

### 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   | 2770800809          |            |            |
| 法人名     | 株式会社かんでんジョイライフ (1F) |            |            |
| 事業所名    | グループホームしらさぎ         |            |            |
| 所在地     | 大阪府大阪市東住吉区今川八丁目3-10 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年3月10日          | 評価結果市町村受理日 | 平成23年6月30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 | <a href="http://www.osaka-fine-kohyo-">http://www.osaka-fine-kohyo-</a> |
|----------|---|

**【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階                  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年4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)】**

グループホームしらさぎの介助は、(出来ないことを補い支援する介護)ではなく、単に一般論としての(普通の行為をしていただく介護でもなく特性を分析し個々に(まあ普通にやっているよ)といった印象が残る生活環境づくり・行為への支援を中心に考えて対応しています。また(個)のみの視点でなく個と公の均衡のとれた視点からアプローチすることによって(社会性の維持)を考えます。直接的な(介護)(医療)(看護)などはあくまで利用者にとって(あくまでも使うもの)と捉えています。グループホームと家族との関係性として(グループホームは何でもさせていただきます、全てお任せ下さい)や(グループホームに協力してください)ではなく(利用者と共に支える)というスタンスで

**【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)】**

利用者が[ええ塩梅な暮らし]を実現するために、生活環境を整備し日常生活に対する支援を行うことにより、人間関係の温かさが感じられるようなホームとすることを目標に、職員一同一致して努力している。管理者は長年の経験から、利用者が共同生活をする中で個性と社会性とのバランスを考えた対応を進める事の必要性を強く認識し、これを推進している。地域住民との交流については、各種地元行事に参加し、毎月発行の(しらさぎ新報)を近隣に配布するなど、その拡大発展に努めている。

**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<br>↓該当するものに○印   | 項目   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)             | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○ 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○ 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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  |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |  |  |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                            | グループホームしらすぎの理念・目標を成文化し掲げ、会議などでもそれに基づいて話し合われる。     | 理念として(ええ塩梅)な暮らしを掲げよい状態を1日でも長くすることを目標にしている。職員も其れを具体化して支援に生かしている。    |  |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                            | 回覧板をまわしたり、近所の商店なども利用している。町内会の行事(敬老・花見)などにも参加。     | 二つの町内会に入会している。町内会の回覧板は利用者也読んでいる。地域振興センターの行事で花見や赤い羽根募金にも参加している。     |  |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                          | 地域のボランティアサークルなどを対象とした認知症研修会の企画実施など                |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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       | 特に運営推進会議での意見などによる大きな利点など生じていないが、有効な意見があれば取り入れている。 | 運営推進会議には町内会長や民生委員、地域包括支援センターの職員、グループホーム職員、家族も参加して半年に1回程度、開催している。   | 外部からの主要参加者のスケジュールが合わないため開催回数が少ない。開催日、時間などをよく調整して、2ヶ月に1回程度開催し、地域の理解や協力関係の構築が望まれる。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                  | 特に必要性がない  | 大阪市の関係課へは管理者が訪問して、必要な相談や情報の交換を行っている。                               |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介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 | マニュアルを用いた指導を行っている。                                | 身体拘束はが利用者にも与える影響の重大性について職員に教育指導し、身体拘束は原則としてしない方針であり屋間は玄関の施錠をしていない。 |  |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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       | スタッフ会議などで話し合われる機会あり。                              |  |  |

| 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<br>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    | 常時ではないがスタッフ会議などで話し合われている。      |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 説明時に質疑応答している。<br>家族懇談など実施している。 |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 職員へ直接意見をされるので、運営に反映している。       | 家族からの意見や要望は、年3、4回開催している家族会での発言やホーム訪問時に親しく話した時の発言などを職員一同が共有し、日々の支援に反映している。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 3～4ヶ月に一度「家族会」を実施。              | フロアユニット会議は毎月1回は開催し、運営全般にわたる意見を交換している。本社への業務改善提案制度もある。良い意見は運営に反映している。      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 成果制度のシステムに個別懇談などあり。            |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 会社主導でOJTに取り組んでいる。              |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 同業者連絡会を設置、参加している。              |   |                   |

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |   |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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 | サービス導入までにデータを収集し対応。                               |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | サービス導入までにデータを収集し対応。「出来ること・出来ないこと」を明確に伝えるよう努力している。 |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 速やかに暫定的ケアプランを作成している。                              |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 日常の家事など各々に合わせ理解できる範囲で共に行っている。                     |   |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 家族間の関係性の改善に取り組んでいる。                               |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 自宅の隣人の来訪あり。                                       | ホーム訪問に便利であった赤バス[地域循環バス]が廃止になり来訪者に影響が出ている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 適時コーディネートしている。                                    |   |                   |

| 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<br>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                    | ご家族から相談の場合は対応している。                  |   |                   |
| <b>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</b> |      |  |                                     |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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   | 日課などその人にとって「普通と感じられる」内容で対応。         | 利用者との会話の中で、その発言内容が本心を表しているのかを考え、真意を把握するように努めている。。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 東京センター方式および独自の様式を活用。                |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 定期的にあセスメントを行っている。                   |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 現場スタッフによるモニタリングを実施し介護計画作成の参考にしてている。 | ケアスタッフ、ケアマネジャーとモニタリングし、家族とも意見交換して介護計画を作成している。     |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 実施されている。                            |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 採算性の範囲内で行っている。                      |   |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 各々に合わせた地域・社会資源を活用している。         |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 個別対応を実施。                       | 従来からのかかりつけ医がある場合は家族が同行して受診している。それが無い場合は家族と話し合い合意のうえ協力医で対応している。                        |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 訪問看護導入済み                       |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 日常より連絡を密にしている。                 |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 契約時に話し合われており、状況にあわせて対応もなされている。 | ホームの基本方針は利用者の自立支援にあり、重度化した場合は病院などを紹介している。それが無い場合は家族と協議し合意のうえ協力医で対応している。               |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | マニュアル化されている                    |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 消防訓練・防災訓練の年2回実施                | 今年度中にスプリンクラーを設置の予定である。防災訓練・消防訓練も年2回実施している。近くの特別養護老人ホームや地域の商店街の人と連携し支援協力を得られる体制となっている。 |                   |

| 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 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | ニーズを把握して対応している。                          | 基本的には利用者の方を何々さんと呼ぶなど言葉や態度に配慮し誇りやプライバシーを損ねないように気をつけている。                                 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 各々が「自己決定した」という印象が残る対応・誘導をしている。           |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 各々が「普通と感られる」ニーズへの対応がなされている。              |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 機会を提供している。                               |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 各々の理解力・判断力・正確などに合わせた対応を行っている。            | 食材は業者からの宅配であり、献立は決まっているが、調理や配膳、片付けは職員と利用者の出来る方が一緒に行っている。誕生日や行事には利用者の希望を聞いて料理を作り楽しんでいる。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 食材納入業者の栄養士によるメニューを使用。                    |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 必要にあわせた対応。<br>歯科衛生士による週1回の指導<br>歯科医の訪問など |  |                   |

| 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<br>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                              | 基本的にはトイレの使用                     | 排泄チェック表を作成し、利用者の習慣や特徴を職員が共有し、トイレ誘導し自立にむけた支援を行っている。                           |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 排泄パターンや状態を把握している。               |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                        | 個々が納得し自己決定したという印象が残る対応をしている。    | 基本として週2・3回入浴をしている。利用者の納得を得てから気持ちよく入浴してもらっている。利用者は平等意識が強いので一番風呂などカレンダーで決めている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 判断できない方には声掛けなどの対応をしている。         |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとり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   | 判断できない方には声掛けなどの対応をしている。         |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | データを把握し、個人および適したグループを設定し対応している。 |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | データを収集し必要な対応を行っている。             | 買い物もその人のニーズに合わせて出かける。家族の方と行く人もあり、ホームの車でイオンなどに一緒に行く。                          |                   |



| 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<br>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  | 個々の能力に合わせた対応をおこなっている        |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 個々の能力に合わせた対応をおこなっている        |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 中庭に花壇あり。                    | ゆったりとした共用空間にあまり飾り立てないよう落ち着いた配置でそれぞれの椅子、テーブル、テレビなどがあり、季節感も感じられる中庭もある。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 自然な状態でエリア分けがなされている。         |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室には可能な限り、馴染みのものを設置         | 利用者の方が今まで使っていた馴染みの家具や家族の写真、飾りなどを置き、心やすらぐ場所となっている。                    |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 自立しているという印象を得ていただけようになっている。 |  |                   |