

### 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	1093100145		
法人名	めぐ株式会社		
事業所名	めぐグループホーム板倉		
所在地	〒374-0122 群馬県邑楽郡板倉町大高嶋1733-11		
自己評価作成日	2017年1月3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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	平成29年1月23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>会社の特色を活かして運動を多く取り入れています。また、グループホームの近くに弊社が運営しているリハビリ型のデイサービスがあるため、希望する方には週に1回程度利用して頂いています。又希望者には週1~2回の訪問マッサージを受けて頂いています。 地域の方との交流を目的として、月に1度ボランティア訪問依頼の実施。</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>前回の外部評価の結果を真摯に受け止め、改善できることから取り組む姿勢が見える。玄関は開錠されており、職員は玄関を注意して見守ろうという姿勢がある。利用者は穏やかな顔で共用空間を自由に歩き、ソファに腰かけたり、洗い物でキッチンに入ったりと自由さがある。ふらっと玄関に向かう利用者に声をかけるタイミングや声のトーンは適切にうかがえた。入浴等では利用者の訴えを大切に捉え、夜間でも声が出たなら入浴してもらおう等、個別支援もできることから実践している。</p>
---

**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
<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	実践しています。 理念をグループホーム内に掲示し、新職員入職時に伝達し、月例会議では理念の共有・実践について討議しケアに生かしている。	会議で共有し、具体的には自分の親に接するように理念と絡めながら話している。また、申し送り時にも確認することもある。できることを手伝ってもらい感謝を伝えている。	
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	交流しています。 ボランティアの受け入れ、近所人達のグループホーム開催行事参加呼びかけ、又学生の職場体験の受け入れなどにより地域の方との交流を心掛けている。	地域の人が認知症相談に訪れたり、地域のボランティア(アコーディオン・童謡・よさこい踊り等)が訪れている。役場の広報を取りに行き地域の情報を確認して、交流に活かしている。	
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	運営推進会議や地域連絡部会において認知症の方の理解や支援の方法について意見交換をしながら理解して頂いている。		
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	サービス向上に活かしている。 地域・行政・グループホーム職員が参加することで、意見交換や地域の情報を把握できる場として全員が意見を出し合えるよう工夫し参加頂いている。	定期的に開催され、家族・区長・民生委員・近隣施設職員・役場が出席して行事や状況報告を行い、意見交換がされている。家族の参加がない回がある。	家族全員に開催案内を出したり、開催日の工夫や出席依頼を続け、家族が気軽に参加できることを期待したい。
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取り組んでいる	取り組んでいる。 報告・連絡・相談の連絡は随時連絡。 入居の案件は相談時から、担当者に報告するなど積極的に連絡している。	管理者や法人担当者が報告や相談に出向き連携を図る他に、3カ月に1回地域連携連絡部会に出席している。また、職員が研修に参加している。	
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	ケアに取り組んでいる。 利用者が施設内を自由に利用し行動できるようにしている。主玄関の施錠は夜間のみ実施しており、通常使用していない副玄関は防犯のため施錠している。身体拘束の無いケアを実践している。	玄関や食堂の窓は開錠されている。利用者は廊下を自由に歩いている。スピーチロックに気を付けており「ダメ」を使わないように共有している。内部研修で身体拘束について管理者が話している。	
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	努めている。 清潔ケア時の全身チェック実施等注意を払っている。		

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	支援検討中。 月例会議において勉強会検討中。		
9		○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	図っている。 最初の項から読み合わせをしながら契約を進め、十分な説明・同意の繰り返しにて締結している。		
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	反映させている。 運営推進会議への出席を促したり、面会時に時間を取り入居者の状況を説明し、意見や要望を表出できる環境作りに努めている。	本人からは散歩時等日常的に聞いている。希望から家を見に行くこともある。管理者が入居者の状況把握のため夜間帯勤務をしている。家族からは「めぐ通信」で日常生活を報告し、訪問時等でも状況に応じて聞いている。	
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	反映させている。 定期月例職員会議にて意見交換をしている。又日頃からコミュニケーションを心掛け、相談しやすい環境作りをし、職員の意見を反映できる様にしている。	職員からは支援時の気づきが会議や日常の場で意見として出されている。できることは改善させている。職員の表情等で気にかかった場合は声をかけて悩み事等の相談に乗ることもある。	
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	努めている。 利用者だけに視点をおかず職員に対しての労務管理につとめている。		
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	進めている。 法人内研修受講職員該当。行政主催の研修会やスキルアップ研修に参加する機会を設けている。		
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	取り組んでいる。 行政主催の板倉町在所グループホームの集まり地域連絡部会に積極的参加する機会を設けている。		

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
<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	努めている。 まず、傾聴の姿勢を全スタッフに周知し、ケアの統一を図っている。		
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	努めている。 家族来所時は、一緒にお茶を飲むことでコミュニケーションを図り、そこから不安や要望を傾聴している。		
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	努めている。 初期は特に傾聴・観察を主とし対応している。		
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	築いている。 利用者にとって「家であり家族」という認識を持って接することに心掛け、関係構築に努めている		
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	築いている。 利用者家族にとっても「家であり家族」という認識を持って接するよう心掛け関係構築に努めている。		
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	努めている。 家族や知人の面会、また家族との外出は時間に制限無く対応している。	家族や知人の面会がある。ラジオ体操や歩行練習、計算プリント、ぞうきん縫いや食器洗い等、できることをしてもらっている。庭の畑に種をまき、野菜や花を育て水遣りが役割になっている。	
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	努めている。 利用者同士のコミュニケーション状況観察し、言語的、非言語的コミュニケーションができるよう調整役として支援している。		

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	努めている。 終了後も必要に応じて相談や支援に努めている		
<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	(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	検討している 本人が選択できる機会を設けるよう工夫している例えば、毎日計算をしたいと言う方には、計算プリントを準備し毎日行って頂いている。	ケアマネジャーが週2回訪問しており、利用者との会話や職員から日常の様子を聞いて意向を把握している。家族からは、面会時や電話等で希望等を確認し、検討している。	
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	努めている。 入所前から入所時に家族から聴取し。入所後も継続して家族・本人から聴取に努めている。		
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	努めている。 健康状態の把握から生活リズムの把握に努めている。職員間で利用者の昨日の行動で積極的に出来た場面の振り返り等意見交換実施。		
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	作成している。 本人・家族の嗜好等個別性のある介護計画作成	入居直後は1か月目にモニタリングとアセスメントを実施し、介護計画の見直しを行っている。その後はカンファレンスを3か月毎・アセスメントとモニタリング及び介護計画の見直しが6か月毎に行なわれている。	モニタリングを毎月実施し、モニタリングを基に3か月毎に介護計画の見直しを行う等、利用者の現状に即した計画となるよう期待したい。
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	活かしている。 個別性のある介護計画を元に個別性のある介護支援実施中。		
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	取り組んでいる。 「その人らしさ」を保てるよう意識して生活の支援が実践できるよう、申し送りノートの活用等情報共有し取り組んでいる。		

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	支援している。 出来る事を積極的に関わっていけるよう支援。 例)洗濯たamiが得意な利用者には必ず作業時は声かけする等。		
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	支援している。 定期的に訪問医療医師による受診支援中。本人・家族の意思尊重し受診開始から継続支援中。	入居時に説明し、かかりつけ医の継続か協力医を選択できる。協力医による往診が月に2回あり、かかりつけ医の受診は歯科診療も含め基本的には家族支援である。	
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	支援している。 介護職員に、身体・精神的に「おかしいな」という場面が見られたら、掛かりつけ医またはめぐ訪看に連絡し適切な受診や看護が受けられるよう支援している		
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。	行っている。 訪問診療の医師がかかりつけ医となっているため、訪問診療の医師・入院受け入れ病院の関係者とは連絡を密にし関係づくりしている。		
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	取り組んでいる。 入居時、本人・家族に終末期のあり方について傾聴し、記録に残し、チーム全体で取り組んでいる。	事業所の指針を作り、協力医が終末期支援に対して協力してくれており、事例もある。家族には状況になったら段階的に説明する。職員は終末期に関する研修には参加していないが、資料を読み込んでいる。	
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	身に付けている。 定期月例会議時にミニ勉強会実施しを検討		
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	現在構築中。	28年6月に昼想定総合訓練を消防署の立会いの下利用者と職員が参加して実施した。地域特有の防災対策として、洪水等の防災避難計画を作成している。乾パン・水・排泄用品・懐中電灯の備蓄がある。	非常事態に備えて自主訓練を計画し、避難技術を身に付けられるように回数を重ねていってほしい。

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
<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	(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	対応している。 自尊心・羞恥心等に配慮して対応。	排泄や入浴時の介助は同性介助になるよう努力している。理念にある残存能力の活用の実践として入浴の準備や洗濯物たたみ等で得意分野を活かしている。利用者同士の相性に配慮している。	居室ドアに小窓があり、廊下から居室の中が見える場合もあるため、プライバシーを確保する工夫をしてほしい。
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	働きかけている。 本人の尊重し自己決定できる機会(選択できる機会)の働きかけ実施。		
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	支援している。 グループホームで、食事等タイムスケジュールはあるが、それ以外では利用者の生活リズムに合わせ希望に沿った支援している。		
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	支援している。 例)「その日らしさ」個別性に合わせて、床屋散髪や、パーマをかけたいので美容室等、本人の希望に合わせて同行。		
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	している。 テーブル拭きや食器洗い片付け等個々のできる事を職員と一緒にやっている。	職員が作り一緒に食べている。おせち料理やおはぎ等の行事食やそうめん流し等の季節毎のお楽しみ・リクエストメニュー・誕生日は手作りケーキを提供している。洗い物等できることは手伝ってもらい、飲み物を選択できる。	
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	支援している。 利用者の空腹感等適宜聞き入れながら食べる量等希望を尊重し支援。		
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	口腔ケアしている。 毎食後、全利用者と洗面台に移動し口腔ケア実施		

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	支援を行っている。 入居時、オムツだったがリハパン、布パンツと排泄自立の利用者住所。職員間で話し合い、自立に向け支援中。	排泄パターンを把握して本人の状況や家族に相談しながらおむつからリハパンに変える工夫をしている。自立の方にも確認させてもらい、夜間は眠り優先でおむつ対応をしている人もいます。	
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	取り組んでいる。 定時の水分摂取や運動実施中。		
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	支援している。基本火曜日と金曜日週2回の入浴を実施しているが、個々の体調や意向にそった入浴も実施している。	曜日は決まっているが、声をかけながら希望があれば入浴支援をしている。夜間も訴えがあれば支援している。お風呂の準備(着替えの用意)をしている利用者もいます。	
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	支援している。 個々の生活習慣や状況また意志を尊重し、臨機応変に対応し安心して眠れるよう支援している。		
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	努めている。 内服薬一覧表を常時見ることができ、全職員が周知できるようにしている。確実な配薬・内服のため事前に準備する等努めている。		
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	支援している。 新聞を定期購読するなど利用者の希望を取り入れ生活リズムを崩さないよう配慮。個別性を大切にしている。		
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	支援している。 食材等の買出しに職員と一緒に出掛けたり、月に1度散歩兼ねて南部公民館へ広報誌を取に出掛けたり、また家族の協力を得て外食へ行く等出かける機会を作る等支援している。	散歩や日用品の買い物・ドライブに出かけたり、洗濯物を干したり、野菜・プランターの水やりで外出や、陽や風に当たっている。地域祭りの見学や季節の花見に出かけている。	

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	支援している。 必要に応じスーパー等での買い物支援を行っている。		
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	支援している。 利用者からの希望時支援。		
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	工夫をしている。 共有スペースは特に整理整頓心掛けている。 季節を感じられるように花や書道で季節の文字を書いて貼りだすなど工夫している。	共用空間は居室に近い食堂とテーブルやソファが設置された会議や納涼祭・慰問時に使うデイルームがある。幅の広い長い廊下で歩行練習ができ、窓から景色や天気が良く分かる。不快な臭いはしない。	
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	工夫をしている。 施設内にゆったり過ごせる環境を作り、利用者には自由に利用し過ごして頂いている。		
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	工夫している。 新しく購入せず、使い慣れた物を持参し使用するよう声かけしている。ある利用者は家族写真を居室に飾り居心地良く生活できるよう工夫している。	ベッドが用意されている他は、馴染みの寝具や筆筒、衣装ケースが持ち込まれ、作品や写真が飾られている。日用品が整理され、洋服がたたんである。職員がその人らしさの個性を活かした居室作りをしている。	
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	工夫している。 例) 食堂の席は決めており、自分の席として認知し間違えなく着座し「わかること」を活かしている。		