

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	2292300205		
法人名	(株)アイケア		
事業所名	グループホームあいの街富士川		
所在地	静岡県り富士市岩淵131-1		
自己評価作成日	平成25年7月19日	評価結果市町村受理日	平成25年9月5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/22/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=2292300205-00&PrefCd=22&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社システムデザイン研究所
所在地	静岡市葵区紺屋町5-8 マルシメビル6階
訪問調査日	平成25年8月22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)】

利用者様のペースに合わせ楽しく暮らせる施設を目指して頑張っています。

【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)】

小学校、幼稚園、まちづくりセンター、地域包括支援センターなどが近くにある静かな高台に事業所は立地しています。ボランティアの受け入れが継続されていて、最近ではマジックショー、舞踊などの協力が継続され、利用者の生活のハリや心身の刺激に役立っています。本年1月に管理者が交代しており、新しい管理者のもと、優れている運営は継続し、あらたに向上できるところは改善がおこなわれています。特に管理者が知的障害者施設、特別養護老人ホームなどの経験があることを活かして気遣いのできる職員育成や、事故防止のための対策などの指導をおこなっています。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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

[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	事業所理念をスタッフ皆で考えて作りフローに掲示してあり皆で共有している。	理念を掲示していますが、現在のところ唱和などはおこなっていません。「老いても障害をもついても住み慣れた地域で…」という理念にもとづき「なかよし学級」(特別支援学級)との交流もすすんでいます。	新しい管理者を迎えて、職員とベクトルをすり合わせるためにも、事業所理念について一度話し合うことを期待します。
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人として日常的に交流している	近くに小学校、幼稚園があるので子供達が来てくれたりして楽しい時間を過ごしています。地域のどぶ掃除などに参加して交流を深めています。	自治会長が野菜などを届けてくれることもあります。近隣に小学校や幼稚園があるので、園生や児童が慰問に来所してくれたり、利用者が幼稚園に訪問することが年中行事として定着しています。	
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事業所のサービスの仕方などを説明しながら地域の人々に理解をしてもらえるようにしている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を行い現状報告とサービス内容を説明したりして出席者からの助言をもらいサービス向上に活かしている。	会議で使われるレジュメの表紙は、職員が描いたイラストで飾られていて、参加した委員の雰囲気も和みます。運営推進会議は2ヶ月に1回、併設する小規模多機能事業所と合同で開催し、市職員、自治会長、民生委員、家族の参加を得ています。	
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	包括の方、市役所の方に運営推進会議に参加してもらい事業所の実情やサービス」の取り組みを聞いてもらい、富士市の連絡協議会にも参加して情報交換をしながら関係を作れるようにしている。	運営推進会議の案内、議事録は窓口で手渡ししています。市からの要請でキャラバンメイトの講師を務めたこともあり、一般の市民を含めた認知症支援のまちづくりに貢献しています。	
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	身体拘束の研修をしています。利用者様が施設から自由に出入りできるように玄関も鍵をしないで拘束のない支援をしている。	「身体拘束ゼロ宣言」をしていて、「申し送りノート」に危険や小さな事故を記載してリスクを防ぎつつ、身体拘束がおこなわれないように話し合っています。また、個別の事例を通して身体拘束を防ぐ話し合いを、年数回おこなっています。	
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	高齢者虐待防止の研修を職員は受けている。入浴時、体を洗いながら虐待がないかも気をつけて虐待防止にも努めている。		

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	今の所対象者がいない為研修機会はありません。今後相談業務などで関わりが考えられる。		
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	重要説明書、契約書を説明して納得してもらっている。		
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	運営推進会議に家族参加してもらい意見を言ってもらい運営に反映できるようにしている。	「あつとほ一む新聞」を発行し、事業所の行事や近況を家族に報告しています。さらに「あいあい新聞」「あいちゃん通信」なども送付して、事業の内容を周知しています。また、面会時にも家族に状況を伝えています。	
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2回ミーティングを開きスタッフの意見を聞きながら日々の業務に取り組んでいる。	職員は外出支援などにおいて、根拠に基づいた企画の意見を提出しています。掲示物には職員が手書きしたイラストが描かれ、経験の浅い職員も自分の出来る範囲で運営に協力していく姿が感じられました。本年度は全職員の個人面談を予定しています。	管理者が変更して日が浅いため、ユニットリーダーなどに職員からの気軽な意見を調整できる役割が位置づけられることを期待します。
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	一年に何回か自己評価、管理者の評価をしながら職員の目標を作って各自職員が向上心を持って働けるように努力している。		
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	入社時の新人研修。管理者の認知症実践者研修への参加。社内での月1回の研修参加。出席者は、職員会議において内容を他の職員へ伝えている。		
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	市のGH連絡会に参加してネットワークづくりに繋がりが出来るよう取り組みながらサービスの向上に努力している。		

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	アセスメントをとり利用者様の要望等聞き利用前にミーティングを開きコミュニケーションの取り方を話し合い利用をスタートしています。		
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	家族とのアセスメントをして利用者様の要望等を含めて家族と信頼関係を築けるよう努力している。		
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	他職種との連携を図り利用者のその時の状態や家族の要望に合わせていつでも対応できるようにしている。		
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	身の回りの事は出来る限り本人に行ってもらい利用者様同志での作業も職員が見守りしながら支援している。		
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	運営推進会議への参加を促している。月1回新聞を作り家族に郵送したり面会時に情報交換をしている。		
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	イベントの企画を利用者の生活歴などに関わりのある場所などを取り入れながら支援している。	在宅の頃からの、手芸などの趣味が継続されています。友人、知人の面会もあり、同級生が訪問してくれることもあります。利用者からの要望は少ないものの、できる限り希望を反映して馴染の習慣が継続されるようにしています。	
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	個々の時間を大切にしながら利用者様全員でできるイベントも企画している。利用者様同志がお互いに声を掛け合い楽しく生活している。		

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	ケアマネージャー、地域包括支援センターから情報を得たり、近くを訪れた時は利用者宅を訪問し、本人、家族の現在の様子を把握できるように努めている。		
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	本人、家族に直接会いニーズを聞き取り計画書の作成につなげている。困難時は職員間で様々な視点から可能性を考え話し合いをしている。	普段の生活の中からその都度、利用者本人に聞いたり、面談の際に家族から意向を聴取しています。意向の表出が困難な利用者には、「一緒に〇〇しませんか」など、共感的な応対から表出することができるように心がけています。	
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	ケアマネージャー、地域包括支援センターより得た情報とアセスメント時に家族、地域包括支援センターより得た情報をもとに職員間で共有している。		
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	経過記録、申し送りにより職員間で情報交換、共有をしている。連絡ノートにより、バイタル状態、食事、排泄、その日の様子を記入し、自宅での様子も把握できるようにしている。		
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	本人、家族からどんな生活を送りたいか、どんなことで困っているかを聞き、計画書に反映させている。また、担当者会議を開き、本人、家族、ケア関係者で意見交換、情報を共有をしている。	居室担当者、ケアマネージャー、計画作成担当が話し合っって計画原案を作成しています。本人、家族からサービス担当者会議を通じて意向を聞き取り、本人の「出来ること」「やりたいこと」に着目したサービス内容が計画書にも反映されています。	
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	毎日の食事摂取、排泄状態、バイタルチェック、日常生活の状態を記入し、日々の変化の観察をモニタリングの項目チェックを行いながら計画書の支援内容につなげていまる。		
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	本人、家族の生活スタイルに合わせて多機能を活かした個々の利用方法に対応している。		

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
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	本人、家族と相談、話し合いのうえ主治医を決めている。受診、往診時には施設内での様子、状態を医師に伝え、適切な処置、治療が受けられるよう支援している。		
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	介護職が疑問に思った事、気づいた点などを看護職が在勤時に情報共有できるように申し送りノートの記入をしている。看護師からのアドバイスを個々の支援につなげている。	協力医の往診がありますが、在宅からのかかりつけ医にて継続している利用者もいます。訪問歯科診療が月1回行われ、義歯の調整もしてくれています。家族を通じて必要な情報を主治医に伝え、また、家族から主治医の指示を職員に伝達しています。	
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	病院の相談員との情報提供、交換をしている。退院時は担当医師、看護師より情報を得るためのアセスメントを行っている。		
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。	体調の変化に伴い、本人、家族、主治医との話し合いにより今後の方針を決めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	職員は救命救急講習を受けている。まだ、受けていない職員も今後受けて行く予定である。	法人として、終末期の支援ができるような方針をもち、本部主催の研修を受講しています。家族とは終末期の支援について、口頭で合意しています。現在のところ、終末期支援について職員の力量不足を管理者は感じています。	
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	年2回の避難訓練を行っている。災害時は近隣の小学校を避難所として地域での協力体制をとっていく。		
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	年2回の避難訓練を行い職員が落ち着いて行動が出来るようにしている。	年2回は防災訓練を開催し、消防署の協力も得ています。消防署の指導のもと、消火訓練や夜間想定訓練も開催しています。地域からの参加はありませんが、地域の自主防災訓練に職員が参加しています。	

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
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	利用者様の思いを大切にしながら声掛けをしている。	アットホームな雰囲気を大切にしつつも、「～ちゃん」などという呼称をしないように職員に周知しています。利用者の前ではインシヤルトークを使って打ち合わせをおこなうなどのプライバシー配慮をおこなっています。	
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	衣類を着替えて頂く際、職員と一緒にどの服にするかなども、思いを大切にしながら支援している。		
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	利用者様の思いを大切にしながら声掛けをしている。一日のペースを把握しながら行動を確認しながら希望にそって支援している。		
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	髪型のセット等は、利用者様自身でして頂いたり、好みを聞きながら職員と一緒に行う。		
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	簡単な下準備、出来る所は手伝って頂き、食後は食器拭きをしてもらっている。	食前には嚥下体操などをおこなったり、利用者の能力に応じて食事の準備をおこなってもらっています。また地産地消を意識し、当日の状況に応じてメニューを変更しています。	
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	一日に食べる量をチェックして栄養摂取量等を把握しながら気をつけている。		
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	毎食後に声掛けをしながら習慣づけしてもらえるようにしている。		

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
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	排泄の失敗がない様一人ひとりの排泄パターン、タイミングを把握し、誘導している。	現在、オムツを使用している利用者はなく、誘導が必要な利用者にはリハビリパンツにて排泄介助をおこなっています。健康状態を把握するため、排泄の回数など全利用者の排泄の記録を残しています。	
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	便秘の予防に、ヨーグルトやオリゴ糖等を入れなるべく下剤を使わないやり方で便を促している。		
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	なるべく利用者の希望時間を聞き入浴を行っている。気持ち良く入浴できるように支援している。	浴室にはパネルヒーターが設置され、入浴時の温度差が少なくなるような環境が整っています。浴槽にミカンやゆずを浮かべるなどの変わり湯もおこなっています。利用者の健康状態に応じて、足浴や手浴を奨めることもあります。	
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	本人がしたい時に休息をしていただく。安心して眠れるようにスタッフが見守りしている事を伝え支援している。		
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	服薬は二重にチェックし、誤薬や飲み忘れを防ぐよう努めている。薬が変わる度に毎回チェックする。		
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	一つ一つの行事に沿ったレクリエーションを取り入れ、皆で作りにあげていく、昔ひとり人が行っていた日常生活の再現を支援している。		
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	希望が出た場合、下見をし安全を確保した上で外出の支援をしている。	近所の神社まで平坦な散歩コースを設定していて、夕方の散歩では仕事を終えた家族が協力してくれることもあります。月1回程度は外出していて、利用者の希望から山梨県の久遠寺まで出かけたこともあります。	

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
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	買い物に出掛け実際にお金を払ってもらいながら支援している。		
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	比較的面会に来てくれる家族が多く利用者様とのコミュニケーションは取れている。		
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	衛生面においては常に清潔を保ち、利用者が使いやすい状態にしている。居室は利用者様の今までの生活を崩さないようにして、リビングや廊下等を何月・季節はいつなのかを感じ取れるようにしている。	共用空間には、利用者が制作した季節の風物をかたどった貼り絵などが飾られています。また共用空間には和室エリアが設置されていて、小休憩などに役立っています。毎朝必ず換気し、管理者が率先して掃除機掛けをおこなっています。	
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	強制はしないようにしている。本人がしたい時に出来る環境作りをしている。		
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	使い慣れた物を使用してもらい居室内は利用者様の生活感を大切に、物の位置等も崩さないようにしている。散らかった場合等もスタッフが付き添い確認しながら片付けをしている。	富士山の望める部屋や、隣接する小学校のプールが眺められる部屋もあり、概してどの部屋も見晴しが良くすしやすい印象がありました。利用者によっては使い慣れたタンスや椅子、テレビなどを持ち込んでいます。	
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	定期的に利用者様のアセスメントを行い、出来る事出来ない事等把握しながら支援している。		