

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	1870700026		
法人名	医療法人寿人会		
事業所名	グループホームさばえ		
所在地	鯖江市旭町4丁目4-13		
自己評価作成日	平成23年11月18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	
----------	--

【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24年1月11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)】

<p>・同一法人内に救急指定病院あり、医療連携が整っている。鯖江市西山公園の近くにあり、入所後もご親族ご友人が訪ねて来やすい所に位置している。又、建物の1階小規模多機能の施設もあり、利用者の方や職員との交流もある。</p>

【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)】

<p>当ホームは鯖江の駅前の商店街から少し離れた閑静な住宅街の一角に立地しており、洋風な2階建の1階が小規模多機能型居宅介護事業所で、2階に当ホームがある。同じ敷地内に法人の病院があり、急変時にも安心できる環境となっている。また、町内会の納涼祭に参加したり、日常的な散歩や買い物に出かけるなど地域との交流を深めるとともに住民に認知症やホームの活動を説明するなど広報・啓発活動にも積極的に取り組んでいる。職員は入居者の言動や表情などを注視し、入居者の変化や思いの把握に努めている。なお、職員が意見や要望などを話し合う機会を設けるなど、日頃から職員が意見や提案しやすい環境づくりに努めており、今後の発展が期待できる事業所である。</p>
--

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	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. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 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、安心して暮らさせている (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+-) + (Enter+-)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
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	法人年間目標を基に、グループホームさばえの年度目標を作成。事務所内に掲示している。年度末に、達成度合いを部所内にて検討、次年度目標に反映している。	法人の理念のもと、ホーム独自の理念「自立支援・個人の尊厳を見直す」を職員全員で話し合って作成し、玄関の目につく所に掲げている。なお、職員が日々の入居者との関わりの中で理念を意識していることが職員のヒアリングからも確認できた。	
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	町内の納涼祭の参加はつづけていて、交流を深めるよう努めている。地域の方との交流の場として定着しつつある。	町内会の納涼祭に参加したり、日常的な散歩や買い物に出かけるなど地域と交流を深めるよう努めている。また、地域で暮らす認知症高齢者やその家族を応援する認知症キャラバンメイトとして講座を開催するなど地域住民への認知症の理解促進に努めている。	地域密着型サービスの特性やホーム行事、様子等をより一層地域に広報・周知するとともにホーム行事への参加呼び掛けなど地域住民との交流が一層図れるような取組に期待したい。
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	キャラバンメイト。認知症の理解を促す。講師など努める。		
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	2ヶ月に1回実施。会議の中での意見等は、行事計画に活かしている。	地域包括支援センター職員、家族代表、元民生委員、理事長、管理者の参加を得て2か月に1回開催し、ホームの現状や活動の報告を行なっている。	より地域の理解と支援を得るため運営推進会議に区長や民生委員などへ参加を呼びかけたり、運営推進会議内容を全ての入居者家族に報告するような取組に期待したい。
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	鯖江市地域包括支援センターのキャラバンメイトとして認知症の理解を促す。講師の依頼を受ける。	地域包括支援センターとの連携を密にし、市職員とも必要に応じて相談するなど日ごろから協力関係の構築に努めている。	
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	身体拘束を行わないケアを実施している。日中、玄関鍵は施錠していない。	身体拘束に関する研修を実施しており、職員は拘束の弊害について十分認識している。また、ホームの玄関は施錠せずに自由に入出りができる。	
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	ご利用者様自宅へ訪問し確認した実績はない。事業所内では、些細な行動にも注意を払っている。ご利用者様、職員からの意見にも注意し確認している。		

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	研修会に参加、理解できている。現在、必要とすご利用者様は入所されていない。		
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	図っている。契約時は、必ず重要事項説明書を用い説明を行っている。解約の際には、理解、納得が得られるまで説明を実施している。		
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	ご利用者様の不満、苦情に関しては、管理者が直接伺う時間を設けている。個人的な(私的な)問題に関しても、可能な限りご意思に沿うよう配慮し、対応している。	入居者と家族の関係維持のため月1回家族が必ず請求書を受け取りにホームを来訪しており、その際に家族が要望や苦情を気兼ねなく話せるよう配慮している。また、年1回入居者家族にアンケートを実施し、意見や要望の把握に努めている。	
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	2ヶ月1回カンファレンス実施。業務に関する意見交換、改善提案を話し合う場としている。	日頃から職員が意見や提案しやすい環境づくりに努めている。また、2か月1回、職員の意見や要望、気づきを話し合う機会を設け、職員個々の思いなどを聞いている。	
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	評価制度あり。職員各自が自分自身を評価、その後、所属部所長が職員を評価。その後、所属部部長が評価し、運営者に報告している。経験年数に応じた業務分担、業務に従事する姿勢の確認等を平等に行い、職員全体の意識向上に努めている。		
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	職員に対し、年1回の研修会参加を確保している。事務所内に、法人内外の研修お知らせを掲示し、職員に参加を呼びかけている。		
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	グループホーム連絡協議会に参加。勉強会参加を通じ、交流する機会となっている。		

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
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	ご利用前のご利用者様本人との機会は、ほとんど実施できていない(事業所を見学に来られた時などにお話しする程度)。		
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	ご利用前であっても、聴く機会を設けている。		
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	入所を前提とした相談ではなく、他サービス利用の提案も実施している。ご家族様の要望を傾聴するよう努め、ご自宅での介護方法や、他のサービス(他事業所)の紹介も実施している。		
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	ご利用者様が大切にされていること(されてきたこと)、得意なこと不得意なことなどの情報収集に努め、職員全体で話しやすい雰囲気作りに努めている。		
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	事業所に来所して下さるご家族様とは、コミュニケーションはとれている。全てのご家族様と良い関係が築けているとはいえないが、お話すの機会を増やしていきたい。		
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	入所後1ヶ月程度は、安全やサービス見直しの必要性を重視し、考察している。ケアプラン作成にはセンター方式を使用、ご利用者様、ご家族様の介護に対する思いを記載、常に相談しながら実施できるよう心掛けている。	子どもや孫などの関係を強化したり、美容院や墓参りに同行するなど馴染みの関係の継続・維持に努めている。	
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	仲の良いご利用者様同士には、レクレーション実施時等、機会がある度に近くに座って頂いている。しかし、全体の交流の場では、ご利用者様が9名のため、極端な偏り(グループ)にならないよう、場所などを配慮し、話しやすい雰囲気作りに努めている。		

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
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	ご利用者様が関係病院に入院となり契約が終了した場合でも、他のご利用者様とお見舞いに行く機会を設けている。短期利用等、ご自宅に戻られた場合も、民生委員様、在宅介護支援センターさばえ等に連絡し、地域での様子や不安な事がないよう、連絡体制に努めている。		
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	心身の情報(私の姿と気持ちシート)を用いて展開している。	入居者との日々の関わりの中から言動や表情などを記録し、入居者の状況を職員で共有するとともに本人の思いや意向を汲み取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	入所時、ご家族様に暮らしの情報(私の暮らし方シート)等、フェイスシートを利用して把握できるよう努めている。		
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	看護職員としての把握(バイタルチェック1日2回、状態観察)を実施、介護職員としての把握(状態観察)を実施し、総合的に判断している。		
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	センター方式を用い、ご利用者様、ご家族様と相談し計画している。職員間にて課題を共有できるよう、カンファレンスを実施、より良いケアプラン作成を心掛けている。	入居者の状況報告書をもとに入居者、家族と相談しながら現状に即した計画を作成している。なお、入居者の急変時にはその都度見直ししている。	
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	フェイスシート、センター方式用紙。「できていること」「できていないこと」シートにて展開、見直し時、活用している。		
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	運営母体が病院である為健康チェックや栄養管理など医療面での行き届いた支援体制ができています。		

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
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	協力した実績なし。無断外出時の対応などは、法人内緊急連絡体制が整っている。文化施設に関しても、事業所として利用を行う程度。		
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	主治医への連絡を密に行い、適切な医療が受けられるよう支援している。	基本的に本人、家族が希望する医師をかかりつけ医としているが、現在、全ての入居者の係りつけ医が法人の医師となっており、受診には職員が付き添っている。また、歯科、眼科の付き添いは、原則、家族としているが職員も付き添って医師との連繫に努めている。	
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	グループホーム職員内に、訪問看護経験のある看護師配置あり。主治医、同一法人内勤務医、在宅介護支援センターさばえ保健師等、相談しやすい環境があり、病院受診、緊急往診、予防指導等、実施している。		
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。	入院先の病院と情報交換を実施。ご利用者様が落ち着きやすい環境に努めている。短期入院時でも、お見舞い等を実施。来院時にもケアのポイントなどの情報交換を実施している。		
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	医療連携体制の説明後、医療に対する思いを、ご利用者様ご家族様より聞くよう心掛けている。重度化した場合は、主治医に連絡。ご家族様にも随時連絡している。	重度化や終末期が近くなった時点で、入居者の意向等を踏まえ医師や職員、家族で話し合っって終末ケアを実践したことがある。また、重度化や終末期には希望に応じて同一法人の病院に移動することができる。	
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	部所内、年間教育計画にて実施している。		
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	法人内、緊急連絡体制が整っている。	年2回ホーム独自の避難訓練を行なっている。地域住民の参加は得ていないが、法人としての地域との関わりは強く、有事の際の協力体制はできている。	有事の際の協力体制が万全であるよう地域住民の参加を得た訓練の実施を検討されたい。

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
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	言葉かけや対応には、十分注意している。法人内にて、毎年、接患接遇の研修を実施している。	理念に「個人の尊厳を見直す」を掲げ、尊敬の念を持ち、接遇の研修を開催するなど日ごろから言葉使い、接し方に気をつけている。また、個人情報も適切に管理している。	
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	心身の情報(私ができること、私ができないことシート)を用いて、展開している。		
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	ご利用者様の意思を優先している。午前中の買い物(介助)や急な要望に対しても、対応できるよう努めている。		
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	近所の美容院の方が来所されてカットしたり送迎され美容院へ行く方もいる。家族の方と一緒に美容院へ行かれる方もいる。		
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	片付けは、ご利用者様の状態に合わせて一緒に行っている。高齢のご利用者様が多いため、極きざみ食や嚥下食(ミキサー食、ソフト食)の場合は、準備は職員が行っている。おやつ作りは、年間行事で実施している。	食事は入居者のみのテーブルに病院の厨房で作られた弁当が配られ、職員は別テーブルから入居者を見守っている。また、年に数回、鍋物やおやつ作りを行うなど楽しい食事になるよう努めている。	食事を作る楽しみや職員と一緒に会話しながら食事を摂る楽しみが体感できる取り組みを期待したい。
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	普通食(通常食)以外に、病状に応じた食事(糖尿病食)を提供している。水分量の少ないご利用者様には、お茶ゼリーを提供している。		
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	口腔ケア実施。ご利用者様の状態に応じた対応を行っている。		

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
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	排尿のリズムの把握に努め、おむつ外しを実施している。尿失禁などに関しても、柔軟に対応している。	可能な限りトイレでの排泄ができるよう入居者の排泄チェック表をもとに職員がさりげなく声かけて誘導している。	
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	バナナ、ヨーグルト、きな粉、お茶ゼリーなど食べ物の工夫や、体操、レクレーションを実施している。		
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	家庭のお風呂の雰囲気作りを行うため、ご利用者様お一人単位での入浴を実施している。入浴拒否がある場合は、曜日を変更するなど対応している。便汚染などの場合も、すぐに入浴するなどの対応をしている。	基本的には週2回の入浴としているが、希望や体調に応じて柔軟に対応している。また、入居者一人ひとりの状態に合わせ介助方法を変えるなど配慮している。	
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	ご利用者様の眠りの状態に合わせて対応している。不眠時は、話をしたり、飲み物を飲んだり、夜勤職員と一緒に過ごして頂くなどの対応をしている。		
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	ご利用者様別に綴り(カルテ)を作成してある。薬情に関しても作用、副作用の内容が記入している。		
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	心身の情報(私の姿と気持ちシート)を用いて展開している。		
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	週1~2回は、事業所外に出掛けるよう努めている。	入居者一人ひとりの希望に応じて、地域とのふれあいや気晴らしも兼ねて公園や商店街、寺などに出かけている。	

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	お金を持つ大切さは理解している。ご利用者様の状態に合わせて、小遣い帳、または金銭ノートに記載(または記入支援)を実施している。また、支払い時には見守りを実施している。		
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	電話の使用は自由としている。現在、手紙を利用されているご利用者様はいない。		
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	家庭の居間の雰囲気作りを行っている。安全面も考慮しながら個人が落ち着ける場所の工夫をしている。	リビングは明るく適温に管理され、入居者の作品などがバランスよく飾られ、居心地よく過ごせるよう配慮されている。また、浴室やトイレは清潔で手すりも完備しており、安全で快適に生活できるようになっている。	
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	共有空間でも、ご利用者様の専用位置(自分の場所)が出来やすい。長椅子やベッドに置いてあり、自由に独りになれる場所もある。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご利用者様の使い慣れた物品を持ってきて頂いている。	居室には入居者の使いなれた衣料ケースや戸棚、テレビ等が持ち込まれ、入居者の作品も思い思いに飾られ、居心地がよ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	「私ができること、できないこと」シートを用い、残された能力を活かした生活が出来るよう努めている。		