

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	2492900085		
法人名	株式会社 三重福寿会		
事業所名	グループホーム ささゆり		
所在地	三重県志摩市磯部町恵利原126-16		
自己評価作成日	平成24年6月6日	評価結果市町提出日	平成24年8月17日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaijokensaku_ip/24/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyouvoCd=2492900085-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 24 年 7 月 2 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)】

建物の裏に畑があり、野菜や花等を植えてあり、利用者にも協力してもらい、季節に応じて収穫を行えるようにしている。
清潔保持の為に、1日おきに入浴をして頂ける様にしている。
月に3回の会議を行う日を利用して、伊勢や志摩のお店に出掛けるようにしたり、事業所内でのおやつを作ったりして、楽しみを持てる様に取り組んでいる。
社内研修等を行い、介護技術や知識、虐待防止、身体拘束廃止等の取組を行っている。
ボランティアやヘルパー養成の受入を行っている。

【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)】

管理者やスタッフは利用者本意に考え、お互いを全面的に信頼し、支援している。スタッフは以前からの勤務者が殆どでチームワークがとれ、利用者のよい変化を家族に報告するのを楽しみに支援する等やりがいと情熱が感じられる。その事は面会時や家族への月々の報告に表され、利用者や家族が安心して任せられる事業所になっている。

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
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	管理者と職員は理念を共有出来ており、実践につなげていける様に努力している。	「豊かで穏かな社会の実現」という企業理念が行動指針と共に毎朝唱和され確認されている。一方グループホーム理念は開設当時からのものであり、その理念を逸脱しない為、必要時や会議の時に管理者が意識付けしている。	企業理念のみでなくグループホームの理念についても、常に全職員が振り返り、話し合う等、実践との整合が行われる様今まで以上の確認作業を期待したい。
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	立地の面もあり、日常的に交流は行われているとは言えないが、買い物や地域の行事等に参加をしたり、ボランティアの受入を行い地域とのつながりを確保するように努めている。	自治会に入会しているが、回覧板や情報は得られていない。保育所・小学校・ボランティアの活動を受け入れたり、地元での食材の調達、地域行事へ参加する等で地域との交流を増やしてきている。	自治会にメンバーとして参加、積極的に情報を得る。運営推進会議のメンバーに役員を迎えたり、地域防災への貢献と事業所への協力も得られる様、立地条件をクリアできる地域との繋がりを期待したい。
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	ボランティアやヘルパー養成の受入を行っている。		
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	運営推進会議の中で、検討事項等の経過報告や話し合いを行い、サービス向上につなげていけるようにしている。	2ヶ月毎に利用者・利用者家族の代表、民生委員、市職員のメンバーで開催されている。主に事業所の現状報告や行事報告等で意見交換を行い、サービスの向上とオープンな運営に努めている。	
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	市町村との関わりとしては、運営推進会議への担当者の方に参加して頂くと共に、電話等にて相談・助言等をもらえるような体制を築いている。	介護保険更新時の利用者の相談や情報交換、運営推進会議への出席、アドバイス、介護保険事務に関する助言・相談等電話も含めて話しやすく、協力関係が出来ている。市主催の虐待防止の研修会にも参加している。	
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	社内研修やマニュアルの作成を行い、全職員に対して周知出来るように促し、実践に取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会を中心に事例検討やマニュアルの見直しを行い、「身体拘束を行わない」支援を工夫し、実践している。	
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	社内・社外の研修を通し、虐待についての正しい知識を持つ様になると共に、毎月の定期的な会議の中で不適切ケアの事例に対しての事例検討を行い、防止の徹底ができる様に取り組んでいる。		

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
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	学ぶ機会が無く、制度に関しての理解や活用が出来ていない部分もある。		
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	契約時は利用者や家族と面談を行い、ホームについての説明をした上で、不安・疑問点を確認し、理解・納得してもらえるように努力している。		
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	苦情受付ボックスの設置と御意見シートの配布・設置を行う事により、利用者や家族の方から意見・不満・苦情等を確認できるようにしている。面会時に職員から意見・要望等を確認するようにしている。	面会時には利用者と家族の時間を大切に考え、共に話す事は遠慮しているが、タイミングを見て、現状報告し、意見や要望を聴き、個別の支援や運営に活かしている。	
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	会議や日報で職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映しやすい環境を作っている。	月3回の全員出席の会議は、自由に意見交換や提案が出されている。業務日報も毎日経営者にFAXで報告されており、必要な事柄は日々のケアや運営に活かされている。	
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	職務分担表により、職員個々の努力や実績のみ見える化を図り、またやりがいや目標を持って日々の業務にあたるように努めている。		
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	職員一人ひとりのケアの実際と力量の把握は、直接的には出来ていると言えない。研修の機会の確保や、OJTによるトレーニングを進めている。		
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	同業者と交流する機会を作り、見学・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。		

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	面談時に管理者と職員が一緒に行くようにして、利用者からの要望等を聞き、安心して頂けるように努めている。		
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	面談時に管理者と職員が一緒に行くようにして、家族からの要望等を聞き、安心して頂けるように努めている。		
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	ケアマネジャーからの相談が多く、他のサービスでの対応が難しい為の相談になっている。		
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	一緒に生活をする中で、利用者から教えてもらう場面や共同で出来る事をして、関係を築くようにしている。		
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	本人を支える関係作りが出来るように努めている。		
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	面会に来て頂いており、本人の希望で馴染みの場所等に行けるように努めている。利用者によっては途切れてしまっている人もいる。	デイサービスを受けている方が訪ねてくれたり、近所の方が訪ねてくれたりを歓迎している。本人の希望時に、家族にお願いして墓参りや外食に出かけることもある。また家族・知人に電話される方もおり、個別に支援している。	
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	利用者同士が支え合える様に努めているが、孤立してしまっている利用者もいるので、職員が関わり合いを持つようにしている。		

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
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	サービス利用が終了した時点で関係が途切れる事が多い。家族等から相談があった場合は対応するようにしている。		
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	希望や、意向の把握に努めると共に、本人本位になるように検討している。	入浴介助の時等、一対一の時、希望や意向が出やすく、又、機会ある毎に話し掛けたり、冗談を言ったりして、思いや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	バックグラウンドシートを元に生活暦等の把握に努めている。未記入の部分に関しては、後から家族や本人から聞き取りが出来た場合は、追記するように努めている。		
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	一日の過ごし方や状態等の把握はある程度できており、対応するようにしている。		
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	本人や家族の方から、意見等を聞ける様にはしている。現状に即した介護計画になるように努めている。	ケア計画を毎日実行出来たかチェックし、それらを基に毎月のモニタリングが行われ、全職員、メンバーの会議で必要時の見直しと3ヵ月毎の介護計画が作成されている。家族には毎月サマリーの状態で状況報告がされ、面会時や必要な時に意見を聴いている。	
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	個別の記録(業務日誌、ケース、ケアチェック表等)を作成し、共有して実践や介護計画の見直しに活かすようにしている。		
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	必要時に協力医療機関との連絡を行い、受診や入院の回避が出来るように、早期対応を出来るだけ行う様にしている。		

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
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	地域資源との関わりが薄いですが、安全で豊かな暮らしを楽しめるように努めている。		
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	かかりつけ医の往診や、本人及び、家族の希望により、適切な医療を受けられるように支援している。	入居時に協力医に変わってもらう事を説明し、納得されている。協力医がかかり付け医で2週間に一回の往診がある。専門医の受診はかかり付け医の紹介状を持ち職員が付き添っている。受診前後には家族に連絡し、情報交換がされている。	
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	グループホームに看護師がいないので、必要に応じて、デイサービスの看護職に相談するようにはしている。		
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。	入院時の情報交換や入院中の相談等に関しては医療機関と協働できており、早期に退院出来るようにしている。		
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	重度化や終末期に向けた方針は入居時に説明をさせてもらっており、その後も本人の状態に応じて話しをするようにしている。	看取りは行っていないが、老衰の状況では入院の対象とならないので、ホームで過ごす事になると考えている。本人・家族には入居時に重度化における事業所の対応を書面で説明し、了解されている。必要時医師・家族・職員と話し合い、本人・家族が安心できるよう支援している。	
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	普通救命講習を全職員に受けてもらうようにしており、応急手当や初期対応が出来る様に努めている。		
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	消防署に助言を求めたり、避難訓練の時に自力で移動が出来ない方の移動を取り入れて、全職員が身につける様にしている。	年2回の通報・消火・避難訓練を消防署の指導で行っている。5月の訓練は夜間を想定し、自力で避難できない人を階段を使って一人で降ろす訓練をして、職員の安心にも繋がった。	

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	誇りやプライバシーを損ねない様な声掛けをするように努めている。	虐待防止委員会が中心になり、毎月事例検討会を行い、確認し合っている。トイレ誘導時は「部屋に行きましょう。部屋に用があるから」等声掛けし、本人の気持ちを大切に考え、さりげない支援をしている。	
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	利用者の希望を聞く様にして、自己決定できるように努めている。		
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	その人らしく暮らしてもらえるように努めているが、希望に添えない場合もある。		
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	自分で出来る人はしてもらっているが、介助が必要な人に対しては職員が決めてしまっている部分もある。		
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	楽しめるように、一緒に準備をしたり、メニューと一緒に考えたり、食事を共にし、片付けと一緒にしてもらうように努めている。	昼食はデイサービスと一緒に用意されている。朝夕は職員が利用者の希望も確認し、畑の物を取ったり、買出しで調理している。食器洗い、食器拭き、テーブル拭き等できる人は積極的で、「自分のやりがい」と言い、持てる力が発揮されている。	
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	栄養や水分の確保が十分に出来るように利用者個々の状態を把握して努めるようにしている。		
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	介助が必要な人に対しては、毎食後に確認をしているが、自分でされる方に関しては、確認できていない場合もある。		

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
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	排泄パターンの把握に努め、出来るだけ失敗やおむつを使用せずにトイレで排泄してもらえるように努めている。	病院から入居の利用者がオムツから自立になった。排泄パターンを把握して「部屋に行きましょう」と声掛けし、トイレでの排泄を援助している。終日オムツの方は一人で、自立の4人以外はトレーニングパンツを使用しつつ、トイレでの排泄を大切にしている。	
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	飲食物の工夫や個々に応じた予防をするようにして、対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	時間帯は決まっているが、入る順番や個々の希望に添える様になっている。	毎日の午後を入浴の時間にしており、(13時~15時)隔日に入っている。拒否する方もあるが気分転換を図ったり、誘導の工夫で入浴される等、強硬に拒否される方はいない。順番や親しい人と入る等希望に沿った援助で入浴を楽しまれている。	
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	利用者の状態に応じて、休息や安眠が出来るように努めている。		
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	新しい薬が出たら確認すると共に、きちんと服薬が出来るように支援し、症状の変化の確認に努めている。		
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	利用者個々に応じての役割や楽しみごとをして日々を過ごせるように努めている。		
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	外出支援としては、朝のゴミ出しや行事での外出、家族との外出、裏の畑等への外出はあるが、日常的には行えていない部分もある。	洋服や日用品の買い物の希望があれば、職員の食材の買出し時に同行している。畑に出る人やゴミ出し等決まった利用者であるが日常的に外に出ている。月2~3回は希望も聞き、行事として車椅子の利用者も一緒に外出している。	

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
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	お金は事業所管理になっているため、持ってもらっていないが、買い物に行った時等に本人に支払いをしてもらえるようにはしている。		
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	時間帯等に応じて電話を掛けたい時は掛けてもらうようにしている。手紙を書く利用者の方は少ないですが、送られてきた手紙は見つけてくれるようにしている。		
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	共用空間での利用者が居心地良く過ごしてもらえるように工夫するように努めている。	オープンキッチンが居室との境で居間兼食堂は畳敷き部分、ソファ、テーブルが置かれ風通しもよく利用者が思い思いの場所でゆったりと過ごされている。廊下には利用者と職員で製作した季節ごとの絵や写真が飾られ、利用者同士や面会者との話題作りになっている。	
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	リビングのソファや椅子等で思い思いに過ごせるように工夫をしている。		
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	居室に使い慣れた物を持って来てもらうようにして、居心地良く過ごせるように努めている。	自宅から筆筒、書棚、書棚一杯の本を置いたり、自宅で使っていた寝具の持込みで本人が落ち着いて過ごせる工夫がみられる。各部屋にはトイレ、洗面所があり排泄時のプライバシーの保持と夜間における利用者の排泄支援がスムーズである。	
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	利用者個々の能力に応じてできることや分かることはできるだけしてもらうようにして、自立につながるようにしている。		