

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2891300044		
法人名	社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団		
事業所名	グループホーム村いちばんの元気者 (やすらぎの家ユニット)		
所在地	丹波市市島町上竹田2322-1		
自己評価作成日	H22/6/30	評価結果市町村受理日	2010年9月24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-kouhyou-hyogo.jp
----------	---

【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市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	平成22年8月10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)】

①利用者様がその人らしくいきいきと生活できるよう支援すること ②家族様が介護を安心して委ねられること ③地域の方を対象にした認知症理解のための啓発活動 ④利用者様主体の合唱団活動などのいきがづくりや仕事づくり ⑤職員の資質向上のための研修

【第三者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)】

「村いちばんの元気者」、開設当時105歳の特別養護老人ホーム入所者が名づけ親である。活字でも、声を出して読んでも元気が出てくるホームは丹波市の山間にあり、法人の特別養護老人ホームが併設されている。元気100倍合唱団や元気100倍屋台村の開催等利用者の持てる能力を最大限に活用する取り組みがなされている。日々の暮らしはできるだけ制限を少なくして、その時々のお気持ちに添うケアがなされている。職員は毎日ミーティングで認知症の勉強をし、理解を深める努力をしている。また重度化への対応で看護師を配置し、最期までその人らしく暮らせる支援の充実を図っている。認知症の地域への啓発活動にも積極的に取り組み、小、中学校や地域で講座を開催している。事業所はそのもてる知識と経験を活かし、今後も元気100倍の地域づくりに貢献されることを期待したい。
--

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している (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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	理念の共有し実践につなげている。業務優先になっている部分が今後の反省点。	利用者の笑顔に寄り添うケアにより「五つの大切」(家族的な暮らし、その人らしさ、家族とのきずな、地域とのつながり、安心・安全)を理念として、ミーティングや会議で確認している。リーダー、管理者が率先して意識して実践している。	
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	日常的に通院や買い物に出かけている。また、近所から野菜を頂くなどの触れ合いがある。今年の1月には利用者様で元気100倍合唱団を結成。地域の方を対象にコンサート活動を展開中である。	昨年は通院や買い物、近所へ散歩等約1000回外出した。利用者が合唱団を結成し、地域でコンサート活動を行う等地域との関わりが途切れない生活が継続支援されている。事業所は家庭介護の講座や相談援助を通して、経験や知識を活かした地域貢献がなされている。	
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	実践できている。認知症理解のための啓発、福祉学習会を小学校で実施した。		
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	実践している。	家族代表、地域代表、行政、事業所側代表で定期的開催している。会議を通し、家族代表から家族の家庭介護の難しさの話が出たり、地域の協力で利用者の合唱団の発表の場が広がっている。行政から運営推進会議のあり方の情報がもらえる等有意義な会議が進行している。第三者評価についても説明している。	
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	運営推進会議、グループホームネットワーク会議に丹波市介護保険課との円滑な関係が築かれている。	市との連携は密に取られていて、メールでもテーマ別に情報交換を行っている。グループホームネットワーク会議で認知症ケアの実態把握を協力して行う等地域のサービスの質の向上に向けた取り組みもなされている。	
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	身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	「拘束の意識調査」のアンケートを職員からとって気づきを促し、研修に代えている。ことばの暴力については日ごろから個別に管理者が指導している。	
7	(6)	○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	あったかサポートやOJTで虐待防止についての意識を高めている。	外部研修と内部研修、自己評価で学ぶ機会を持って、虐待の防止を徹底している。リーダーと管理者が通報窓口である。職員の長所を評価して声かけしたり、休みの取りやすい体制を整えたり、ストレスをためない配慮がなされている。	

自己	者 第三	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	(7)	○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	権利擁護についての研修に参加した。	職員の一部が外部研修に参加しているが、全職員の理解が必要と考え、ホーム内で伝達研修を徹底している。資料をもとに成年後見制度と日常生活利用援助事業について、家族に説明している。	
9	(8)	○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	都度、説明し、理解・納得を得るよう努めている。	入居までの流れのまとめと重要事項説明書、契約書で説明、納得を得ている。希望者には見学や体験をしてもらっている。料金等改定時は書面で説明している。	
10	(9)	○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	3ヶ月ごとのカンファレンスなどで、利用者様、家族様の意見を伺っており、反映できるよう努めている。	家族の集い(年一回)が始まった。利用者の希望の外出や家族からの看護師の配置希望等運営に反映させている。改善の経過や結果は毎月の便りや運営推進会議で伝えている。	
11	(10)	○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	毎日のミーティングや月1度のユニット会議で職員の意見を聞く機会を設けている。100%の反映はできてないが、調整する努力をしている。	「アイデアノート」(職員のアイデアを記入)や所長が全職員に個別面談をして出された意見や要望を集約して、普段の業務や事業計画に反映させている。その結果、食事前の嚥下体操や新たな食事メニュー等も取り入れた。	「アイデアノート」を大いに活用して、地域を巻き込んだユニークな取り組みを検討されてはいかがか。
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	利用者様の重度化によって夜間等の休憩がますます取りにくく、なってくる可能性がある。都度ユニット会議等で話し合っている。		
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	毎日のワンポイントOJTをはじめ、研修機会の確保に努めている。今後、接遇マナー等の研修が必要。		
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	丹波市内のグループホームでネットワークし、共に研ぎ合っている。		

自己	者	第三	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	本人様との信頼関係づくりの為に、特に初期の対応を重視している。		
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	サービス開始時の家族様それぞれのお気持ちを受け止め傾聴するよう努めている。		
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	インテークの情報を基に優先すべき支援内容を見極めている。		
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	介護する人、される人ではなく、一緒に料理や楽しい時を過ごす時間を共有する。業務優先、段取り優先の介護にならないよう努力している。		
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	共に支えあう関係が出来ている。本人様と家族様との絆はGHで大切にしたいことのひとつである。		
20	(11)		○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	遠方の方との関係の維持は難しい。通院や、買い物、喫茶店等に出かけることで、顔なじみの方と出会い、語らう機会となっている。	生活歴や家族からの追加情報、日々のケアや通院、買い物時に馴染みの人に会って情報をもらい、馴染みの関係の継続支援に努めている。元お弟子さんや近所の人を支援者としてケアプランに反映させている。	
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	利用者同士の趣味や相性を配慮しながら、なるべく孤立しないよう支援をしている。		

自己	者	第三	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	特養に移行された利用者と面会するなど。必要に応じて出来ている。		
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	(12)		○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	新人の支援員は、把握が不十分なところがあるが、本人の思いを知ろうと努力している。	新聞やチラシを題材にした日常会話の中から把握したり、ことば以外のサインを読み取る力を大切にしている。表情や動作を観察して、本人の思いや意向の把握に努めている。例えば摂取状況で、食欲や嗜好を判断する。	
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	アセスメントが不十分なところがある。		
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	把握に努めているが、もう少し心身状態と暮らし、現状を知る必要がある。		
26	(13)		○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	もう少し、詳細にモニタリングする必要がある。そのうえで、本人様、家族様、スタッフがより良い方向を目指したプランを作成したい。	計画作成者が担当職員、医師、栄養士の意見を入れて原案を作成、ケアカンファレンスで話し合い修正している。家族の同意を得て成立。担当職員が看護師の記録を確認して、日々モニタリングし、変化をもとに3ヶ月で計画作成者が見直しを行っている。	
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	ケース記録にはもっと多様な視点を記入する必要がある。さらに、ケアプランに活かす必要がある。		
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	サービス内容は利用者様のその時のニーズに合わせ、常に柔軟に組み入れている。(例. 買い物に行きたいときに支援する等)		

自己	者 第三	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	本人様に必要な地域資源を把握するだけでなく、もっと活用する必要がある。(例:近所の公園、図書館、いきいきサロン)		
30	(14)	○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	かかりつけ医との医療連携は密にできている。	すでに通院しているかかりつけ医の受診が支援されている。遠方の受診は家族が同行している。受診前後に家族と連携を取り合い、適切な情報が伝わるようにしている。	
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	利用者様が適切な医療を受けられるように、看護職と協力している。		
32	(15)	○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。	利用者様が、入院中も定期的に面談し、医療機関と情報交換している。	入院中は2日に1回見舞いに行き、利用者に安心してもらい医療機関や家族と情報交換し、状況把握に努めている。医療機関との連携で、早期退院につながる支援を心がけている。	
33	(16)	○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、事業所の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	重度化指針を入居契約時に説明し、同意を得ている。実際に重度化の課題に直面した時には、ケースごとに都度話し合う必要がある。また、看とりについては、ターミナルケアの知識・技術の習得が必要である。	終末期に向けた方針の共有は、本人や家族の意向を確認しながら契約時口頭で行い、対応方針を共有している。結果的に何人か看取りに近い利用者もいて、家族との話し合いもあり、現在も進行中である。	ターミナルの知識、技術も習得されて家族、利用者のご希望に沿えるよう努力を期待したい。
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	応急手当、事故発生に備えて全ての定期的な研修はある。職員の一部は若干不安を感じている。(新規採用スタッフなど)		
35	(17)	○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回防災訓練を実施しているが、万が一の時は地域の方の協力が不可欠であり、連携を図る必要がある。	年2回定期的に実施している。地域の方へ避難訓練のお知らせのチラシをポスティングもしている。6月は昼間の火災を想定した煙を出しての避難訓練を行い、自然災害時の備蓄も十分に確保され、全職員が危機管理意識を身につけている。	

自己	者第三	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	(18)	○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	お互いに言葉づかいを意識して、言葉かけや対応ができています。	言葉や声かけには、利用者の自尊心を傷つけないように心がけ、職員間でも注意し合える雰囲気作りに努めている。	
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	極力、一人ひとりの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。		
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	極力、一人ひとりのペースを大切に希望にそって支援を行っている。		
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	季節や気候、外出などシーンに合わせてみだしなみや、おしゃれができるよう支援している。		
40	(19)	○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	概ね、利用者と職員と一緒に準備や片づけを行っている。	昼食は法人の配食を利用、朝夕はメニューブックを開いて利用者の好みを聞き、一緒に買物に出かけ調理している。	
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	それぞれの身体状況に合わせてバランス良い食事と必要な水分が摂取できるよう支援している。		
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	毎食後の口腔ケアは、習慣化できていないが、就寝前は確実な声かけ、介助による口腔ケアができています。		

自己	者 第三	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	(20)	○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	チェック表などで排泄パターンを把握に努めているが、今後はさらに自立に向けた支援をしていきたい。	日中は排泄リズムを把握、トイレ誘導し、排泄の自立を心がけている。又毎ミーティング時、「気持ちの良い排泄は」のDVDケアシリーズを利用し、ワンポイント学習もしている。	
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	牛乳、バナナ、ヨーグルトなど、飲食物に工夫をしている。運動への働きかけが少ないので、今後の課題である。		
45	(21)	○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	お風呂は、よく入っておられる。季節の湯などもしている。個々に沿った支援をしている。無理に入っていたりなどとはしていない。	利用者の希望があれば毎日入浴、基本的には2日に1回の入浴、時間も昼間14:30～17:00で個浴の支援がなされている。	
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	夜にぐっすり眠れる様に、日中活動の活性化に努めている。シーツ交換の回数を増やすなど、安眠できる環境を整えたい。		
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	看護師を中心に一覧表を作成しているが、用法・効能の完全な理解はまだできていない。全員が確認していく。		
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	気分転換の外出支援をもう少し増やしたい。		
49	(22)	○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	出来るときに、どんどん出て行けるよう、外出をできるだけ実現できるようにする。家族の協力による外出は多い。	希望に沿って散歩や買物は日常的に出かけている。普段は行けないような恐竜展や福知山(あじさい寺)に行き喜んでもらっている。喫茶店に月2回出かけたり、買物に出かけたりなど、その時その時に支援している。	

自己	者	第三	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	あまりできていない。できる限り持っていた たく事が必要。お金を使う機会を作る。		
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	利用者によっては電話、手紙を要求される ニーズに応じてしている。		
52	(23)		○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	快適な空間となるようこまめに清掃や空調管理をしている。生け花、張り絵などで季節感を取り入れている。	自宅の延長として日当たり良いリビングで、居心地良い雰囲気過ごせるようにテーブルの配置を工夫している。利用者と共に花を飾り、壁には季節感ある写真や貼り絵などをしている。	
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	個室や、ホーム敷地内に一息つく場所を用意する等、工夫している。		
54	(24)		○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	本人様と家族でプライベート空間の設えをお願いしている。	居室は個性的で、それぞれの利用者と家族の意向で十分くつろげる場となっている。又その人らしい生活に必要な馴染みの物の持ち込みがある。	
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	トイレの表示など利用者にとって安全で分かりやすい環境づくりが出来るよう努力している。		