

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	3271800454		
法人名	社会医療法人 仁寿会		
事業所名	グループホームかわもと「あいあいの家」		
所在地	鳥根県邑智郡川本町川本376-4		
自己評価作成日	令和元年11月22日	評価結果市町村受理日	令和2年2月13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	2/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=32
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	鳥根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	令和2年1月17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)】

今年度より生活機能向上連携加算・口腔衛生管理体制加算を始め専門職の指示を受けグループホームにて効率的により良いケアを提供できるようにしている。4年前より始めた、認知症カフェを昨年からは、町内のグループホーム共催で行っている。3年前より認知症サポーター養成講座を行い、地域の方や学生に認知症についての理解を深めてもらい地域で認知症の方を見守る体制がとれるよう取り組んでいる。又、高校の福祉学習、大学医学部、看護学生の地域医療学習の受け入れなど世代を超えた触れ合い・交流の機会を提供している。近隣商店への食材の買い物・調理・掃除・美容院・遠足・地域の行事参加など、入居者の役割や楽しみの提供に配慮している。母体が社会医療法人であり、24時間連携をもっているため医師による指導を行い、異常の早期発見に努めている。職員は、法人内・外部の研修に参加し、部署内で勉強会を行いケアの見直しを図り、入居者の個々の生活のペースに合わせて行動し、家庭的な雰囲気を保つよう心掛け、事業所の理念に基づきケアを行っている。

【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)】

椅子やソファーなどに着物を利用して作った座布団を敷くなど細やかに配慮し、家庭的で生活感のある環境づくりをしている。職員はケアや業務のことについて毎日話し合い、理念や接遇、身体拘束、行動目標などを確認しながら利用者の状況に即した支援をすることに努めている。利用者は生け花やお化粧・マッサージなど楽しみのある生活をし、法人施設の専門職の助言を受けて口腔ケアやリハビリなど細やかな支援を受けている。地域医療の拠点として活躍する法人の協力を得て、高校生や医療の研修生などとの交流を積極的に行っている。

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	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
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	・住宅街の一角に位置し、短文で分かりやすい理念を掲げ、朝礼時に唱和し日々のケアへの実践を意識している。	偶数日、奇数日にあわせて理念、月間目標、接遇目標などの唱和を行い、意識付けをしながら実践することに努めている。	
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	・毎日、近隣の商店へ買い物へ行き、馴染みの美容院・理髪店へ行き、地域の方々の交流の場になっている。	買い物や理・美容院に出かけたり、カフェ、地域の産業祭などに参加している。「まちごとキャンパス」では定期的に高校生の来訪があり交流している。	
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	・高校の福祉体験学習の受け入れ、認知症カフェを月1回実施して地域の方に認知症に対する講習会を行い相談にのっている。		
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	・2か月に1回運営推進会議を開催し、活動報告をし色々な立場の方々から事業部への意見を聞き取りをしている。	利用者の状況や活動を報告し助言を受けている。身体拘束廃止の話し合いでは取り組みを伝えて意見交換を行い共有化に努めている。	
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	・運営推進会議に参加してもらい、意見交換をし日頃から報告・相談をして情報の共有をしている。	日頃から報告や情報交換を行い、合同で認知症サポーター養成講座を行うなど協力して取り組んでいる。	
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	・身体拘束マニュアルに従い、入り口の鍵は夜間のみ施錠し、部署内で勉強会を行い、日々の申し送り時・連絡帳にてケアを振り返り職員間でお互いに点検している。	毎月身体拘束廃止対策目標を挙げ、言葉使いにも気をつけて取り組んでいる。センサーマットは使用せずリスクに対しては鈴で対応している。	
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逃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	・虐待防止マニュアルを基に、部署内で勉強会を行い、日々の申し送り時・ケア会議時等で職員間でお互いに点検し注意している。		

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
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	・部署内で研修会を行い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	・契約書、重要事項説明書 契約時には利用料の説明や、起こり得る病気(骨折・肺炎)事故などの説明をし同意を得るようにしている。		
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	・アンケート、意見箱、家族経過支援 玄関にアンケート用紙、意見箱を設けている。面会時、電話時にて意見交換に努め、利用者へは、日常で発せられた言葉を生活記録に書き留めケアへ反映させている。	利用者も多数運営推進会議に参加している。家族からは面会時や電話などで意見を聞き、年2回、家族と交流する機会をつくっている。	
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	・午後の記録の時間を意見交換の場に充てている。朝・夕の申し送りの時間にも意見を聞き、自務局や他の部署と連携をとり、意見や提案を反映させている。	申し送りの時間や、午後の記録の時間を利用してケアや業務のことなど自由に意見交換を行い、一緒に検討しながら改善に繋げている。連絡ノートを活用している。	
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	・人事担当者は、自己申告、意向調査を定期的に行い各自と面談を行い意見交換をし、ステップアップの提案や家庭・職場環境への配慮調整に取り組んでいる。		
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	・人材育成を最大の目的とする人事制度の導入により人材育成に取り組んでいる。		
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	・近隣のグループホームと合同で認知症カフェを行い、医師会の研修などに参加しより良い質の向上を目指している。		

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	・アセスメント、個人ファイル、連絡帳作成前に面会・聞き取りを行い生活状況の把握をしてコミュニケーションをとっている。		
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	・アセスメント 見学、申し込み時に相談に努めている。		
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	・状況を確認し必要と思われるサービスの説明を行い、柔軟な対応に努めている。		
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	・アセスメント、個人ファイル、連絡帳作成前に面会・聞き取りを行い生活状況の把握をしてコミュニケーションをとっている。		
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	・あいあいの家だより、毎月のお便り、ご本人の近況報告をしている。アドバンス・ケア・プランニングの聞き取りをして本人又は家族の思いの聞き取りをしている。		
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	・アセスメント 行きつけの食品店、理美容院などを利用している。散歩で会った時は、知人を誘って面会に来てもらうよう声をかけている。	行きつけの店や理・美容院に定期的に出かけられるよう支援している。家族と外出したり、姪や甥などの面会がある。	
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	・入居者同士の関係を把握し、全員で過ごす時間、気の合う人と過ごす時間、個別に過ごす時間の調整をしている。		

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
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	・情報提供書 退居時にお渡しをし、状況に応じて他の介護サービス等の説明をしている。入院中の方にも定期的に面会をしている。		
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	・アセスメント 日々の関わりのなかで話を聞き、個別の要望の把握に努めている。	日頃の関わりの中で思いの把握に努めプランに反映させている。今年度は「アドバンス・ケア・プランニング」シートを使用し、利用者と家族が話し合って暮らし方の希望や将来のケアの聞き取りを行った。	
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	・アセスメント、個人ファイル 入居前に自宅訪問を心がけ、家族などから情報収集している。		
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	・個別ファイル、連絡帳 生活のリズムを把握し、本人の「言葉」に耳を傾け、大切に書き留めるようにしている。		
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	・個別ケアノート、介護計画会議 遠方の家族が多いため、面会時・電話などで聞き取りに努めている。朝と昼の記録の時間に意見交換をして計画に反映している。	毎月リスクケア会議での意見をもとにモニタリングを行っている。3ヶ月に1回、PTのプランに合わせて見直しを行い、記録を次の計画に繋げている。	
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	・個別ケアノート、モニタリング 3か月で介護計画を見直している。細かい変更は、随時行い情報を共有している。		
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	・定期受診・緊急時搬送介助などニーズに合わせる対応に配慮している。		

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	・近隣の商店、自治会長、民生委員へ協力をお願いしている。		
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	・訪問診療 かかりつけ医の継続に努め、変更の場合は、事前に紹介状にて安心して医療を受けられるようにつとめている。	希望のかかりつけ医を継続し、内科・整形・歯科・皮膚科の訪問診療がある。必要時は受診の支援をしている。法人の在宅診療科と連携し安心して医療が受けられる体制を整え対応している。	
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	・訪問診療、訪問看護 母体が社会医療法人であり、病院が数分の場所にあり受診時や出向いた折りに相談、助言をもらっている。		
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。	・入院中の様子など、相談員を通じて情報を共有し早期退院への連携を行っている。		
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	・方針に基づき、本人、家族の意向を聞き取り、主治医、訪問看護、職員と相談し今後の方針を決定し連携に努めている。	利用者、家族の意向を確認している。状況に合わせて関係者が話し合い、法人施設と連携して支援している。	
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	・緊急マニュアル、院内研修、応急手当の研修会に参加し伝達講習しケアに努めている。		
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	・防災訓練 定期的に防災訓練を行い、自治会との協力体制を整えるよう努めている。	毎月、火災、地震、水害などを想定した訓練を実施し、年2回、総合訓練を行っている。地域の人の協力がある。夜勤前は必ずシミュレーションをしている。居室入り口に手づくりの防災頭巾を備えている。	

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	・ケア会議、日々の申し送り時など職員間で意識の向上を図るようにし、プライバシーの保護に気を配っている。	「ゆっくり話す」「よく聞く」など接遇目標を挙げて取り組み、声の大きさにも注意し利用者を尊重した対応を心がけている。トイレの入り口をカーテンにし開閉時に中が見えないように工夫している。	
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	・入居者を交えて日々の献立を考えたり、買い物に出かけ、暮らしの中で意識的に希望を引き出すように努めている。		
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	・入居者のその日にできる事、できない事を見極め、本人、一人ひとりの状態や思いに配慮し柔軟に対応している。		
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	・衣服は本人に選んでもらうか一緒に選び、洗面所の化粧鏡にて確認してもらう。行きつけの理美容院や訪問美容を利用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	・献立決め、準備、買い物、片付けなど職員と一緒にいき季節感を大切に。月1回のお弁当の日、誕生会、行事、年末忘年会など。	食事は手作りし、利用者は盛りつけや洗い物、膳拭きなどできることを行っている。毎月弁当の日を設けたりおやつづくりを行い、一緒に楽しめる場をつくっている。	
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	・個々の状況に合わせて、小盛り、刻み、ミキサー食、糖尿病などに対応している。1日1400cc以上の水分補給に努め、摂取量は、個別記録に記載している。		
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	・毎月1回訪問診療を連携歯科医院にしてもらい、職員が口腔ケアの助言を受け、毎食後、歯磨きの声掛けをし、指導や介助・一部介助を行い一人一人に合わせたケアを行っている。		

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
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	・排泄チェックボード、生活記録表 個々の排泄パターンを把握し、ボードにて随時声掛け介助をしている。	利用者の排泄パターンを理解し、声かけや見守りを行い状況に合わせた支援をしている。	
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	・排泄チェックボード、生活記録表 個々に把握し、服薬調整、運動量の確保、乳製品の摂取などしている。十分な水分補給に努めている。		
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	・毎日入浴可能で、個別に声掛けしている。	午前中に入浴が多いが、利用者の状況に合わせて柔軟に対応している。シャワーチェアを使用し浴槽に入れない人にも身体が十分温まるように配慮して対応している。	
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	・入り口を開けたままの方、夜間灯を使用する方など本人のペースを把握し安眠を提供している。		
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	・個々の処方箋、薬効を個別ファイルに綴じ、薬は事務所のお薬カレンダーで管理、確認している。		
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	・一人ひとり、その日の役割を見つけ、提供するよう声掛けしている。		
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	・1日1回の買い物に出かけ、定期的に理美容院へのお出かけ、家族と外出で自宅へ帰宅、墓参り、職員と地域の行事参加をしている。	地域の催し物に参加して落語を聞いたり、花見や遠足に出かけて食事をするなど外出の機会をつくっている。下の畑でサツマイモなどの野菜をつくり収穫を楽しんでいる。	

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
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	・お小遣いが自己管理できる方には、買い物時なるべく自分で支払いを促している。		
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	・お手紙、宅配が届くと返事を促し、電話は、携帯電話が使える方は、持ち込み自由に話し、それ以外の方は、事業所の電話で通話の取次ぎをしている。		
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	・中央にアイルランド型キッチンを配置し、みんなが集まりやすい空間を確保している。着物の古着でイスやソファのカバーを作り、居室には、自宅の写真を飾り懐かしい落ち着いた雰囲気が出せるよう工夫している。	匂いや日差しにも配慮し、季節感や家庭的な雰囲気のある環境づくりをしている。危険予知訓練でトイレ、浴室、台所など環境の見直しを行い、安全に暮らせる環境づくりに取り組んでいる。	
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	・畳の間、ソファにて個別になれる空間、集まれる空間を確保している。		
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	・入居時に、何でも持ち込めることを説明し、生活に合わせて家族と相談している。	どの居室にも実家の写真を飾り、濡れタオルで湿度に配慮したり、夜間足下が明るいうちにスタンドを置き細やかに気配りをしている。ベッドや家具の配置を検討しリスクの少ない居室づくりをしている。	
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	・床はクッション性のある物を使用し、転倒時外傷を最小限にとどめている。トイレ、浴室のドアを色分けし分かり易く工夫している。居室には手作りの表札をかけている。		