

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	1890700105		
法人名	福井県民生活協同組合		
事業所名	県民せいきょう鯖江きらめきグループホーム		
所在地	福井県鯖江市小黒町3丁目10-21		
自己評価作成日	平成26年1月8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.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成27年3月9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)】

GHの空間だけでの生活だけでなく、事業所全体でのイベントや、行事などを積極的に取り入れ、外部との交流を深めるように力を入れています。毎月、バイキングでの食事を取り入れ、自分で選んで食べることができる食事や、交流を含めた、他事業所間との全体行事、地域への外出なども実施しています。生協という事業特色を生かして、ご利用者が参加できる形での買物支援や食の楽しさを提供していきます。

【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)】

平成25年5月に開設した新しい事業所で、マーケットや喫茶店、ドラッグストア等が近くにある。平屋建ての広々とした建物ではグループホームの他、サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型デイサービスセンター、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、居宅介護支援事業を実施しており、全部門が連携しながら運営している。また、同法人が運営する他事業所との合同研修、会議等も充実しており、職員が働きやすい環境を整えている。職員はチームワークが良く、常に利用者が笑顔で生活できるように何が出来るかを考え、話し合いを重ねている。

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 (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	年に1度、年度初めには、理念研修、事業所理念の振り返りと作成を行っている。	法人理念に加え、鯖江きらめき理念、グループホーム独自の理念、鯖江きらめき目標がある。各部門から1名出席する毎日の朝礼で鯖江きらめきの全体理念や行動指針等を唱和している。	
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	地域の社会奉仕には参加し、地域の人とも交流を図っている。 毎月の広報誌の回覧を小黒町全体31班に実施している。地域主催の文化祭にも参加でき、地域の方と交流できた。	「1周年祭」には役員、家族、区長、副区長、民生委員等が参加し、ゲームやカラオケ、抽選などで盛り上がった。また、公民館の文化祭に作品を出展したり、高校生の実習生を受け入れたり、ハーツで認知症対応講座を開催したりしている。	
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	地域の方向けに、認知症サポーター講座を開催した。 地元高校の実習受入などを行い、認知症の方と接して頂く事で、理解をして頂ける取り組みも行なった。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回、ご家族や地域の方々に参加していただき、利用状況、活動内容などの情報交換をしている。アンケートを実施し、希望の内容を取り入れている。	区長、副区長、民生委員、公民館長、地域包括支援センター職員等の参加により、小規模多機能型居宅介護と合同で開催している。利用者や家族が参加することもあるが、参加率が低い。	グループホームと小規模多機能型居宅介護の協議事項をそれぞれ分かりやすく議事録にまとめ、欠席した家族に送付することで、家族の参加率が高くなるよう工夫されることを期待する。
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	定期的に市が主催の地域密着型事業所連絡会に参加し、情報交換を行なった。 虐待事例の相談等は包括と連携をとっている。	年4回市主催の「地域密着型事業所連絡会」に参加し、意見交換等をしている。災害時の避難方法等について市から指導を受けた。また、定期的に介護相談員を受入れている。	
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	勉強会や定期的なチェックリストを用いて、意識付けなどを行っている。	全介護職員に「介護職員学習用テスト問題」を実施し、身体拘束をしない支援について自己の行動を振り返り、学習するよう働きかけている。事業所の入口にチャイムがあり、外出したい利用者がいた場合は寄り添っている。	
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	日常での生活や入浴時に身体の異変があれば、報告するように徹底している。 また、学習会を定期的に開催して、虐待についての学習を行っている。		

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
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	研修などに出来る限り参加し、職員同士で話し合い、CMを通じて活用している。		
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	契約の際に説明をしているが、利用者の判断能力が難しい場合には、家族を通じ説明しているため、本人への理解・納得が出来ていない場合はあると思う。		
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	ご家族が面会に来られた際に近況などを報告し、話す機会を持つことで意見を聞くようにしている。広報誌と一緒に近況報告をしている。あと、利用者の声を定期的に組合員や利用者家族に報告し、改善に繋げている。	面会時に意見や要望を聞き取る他、家族アンケートを実施し、意見を把握しやすくなるよう努めている。来年度、家族会を設置し、年2回会議を開催する予定である。	
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	年に1度、方針検討会を常勤役員も出席のもと実施しているのと、毎年自己申告書や職員満足度調査にて実施している。アイデア提案制度があり、良いアイデアには報奨金も出る。半期に1度は管理者と面談がある。	毎日、グループホームの職員のみで30分ミーティングを行い、意見等をタイムリーに言える環境を整えている。月1回開催する鯖江きらめき全体会議で、各部門での情報を共有したり、意見交換をしたりしている。	
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	労働条件説明会を常勤役員も出席のもと実施している。職員満足度調査を受けて、労働条件改定などにも役立てている。		
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	研修案内は各部門の教育委員を通じ、積極的に業務内で受けられるよう支援している。資格取得推進やスキルアップ研修に参加できるようにしている。職員同士、チーム一丸となり、新人教育のOJTなども進めている。		
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	GH連絡会やGHの部門会議(他拠点との会議)を通じ実施している。		

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
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	コミュニケーションを図っていく中で、本人から不安なこと、要望などに耳を傾け、本人との関係作りを深めている。		
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	ご家族から、随時情報を交換しながら、要望を取り入れている。		
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	アセスメントを取り、利用者の現在に至るまでの経緯を確認し、体や精神状態を本人、家族と話し合った上でサービスの方向性を見出すようにしている。		
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	コミュニケーションを通じて、利用者の希望を把握するようにしている。		
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	常に家族との連携を大切にし、月に1度のお便りと状況報告を送るなどして、現状を知ってもらおうと共に、家族からの意見を尊重させて頂いている。		
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	アセスメント時、聞き取りし、実施するよう努めている。友人の面談や今まで行っていた美容室などに家族にお連れしてもらうように提案をしている。	家族との外出や外泊ができるよう積極的に働きかけている。また、友人との外出や、自宅の地区の敬老会への参加を促し、馴染みの関係が継続するように支援している。	
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	利用者同士の関わり合いを大切にし、レクリエーションなどを通じて、1人ひとりの事を良く分かってもらえるように努めている。環境面でもこたつを出したり、話やすい雰囲気作りを行っている。		

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
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った場合は、必要に応じ相談支援を行っている。		
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	ご本人の希望や期待、意向に添えるように、ご家族の意見を取り入れながら、日々サービスの検討に努めている。	談話しながら、表情や反応から意向や希望を把握する他、利用者の意向について家族からも聞き取り、把握できるよう努めている。	
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	ご家族との対話の中で、利用者の生活歴や趣味などを聞いて、実践に繋げられ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	1日の流れで発生する家事などは、役割として関わって頂くようにしている。 毎日、利用者の記録を取る事で、過ごし方やレクリエーションを通じての利用者の出来ることや状況の把握を実施している。		
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	ケアマネ、ケアワーカーが相談しながら作成できている。担当者のみでなく、他の職員の意見も取り入れながら実施している。	担当者がケアマネジャー、他の職員と共に計画を作成している。毎月モニタリングをするだけでなく、3か月毎に目標を基に振り返りながら評価している。	
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	利用者の変化は、全て介護記録に記載して他の職員との共有を図っている。1ヶ月に1度、全職員が集まり、支援の見直しも含め、会議を設けている。		
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	職員間でアイデアを出し合い、相談しながら取り組んでいる。 GHだけではなく、他の地域密着事業と連携を取りながら、色々なイベントを開催し、全体でも馴染みの関係を作っている。		

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	移動スーパーの利用などで安全に買物が出来るように工夫している。 地域の行事にも出来るだけ参加できるように努めている。		
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	かかりつけ医を把握し、支援している。緊急時など、かかりつけ医が受入が困難な病院の時には、受入可能な病院を作ってもらうようにも支援している。異常が見られる際は、即座に家族に連絡し医療機関と連携を図っている。	利用者が希望するかかりつけ医を選択することができる。基本的に家族が同行するが、緊急時は職員が同行する。本人の状態に変化があった場合は、文書で医師に情報提供している。受診できない場合は、協力医による往診がある。	
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	看護師の配置は無いが、他の事業の看護師に協力を依頼し、連携している。		
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。	医療機関との連携は主にケアマネが窓口となり実施している。入退院後のサービスにも混乱が起きないように、病院スタッフとのカンファレンスを設けるなどして、連絡調整を実施している。		
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	終末期に不安があるご家族がいらっしゃり、家族の方とスタッフとで、カンファレンスを開催したり、今後の支援について、細かく相談にのったりしている。 GHのサービスだけでなく、訪問診療なども活用しながら、支援している。	これまでに1名退所後入院先で亡くなった方がいるが、看取りは行ったことがない。看護師を配置していないため、医療行為ができないことを入居時に説明している。	今後、看取りが必要になった時に備え、協力医を講師に迎えて研修をしたり、事業所としてどこまで支援できるかを検討されたい。
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	内部研修を設けている。定期的に研修を実施している。		
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	避難訓練は年に2度実施。 災害時対応手順も作成している。 災害時は区長へ連絡し、地域との連携指示を相談する事となっている。	年2回鯖江きらめき全体で火災と地震を想定した避難訓練を実施しており、うち1回は消防署の指導を得ている。地区の防災訓練にも参加する予定である。	

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
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	職員個々が研修等を通じて、利用者の対応については学び実践できている。 言葉遣いや対応面には注意している。職員同士でも気付きなどはミーティングにてフィードバックしている。	接遇に関する研修を実施している。不適切な発言があった場合はミーティングで注意し合っている。職員が言葉遣いに配慮して対応していることが、調査日にも確認できた。	
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	利用者本人の意思を確認し行動している。 自己決定が難しい利用者には、分かりやすいように働きかけている。思いが表に出せない方は、普段の行動から読み取るように努力している。		
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	日課を作成し、一応日課に順じ過ぎて頂くようにはなっているが、利用者の思いを尊重し、外出などの希望がある場合や利用者が拒まれる場合などは、無理強いはいしない。		
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	今まで着慣れている服を家から持ってきて頂いている。着替える際は、自分で選ぶ支援をしている。		
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	食事のアセスメントにて、食べられないものなどは変更するなど配慮している。 一緒に配膳したり、調理したりを手伝って頂いている。職員も一緒に同じ空間で同じものを食べる事で、食事の意見なども聞くようにしている。	おかずは鯖江きらめきの厨房から運ばれ、ご飯とみそ汁を各事業所で作り、利用者が調理や配膳の手伝いをする。職員も同じものを同席して食べ、会話も弾んでいた。月1回デイサービスセンターと合同でバイキングを行っている。	
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	食後に食べた量をチェックし、毎食記録を残している。水分量も1日を通じ、決めて、不足しないように定期的に提案している。		
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、職員が付き、口腔ケアを行なっている。うまく口腔ケアが出来ない利用者には、職員が介助を行なっている。		

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
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	各利用者の排泄のタイミング、時間など把握しながら支援を行っている。	夜のみ紙パンツを使用している利用者が2名いるが、なるべくトイレを使用できるように、排泄パターンを把握してトイレに誘導している。	
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	起床時の牛乳やポカリなどの水分補給のほか、レクリエーションや体操で体を動かし、自然排便が来ている。		
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	ご利用者と着替えを用意し、体で入浴の時間だと感じてもらうことで、入浴に対して楽しみを感じてもらっている。	月曜日から土曜日の午前中にお湯をはり、原則として週2回の約30分間、職員と話をしながらゆっくり入浴している。季節に合わせてゆず湯やしょうぶ湯を楽しめるように支援している。	
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	利用者の希望に合わせて、午睡や夜の入眠時間などを実施している。		
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	利用者1人1人に担当者をつけ、薬の管理と理解に努めると共に、症状の変化についてはすぐに家族に連絡を取っている。		
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	利用者が以前に何をされていたか、どんな仕事をしてきたかを趣味があり、どんな特技があったかなどを把握し、理解し支援を行っている。		
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	歩行が出来る、出来ないに関わらず、散歩やドライブ等を行い、季節を味わってもらい、地域イベントの招待には出来るだけ参加して頂いている。	月1回季節に合わせた外出ができるようにドライブなどを計画している。生協組合員の福祉ボランティアの協力を得ることもある。年1回程度家族と旅行をすることも計画している。日常的にも堤防などを散歩している。	

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
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	本人の希望とご家族からの許可が出た場合には、自己管理して頂き管理している。自己管理が難しい方には、預り金として預かりそこから出している。買物や外出などで定期的に自分で選択してお金を使う事をして頂いている。		
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	入居される前に、家族と確認をして、電話での連絡が可能であれば、電話を利用してもらっている。		
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	共有空間はこまめに清掃を行い、不快や混乱がないようにしている。机の配置なども、状況によって変えたりして、危険の無いようにしている。地域の方に季節に沿った写真を提供して頂いている。製作物なども季節に沿ったものを作成している。	共用空間の所々に椅子を設置し、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。壁には利用者の作品や1年の目標を習字で書いたものを掲示している。地域住民が季節毎の写真や川柳などを飾り、利用者や来訪者の目を楽しませている。	
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	利用者が自由にくつろげる空間は確保されており、気の合った方同士で毎日過ごすことができる。こたつの希望もあったので、こたつを出し、団欒できる場所を作った。		
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	利用者の今までの生活空間に応じ、畳での生活にしている人もいる。居室には、自分が使っていた家具や物を持ち込んでもらっているのと、家族の写真や飾りなど居心地の良い空間作りを提案している。	ベッドと洗面所、エアコンが備え付けてある。利用者は馴染みのタンス、机、写真、作品等を持ち込み、その人らしい居心地の良い空間となっている。	
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	トイレや部屋などには、分かりやすいように、元からある表示以外にも職員が作成したものを使用し利用者が分かるよう、出来るようにしている。		