

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	1072100561		
法人名	有限会社 グループホームひらかわ		
事業所名	グループホーム ひらかわ		
所在地	群馬県高崎市中里見町597-9		
自己評価作成日	平成27年07月25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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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3-9-8
訪問調査日	平成28年8月28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)】

はるなのすそ野、緑豊かで四季折々の草木に囲まれ、ゆったり・のんびりと生活していただけるホームです。巡り合った縁を大切に最後まで(職員と利用者が大家族のように)お世話させていただきます。また、安心・安全のために、火災報知機・スプリンクラーの設置も行いました。快適な空間・環境作りとして、オゾン発生器を使用。24時間クリーンな空気を提供しています。野菜をたくさん盛り込んだ食事も大好評です。また、平成23年2月に有料老人ホームがオープンし、慰問や入居者の方々と交流をしています。平成27年12月に浴槽をリホーム。新浴槽は、個々に新しいお湯になり清潔に、快適に入浴ができます。

【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)】

日常生活では車椅子を移動の手段と職員は共有しており、車椅子からテーブルの椅子に座り替えている。リハビリとしてテーブルの周りのつかまり立ちの練習や歩行訓練を毎日行い筋力の低下に備えている。利用者は姿勢が良く食欲もあり、綺麗なたたずまいが確認できた。また、各人の個性に合わせてできることはやらせよう等、繰り返し継続されている。洗濯物干しやたたみ等、一日1回でも一緒にできる場面作りを行い、生活を意欲的に続けられるように、いつまでも一緒に生活できるように支援をしている。

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

[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	日常生活の中で、地域の方と顔なじみになり、立ち話もする。お年寄りの今後について相談にのる。	利用者の状態は変化もあるが、それでも利用者一人一人がゆったりとのんびりと意欲を持って毎日が過ごせるよう、職員の顔ぶれに変化も無く理念を意識し馴染みの支援をしている。		
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	行事に参加、散歩、床屋、商店を通じて交流有。季節行事には参加。花を見に家庭訪問。産直などに出かける。花公園に、自施設の花壇を設け花植えを行った。	地域の住民が訪問してくれたり、商店を使っている。ふらっと出ていった人を知らせてくれたこともあり地域の協力も得られている。実習生・地域ボランティアを受け入れている。		
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	近所のお年寄りを訪問したり、家族と症状について話をしている。			
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	サービス状況報告をし、意見交換しながら今後の方針を立てる。入居者の相談、管理者の方向性を相談する。	定期的に開催され、家族・区長・民生委員・市の関係者が出席し活動・日常生活・研修・外部評価結果報告等を行い、意見が出されて話し合いが行われている。		
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	運営推進委員会の時に、市町村担当者に実情ケア取り組みを伝えている。	日常的な報告や分からないことの質問等で連携している。介護相談員の訪問を楽しみにしている利用者もいる。		
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	身体拘束となりうる項目の把握はしている。拘束をしない、具体的内容の把握はしている。お互いが、拘束に対しての鏡となり質の向上を目指している。印刷物等があれば、配布している。	玄関は入浴時間の2時から4時半までは施錠しているがその他の時間は開錠されている。施錠することに関しては家族に了承してもらった。自走者の車いす使用以外の利用者には椅子に座り替えてもらっている。言葉使いについては研修を行い、職員同士で注意し合っている。		
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	虐待は、職員全体で心得ている。職員がお互いに、見配り役になる。			

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	研修に参加し、知識としてはあるが実際はまだない。管理者は、直面した事に応じてその都度話をするようにしている。		
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	読み上げ説明をして納得をしていただいている。他の施設への移動の場合は、仲介し不安を取り除くよう配慮し、安心して移れるようにする。		
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	意見箱を設置している。また、個々に聞きそれへの対応をしている。ご家族の意見は尊重し、今後の運営に役立てる。	家族に日常の様子を手紙で報告し家族からも情報をもらって支援に活かしている。本人からは表情からや職員が支援時・昼食時に情報を集めホーム長が統一し共有させている。	
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	聞く姿勢はある。職員会議など意見を聞いてよいと思うことには参考にする。また、運営推進委員会を活用している。	言葉使いに気を付け支援にあたること等職員間で話し合い、希望休や連休を融通しあう等、協力しあう関係性も良い。	
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	アイデア、考え方など働きやすい環境を作る。		
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	研修の機械を設ける。資格修得への協力を行う。		
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	西部ブロック研修会に参加。他施設へ訪問。気の合う同業者との食事界など、意見交流の場とする。		

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	入居間際は、不安定であるので日常生活すべてにおいて声かけ、添いで話を聞くようにしている。		
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	家族の不安を取り除くように、こちらから積極的に声かけをしている。		
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	家で家族がどんなことで困っているか、何を望まれているか(どうして欲しいか、具体的に)を聞くようにしている。		
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	認知症であっても個性としてとらえ大家族であるという意識でかかわる。《介護をしている》枠を取り除いて考える。		
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	本人だけではなく、家族を中心としたすべての方々との関係を大切にする広い意味の支援を考える。		
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	家族の方の配慮に頼り依頼があれば拒まない。家族の方と同行し面会に見える。顔なじみになるようにしている。	歌うことや聞くことが好きな利用者が多く、週に1度ボランティアが来訪し歌をうたい手拍子のきっかけを作ってくれ、入居後の馴染みになってきた。会話や指編み、絵本をめくる等を楽しんでいる。	
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	一人ひとりの行動に目を向けている。孤立はない。生活の中で、常に行動を見守る。隣の人とのコミュニケーションをつなぐ役目をする。		

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	家族の方との交流は、退居の場合電話や訪問で続くことも多い。		
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	出来ること、出来ないことを把握。言葉添え命に別状がなければ自分の好きにしていた。行動をする前には、常に意識を確認する。自分の生活用品・家具の持ち込みあり。	職員が担当制になっており、利用者の日常会話や様子から意向を把握している。家族からは、独自の様式[生活状況及びモニタリング]下部に[ご家族様のご意見]欄を設け、毎月郵送して記載された意見を検討している。	
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	入居前の状況、暮らし方を参考とし不穏時の心休める策とする。情報収集が大切。寄り添う姿勢。		
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	その日、その時の気分により暮らし方は自由。気分で寝たい時は、案内をし、安楽な体制を取ってもらう。		
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	アセスメントは、各担当の役目である。モニタリングをしあればその都度調整をする。身近な変化を把握し、危険回避を行っている。	毎月ケアマネが主に担当職員とモニタリングを実施。3ヵ月毎にアセスメント及び介護計画の見直しが行われている。状態の変化時等は随時見直しをしている。	
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	職員間の情報の共有は朝ミーティングで確認交換する。また、月一回のミーティングで、個々の状況変化を把握する。		
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	現在の方向と変わった時は、計画を立てる前に見守り、行動観察を行う。(一時的なこともあるので)今必要なことは何かを考える。		

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	近隣の方、商店の方とのコミュニケーション。週一回のボランティアや介護相談員とのふれあい。		
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	月二回の往診あり。健康管理。通院する前に連絡。受診(かかりつけ)は自由である。他科受診も自由である。ここでの受診に出向く、(家族の協力あり)ことは自由である。	入居時に説明しかかりつけ医の継続か協力医に変更している。協力医から紹介状をもらい他科診療時では連携している。事業所で受診の支援をしている。	
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	かかりつけ医・看護師との相談はあり。状態が急変し受診した翌日は、必ず、看護師からその後の状態確認の電話が来る。		
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。	主治医の経過報告を受ける。治療が長引くようであれば医療連携室に相談、退所して治療を受けるかなど相談をする。		
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	ターミナルケア実践。主治医指示のもと行う。ご家族に十分説明を受ける。入所時に家族の方向を聞く。重症化した時は主治医と方向性を決めていただき、ホームはそれに従う。	入居時に家族の意向を聞き、段階的に確認している。希望があり医療が必要でない場合は看取りの支援をする用意がある。職員には看取り介護について研修やミーティング時に説明している。今後も主治医と連携を深めたいと考えている。	
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	研修受講。避難訓練継続。		
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	地域協力体制あり。(隣保班)	隣接の事業所と合同で職員と利用者が参加して年に2回昼夜想定総合訓練を実施している。水・食料・カセットコンロ等の備蓄の用意がある。	事業所独自の自主訓練を実施して利用者の緊急時の行動を把握することや職員が安全に避難方法を身に付けられるようにしてほしい。

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	気分が壊れないよう心がけている。無理には行わない。職員のサービス業であるという自覚・行動の視点の徹底を心がけている。	車椅子からテーブル席の椅子や洗面台の前の椅子に移り替えている。職員は声掛けや表情に気を付けることを共有している。各利用者の個性に応じた声掛けや日常の活動を行っている。		
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	「どうしますか。」「行きますか。」本人の意思決定を重視している。			
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	食事時間など決まっているが遅れて食べても、ゆっくり食べても支障はない。一日が穏やかであれば特に決まりごとはない。			
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	季節を考え色・味を変え相応しくなければ適時交換又は本人に伝える。「今日は、どちらを着ますか？」など、選択決定。			
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	食材・皮むき・筋取り・切るなど参加型としている。献立を作るときは、希望を聞き相談しながら行う。季節、旬なものを提供することを心がけている。	食材を地域のスーパーに利用者と一緒に買いに行くこともある。常食やミキサー食、ゼリーで固めたり、一口大等の工夫でその人に合った形態で提供している。飲み物は10時に牛乳、3時には好きな物を提供している。	食事の献立を掲示することや声掛けと共に飲み物についてもメニューを活用する等、好きな飲み物を選択できる機会を作してほしい。	
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	一日のうち、水分・食事の摂取量を把握。自分で摂れない方は介助する。			
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	食後の口腔ケア、見守り介助、臥床の方は床で行う。			

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
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	利用者の機能形態に応じた支援。トイレ誘導など自力支援の方向。身体の状態に応じて、おむつをはずしてトイレ誘導をする。	夜間はおむつの人でも、昼はパットやリハパンを使用し個別で時間を見計らって声をかける等、トイレで座ってもらう排泄支援をしている。	
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	水分との関係。野菜を多め。動きの少ない方は、事前に主治医の指示のもと下剤を服用することもある。歩くことで、腸の運動を促す。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週三回。浴槽をリホーム。一人対応は以前と変わらないが、一人ひとりが新しい湯になり、清潔になった。皮膚疾患や感染症に威力を発揮している。	一日おきにほぼ全員が入浴している。入浴日は職員を4人体制にしてお湯を1回毎に入れ替え、楽しみになるよう支援している。入浴日以外は全衣類の更衣を毎朝している。	
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	夜間見守り。安楽姿勢保持への支援あり。布団を干し、包布の洗濯、定期的にシーツ交換をして快適な環境を作る。		
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	説明書あり。薬の変更時医師から説明がある。結果報告。口に入れ、飲み込むのを確認する。不安時は、調剤薬局又は、主治医に問い合わせる。		
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	仕事・趣味活動習い事に即して張り合いにつなげる。カラオケ、カルタドライブなど。季節に合った壁飾り制作や皮むき、洗濯物を畳む、干すなどの家事をしてもらう。		
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	周り、季節に合わせて屋外へ出かける。梅・桜・季節の花々を見に行くことあり。ドライブをしながら。空・天気を見て決める。家族との外出あり。	日常的には散歩や庭に出ること、食材の買い出しや草むしり、洗濯物干しでも陽や風にあたっている。季節の花見にドライブを兼ねて出かけている。	

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	個人力量によって、管理ができればそれに越したことはない。		
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	行う希望があれば添える努力を行う。手紙の代行。手紙などを読み伝える。家族、知人とのやり取りは、推奨する。		
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	快適な環境づくりを行っている。オゾン脱臭機使用。清掃・物置・植物・花などを活用。玄関には、植物などを置き落ち着いた環境を作る。	ボランティアと過ごし、共同で洗濯物たたみや筋力が低下しないように捕まり立ちや歩行練習をしている。食堂は不快な臭いも無く清潔である。	
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	テーブルの座る位置。個室なので、休むことはできる。		
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	入所時使い慣れたものの持ち込み、持ち物は新しくする必要なし。筆筒やご主人、ご家族の写真など身近なもの大切なものを持ち込んでもらう。	エアコン・ベッド・サイドテーブルが備えられているが、タンスや椅子、寝具等は持ち込まれている。家族の写真や日頃の作品・日用品・化粧品等が置かれている。不快な臭いはしない。	
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	出来ることは継続。出来ないことは、しないから出来ないのか、機能的に無理なのかを判断し安全な生活への支援。		