

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	1070900194		
法人名	社会福祉法人 山紫会		
事業所名	グループホーム 音和の家		
所在地	群馬県藤岡市藤岡2874-9		
自己評価作成日	平成31年2月14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三丁目9番8号		
訪問調査日	平成31年3月4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)】

緑豊かな自然に恵まれた環境の中に施設があります。理念に掲げられている『住み慣れた地域の中で利用者一人ひとりが尊厳を持って望む生活が送れるよう支援する。』とありますように利用者様お一人おひとり「そのとき、したいこと」が実現できて、生活の中で喜びを実感していただけるよう支援しております。グループホーム本来の『利用者職員と一緒に食事を作る』ということはありませんが、法人の管理栄養士の献立で副食が提供され栄養のバランスが取れているのではないかと思います。季節ごとに梅干作りや白菜付けなどおこなったり、ベランダで栽培しているミニトマトや春菊など利用者様が世話を下さり、食事の際に提供し楽しみの一つとなっています。職員・利用者様共に和気あいあいとした雰囲気の中で、その方にとって「できること」を大切に、支援させていただいております。

【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)】

新しい管理者になり、ミーティングの時間を職員が共通認識を図る場と位置付け、検討を重ねる機会を持った。その結果、職員が各利用者の入居前の生活を再認識できるようになり、活躍していた時の得意だったことや馴染みになっていたことを事業所でも発揮してもらえるよう、日常的に支援できるようになった。また、利用者に生き生きとしたお顔の表情が出てきたことで、これからも実践に向けて努力して行こうとしている様子が確認できた。

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 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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	入居者が地域の一員として生活できるように運営理念の中に規定している。理念を見やすいところに掲示し職員はその理念を共有して生活を支援している。	理念は事務所に掲示している。新規入職者には法人の理念と共に施設長から説明している。日頃から理念に沿った支援については話し合うことが少ないことを新管理者は感じている。	
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	地域のボランティア団体や個人の訪問があり交流が図られている。	地域の傾聴ボランティアが月に2~3回訪問している。中学生の社会勉強を受け入れている。地域の運動会に招待されている。	
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	家族に認知症について支援方法を話すことがある。また、個々の相談に応じている。		
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	運営推進会議で情報を公開している。利用者の参加もあり利用される側の意見を伝えサービスの向上に向けて取り組んでいる。	定期的に開催され、家族・利用者・第三者委員・区長・民生委員・市の担当者が出席している。事故・苦情・行事報告を行い、メンバーや利用者からも意見が出ている。	
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	必要時、電話で連絡を取っている。	管理者が事故報告等、必要時に電話や出向いている。家族の依頼で認定調査に立ち会っている。介護相談員の訪問がある。	
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	防犯上、夜間の施錠のみで通常玄関は開放されている。事業所内の身体拘束委員会にて拘束は廃止について活動している。	玄関の施錠や居室のカギは開錠している。スピーチロックに関しては、職員が気付き合うことを共有している。法人全体で3か月に1度、身体拘束に関する勉強会を行い学習している。	
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	事業所内で高齢者の虐待防止に関わる研修の機会を設け周知を図っている。		

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
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	事業所内で研修の機会を設けている。現在制度を利用されている方はおらず、活用するための支援はおこなっていない。		
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	十分に時間をかけ説明し、納得していただき契約して頂いている。		
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	相談・苦情の窓口として『意見箱』を設置している。寄せられた苦情は運営推進会議の場において参加者に伝えている。市の相談員の派遣を受け入れており、利用者と直接お話して頂いている。	家族からは電話や訪問時には現状を説明し意見を聞き、本人からは支援の場で聞いている。利用者から食事の好みや居室の掃除、白菜漬けや梅の選別等やりたいことの意味が出て反映させた。	
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	ミーティングや全体会議を通して随時職員から意見や提案を受け、できる事は実施している。ミーティングは管理者の一方向的な話ではなく、全ての職員が対等に話し合いができています。	家族に2カ月に1回日頃の様子を手紙で報告しているが、その内容をミーティングで話し合い職員が共有している。勤務シフトに関しては、希望を反映させている。	
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	代表者は職員が向上心を持って働けるよう職場環境の整備・向上に努力している。		
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	事業所内の内部・外部研修を計画的におこない知識を深めるよう取り組みをおこなっている。		
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	機会があればできるだけ参加したいと考えている。		

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
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	申し込み時や事前調査など又は利用開始時にアセスメントをおこない、生活上の課題・問題を抽出。聞き取りを充分におこなって本人との信頼関係を築けるよう努めている。		
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	入居前の情報を参考にしながら初期計画を立てるが、より本人に合った計画になるよう家族の思いを尊重した関係作りに努めている。		
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	必要性があれば、法人内の他のサービスや介護老人施設等を紹介するように努めている。主任会議などを通し法人内の連携はできている。		
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	入居者が生活の中心であると認識し、職員が利用者と一緒に活動したり利用者から学ぶことも多く良好な関係を築いている。		
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	家族との関係を密にし、要望・ニーズを受け入れ連携を取りながら入居者を支えあう関係を築いている。		
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	関係者が気軽に来所し、入居者と交流が図れるよう努めている。	知人との手紙のやり取り、電話の取次ぎ、楽器の練習、梅干漬けや板前歴の人には台所に入ってもらい洗い物からゴミ出しまで係わってもらい高崎市場へ外出等の支援をしている。	
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	共同でおこなう作業など職員が仲介する事があり、利用者同士が苦手とする部分を補ったり、見守りされることがある。		

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	特養に移った方などはグループホームとしてのサービス終了後も関わることがある。		
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	本人との会話の中から希望や意向を汲み取るようにしている。思いを伝えるのが難しい利用者は家族から聞き取りをおこなったり、表情や行動から本人本位に考えられるよう努めている。	利用者との日常会話を通して希望を聞き、日頃の様子から意向等推察している。家族からは、面会時や電話等で希望を確認したり、利用して行く中で聞き出すようにし、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	入居前の暮らし、介護情報を把握し生活を支援している。		
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	アセスメントにより把握するよう努めている。時には職員が手を掛けない状態での行動を観察し、本人が有する力を正確に測れるようにしている。		
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	本人・家族の意見をもとに計画を作成するよう努めている。介護計画の作成過程で実際におこなっている介護方法など職員の意見やアイデアも取り入れている。	ミーティング時に月1回モニタリングを実施している。介護計画の見直しは、認定期間毎にアセスメント・サービス担当者会議と共に行われている。今後、6ヵ月毎に計画の見直しを行う予定。	毎月実施されているモニタリングを活かし、些細な変化も介護計画に繋げる等、現状に即した計画の見直しをお願いしたい。
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	記録用紙は日誌とは別に用意し、個別に記入できるようになっている。		
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	家族が受診に行けない場合や個人の必要物品を家族がすぐに購入できない時など対応している。		

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	地域住民・民生委員・ボランティア・消防署等より協力を得ながら支援している。		
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、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	グループホームと提携している協力医療機関はあるが、本人の疾患や希望により協力医療機関以外の医師をかかりつけ医としている利用者もいる。また、歯科医に往診を依頼し義歯の調整や口腔ケアをおこなっている。	契約時に説明し選択してもらい、協力医による週1回の往診がある。かかりつけ医の受診は家族だが、体調不良者には職員が受診支援をしている。訪問歯科支援もあり病院に同伴している。	
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	現在、グループホームに看護師が非常勤で在職し個々の利用者の服薬管理・バイタルチェック等を行い、体調不良時の受診や看護を受けられるよう支援している		
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。	非常勤の看護師により協力医療機関との連携・情報交換及び相談に努めている。週1回、協力医療機関より担当医の往診を依頼し早期発見・早期治療ができるよう支援している。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族の希望を聞き取り、重度化された利用者には家族に看取りの説明をおこなっている。	入居時や希望者が出た場合は方針を説明し、段階的に協力医等の支援を受けながら、関係者が連携し、終末期に向けた支援を行う準備はあり、事例もある。	
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	事業所内において学習の機会を設けている。		
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	消防署の指導を受け、定期的に防災訓練を実施している。災害時のマニュアルも作成してある。	事業所独自で、消防署立ち合いの火災想定総合訓練と夜間想定自主訓練を実施している。備蓄は隣接施設の栄養課で水と食料を3日分用意している。	災害時に備え、事業所独自の自主訓練の実施回数を重ねて、利用者と職員が避難技術を身に付けてほしい。

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	一人ひとりの思いや訴えを否定せず共感し傾聴している。	仕事や活躍していた頃の得意なことや今やってみたいことをしてもらい、その際には感謝の気持ちを伝えている。財布を持参し買い物に出かけること等社会性の継続の支援もしている。	
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	本人の理解力に合わせた説明方法で、できるだけ本人に決めていただき納得していただけるようにしている。		
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、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	一人ひとりに対して過ごし方を問いかけて活動を決定するようにしているが、全て個人のペースに添えているわけではない。		
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	家族が理容に連れて行ける方は無く、事業所で理美容など業者に依頼している。個々の身だしなみやおしゃれなど自立されている方や言葉掛けをして本人ができるよう支援している。		
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	普段は法人の管理栄養士が立てた献立で副食を提供しており、好みに対応しているとは言いがたい。利用者の中には季節の旬の食材で調理をしたり、下膳・食器洗いを手伝っている。	隣接の施設で作ったものを提供し、職員も一緒に食べている。ご飯とみそ汁は事業所で作り、希望食は手作りおやつの際に提供している。毎食の献立表が掲示され、利用者がボードに書いて、読み上げている。	
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	法人の管理栄養士による献立で、一人ひとりに合わせた食事内容で提供している。水分摂取量も表を作成しチェックできるようにしている。		
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、一人ひとりに応じた口腔ケアをおこなっている。夕食後には義歯を預かり定期的に洗浄液に漬けて管理している。		

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
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	個々の排泄パターンや習慣を把握し、トイレで排泄ができるよう訴えがあった時や随時に誘導をおこなっている。	チェック表があり、各人の訴えや時間(2時間)で誘導している。夜間も含めトイレでの排泄を支援している。状態で居室にポータブルトイレを用意することもある。	
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	排泄チェック表にて排便の有無を確認し、便秘の改善に水分補給や毎日の体操などで取り組んでいるが、定期的に服薬されている方もいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回の入浴で基本的に時間を決めて実施している。入浴を拒まれたときには、時間をずらしたり翌日に変更して対応している。	週に2回から3回入浴しているが入浴の曜日が決められている。拒否した人には翌日も声を掛けて入浴しているが拒否した人には続けて声は掛けていない。二人対応で支援する人もいる。	入浴日の設定や曜日にとらわれずに、入浴できることの声掛けを行い、希望があれば支援に繋げてほしい。
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	一人ひとりの生活習慣を把握し、安眠や休息が取れるよう支援している。		
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	職員が確認しやすいよう服薬状況はファイリングしており、適切に服薬できるよう必要な介助をおこなっている。体調等の変化にも常時観察して、職員間で情報の共有を図っている。		
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	趣味や特技などを活かせるような環境づくりと楽しみや気分転換が図れるように支援している。季節に応じ、漬物作りなど食材の買出しから一緒におこなっている。		
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	本人に必要な物品の買い物に職員と一緒に出掛けたり、普段行くことのない卸売市場に昼食に提供する食材を買出しに行き来て調理されたり楽しまれている。	ベランダへは自由に入出入りできるように工夫して利用者が掃除したり、プランターに花を植え、水やりをしてくれている。買い物や隣接の事業所に出掛ける時もある。	

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	現金を所有されている方がいるが少額であり、実際には医療費等料金が発生する場合は立て替えている。		
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	希望のある利用者については電話をしたり、本人が書いた手紙を送ったりしている。		
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	玄関に季節の花を飾ったり。壁に装飾をするなどして季節感を出すよう配慮している。ホール・トイレ・浴室は常に清潔に保ち、利用者が心地よく過ごせるようにしている。	ベランダがあり、車いすの利用者も自由に自走している共用空間は不快な臭いはしない。四季折々の利用者の作品が高いところに掲示してある。車いすから椅子に座り替えている。	入居者の特徴を考慮して、季節感の分かる時期の作品を、利用者の目線に合わせて飾ってみてはいかがか。
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	利用者が思い思いに過ごせるようソファを配置したり、寛げるよう畳みスペースにこたつを置いている。		
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	居室には本人の使い慣れた家具を置いていただいたり、寝具も本人・家族と相談し好みものを使用していただいている。	窓から季節の移り変わりがよく分かる各居室には、筆筒や椅子、文庫本、市の広報、背広や衣類、ハンドバッグ等が持ち込まれ、個性的な居室作りがされている。不快に臭いはしない。	
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	一人ひとりの動作能力を活かせるようにしたり、転倒等の事故を予防するため安全に配慮した環境作りをおこなっている。		