

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	4271102339		
法人名	有限会社 やまぐち企画		
事業所名	グループホーム あかり		
所在地	長崎県長崎市上黒崎町665-1		
自己評価作成日	平成21年10月31日	評価結果市町村受理日	平成22年3月25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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 福祉総合評価機構		
所在地	長崎県長崎市桜町5番3号 大同生命長崎ビル8階		
訪問調査日	平成21年11月24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)】

【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)】

「楽しい、うれしい、よかった」の理念のもと、施設長、職員が支援しており、利用者から「ここに来て良かった」と言われていることは理念が実践につながっていることをあらわしている。昨年の改善点は全て改善されており、外部評価結果を積極的にサービスの質の向上につなげている。また、運営推進会議が家族、行政、自治会、事業所の情報交換の場として活かされており、行政との連携も積極的に行なわれている。更に医療機関との連携も取れているため、利用者、家族の医療面での不安を除くことができている。家庭的な雰囲気の中で利用者が自然に暮らすことを支援するために職員全員が前向きに取り組んでいる事業所である。

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	毎月1回の議で内容によっては理念を再認識し、実践出来る様に努めている。	「楽しい、うれしい、よかった」の理念の基、利用者から「よかった」といわれる介護を目指して管理者は日々職員と話し合い、職員同士も毎日の申し送りやミーティングで話し合いながら利用者本位の支援を行っている。		
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	散歩や買い物に出かけるといつも笑顔で声をかけていただいたり、老人会のゲートボールを見学しながら皆さんと会話をしている。また、ご近所からは花・野菜・果物・魚などをよくいただく。	事業所は地域の一員として認知されており、日々の散歩でのあいさつや、自治会から避難経路の確認やイベント情報など交流がある。また事業所は地域の高齢者も含めた食事会やクリスマス会なども催して招待してするなど交流している。		
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	毎年地域の行事や活動には積極的に大勢で参加している。盆踊り、保育園・中学校・地域の運動会は天候が悪くない限りほとんど参加している。			
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	利用者の現状報告・これまでの評価報告及び取り組んでいるサービス内容などを報告し、家族の意見や意向及び自治会からの情報や意見を聴き、課題解決に市町村の理解と指導を受けながらサービス向上に努めている。	自治会長・家族・包括又は市担当課・職員・管理者で年6回開催されている。議題は行事計画や利用者の状況、外部評価結果報告等である。家族からは介護の質問、行政には事業所からの質問に答えてもらうなど情報交流の場になっている。		
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	運営推進会議をするようになってから市町村窓口にて気軽にに行けるようになったし、電話による連絡もスムーズになってきた。	市町村からは研修や介護に関する情報の紹介が行なわれ、事業所からも積極的に連絡を取ることで、書類作成等事業所からの質問を気兼ねなく聞ける関係ができています。		
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	研修会に参加し、会議で内容の説明、話し合いをして身体拘束をしないように取り組んでいる。	長崎県主催の身体拘束廃止の研修に参加し、事業所内で研修報告を行っている。玄関や窓は夜間以外は施錠していない。職員は日常の介護での不安がある時はすぐに話し合い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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	研修会に参加し、職員の理解を深めるように努めている。			

グループホーム あかり

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	研修会に参加し、職員の理解を深めるように努めている。		
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	契約時には重要事項説明をきちんと説明し同意をえている。又、重度化や看取りについての対応等も説明し、その都度家族と対応方針を相談している。		
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	利用者の言動から本人の思いを察することに努め、出来るだけ意向に沿った介護を心がけている。	家族に向けてアンケートを実施し、職員の接遇向上の参考にしている。また訪問時などの家族からの要望は、職員会議で検討し改善策を話しあい、家族への報告をしている。	
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	月1回のミーティング時に職員の要望や意見を聴き反映できるように努めている。	月1回のミーティング時に管理者は職員から利用者支援に関しての不安や設備面での要望を聞いて、運営に反映している。また介護の現場にも管理者がおり、職員が常に話しやすい環境を作っている。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、本人の意向を重視しながら職場内で活かせ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	随時研修会に参加し職員の質の確保・向上に努め、月1回のミーティング時に研修内容を報告している。		
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	長崎市グループホーム協議会に入会し勉強会に参加したり、興味がある研修会には参加している。		

グループホーム あかり

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	相談があった時には必ず本人に会って身体 の状況を把握し本人が話しやすいような雰 囲気をつく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	本人と家族の思いの違いを把握し、家族の これまでの状況や要望をゆっくり聞き安心感 を持ってもらうように努めている。		
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	相談時には本人と家族の話を良く聞き、 サービス内容を相談しこれまでと急な変化 がないように努めている。		
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	利用者は人生の先輩であると共に家族的な 思いで対応している。		
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	日々の暮らしの出来事や気付きの情報を共 有し家族と同様な思いで支援している。		
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	近所に散歩に行ったり近くの店に買い物に 行ったりしている。	利用者の家族、知人からの面会の制限はなく、家族との外出、外泊支援も行っている。また、買い物や馴染みの美容院へ出かけたり、散歩など柔軟を行っている。	
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	利用者の話を聞いたり、皆で楽しく過ごす時間や気の合う者同士で過ごせるように支援している。また、利用者同士の関係も心身の状態や気分・感情で日々変化する事もあるので注意深く見守り全職員が共有できるようにしている。		

グループホーム あかり

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	長期入院の為、契約が終了しても家族が遠方で本人のために関わりが必要な時は関係を断ち切らないで最後まで支援したり、他の事業所に移られた方も時々面会に行っている。		
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	日々の会話の中で言葉や表情などから本人の要望や意向を把握し家族へ状況報告し、出来るだけ本人の意向に沿うように努めている。	利用者の訴えや希望は、日常の会話や、表情の変化から把握し、職員間で話し合いを行い、本人本位の支援を行っている。痛みなどの表現が困難な利用者の場合、主治医も交えた話し合いを行うこともある。	
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	これまでの生活歴を本人や家族・知人などから聴き、生活環境を整えたりサービス内容を検討している。		
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	個人の一日の生活リズムを聞き利用者の全体像を把握するように努めている。また、その日の体調により出来ること出来ないことを把握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	日々の関わりから利用者や家族からの要望・意見を聴き、介護計画作成に活かし、本人や家族に変化が生じた時は実情に応じたケアが出来るように話し合い介護計画を立てている。	介護計画は3ヶ月で見直しを行い、短期3ヶ月、長期6ヶ月で作成されている。毎月の会議で利用者一人一人の変化が話し合われ、モニタリングの参考になっている。家族からの要望も聞き取り反映した介護計画になっている。	
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	個人ファイルを作成し、一人ひとりの食事量・排泄・健康状態の変化などを記録し介護計画に役立てている。		
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	その時々に応じて、通院介助と外出の付き添いを支援している。		

グループホーム あかり

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	自治会長、民生委員、消防の意見を聞き、地域の人や場所を提供してもらい協力を得ている。		
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	本人や家族の希望を聞き、かかりつけ医と相談し適切な医療を受け安心して生活が出来るように支援している。	かかりつけ医の受診は希望に沿って継続している。利用者の状態から夜間、時間外などに対応可能な医療機関に変更が必要な場合は家族の了解を得ている。	
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	職員に看護師を配置しており、日頃の利用者の健康管理や医療連携機関との連携を密に取れるようにしている。また、ホームの隣に住居があるため状態変化に応じた支援が出来ようにしている。		
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。	入院時には医療機関と家族とに情報交換しながら本人や家族に安心してもらえるように心がけ、回復状況時にはなるべく早く退院できるように支援している。		
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	利用者にとってその人らしい終末期を安心して迎えることが出来るように家族・かかりつけ医及び事業所が話し合っており取り組んでいる。	本人、家族には契約時に事業所の看取りに関する指針を説明し同意を得ている。職員とも話し合い、重度化した利用者は施設長が支援している。また、医師とも話し合いながら、終末期の支援に取り組んでいる。	
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	事故発生時の対応に関するマニュアルを読んでいる。		
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	年2回避難訓練(消防署の指導のもと)を行っている。又、地域の行事に参加し消防団との交流にも努め、ホームの平面図を渡し緊急時に協力が得られるように依頼している。	年2回、夜間想定も含めて避難訓練を実施している。移送の方法、ライトの位置などを訓練も行っている。地域の消防団には平面図を渡し、現実に協力を得られるよう体制を整えている。	

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
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	一人ひとりが誇りやプライバシーを損ねるような言動をしないように努めている。	接遇研修を受講し、職員間で練習し身に付くよう努めている。文書等は事務室に保管されている。トイレ誘導は、他人に気づかれぬよう手招きなどで対応している。ただし、車椅子利用者の部屋の間仕切りは移動のために曖昧である。	車椅子の利用者のプライバシーや羞恥心に配慮し、部屋の間仕切りの工夫を検討することを期待したい。
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	本人の希望や嗜好を把握し、本人が決めることができるようにしているが、健康上無理な場合はわかる範囲内で説明している。		
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し、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	一人ひとりの体調に配慮しながら本人の気持ちを尊重し個別性のある支援をしている。		
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	本人の意思で決めたり、自己決定が困難な利用者には職員と一緒に話し合いながら支援している。また、外出時には本人の気持ちに沿ってお化粧をしている。		
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	利用者の能力に合わせ一緒に調理や後片付けを手伝ってもらったり、食事を共にしている。	職員は利用者と一緒に食卓を囲み、楽しく食事をしている。以前はキザミやトロミだった利用者が現在は普通食を食べれるまでになるなど、楽しく食事をすることが利用者の機能回復になっている。	
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	毎食の食事摂取量をチェックし、利用者の状態によって調理法や水分の内容(ポカリスエット・ゆず湯等)を変えて体力を維持出来るように支援している。		
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	毎食後の義歯洗浄や歯磨き、うがいなどを行っている。		

グループホーム あかり

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	時間をみて、誘導、支援を行っている。	オムツは夜間のみの利用である。日中はリハビリパンツを使用する利用者もいるが、職員が排泄パターンを把握し、支援していく中で排泄が自立できた利用者は多い。	
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	常に排便の有無をチェックし、水分補給や運動・下痢の調節をしている。		
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	入浴を拒む人に対して、言葉かけ対応及びチームワーク等によって利用者に合わせた入浴支援を行っている。曜日は決めているが常にシャワー浴は出来るようにしている。	月、水、金が入浴日である。利用者の体調をみながら支援している。シャワー浴や清拭も利用者にあわせて行なっている。拒否の方には、タイミングをみて声かけするなど工夫している。	
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	日中の過ごし方を外出・体操・ゲーム・会話等を行うことでスムーズに就寝出来る様に支援している。また、夜間排泄後には水分補給、冬季には湯たんぽを使用して温まってもらう様にしている。		
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	処方薬と処方箋を一緒に置き、内容や副作用・用量を常に確認出来るようにしている。また、薬の内容が変更になった時は必ず記録と引継ぎをして職員全員が把握できるようにしている。		
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	本人の能力やその時の気分に応じて一人ひとりにあった楽しみや役割を見つけ、張り合いのある生活が出来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	本人の気分や希望に応じて近所を散歩したり、買い物・ドライブなどに出掛けている。	外出の希望がある人は職員が同伴して出かけている。職員が役場に出かける時も利用者にも声をかけ希望があれば一緒に行っている。通院介助はドライブを兼ねて利用者の気晴らしの支援を行っている。	

グループホーム あかり

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	本人の希望を家族の納得の上で能力に応じてお金を所持したり使えるようにしている。		
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	利用者の希望や精神的な状況に応じて、電話をかけ家族と会話することで安心できるように支援している。		
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	共有空間を家庭的な雰囲気の中で季節を感じられるような装飾や料理(おせち・ちまき・鍋料理など)に心掛けている。	玄関には利用者には懐かしい火鉢の上にやかんが置いてある。季節の花が飾られ、季節の装飾品は利用者も一緒に作っている。リビングやトイレ、浴室など掃除が行き届いており、気になる臭気もない。テーブルの下には利用者に合わせて足置きが置かれており、居心地のいい空間となっている。	
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	玄関のベンチや2階フロアのソファで話したり歌ったりしている。		
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	本人が使い慣れた物を使用してもらい、自分の居室が理解でき安心して生活できるように支援している。	利用者が馴染みのある時計、テレビ、ぬいぐるみなどが置かれ、家族の協力を得て毛布や掛け布団も持ち込まれている。一人ひとりが安心して過ごせる部屋となっている。	
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	本人の能力に合わせて職員が一緒に見守りや声掛けしながら活動意欲が低下しないように支援している。		