1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 **かえで**)

事業所番号	O690700398		
法人名	社会福祉法人 櫛引福寿会		
事業所名	グループホーム はもれび		
所在地	鶴岡市下山添字茶屋川原75		
自己評価作成日	令和6年 12月 28日	開設年月日	令和 2年4 月 1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)】

ご利用者様が健康で好きなことを継続していただけるよう軽体操や口腔体操を毎日行い、健康維持できるように施設内歩行訓練を支援しています。ご利用者様と一緒に楽しく笑い声が聞こえるような生活を送っていただけるようご利用者様の思いに寄り添って行きたいと思えます。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

【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エール・フォーユー		
所在地	山形県山形市小白川町二丁目3番31号		
訪問調査日	令和 7年 2月 10日	評価結果決定日	令和 7年 2月 27日

【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)】

※1ユニット目に記載

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)
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)
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 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、生き生きと働いている (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している (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	○ 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		

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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
I. 理念に基づく運営					
1		○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏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	玄関入口の掲示板や各ユニットにも基本理念と基本方針を掲示し、実践できるようにしている。		
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	日常的ではないが、地域のカーブミラー清掃への参加や国道沿いの花植えや撤去作業への参加、地域内の高齢者事業所情報交換会、認知症カフェの担当施設で参加している。		
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	担当する認知症カフェでパワーポイントを使用してグループホームの施設紹介、認知症への理解を伝えている。社会福祉協議会のフードドライブへの地域貢献を実施。		
4		○運営推進会議を活かした取組み 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	定期的な運営推進会議としては、2か月ごとに開催した。利用者の生活状況や事故ヒヤリハット、研修会や防災訓練実施などを報告している。毎回テーマを掲げて話し合っている。		
5		○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	地域の高齢者福祉事業所情報交換会に参加し、事業所ごとの現状を報告するなどしてグループホームへの入居希望者の情報などを連絡調整している。市町村担当者から運営推進会議内で意見交換など協力関係を築くようになっている。		
6	(1)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	YouTube動画を参考に身体拘束(虐待をしない)研修会を開催して、職員への周知を図っている。また、日常生活の上でスピーチロックやドラッグロックなど身体拘束にあたらぬのか疑問があれば研修会やユニット会議内で意見を出し合っている。玄関などの施錠については事務室に職員がいる場合はできるだけ解錠で対応している。研修参加後の意見を記入する用紙を配布・回収して今後の研修への参考としている。		

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
7	(2)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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見過されることがないように注意を払い、防止に努めている	職員全員が虐待しない委員としている。身体拘束と虐待についてのYouTube動画を参考にした研修会を開催して言葉遣いによる虐待もあってはならないように職員に周知している。虐待に関して施設内で該当する事案はなし。研修参加後の意見を記入する用紙を配布・回収して今後の研修への参考としている。		
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に支援している	必要な場合に備え外部研修などの勉強会に参加し学ぶ必要がある。		
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	契約時にユニットリーダー、管理者より家族利用者の不安や疑問などへの十分な説明を心掛けている。入居後も家族より質問や疑問があればその都度説明している。		
10	(3)	○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並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	利用者や家族とのコミュニケーションをとるなかで直接意見要望を聞いたり、送付した文書に意見要望の記入のお願いをして施設運営に反映するようにしている。		
11		○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	普段から何でも話せる雰囲気を中心として、ユニット会議で職員の意見などを聞くようにしている。普段からリーダーが中心となり管理者と解決できるように進めている。		
12	(4)	○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	職員の勤務状況をできるだけ無理のないように作成し、業務に個々の負担にならないような環境づくりに努めている。急な病欠や家庭の事情などでの欠勤に対してできるだけカバーに入れるようにしている。		
13	(5)	○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	新人職員や新規職員については主にリーダーが指導している。同じユニット内の職員も利用者の日常生活での疑問点などもユニット会議内でのケアの方法を話し合っって統一したケアをしている。		

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
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つくり、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組みをしている	地域内の高齢者施設事業所情報交換会に参加し情報交換などしている。相互訪問等はないが、認知症カフェなどの集会で顔をあわせたりメールや電話での情報のやり取りをしている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前の事前面接にて生活歴など本人の情報を利用施設やケアマネなどからの情報提供を受け取ったり、家族からも聞き取りしている。入居後の不安を取り除けるように耳を傾け安心して生活できることを説明している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に説明し家族の希望や要望、不安などを聞き取りしている。また、施設側からも通院や生活に必要なものなど家族への協力などをお願いしている。入居後は家族に面会に来るように依頼して生活状況を伝えるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	事前面接等での情報を基に家族や本人の必要と思われることを聞き取りし、入居後の生活状況を見たらうでできるだけ早急に計画作成担当者を中心にサービス計画書を作成している。		
18	(6)	○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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	その方ができることを見つけ出し、洗濯ものたたみや掃除などの作業や食事の準備など職員が見守りしながら利用者とコミュニケーションをとるようにしている。してもらったことには感謝の言葉をかけるようにしている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族が面会などで来られた際(電話も含む)には利用者の生活状況を詳しく伝えるようにしている。利用者の必要なものについても購入や、通院の依頼などの協力をいただくようにしている。		
20	(7)	○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	外出や面会など家族や知人が面会に来た際にも十分な時間を過ごしていただくことが出来るようになり、生活状況なども詳しく伝えることが出来るようになった。家族もお部屋でゆっくりと面会できるようになった。		

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	日常生活でレクリエーション活動や職員とのコミュニケーションをとりながら利用者同士が仲よく生活できるように支援している。そのなかで難聴の利用者もいるが、みんなが笑顔でいることで不安な様子は見られない。		
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	契約終了後にも相談があればできる範囲で対応している。同じ法人内の特養への早めの入所調整、他の事業所への紹介などしている。		
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		○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	日常生活のなかで本人の希望や要望を聞き取りし、職員が気づいた点や本人から聞いたことなどをユニット会議内で話し合いながら共有している。		
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	入居前の事前面接にて家族より生活歴など本人の情報を知り取りしている。入居後も新たな発見も職員間で共有してできるだけ自立した生活ができるように支援している。		
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	24時間の生活状況のケース記録を職員が共有している。また、気づいた事や家族とのやり取りなどもメモで申し送りして共有している。		
26	(8)	○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	本人の生活状況から職員がケアのあり方を検討し、家族との話し合いをして了承を得ながらケアプランを作成している。職員が施設での生活状況を説明するも実際に家族が暮らしぶりを見ていないこともあり、施設にお任せしているのが現状である。		
27	(9)	○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	ユニット会議で健康面や精神面など必要と思われること検討し介護計画を作成するようにしている。また、計画作成担当者が本人や家族に何か希望がないかなど直接聞き取りしてサービス計画書を作成・承諾をいただいている。		

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
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	個々の健康面や精神面などの変化をみながら家族へ相談、面会、外出の機会を設ける。通院なども家族へお願いするが、家族が対応できない場合には施設での対応も支援している。		
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	地域の活動も再開されているため運営推進会議の委員などから、地域の社会資源の情報など得ながら利用者の生活に活かせるよう努めている。		
30		○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、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	月に1回の協力医の往診日を設定している。往診日以外にも利用者の状況を報告し指示をいただいている。そのほかの心療内科や歯医者などへの通院は基本的に家族が対応することにしており日常生活状況、健康面などを文書にして家族に説明して渡している。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	介護職員と兼務ではあるが日々の利用者の健康管理を行っている。また、介護職員からの利用者の健康面などの異常などすぐに相談報告できるようにしている。必要であれば協力医に相談、家族に医療機関へ受診を促すなどの連絡調整をできるようにしている。		
32	(10)	○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、また、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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている	協力医、かかりつけ医に相談したうえで、入院すべきと判断した際には、家族と連絡をとりあいながら対応する。入院時には情報提供書を渡したり、入院後も病院側との連絡をとりあい治療の経過などの情報交換を行い、かかりつけ医に情報を伝えるようにしている。		
33	(11)	○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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	入居の契約時に重度化や終末期看取りに関する指針を提示説明して承諾をいただいている。今年度は一名の看取り対応の終末期からの利用者対応を実施した。家族や協力医と相談して家族の希望をできるだけ聞いて対応した。		

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
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	緊急時のマニュアルに沿って家族、協力医、看護師、管理者リーダーへの連絡体制をとっている。応急手当講習会や事故防止研修会を実施している。		
35	(12)	○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回の昼火災・夜間避難訓練を実施のほかに地震対応、応急手当講習なども実施。食料や食器、水の備蓄、非常用発電機等の防災設備の確保をしている。非常用持出品の整備をしている。近隣住民に訓練の事前配布するお知らせの中に非常時の協力をお願いする文言を載せている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(13)	○一人ひとりの人格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	丁寧な言葉遣いを心掛けるようにしているが、なじみのある地域の方言も使いながらの声掛けしている。トイレや入浴なども失礼な言い方などはせずに対応し、変化や気づいたことはケース記録に入力し共有している。		
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	利用者本人からの要望などに対しては日頃の会話などから職員になんでも話しやすいような環境づくりをしている。また、本人からも意思決定できるように支援している。		
38	(14)	○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	主に施設側の日課に合わせた生活しているが、利用者本人には強要強制しない対応をとっている。レクリエーション活動なども声掛けして参加を促すも本人の意思に任せている。		
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	利用者の担当職員が季節にあった衣類の整理と家族への連絡等で対応している。理髪は希望があれば家族へお願いしたり、協力してくれる理髪店から出張床屋で対応している。		
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	利用者の方々から盛り付けやテーブル拭きや配膳、片付けや食器洗いなど役割を持つようにしている。職員は利用者と一緒に食事は摂らないが見守り声掛けしながらの対応をしている。職員が見守りながら利用者と一緒に食事準備から配膳片付けまでしている。		

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
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	食材提供者からの栄養バランスの整った食材を出している。体重や嚥下状態など個々に合わせた量と形態で提供している。食事摂取量・水分量・体重測定の記事をしており、極端な変化があれば職員間で相談したり看護師、協力医師へ相談している。		
42	(16)	○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、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	朝の起床後の洗顔歯磨きの声掛けと食後の歯磨きうがいや義歯洗浄など声掛けや介助している。義歯管理し義歯消毒は夕食後から翌朝までとし清潔を保っている。		
43	(17)	○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向けた支援を行っている	排泄記録に記入し、日常生活での排便排尿の確認をして清潔を保っている。自立している利用者にはさりげない声掛けと見守り、その他の方には声掛けや排泄のサイン、排便状況など情報を共有している。排泄記録より排便チェックし下剤の調整をしている。		
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	水分摂取、朝のヨーグルトや乳製品の提供している。食事前の体操時に腹部のマッサージや施設内の歩行運動など体を動かすように取り組んでいる。		
45		○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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週二回の入浴日を設定しているが、本人の希望に合わせた入浴とはなっていない。入浴前にバイタル測定を実施し、体調確認して本人から拒否あれば特に無理をせずに別の日または午後に変更するなどしている。		
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	日中でも部屋で休みたい時などできるだけ自分のペースで生活を送っていただいている。夜間帯眠れないなどあれば、リビングで過ごし職員が話を聞いたり(傾聴)して安心してもらうなどしている。診療内科医への受診なども家族と相談している。		
47	(18)	○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	薬と薬剤情報書と一緒にファイルに入れて保管している。薬全般を看護師が管理し、薬は職員が再確認(ダブルチェック)して服薬介助している。症状に変化があればその都度協力医に相談している。		

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
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	興味や趣味などやりたいことを把握し実現できるように支援している。塗り絵や脳トレ、レクレ活動などで楽しんでもらい気分転換してもらっている。役割分担として施設内のモップ掛けや食事の盛り付けやテーブル拭き、食器の後片付けや洗い物などそれぞれの役割を持たせている。		
49		○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。また、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	天気の良い日に花見や海などへのドライブなど気分転換に何度か出かけることができたが、夏から秋にかけては天気と職員の都合が合わずドライブなどはできずに施設周辺の散歩も数回と少なかった。家族より外出希望もあり床屋や墓参り、買い物などに出かける利用者もあった。		
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	認知症やトラブル防止から施設で管理している。欲しいもの必要なものがあれば職員が本人に代わって買い物している。外出時に店に入り自分の好きなお菓子など購入することもあった。		
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	家族からの電話があれば対応し、本人から家族への連絡をしたいとの要望にも対応している。自分で携帯電話を持っている利用者は自分で電話を掛けたりしている。その他に年賀状や暑中お見舞いなども顔写真を印刷して送付するなどの支援している。		
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	リビングや廊下、玄関に観葉植物や利用者の作品などで飾り付けて明るい環境になっている。施設の外に花のプランターを眺めベンチに座ってお茶することもあった。家族からも春は山菜や果物夏から秋はメロンやスイカ、柿や梨などの差し入れをしていただき季節感を感じてもらっている。		
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	丸椅子など持ち運びしながら利用者同士で会話したり、施設内の廊下には狭いながらのスペースがある。リビングから外を眺めたいときなども椅子を移動して会話するなどしている。		

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
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	家で使用していたものを持ち込みしていただくようお願いするも、新たに購入したタンスや家具などを準備した家族が多い。入居時に家族と利用者の方で相談しながら配置している。		
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」や「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	個々に「お手伝いできること」、「頑張ること」の項目を作って、職員がそれぞれの利用者の方々の自立支援を促すようにしている。		