

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	1090400183		
法人名	ケアサブライズシステム株式会社		
事業所名	グループホームかりん		
所在地	群馬県伊勢崎市寿町70-1		
自己評価作成日	平成30年9月20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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php
----------	---

【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30年10月12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)】

職員が一丸となり毎日明るい楽しい安心できる生活の場を作れるように取り組んでいます。細心の注意、気づきをし医療機関と密に連絡を行っています。誕生日会、外出行事、季節料理、団体、個人、の慰問を頻回に行い季節感と地域の交流に力を入れて取り組んでいます。利用者の個性、ライフスタイルに合った支援をしています。

【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)】

自立度が高い利用者に対して、職員はこれまでの利用者一人ひとりのライフスタイルを把握することで、その利用者に合った外出や食事の支援、余暇の過ごし方、手伝い等を提供している。利用者に着ち着きと社会性、安心感が見てとれるのは、日常から職員が尊厳に配慮した接遇を心掛け、対応していることによる。また、共用空間の飾り付けも時期の物を取り入れ季節感があり、大人らしい雰囲気の物になっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
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	毎月の職員会議で理念の唱和を全員で行い理念に基づき実践に繋げています。	利用者が望むことに応え、その人らしさを尊重したケアができるよう、職員間で理念に基づいた意識の統一を図っている。ホーム長により会話を通した理念の修正、注意喚起が行われている。	
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	地域のお祭り、廃品回収に参加、協力し交流しながら繋がっている。	日常的に利用者が散歩や買い物に出掛けることで地域住民と関わりを持つ機会がある他、回覧板により地域の情報を得たり、事業所の見学会の案内をする等交流を図る努力をしている。	事業所開設後4年が経過したので、困難な点もあるが、日常的な交流ができるような策を講じてほしい。
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	面会、訪問、見学に来られた方々から認知症についてご質問があった際は役立つ情報を提供しています。		
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	毎月の行事報告、現状報告の中で満足して頂いている様子を写真と一緒に見て頂き意見を参考にしています。	隔月ごとに家族、区長、民生委員、市担当者の出席のもと開催されている。行事、利用者の現状報告の他、ヒヤリハット報告もしている。出席者の意見を活かし、サービスの向上に反映させている。	
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取り組んでいる	担当者、GH担当課長が窓口となり日頃からホームの実状やサービスの取り組みを伝え積極的に協力関係を築けるよう取り組んでいます。	主に法人の担当課長、ホーム長が窓口となり、認定調査の立会いや行政への報告、相談を行い、日頃から相互に協力、連携がとれるような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	ホームの全職員は身体拘束について正しく理解しており身体拘束をしないケアに取り組んでいます。玄関の施錠は散歩時、天候をみて開錠し常態化しない様に取り組んでいます。	毎月の会議の中で身体拘束のないケアについて理解を深め、実践に活かしている。玄関の開錠、拘束となる用具の不使用、スピーチロックを意識した接遇を心掛けている。	
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	職員会議や研修、本社からの虐待に関する通達などで常に虐待防止に取り組んでいます。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度については職員会議、藤和研修で学び必要性をご家族や職員間で話し合い活用できるよう支援している。		
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	契約の締結、解約、改定等の際は、利用者やご家族等の不安や疑問を尋ね管理者が締結、解約、改定文を読み上げ十分な説明をし利用者やご家族の理解、納得を得ています。		
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	運営推進会議や面会時、などで利用者やご家族から意見要望を聞き管理者ならび職員、市役所担当者地区役員の方々にも伝え協力を頂いています。ご家族様にアンケートを実施しています。	運営推進会議や面会時に家族と話をする機会があり、意見や要望を聞いている。利用者とは日常会話を通して要望を把握しケアに反映させている。また、介護計画に取り入れ要望に応じている。	
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	個別の面談などで職員の提案や意見を会議で活用するなど実践に繋がるようにしている	年2回、定期的に面談があり、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。また、運営や勤務についての具体的な要望やレクレーションについての提案等も日常的な会話を通してできる環境にある。	
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	個々が向上心を持って働けるように人事考課表を作成し働きやすい職場環境に努めています。		
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	法人内の研修や他研修に参加、資格を取得する勉強もアドバイスしながら行っている		
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	研修、などに参加する事で他事業所との交流ができサービスの質に繋がっていると思う		

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	見学、利用申し込み時契約時に事前に本人からお困りの事、希望を聞き会話をしていくなかで信頼関係を築いていきます。		
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	見学、利用申し込み時契約時に事前に本人からお困りの事、希望を聞き会話を増やしていくなかで信頼関係を築いていきます。		
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	基本情報、フェイスシート作成で二津陽な支援計画を作成、本人やご家族に説明を行い対応しています。		
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	理念にあるその人らしい生活を支援しながら本人と供に暮らす事に努めて出来ない事をさりげなく優しく援助していきます		
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	職員はご家族にも協力をお願いして受診のさいは同行をお願いしていきます。		
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	本人の馴染みの人や近所の方の面会が途切れない様に日常的に訪問面会にきていただけるようお願いをしています	在宅時からの生活パターンを崩さず、友人関係も維持できるよう、家事や趣味等長年の習慣や、テレビを観ること、好きな歌を楽しむこと、友人との外食、銀行への外出等を支援している。	
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	利用者が孤立しないように関わり支え合いの合うもの同士や合わない利用者には職員が間にはいるように支援しています。		

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
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	サービスが終了してもご家族の不安や心配の相談に応じたりできるようにしています		
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	一人ひとりの暮らし方の希望思いに耳を傾け実践できるように検討し都度対応しています	会いたい人、やりたいこと、困っていること、嫌なこと等、利用者の具体的な思いに耳を傾け、その様子を見、状態を知ることによって、一人ひとりの意向を把握することに努めている。	その人の持っている力を保つ為に、各利用者に合った個別性のある介護計画が作成できるように、さらなる思いの把握に努めてほしい。
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	一人ひとりの生活履歴はご本人やご家族からの聞きとりやケアマネと連携し把握できるようにしています		
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	フェイスシートや個人情報をを基本としケアプランを作成、プランに添ったケアを実践しながら生活の現状を観察しています。		
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	毎月のカンファでケアマネを含めた職員で日頃から本人、家族、関係者からの聞き取りをもとに意見やアイデアを反映し現状におけるケア計画を作成。	ケアマネジャーが毎月モニタリングをし、カンファレンスに出席している。職員間で課題に対する解決策や意見を出し合い、利用者の要望や家族の意見を取り入れて介護計画の見直しに繋げている。	
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	日常の様子、ケアの実践、結果気づき工夫をケア記録に記入し職員間で共有しながらケア実践やケア計画の見直しに活かしている		
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	その都度必要な支援やサービスを多機能にわたり出来るよう医療とも連携し取り組んでいます		

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
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	訪問美容、医療連携、お祭りの参加、外出、外食等々の支援を通じて本人が安全で豊かな暮らしを楽しめる様、援助しています。		
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	医療機関の受診は基本ご家族支援としています。必要に応じて職員も同行し本人、ご家族の納得の得られたかかりつけ医と事業所との関係を築きながら適切な医療が受けられるように援助しています。	利用者は協力医や在宅時からのかかりつけ医の往診を定期的に受けている。専門医への受診は家族に報告後、連携訪問看護師に相談してから適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	職員は日常のケアの中で気づきなどを連携訪問の看護師に電話連絡や連携ノートにて伝え相談し利用者が適切な受診や看護を受けられるようにしている		
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。	入院した際には管理者や職員が基本情報などを入院先に持参し同行訪問し病院関係者との情報交換や相談に努めています。管理者とは電話連絡や訪問を通じて関係づくりをしています。		
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	GHで出来る事を十分に家族に説明し早い段階から重度化、週末期の過ごし方について希望をお聞きし重ね重ね確認しながら連携訪問看護師、連携医師ケアマネ、職員と支援に取り組むようにしています。	重度化、終末期については入居時から段階的に説明している。利用者や家族の希望があれば医療機関の協力を得た上で、これまでの経験を活かし看取りに取り組むことを職員間で共有している。	
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	定期的に会議や研修会、救命講習会に参加し応急手当やAEDの使用法、初期対応の訓練で利用者の急変や、事故発生時の対応をしている。		
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	毎月火災を想定して昼夜を問わず利用者が避難できるように訓練を行っています。会議で地震や水害対策の研修も行いました。	消防署立会いの総合避難訓練と毎月、地震や水害を想定した自主訓練を実施している。業者による火災設備の保守点検も行われている。備蓄として3日分の水、米、食料品等を用意している。	

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
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	会議研修でプライバシーについて話し合い利用者の生活や性格を理解し人格を尊重しプライバシーに配慮している。	トイレ誘導や入浴時の声掛けは利用者に配慮し、プライバシーに関することは個別に相談にのっている。異なった背景を持つ利用者同士の相性も考慮し、丁寧な接遇と利用者の自由を尊重している。	
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	日常生活の会話の中でアセスメントしながら希望を聞き取っています。		
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	利用者一人ひとりの個々のペースで生活が出来るように意思や希望を聞いています。		
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	起床時、入浴後、トイレ後、外出時、それぞれ、その都度対応しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	目で楽しめる様に彩りや盛り付けに工夫をこらし提供をしています。テーブル拭き、食器洗い、拭きを利用者と行っています。	食事は職員が手作りしている。嗜好に応じて代替品が提供されることもあり、食事も好きな時間にとれる。家族や友人、利用者全員で出かける外食や伝統的な行事食を楽しむ支援をしている。	
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	W/2カロリー、栄養のバランスが取れた食材が届き提供しています。食事量、水分量は実施記録に記入しています。		
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	毎食後声かけにて誘導行っています。義歯使用の利用者には毎夜預かり消毒を行っています。介助が必要な方は仕上げ磨きをしています。		

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
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	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄のパターンに合わせて声掛け、誘導を行っています。	排泄チェック表に基づき個別に声掛け、誘導を行っている。自立者であっても外出時や夜間には職員が排泄後の確認をし、使用する排泄用品にも工夫をする等、失敗のない自立支援に努めている。	
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	毎食、毎食に野菜を使った献立があります。起床時の牛乳の提供や水分摂取の促しをしています。		
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	入浴の曜日決めず、入りたい時に入浴出来るよう取り組んでいます。夜間の入浴は安全を確保し行っています。	利用者の希望に沿って入浴支援をしている。連日でも入浴することもあるが、足浴で代替することもある。失禁時には夜間であっても入浴を促している。	
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	居室で休まれる方、ソファで過ごされる方、テーブルで過ごされる方等々その方に合った休息の時間を支援提供しています。		
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	用法、用量は連携医師の指示に従っています。内服の目的や副作用については理解しています。錠剤内服が困難のかたには散剤にて対応、内服介助を行っています。		
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	会議、カンファで話し合い一人ひとりに合った役割楽しみ方を支援しています。草むしり、回覧板の付き添い、買い物支援などです。		
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	天候に合わせてテラスにでて外気浴日光浴をしています。散歩だったり、回覧板まわし、食材の買い出しに、職員と行く等です。	日常的には近所への散歩や食材、日用品の買い物に出掛け、野菜作りや外気浴の為テラスに出ることもある。月に1度、利用者全員で食事に行く機会を設け、外出を楽しむ支援をしている。	

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
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	金銭の管理が出来る方がいないのでホームで預かり管理しています。個別で買い物に行かれる方は職員が付き添い買い物の支援を行っています。		
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	希望される時に職員が取り次ぎ対応をしています。また家族からのお電話も取次対応しています。1名携帯使用の方がおります。		
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	一人ひとり好きな場所で過ごせるよう、くつろげるようソファの配置テーブル、季節の共同製作作品を飾るなどし、スペースを工夫しています。	共用空間には季節の物を取り入れた手作り作品が大人らしさをもって飾られている。特有の臭いもなく清潔で、利用者が集まって過ごす空間としてテーブルやソファの配置にも工夫がみられる。	
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	個性や、ライフスタイルを考慮し利用者同士の気の合った席、ソファの配置をしています。合わない方には一人がけを提供、利用していただきます。		
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、本人、家族と相談し使い慣れた好みの物を持参して頂くよう、安心して生活できるような工夫をしています。	自分の興味や関心がある品が持ち込まれ、自分らしさがある居室になっている。カレンダーや時計も設置され、職員の工夫と配慮によって、安心感のある生活の場が提供されている。	
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	本人の希望や出来る事の見出し、安全と安心を第1ととらえ自立の喜びと生きがいづくりを支援していきます。		