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	1090300177		
法人名	株式会社 ケア・コスモス		
事業所名	グループホーム コスモス相老		
所在地	群馬県桐生市相生町5丁目572-1		
自己評価作成日	令和元年5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.kaigo-joho.pref.gunma.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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	令和元年6月13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)】

群馬県地域密着型サービス連絡協議会の認知症相談窓口として認証を受けております。認知症窓口として、地域住民、包括支援センターとも今以上に連携、交流を目指したいと考えています。地域に開かれた事業所となるべく、近隣の在宅高齢者を対象に介護教室を開催し、介護保険制度の説明、認知症の理解、健康体操などの講演活動を行っています。

【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)】

子供食堂を運営し、1ヶ月に一度デイサービスの施設を使って無償で地域の子供たちに食事を提供している。その他、地域の老人会で介護教室を開催している。日々のケアにおいては、入居者の重度化がすみ外に食べに行きたいが行けないことから、行った雰囲気味わってもらおうと暖簾をかけラーメン屋さんを創作している。また、花見に出かけると花を摘みたがる利用者に、職員の自宅の花壇を開放し花摘みを楽しむ機会を提供している。そうしたなか、日々の出来事からほっとしたりうれしかったことをニヤリ・ホットとしてまとめ、運営推進会議で発表している。

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

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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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)	○	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	○	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)	○	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	○	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				

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	理念「信頼」「感謝」「尊敬」において、職員それぞれが、自分はその中で何ができるかを行動指針とともに考え、実行している。	理念とともに、行動指針を掲げている。日々のケアを行動指針に照らし合わせて、意見交換している。	
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	運営推進会議に地元町会長様と民生委員様が出席。その他、地域の老人会の皆様へ向けた介護教室を開催している。	保育園児が来て、踊りを披露したり、触れ合ったりする機会がある。老人会に向けた介護教室を、開催している。子供食堂を1ヶ月に1度開催し、無償で地域の子供たちに食事を提供している。	
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	運営推進会議を通して、地域の高齢者、とりわけ認知症に関してのご相談などはいつでも承るということを発信している。	/	/
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	ご要望には前向きにお答えしている。	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しており、ヒヤリハットだけでなく、ほっとしたり、ほほえましい出来事を、ニヤリホットとして報告している。薬のヒヤリハット報告から意見をもらい、配薬期間を2週間にし、2重チェック体制に変更した実績がある。	
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	国や県からの通達や注意喚起などは桐生市からメールで情報のやり取りが行なわれている。(インフルエンザ情報や介護保険関係)など	情報は、メールでやりとりしている。市で開催される勉強会では、虐待への取り組みを発表した事例がある。	
6	(5)	○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、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	玄関は施錠していない。身体拘束について積極的に群馬県等の研修に職員を参加させている。年2回、全職員を対象とした勉強会と3ヶ月に1回のペースで身体拘束適正化委員会を開催している。	職員は交代で研修に参加し、報告会を行っている。勉強会では、事例をあげて話し合っている。スピーチロックを発見したときは、その場で注意している。	
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	身体拘束。高齢者虐待。権利擁護の研修に参加するようにしている。また普段のコミュニケーションの中で虐待につながるような言動を職員各々が注視するようにしている。	/	/

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
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	制度や仕組みについては理解している。関係者との連絡もその都度行っていた。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に説明不足がないように留意している。また不明点や疑問が出たらいつでも聞いてくださいと伝えている。		
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	運営推進会議で行い、いただいたご意見、ご要望は検討し、運営に活かす努力をしている。	入居者が作った意見箱が、玄関に設置されている。面会の時に状況を伝えて、家族の意見を聞く機会としている。また、家族と連絡を密にとり家族の意向を確認し、スタッフ間で意向に沿ったケアを話し合って提供している。	
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	月に1回職員全体会議を行い、問題や意見、要望を出せる環境を作っている。また年2回の個別面談もおこなっている。	職員が、利用者に対する事業所として提供するケアに焦点をあてて会話することで、活発な意見交換ができています。重度化に伴い出かけることが難しくなってきたときに、ホームでラーメン屋さんを創作して雰囲気味わってもらうことができました。	
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	職員勉強会で働きやすく、やりがいのある職場を全員で作っていきような取り組みをおこなっている。また個別面談でも将来設計や自己啓発の話も話題にしている。		
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	群馬県や社会福祉協議会などが主催する研修会に積極的に参加し、資質向上を図っている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会へ入会しており、他のグループホームと情報交換や交流をしている。また合同研修などを行う計画もある。		

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	入居前にご本人と面会して、お話をうかがい、状況把握に努め、不安なく安心して生活が始められるようにしている。		
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	ご本人と同様、面談して、お話をうかがい、状況把握やご要望把握に努め、不安なく安心して生活が始められるようにしている。		
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	ご本人、ご家族のお話をうかがい、必要であれば他のサービス利用や提案も行なっている。		
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	ご本人のできる事、やりたいことを見極めながら、家事の手伝いをさせていただいている。		
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	ご家族とご本人の様子について意見交換する機会を持っている。		
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	ご家族との意見交換時に、ご近所やご友人とも交流を持ってもらいために、馴染みの方にホームにお越しただけのようにお願いしている。	馴染みとは昔から携わってきた建物や人という認識を持ち、重度化に伴い、馴染みの場所には行けませんが、馴染みの人にホームに来てもらえるよう働きかけている。	
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	リビングの他に、バルコニーと廊下にベンチやソファを設置し、仲の良い方同士で利用できるような環境を提供している。		

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	ご家族に様子をうかがい、相談や支援できることがないか気を配っている。		
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	ご本人が望む、その人らしい生活ができるようにご家族と相談し、介護計画を作成している。	入居者の反応の仕方がいつもと違う時には、一度立ち止まって何があったのかを聞いている。そうした表情や行動から本人の意向を汲み取っている。	
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	入居時面談やアセスメントを重要視し、これまでの生活歴や生活環境、病歴などの情報収集を行なっている。		
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	毎日のバイタルチェックや会話などで状態を確認し、申し送りにて職員間で共有している。		
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	3ヶ月毎のケアプラン作成にともない、ご本人やご家族の思い、ご希望をうかがい、少しでもその方本位の生活ができるように支援している。	3ヶ月ごとに見直しを行っている。ケアプランはカーデックスに綴じてあり、日々の記録を書くときに目が通せるようになっていく。モニタリングは勉強会の時に職員から意見を聞き、ケアマネージャーが記載している。ケア方法の変更は、業務日誌に書き込まれ実践している。	日々の記録が、ケアプランに沿ったものになることに期待したい。
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	心身の変化には特に注意を払っており、個別記録はもちろん、不穏時記録なども記入して、介護計画に反映させている。		
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	提携医療機関以外の受診などの外出は、相談の上、ご家族にお願いし、コミュニケーションや状態把握の場とするなどの工夫を行なっている。		

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
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	地域ボランティアの歌謡や舞踊に来てもらい楽しんでいただく。隣近所から野菜や肥料を購入し、畑作業などを行なっている。		
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	月2回の提携医の往診でかかりつけ医としての信頼関係を築くようにしている。提携医以外でもご家族やご本人が希望すれば支援している。	入居時に、かかりつけ医について話し合っている。提携医以外の病院に受診する場合は、家族対応で行っている。受診時は、日々の様子を記載した情報用紙を家族に渡している。受診の結果は窓口を1つにして受けて、情報を共有している。	
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	状態変化などを随時電話で報告、相談できる体制をとっており、必要に応じて看護行為や受診を行なえるようになっている。		
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。	入院先との情報交換はもちろん、医師からの治療説明にも同席し、病院、ご家族と協力して早期退院に向け、支援している。		
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	重度化指針を予め説明しており、ご本人、ご家族の希望に添えるように支援している。終末期ケアを希望される場合は医師、看護師などと相談の上で対応する体制も整えている。	「ターミナルケア(看取り)に関する指針」に、ガイドラインをまとめている。提携医からの状況説明後に、家族間で方向性を決めている。その後、家族とホームで話し合いを行い、支援方法を創作している。看取りについての勉強会を、年間計画にいれて取り組んでいる。	
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	連絡体制表を用意。看護職員、医師への連絡をスムーズにおこなえるようにしている。		
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	ご近所にご協力いただき、救援要請連絡表を作り、事務所に掲示している。有事の際にはすぐ救援依頼する旨を新年挨拶などに伝えている。	年に2回消防署対応で、合同避難訓練を実施している。法人内の施設間で協力体制ができています。近所の方に災害時の協力の承諾を得て連絡先が掲示されている。	協力の承諾を受けている近所の方を巻き込んだ避難訓練が実施されることに期待したい。

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	対応がパターン化しないようにパーソンセンタードケアを意識し、その方に合った言葉かけや対応を心掛けている。	トイレ誘導は聞こえる耳元で話しかけ、トイレ使用中は、ドアの外で待つなど配慮している。入居者に寄り添い、個々のやりたいことを一緒に行っている。	
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	毎日声かけ、傾聴を行い、ご希望を取り入れるようにしている。		
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	ご希望に沿えるように努力している。		
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	季節や気温を考慮して、毎日の着替えに注意を払っている。またご本人の気分や好きな服を優先して着てもらえるように支援している。		
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	限られた方になりがちであるが、一緒に行っている。	月に1回サンドイッチや巻きずし、ラーメンなどのメニューを、利用者参加で調理する機会をもっている。食事は職員も一緒に介助しながら摂ることで、入居者の嚥下のペースを作ったり、食事についての会話を楽しむ機会にしている。	
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	量はチェック表で毎日チェックしている。また体調不良や咀嚼を考慮して、刻んだり、おかゆにしたりなど工夫している。		
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	毎食後の歯みがき、自分で出来ない方は口腔ケアブラシにて職員が行っている。義歯は就寝前に洗浄剤で洗浄している。義歯が合わないなどの口腔トラブルにも注意している。		

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	尿意が無い方には時間でトイレ誘導、陰部洗浄を行っている。日中はトイレ誘導を基本とし、なるべくオムツを使わないように全員が意識を持ち、支援している。	「排泄チェック表」に、排泄状況と担当職員の印を記載している。おむつ対応の人がリハビリパンツになったり、放尿癖のある人がトイレに行けるようになった実績がある。	
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	個々の排泄パターンを理解し、必要に応じて便秘改善薬などは医師から処方してもらっている。その他、運動、水分などにも注意している。		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日、時間は決まっているが、その時間内に終わらない場合は臨機応変に行っている。入浴拒否の場合はいろいろな説得で、本人が気持ちよく入浴出来る様に支援している。	週に3回の入浴を計画している。拒否する時は、時間をおいて声掛けを行って対応している。入浴時は会話や歌を楽しむほかに、季節ごとのしょうぶ湯やかりん湯、リンゴやみかんの皮湯を楽しんでいる。	
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	声かけ、促しは行うが、強制はしない。眠れない場合はホールでお茶やお話、テレビなどで、落ち着いてもらうなどの支援をしている。		
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	医師からの在宅療養計画や薬情で確認。新処方箋は医師の説明も聞いて、職員全員で把握に努めている。		
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	家事、歌、外出、畑、庭いじりとそれぞれの趣味趣向で楽しんでいただいている。職員も一緒に楽しむようにしている。		
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	気候が良い時期は、バルコニー、家庭菜園、芝の庭を利用し、屋外に出る支援をしている。また季節の花を見物。外出も積極的にやっている。	花の水やりや家庭菜園等で外に出たり、陽気を見て交代で少人数ずつ出かける機会を持っている。月に1回～3回を目安に、外出の計画を立てている。	

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	お金は職員が管理。入居者様本人が所持して使うことは稀だが、欲しい物を確認し職員が購入する支援は行っている。		
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	特に制約は設けていない。希望や必要があれば電話、手紙も可能。		
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	温度、湿度には健康上でも注意している。過度な節電にならないように気をつけている。	廊下が広く、車いす2台が並んで動かせる広さがある。また、廊下にはソファがあり、くつろげるスペースが作られている。空調管理は、事務室で一貫して行っている。ホールには季節ごとの作品が掲示されている。	
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	廊下にソファを設置したり、バルコニーにベンチを置いたりして、環境を整備。場合に応じて職員が付き添い1人にするために連れ出す支援も行っている。		
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	職員を担当制にして、きめ細かい対応を心がけている。いじったり、危険だという理由から物品を撤去し、居室が殺風景になりがちなので気をつけている。	広い入り口のため、車いすがぶつからずに入室できる。個々の機能に合わせた動線を考えたレイアウトになっている。家にあったものを持ち込んでもらうことで、居心地良く過ごせるよう取り組んでいる。	
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	自立を妨げる安易な介護用品は置かない。車イスの方が多いが、転倒しにくい靴を採用し立ち座りなどの自立を支援している。		