく過ごせるように気をつけている。季節感を味わえるように、花を飾り、壁面製作をしている。室温、湿度、明るさなどにも気をつけている。		
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	リビングにはソファを設置し、ゆっくりと過ごせるようにしている。そこで、新聞を見たり、TVを見たり、おしゃべりをしたりそれぞれ思い思いに過ごされている。		
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	居室には、入居の際に使い慣れた物を持ってきていただき、御家族と一緒に部屋作りをしていただいている。		
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	居室、廊下、トイレ、お風呂場など手摺りを設置している。自室には、入り口に名前を貼り、トイレの場所が判られるように「お便所」と書き、矢印にて示している。		