

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2871400442		
法人名	株式会社 ゆとり		
事業所名	グループホーム ゆとりの家		
所在地	兵庫県篠山市住吉台56-3		
自己評価作成日	平成22年5月15日	評価結果市町村受理日	平成22年12月20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	<a href="http://www.hyogo-kai.go.com/">http://www.hyogo-kai.go.com/</a>
----------	---

【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福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	2010年6月8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)】

利用者のその人らしさを大切にしながら、ご家族の希望をふまえながら、利用者が笑顔で暮らしていただける環境に取り組んでいます。また、ご家族の要望への迅速な対応に心がけています。日々の生活の様子においてもゆとり通信を利用しご家族様に報告したり、電話にて体調の変化やケアの方法の変更等についてご相談し、決定しています。

【第三者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)】

ゆとりの家は篠山市内の小高いところに1,000世帯が集まる静かな住宅街にあり、利用者、事業所は住吉台の夏まつりに招待され、地域の一員として認識されている。ご家族様の要望へ迅速な対応を心がけている。日々の利用者の暮らしの様子はゆとり通信を活用し、報告している。利用者を人生の先輩として尊敬の念を抱くとともに、生活習慣を大切に介護を心がけ、生きている限り楽しく過ごせ、笑って暮らしていけるよう、管理者自らが率先して実践している。

youbou

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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	入社時での基本理念の想いを説明すると共にミーティングごとに理念を復唱することとしています。また、事あるごとに、基本理念にてらして検討するように、職員間で周知しています。	全職員は、基本理念を熟知し、周知徹底に努めている。職員雇用時1ヶ月は、フォローアップ研修の実施、又困った時には理念に立ち返ることを基本としている。	
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	利用者と一緒に地域の清掃活動や行事への参加を行っている	ホームは地域の一員として自治会に所属し、回覧板も廻ってくる。地域の清掃活動、行事(すみれ会、和の会)には利用者も定例参加している。ボランティアの協力参加も多く、今後は小中学校との交流も検討している。	
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	地域での認知症理解の勉強会への参加を行ったり、認知症サポーター養成講座への協力を行っています。		
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	会議の中での議題は地域との相互協力関係も深まり、また、出席いただいているご家族の意見を日々のミーティングで職員へ伝えている。	運営推進会議には、市職員、自治会長、家族代表、民生委員、知見者等が参加し、1年に3、4回開催している。検討事項や懸案事項について十分な話し合いの時間を持っている。利用者の参加にはまだ至っていない。	引き続き利用者の参加を呼びかけられたい。運営推進会議の2ヶ月に1回の開催が望まれる。又ポメラ、ポケットメモに終らず会議録として文書化されることが望ましい。
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	運営推進委員会のメンバーに当該地域の市役所の方もご参加いただいております。運営についての理解を深めています。	市担当者とは日頃から連携を密に取っている。市担当者のホーム来訪時には、利用者自らが自動報知器などの安全面について話しをすることもある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束防止マニュアルについての理解と研修報告を行うなどしています。	サービス事業者会、ケアマネ研修会に職員も同行し、具体的な行為について学んでいる。利用者が外に出ようとした時は、職員はそっと見守りながらついていくようにしている。	
7	(6)	○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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	利用者の個別ケアにおいて、どんなことが虐待にあたるのかなどの話し合いや研修報告を行っています。	管理者は職員にビデオを使い、虐待とは放置すること、ケアしない事も含むことを伝えている。職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響しない様に配慮している。	

自己	者三	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	(7)	○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	職員の外部研修参加報告により、情報を共有しています。(社内を含む。)	外部研修報告は、全職員で共有しており、制度の理解に努めている。職員は利用者の思いと家族の思いとの間で試行錯誤し、管理者のアドバイスを受けながら、利用者への支援に結び付けるようにしている。	現在、具体的な事例があり、利用者、家族の相談に応じ、今後の取り組みを検討されたい。
9	(8)	○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	契約書については重要事項を含め、家族様からの質問等においてはご納得いただくまで説明しています。	管理者は契約時のみならず、必要に応じて、退居を含めた事業所の対応可能な範囲について丁寧に説明している。経済的な相談や、退所後の対応方針についても納得してもらうよう努めている。	
10	(9)	○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	運営推進委員会のメンバーにご利用者のご家族様代表の意見は出席いただいている地域の代表の方や民生委員委員の方も共有頂いております。	利用者、家族からの意見はほとんど無く、願いますの言葉をもらうことの方が多い。利用者からのたつての要望により、遠方の医療機関であっても支援している。	
11	(10)	○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	行事等の企画など職員の工夫においては企画担当を月ごとに変更し、安全が守られる限り、実践しています。	管理者は朝のカンファレンス終了後に、必ず運営や管理について職員の意見や要望を聞くようにしている。又常時、携帯電話での職員からの連絡を受けれる体制を整えている。	
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	今年においては有給をシフトに組み込み、休みが自動的に取れるように、とりやすい環境を整えました。		
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	各種研修会への参加を促す。または、出来る限り参加できるようにシフト調整を行っています。		
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	ひと月に一回の同業者間の事業者会議や各部会の報告を行っています。		

自己	者	第三	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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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	本人の生活の希望や趣味などを聞き取りながら、無理のない環境や生活を行っています。		
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	家族の希望をサービス提供のプランに取り込んでいます。また、日頃より家族への電話連絡等により、理解を深めています。		
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	身体の状況は基より、必要とするサービスの具体的な支援をご家族と一緒に検討しています。		
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	利用者の得意な物事(例えば、畑作業や料理等)においては、職員と利用者が共に行うことでよい信頼関係作りとなるようつとめています。		
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	サービス提供にかかる家族の希望を職員が理解できるように、職員と情報の共有を行っています。		
20	(11)		○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	その方が想いをよせる方(家族等)への日頃の利用者の言動(大事にしている想いなど)を伝えるなどもしています。	入居時に収集した家族からの詳細な生活歴等の情報を基に支援につなげている。家族に利用者の言動を報告することで、利用者、家族双方の安心が得られている。	
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	ご利用者と思いを尊重しながら、利用者間の良質な関係を気付けるように努めています。		

自己	者 第三	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	利用終了時には今後のご希望や相談事について話し合っております。また、利用終了後に連絡をいただいておりますご利用者ご家族様もおられます。		
<b>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</b>					
23	(12)	○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	ご利用開始前のご家族とご利用者様より、これまでの生活歴や希望の生活について話し合っています。また、レクリエーションなどでは本人が楽しんで行っている。また、ご本人がしてみたいであろうレクリエーションを提案しています。	利用者の生活歴や希望の生活についての情報把握はしている。畑でのジャガイモ作り、趣味の大正琴を演奏するなど、利用者が主役となれる事を見付け出し、意向の把握に努めている。	
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	ご利用開始時にセンター方式記入をご家族様に記入いただいたり、難しい場合は口頭での話し合いを行っています。		
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	日々の状態をバイタルチェックやその日の歩行状態など変化等について話し合っています。		
26	(13)	○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	ご利用開始前のセンター方式や医師の診断書などでご利用者の有する能力の維持や回復につながるケアを介護計画に盛り込んでいます。また、ご利用者ご家族様とスタッフで統一した見解になるように、情報やケア方法の統一をしています。	意思の疎通が難しい利用者は、家族等から情報を収集し、アセスメントを行い、本人本位の目標、支援内容を作成している。	文書による記録の充実がより望まれる。
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	ご利用者の日々の状況については朝のカンファレンスの時やケア記録を利用し、統一したケアができるように心がけています。		
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	ご家族の希望やご本人の希望について出来ないではなく、どうすればできるかということに重点をおいて検討しています。		

自己	第三	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	地域行事への参加を行い、地域とのつながりを大切にしています。また、ゆとり通信を通して、施設内での状況を地域の皆様にお伝えしております。		
30	(14)	○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	ご家族様や本人の希望を尊重し、かかりつけ医への日々の様子を提供しています。月2回の往診日の事前情報提供や、日々の健康状態を事前に連絡しています。	入居前のかかりつけ医の利用もある。受診は原則家族が同行している。受診時にホームでの様子を伝え、適切な医療が受けられるよう支援している。往診医は月2回訪問、連携を図っている。	
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	往診時の事前情報については看護師を中心に作成し、診断時対応も看護師が行っている。		
32	(15)	○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。	入院時の情報(基本情報や現在のADL等)提供はもとより、訪問し入院の状況を看護師やご本人と話すことで把握に努めています。	入院中は頻回に見舞いに行き、利用者に安心してもらい、医療機関と情報交換して、状況把握に努めている。医療機関との連携で、早期退院につながる支援を心がけている。	
33	(16)	○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	重度化することで困難になる状況やリスクをご家族(あるいはご利用者様)に話しています(ささいな健康状態の変化も含む)。また、運営推進委員会に地域代表者様にもご出席いただいております。施設内での状況等をお伝えしています。	医療との連携で、看取りを経験している。終末期に向けた方針の共有は、契約時口頭で行い、状態が変わった場合、医師も交えて、話し合っている。	重度化に伴う確認を口頭のみでなく、意志確認書を作成して、事業所が対応しえるケアについて説明されてはいいかがか。
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	緊急時の対応においては、入社時とその後のホロアップ研修等で行っています。		
35	(17)	○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	火災訓練実施後に参加できなかった者も含め、検証を行っています。また、火災訓練は年2回実施しています。	避難訓練は夜間想定も含め年2回行っている。地域の消防団や近隣の住民に協力の依頼はできない。	事業所は住宅地にあり、近所との協力体制が双方にとって必要と思われるので、一度話し合いの場を検討されてはいいかがか。

自己	者 第三	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(18)	○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	利用者の声掛けについては、自分が言われて気持ちが良い(気持ちが良い)声かけをするように話し合っています。また、入浴介助やトイレ介助についても本人のプライバシーや尊厳が守られるように行っています。	利用者のできることは沢山あり、理念に戻って、その人らしさの尊重を心がけている。トイレ誘導時も、動作の中で自然にトイレに寄る配慮をしている。個人情報については、職員入職時に誓約書を交わしている。	
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	ご利用者の健康状態が守られる限りはご利用者ご自身の自己決定を尊重しています。		
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	共同生活の中での生活のものさしはありますが、ご利用者自身の思いを優先しています。		
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	衣服など購入する場合は可能であるときはご本人と一緒に選ぶことにしています。また、外に出る際も可能な限り、本人が自由な選択を優先します。		
40	(19)	○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	行事ごとの食事やお誕生日会のケーキなどその方の嗜好を尊重します。調理や跡片付けにおいても参加頂きます。また、職員が作成している月間のメニューにもご利用者の食べたいものが入るようにしています。その他、利用者の希望で外に食事に出たりもしています。	食材の購入に同行したり、下ごしらえ、味見、後片付けを手伝う利用者もいる。外食や近所のふれあい喫茶に出かける等、食事を楽しむ支援がなされている。	
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	毎回の食事量のチェックを行っています。また、提供させていただく水分は基本的には全量飲用頂くように声かけをしています。		
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	利用者の個別ケアという形で、対応しています。		

自己	者三	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	(20)	○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	トイレの声掛けなどご利用者のリズムを考慮し行っています。また、ご利用者に応じた部屋の修復(手すりの増設)を行い、出来る限りご本人の力で排泄が出来るようにケアしています。	失禁が多くなっているが、手すりを活用して排泄の自立に努めている。排泄チェックを行って、排泄の自立とともに、水分量の確認や病気の早期発見にもつなげている。	
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	便秘がりの方への睡眠前の青汁の飲用の提案など自然にお通じがあるように努めています。		
45	(21)	○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	共同生活であるために設定の曜日や時間は設けておりますが、本人の意思を尊重した入浴となるように努めています。また、個々の好きな温度設定を行うなどの配慮もさせて頂いております。	曜日、時間を決めた入浴の支援がなされている。本人の了解を得た上で異性介助もある。拒否される方には、声かけの工夫で入浴につなげている。外出時足浴を楽しむこともある。	
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	昼夜逆転がないように日中を無理なく活動的に過ごしていただき、夜はゆっくりお休みいただくように努めています。		
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	服薬の服用チェックは基より、往診情報で服薬の変更等を把握するとともに、利用者の状況は職員で共有しています。		
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	レクリエーションにおいても、得意なものには率先して参加頂いております。		
49	(22)	○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	ご利用者が行きたいところや季節感のかじられる場所には行事を通して参加いただけるように声かけを行っています。また、天気の良い日の散歩や買物も同様に一緒に出かけることがあります。施設の外での行事の参加。近隣のボランティアの方が行っているふれあい喫茶への参加など	買い物や、近所のふれあい喫茶、法人のデイサービスへ遊びに行っている。利用者が好む花を中心とした催しに郊外へ出かけたり、地産の黒豆の館で畑を見て黒豆を食べて買えることもある。	



自己	者 第三	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	個々にお預かりさせていただいている方や、ご本人と家族の希望でお持ちいただいている方がおられます。		
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	ご利用者様に届いたお手紙などの郵送物をお渡ししたり、希望があれば返事などを書くことも可能です。		
52	(23)	○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	レクリエーションで作成した作品を展示するなど自分の居場所として不快とまらない環境づくりに努めています。温度等においては冷暖房機器の買い替えなど機能性がアップするようメンテナンスも行っています。	民家を改造した建物で、共有スペースも家庭的なつくりになっている。コーナーに少人数でくつろげる場があり、昼寝のできる和室もある。	
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	一人になりたいときには自室はもちろん、共同の孤立したスペースやリビングにもテーブルとソファと選択できます。		
54	(24)	○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	ご利用開始前には必ずお部屋の確認を行います。可能であれば、なじみのもの(時計や好きな本、写真など)をお持ち頂きます。また、私物の持込や本人が生活しやすいベット位置の変更等を行っています。	居室内に必要に応じて、手すりが付けられ室内活動範囲の継続と安全が図られている。その人らしい生活に必要な小物を中心に馴染みの物の持込がある。	
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	ご利用者の自尊心やプライドを傷つけないように車椅子ではなく、杖になるケア(自立支援)を心がけています。		