

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2階フロア)

事業所番号	2795000518		
法人名	株式会社 美咲		
事業所名	グループホームみさき瓢箪山		
所在地	大阪府東大阪市喜里川町10-2		
自己評価作成日	平成28年11月1日	評価結果市町村受理日	平成28年12月19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	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成28年11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)】

開所2年目にしてようやく満床にすることができた。入居して頂いた利用者一人ひとりが、健康で生きがいを持ち、ホームでその人らしく生活できるよう「生活リハビリ」に力を入れて支援させて頂いている。そのためにまず、利用者一人ひとりの生活歴(歴史)を知ることから始めている。その人のこれまでの人生を知り、個を知ったうえで「個別ケア」を実践。これまでしてきたことをホームでも続けられるように生活リハビリをして頂き、生きがいを感じられるように支援させて頂いている。

【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)】

閑静な住宅街の一角に開設され2年経過し、満床となっている。管理者及び職員は熱意を持ってホーム運営に携わっている。地域包括支援センターとの協同でホーム内で毎月第4土曜日開催の「みさきサロン」には20余人の地域住民の参加があり利用者との交流を深めている。職員は各種委員会(身体拘束・虐待予防・感染防止他)のいずれかに参画し活発に施設運営に尽力している。法人の「美咲運営理念」として「私たち株式会社美咲はご利用様が歩いてこられた人生と豊かな経験を尊重しその方の人生がその人らしく地域の中でこれからも続いていけるよう、温かく見守りお手伝いさせていただきます。」を基本にホーム独自の理念として①チームの輪は声掛けから②生活リハビリをしましょうを合言葉とし利用者主体の日々の介護ケアに職員一丸となって精進している。

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、活き活きと働いている (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(2階フロア)

[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	昨年より継続しているサロン開催により地域に根づく取り組みを実施している。	経営法人の運営理念「私たち(株)美咲は、ご利用者様・・・」を毎朝唱和している。前記を基本に独自の理念として①チームの輪は声掛けから②生活リハビリをしましよの2点を各ユニットに掲示、職員全員が共有し実践につなげる努力をしている。	
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	職員の補充の加減で、地域の行事に参加できていないのが今後の課題。	地域自治会に加入し、地域行事の案内及び広報誌の回覧で情報を得ている。秋祭りの布団太鼓を身近に見物、ホーム内で毎月第4土曜日に開催の「みさきサロン」では地域住民との交流やボランティアを受け入れるなど交流に努めている。	
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・サロン開催を通じて、地域の方への働きかけを行っている。		
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	会議参加者から意見を聞いて、現場にかけるように行っている。	会議は定期的に隔月開催で年6回、民生委員、地域包括支援センター職員、利用者、職員などが参加し、現況報告や参加者間で意見交換をしている。会議参加者の紹介で赤とんぼ(棒体操)、アコーデオングループ、を受け入れサービス向上の一助としている。	
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	不明な点があれば連絡を取り、解決するように取り組んでいる。	生活保護の受け入れ施設として利用者18人中8人の入居支援をしている。東福祉事務所、市介護福祉施設課の職員とは常に連絡を取っている。他の施設交流会にも参加、情報交換をし相互にケアサービス向上のため協力関係構築に取り組んでいる。	
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	施設内で委員会をつくり、定期的に勉強する機会を設けている。玄関は防犯上施錠している。	職員研修とともに身体拘束・虐待予防委員会で事例検討をし全職員に向け常に情報伝達が行われ拘束ゼロは認識している。ハード面では2、3階にユニットがあり安全重視の点から施錠箇所がある。利用者の様子を察知し散歩するなど見守りで対応している。	
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	施設内で委員会をつくり、定期的に勉強する機会を設けている。又アンケートを行い、ケアの振り返りを行っている。		

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
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	後見人制度を利用している入居者様がいて、職員も制度について理解している。		
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	事前に家族様への口頭説明を行い、書面での確認も行っている。		
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	外部からの意見を聞く、意見箱を設置。又、家族様とケアについて話会う機会を設けている。	家族面会時の声かけ、家族との個人面談を通して、気になることの話し合い、利用者・家族の意見・要望聴取に努めている。食事では、そうめん流し、炭火焼のさんまを取り入れ、往來の映画鑑賞としてDVDを楽しむなどに反映させている。	
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	職員会議を月1回、法人内で管理者会議を開き話し合う機会を設けている。	管理者は法人主催の管理者会議に参加している。日常のコミュニケーション、月1回の職員会議、年2回の個人面談を通して職員の意見や提案聴取の機会としている。「GH瓢箪山」独自の理念である2項目は管理者の熱意も伝わり職員に浸透傾向にある。	
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	年2回、チェックシートをもとに職員と管理者間でケアについて、職場環境について話し合う機会を設けている。		
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	入職時に法人作成のチェックシートを配布。又定期的にチェックシートを活用して職員への指導に活用している。		
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	交流会などに参加。包括との共催のサロンを通じて交流をおこなっている。		

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
<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	入居時の面談にて家族、ケアマネ、管理者、担当職員でニーズに聞き取りを行っている。		
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	見学・面談・契約時に家族に説明を行っている。		
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	見学・面談時に、聞き取りを行い、ニーズの聞き取りを行っている。		
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	その人らしく生活できよう支援させて頂いているが、する・されるの関係はある。		
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	毎月、家族様に1か月間の様子を伝える手紙を送っている。		
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	散歩など外出の機会を設けている。サロンでの顔なじみとの交流や面会での交流も多い。	利用者により個人差はあるが家族や友人の来訪もあり支援に努めている。2, 3ヶ月に1回の割合で元自宅に行く人もある。時にはサロン・商店街に買い物に出かけ馴染みの人に会うとか家族と外食したりなど、人や場との関係継続の支援をしている。	
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	利用者同士の関係を把握して座席を検討している。		

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	移動先の施設からの問い合わせには情報提供を行っており、継続した支援をさせていただいている。		
<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	ケアプラン作成時に、本人・家族への聞き取りを行い、本人のニーズに擦り合わせてケアを行っている。	入居前の生活環境・趣味など把握した事柄はアセスメントシートに記録している。前記を参考に日々の声かけ、買い物同行時、入浴介助の折を捉え利用者の意向や思いを把握するようにしている。利用者の状況を見ながら本人本位とな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	入居前の情報をファイリング。入居された後も本人から生活ニーズの聞き取りを行っている。		
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	月に一度のモニタリング、日常の生活記録をみて必要に応じて見直しを検討。		
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	モニタリング、プラン変更時に家族・主治医の意見を聞き反映させている。	ケアマネージャーを中核に居室担当者や職員、利用者や家族の意見を聞きながらモニタリングは月1回、短期3ヶ月、長期1年で介護計画の見直しを行っている。利用者の様態変化の折は主治医や家族の意見を聞き現状に即した介護計画を説明同意の下に実践につなげている。	
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	生活記録を作り、24時間で入居者の情報を記録して把握に努めている。		
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	家族の要望に沿い、家族とケア会議を開いてニーズに聞き取りを行い、ケアに生かしている。		

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	家族様にお願いする部分はお願いで散歩や地域の方の触れ合いの場に行っている。		
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し、納得が得られたか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	24時間連絡体制の取れる提携医療機関がある。	過去には個人のかかりつけ医もいたが、現在は利用者・家族に説明納得の上、全員が提携医療機関(訪問診療医)の往診を月2回、歯科は週1回の割合で診療を受けている。24時間対応可能な医療連携で利用者の健康管理は安心・安定している。	
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	医療連携にて週1回、看護師が勤務。職員と看護師による健康管理の把握につとめている。		
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	入院時、定期的に病院と連絡を取り、必要に応じて訪問。		
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	看取りに関して、入居時に説明。ターミナルケアを希望される場合は、再度主治医を交えて説明、書面にて確認・同意を得る。	入居契約時に「急変時の対応について入居者(家族)の事前意思確認書」に基づき重度化した場合の指針を説明同意を得ている。開設以来体験はないがホームの方針として関係者とのチームで看取りまでのお世話を考え職員研修も念頭に入れている。	
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	緊急時の対応について職員会議にて定期的周知を行う。		
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、避難訓練を実地。振り返りを行う。又掲示も行う。	規定の訓練は実施している。日中に夜間想定訓練も行い流れを写真に撮り評価しているが課題は残る。ハザードマップもユニットに掲示している。近住職員、近隣住民への協力要請を続け、他の災害を想定した対策作成とその訓練にはいたっていない。	立地条件、建物や設備状況、利用者の状態に応じた予測可能、予測不可の災害について対応の策定、備蓄用品(食品・雑貨・薬等)の再検討、複数回の訓練の実施、近隣住民への協力要請強化を望む。

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	チェックシートの活用。シートを確認しながら自身のケアを振り返り、問題があれば改善。	チェックシートの活用で職員自身はケアの振り返りを行っている。日常の声かけ、ケアの折に細心の注意を払うよう職員会議や接遇研修時には話し合い利用者ひとりひとりの人格の尊重、プライバシーの確保は全職員理解している。	
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	ケアの際には、同意を得よう声掛けをしてから実施するよう心掛けている。		
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	入居者のペースに合わせたケアを行えるように声掛け、自己決定していただく声掛けを行っている。		
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	ご自身でできることはご自身で。難しい方には本人に確認して行っています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	お皿拭きや盛り付けなどできる範囲ですべて頂いている。	昼食及び夕食の食材は業者より搬入され職員が調理している。朝食はホームの方で全て準備している。盛り付け皿洗い等はその日の様子を見ながら利用者も一緒に行っている。職員には利用者と食卓を囲み同じものを飲食しているが諸事情より全職員ではない。	食事介助はゆったり丁寧にしているが職員個人の価値観や休憩時間など課題がある。行事食やおやつ等と一緒にいきいき和気合い合いの飲食風景(写真)であるが日常においても期待する。
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	入居者個々の食事量・水分量をチェックし体重などで栄養状態を把握。往診時の血液検査の結果をもとに補助食品や飲料での対応をしています。		
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に、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、口腔ケアを実施している。週1回の歯科往診で口腔内ケアもおこなっている。		

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	その方の排泄パターンを把握して、定期的にはトイレに行く声掛けを行っています。	自立の人・布パンツは18人中4、5人、夜間おむつの人は3人ほどである。排泄パターンを念頭にさりげない誘導でトイレでの排泄支援をしている。入居後、自立へとレベルアップした人は利用者・家族も喜んでる。	
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	便秘の原因である、水分不足にならないように水分量の把握。また排便しやすいよう便座に座っていただくようしている。		
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	本人の希望を聞き、週3回入浴したい方にはして頂いている。	9月から基本として週2回の入浴となっているが希望者には週3回の人もある。湯の入れ替えは午前、午後に1回し入浴の順番を考え介助している。長年の生活歴で体に触れることを絶対拒否(入浴拒否)で興奮するため家族の協力を得ながら行っている人もいる。	
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	本人の様子をみながら、臥床したいときには臥床して頂くよう支援している。		
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	薬の変更の際には、記録にしっかり記載し経過も観察している。		
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	生活リハビリに力を入れている。今までしてきたことをこれからもできるよう支援。		
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	フロアの状況によっては散歩に出れない日もあるが、洗濯物干しなど短時間出れる時間は毎日ある。	外出として商店街に行く人、車での物品の買い出しに同行する人など、また洗濯物干しや取り入れなどで外気に触れるようにしている。家族の協力を得ながらの遠出や回転寿司の希望者もあり企画検討中である。	

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
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	金銭の預かりはしていない。希望があれば立て替えて買い物と一緒に行く。		
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	希望あれば、電話や取次はしている。		
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	季節ごとに飾り付けをしている。	生駒山山麓に位置する新しくモダンな施設である。共用空間(廊下、浴室他)は採光も良く明るく広い、清潔・整頓・安全を配慮している。居間兼食堂には季節感漂う壁飾り(紅葉・柿・栗)や本日の献立の掲示がある。職員と「脳トレシート」を楽しんでいる人、テレビ鑑賞の人など居心地良さそうである。	
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	利用者同士の状況に合わせた座席位置を行っている。		
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	入居時に普段使用していたものをもってきていただくようお願いしている。	居室は比較的広くベッド、エアコン、カーテン、クローゼットが設置されている。入居前に使用していた馴染みの家具(タンス・テレビ・机と椅子)手芸品・クッションや家族写真を飾っている利用者もいる。その人の表札各々に自身の部屋という雰囲気がある。	
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	バリアフリーの環境で空間も広く取っており、生活同線を阻害するようなレイアウトもしていない。		