

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	0470300260		
法人名	(有)ライフサポート		
事業所名	グループホーム オリーブ		
所在地	宮城県松陽台3丁目25-20		
自己評価作成日	平成12年11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	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成28年12月15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)】

『手を出しすぎない』をモットーに、持てる機能を維持していただけるよう『待つ』ことを心がけています。見守りと声掛けを重視して、笑顔で楽しく過ごしていただくことを目標としています。10年以上経験を積んだスタッフが5名おり、よりよいケアを目指して考え工夫をし、利用者様が『できること』が継続して行えるように支援しています。健康管理については、かかりつけ医を継続して受診できるように書面や電話での情報提供を行い、連携を維持しています。誤嚥性肺炎の予防のために訪問歯科を月4回導入し、口腔ケアと定期受診を実施。美味しく食べることができるよう配慮しています。

【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)】

塩竈市体育館と仙塩ゴルフ場が向かい合った、傾斜する道路沿いに「グループホーム オリーブ」がある。近くには、かかりつけ医として通院している北部診療所や入居者の馴染の薬局もある。入居者の半数近くが、車椅子利用であり「テラスで日向ぼっこが出来る」職員の声を反映して、竹林が眺められる場所に広く作り直した。目標達成計画に掲げている「地域の一員として、ホームへも足を運んで頂く」については取り組みがなかったが、夏にホーム行事としてバーベキュー大会を実施する事などを検討している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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				

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名グループホーム オリーブ)

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	運営理念を掲げ、共有はしているが、振り返り・見直しができているのが現状。	「利用者様の笑顔が私たちの喜び」を作成し、職員は「手を出しすぎない」「スマイル」を基本に、待つ姿勢を心掛けているが、振り返りはない。県のガイドラインに沿った見直しをお願いしたい。	
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	町内会行事への参加は継続して行っているが、積極的なかわりにはできていないのが現状。	ホームは町内会に加入している。町内の盆踊りは高齢者席が用意され、外出可能な入居者は全員参加している。目標達成計画の「地域への積極的関わり」が達成されていない。引き続き取り組んでいただきたい。	
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	現在、ホームから積極的な働きは行っていない。		
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	年6回奇数月に定期開催している。ホーム内での様子を中心に事例報告や事故報告などを相談。意見交換や助言をもらいサービスにつなげている。	奇数月の第3火曜日に、市職員・町内会長・家族・入居者で構成している。メンバーから出た夜間の施設については、身体拘束との関わりを話し合い、補助錠を玄関に取り付けた。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	利用者様やご家族様に関する問題が生じた際には、担当部署(長寿社会課・保護係)に報告相談をしている。	市が計画した、塩竈グループホーム事例検討会にケアマネが参加している。生活保護者の受け入れや認知症に関することで市に相談している。認知症を知る機会として、見学者を受け入れている。	
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	日中は玄関の鍵を開錠している。身体拘束になりうる事例が出た時には全体会議やその都度話し合いを持っている。	帰宅願望の入居者には、カーテンを開けて「暗くなってきたので、明日にしたら」と話し掛けたり、一緒に玄関の外まで出てみる事で、気持ちを落ち着かせる支援を心掛けている。拘束について話し合い、センサー設置やベッド柵の使用などを行っている。	
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	虐待防止の資料を作成・掲示。		

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	学ぶ機会を持つことができていない。		
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	入居時はもとより、その都度十分な説明をして理解を得ている。		
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	利用者様の状況を毎月書面で報告している。ご家族様が来所された際には意見や要望をくみ取り、ケアに反映されるようにしている。	毎月、入居者の様子を担当職員が手紙で知らせたり、変化に応じて電話連絡をし、家族の意向を聞いている。「頭が痛い」と訴える入居者の家族から、「ラムネを与えて」と言われ対応した。	
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	定例会議で全職員から意見を求め、プランの評価やケアの方法について検討し、実施できるように努めている。	毎月1回、モニタリング会議を兼ねて、職員から意見や要望を聞いている。前かがみになる入居者対策を話し合い、業者にも相談して、体を支えるクッションを家族に購入してもらい使用している。	
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	処遇改善加算を申請し、職員個々の実績を検討の上で給与への反映を行っている。		
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	外部研修は徐々に増やし、参加対象となるスタッフに声掛けを行っていた。		
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	市の事業者連絡会に参加し、同業者との顔合わせをしている程度。		

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	利用者様の状況に応じて、本人の要望や思いを聞き取っている。		
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	見学時の説明、入居前の実調では家族の思いを聞き入れ、契約時には不安が減らせるように不安や要望に耳を傾けている。		
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	問い合わせ・見学の際に入居以外の可能性があれば情報提供し検討していただくよう努めている。		
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	利用者様の状況に応じて、できる範囲の家事全般を分担し、利用者様が主体となる場面を作るようにしている。		
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	受診や外出、衣替え等の協力を求めながら、関係を築いていけるようにしている。		
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	家族や親せき等との関係は維持できているが、知人との関係は希薄になりつつある。	訪問の理容師が、以前からの馴染だった入居者が居る。自宅に行った際に「家(ホーム)に帰る」と言ったり、互いの部屋を行き来して、2~3人でおしゃべりするなど、ホームが馴染みの場所になっている。	
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	生活の中で利用者様同士が互いを気遣うことができるように支援している。		

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	長期入院等で退所された利用者様には、お見舞いを兼ねて訪問しお話を伺うなどしている。		
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	日常生活の中での会話や表情・仕草などから思いをくみ取り、状態に合わせて支援している。困難な方には簡潔な言葉で伝えている。	職員は、1対1の機会を大事にしている。目の動きや手の仕草で、話し掛けて良いかを判断したり、ウロウロと動く時は、洗濯物を一緒に干したりするなどしている。	
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	入所時の情報をもとに入所後には本人との会話や家族との会話の中から生活歴を聞き取り把握するようにしている。		
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	生活の中での仕草や言動に注意し見守りを行い、さりげなく触れたりケアを通して現状把握に努めている。		
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	利用者様のプランについては毎月のモニタリング会議で評価・改善点等の意見を求めている。本人や家族の意向を次のプランに反映できるようにしている。	職員が、モニタリング表に記入し、全体会議で検討し、ケアプランに反映し3か月に1度見直している。家族から「穏やかに」の要望で、席の配置を変えるなどし、入居者の状況に応じた対応をするようプランに入れた。	
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	利用者様自身の様子や気づいたことは個別記録に記載。変化や問題があれば業務日誌やノート使用し文書で申し送り、更に口頭での再確認をして共有している。		
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	本人や家族の要望・状況を踏まえた上で、外出や外泊の機会を依頼している。		

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	地域や他施設の行事に参加。利用者様が楽しめるようにしている。		
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	在宅時からのかかりつけ医を継続して受診できるように支援。受診時にはホームでの状態や変化を書面で情報提供している。必要に応じて電話での問い合わせや、職員の同行もある。	「前からの受診の様子」(食事や睡眠等身体状況)をかかりつけ医に持参する。受診後は、家族から聞いた内容を記録に残す。医師から「血圧が高いのでは」で、血圧測定書を持参した。	
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	看護師の配置なし。		
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。	入院時には医療機関への情報提供。退院時は、退院後に安心して生活できるように相談。不明なことは病棟に問い合わせをしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現状では看取りができる体制にない。重度化や終末期に向けてホームのできることでできないことを明確にする必要あり。	重要事項に「重度化した場合の指針」を記載している。入居者の急変時は、救急車対応することで家族の了承を得ている。看取りに関する医療機関との連携や職員の研修等をお願いしたい。	
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	全スタッフが応急手当や救急搬送時に対応できるように説明はしているが、訓練には至っていないので実施できるようにしてく。		
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	夜間想定での避難訓練を実施。防災器具等の点検は定期的に行っている。	消防設備訓練を11月に実施し、夜間想定での避難訓練を12月20日にする予定である。非常用食料として、米や缶詰は1週間分を用意しているが、飲料水の追加を考えている。地域住民の協力が無い。	地域住民との交流を積極的に持ち、ホームの防災訓練への参加について、運営推進会議を通して町内会に働きかける事をお願いしたい。夜間想定訓練もお願いしたい。

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	利用者様への声掛けや居室への入室。特に排泄介助に関してはプライバシーに配慮して支援している。	入居者一人ひとりに合わせて、用事の内容をその都度メモして渡したり、低い声や、具体的にゆっくりと分かり易く話すなど配慮している。入室の時は、ノックしたり、「部屋を見せて頂けますか」と必ず一声掛ける。	
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	利用者様の状況に応じて意思決定がしやすい声掛けをしている。表情や仕草からも思いをくみ取り、表現できるよう促している。		
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	団体での活動やケア時には、声掛けを行っているが無理強いすることなく支援している。		
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	利用者様の希望に沿い支援している。身体に危険が及ぶような場合には、本人に説明し理解を得ている。		
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	嗜好に応じて別メニューの提供もしている。誕生日には好みの食べ物を聞き提供。季節を感じられるよう、旬のものも提供している。利用者様には準備の一部や片付けを依頼している。	献立は職員が作成している。パンがゆや栄養補助食品なども取り入れている。時には、庭で採れた野菜や職員からの差し入れの果物が食卓に並ぶ。献立は専門家の助言が必要である。	
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	全利用者様の摂取量を記録。摂取量が少ない場合には、好みのものや市販の補助食品摂取を促している。		
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	希望者には月4回の訪問歯科を導入。利用者様には毎食後の口腔ケアの声掛け・介助を行っている。		

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	利用者様の排泄パターンや機能に応じて、トイレへの声掛け・誘導・見守りと一部介助を行っている。排泄中は危険のない範囲で戸の外で待つようにしている。	退院したオムツ利用者が、リハパンに改善した事例がある。職員は入居者のサイン(お腹を叩くなど)や、「トイレ大丈夫ですか」と声掛けするなど、自立に向けた支援を心掛けている。ホームにオムツ利用者はいない。	
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	野菜を多く取り入れるようにし、食事・水分補給・運動を心がけている。排便状況の確認を行うことでその人のパターンを把握している。改善されない場合は医師に相談し下剤の処方や調整を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	1日おきに入浴できるように支援している。季節によってはゆず湯やしょうぶ湯などを楽しんでいる。	1日3～4人位が午後に入浴する。1番風呂やシャワー浴など本人の希望に沿う添う支援をしている。入浴を拒む時は、「湯上りに、牛乳やコーラを飲みましょう」と声掛けしたり、担当職員を変えるなど対応している。	
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	起床・就寝は利用者様ごとのペースに合わせている。日中の静養については夜間の睡眠に影響が出ない程度で実施している。		
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	利用者様の身体・精神状況を観察記録。医師や薬剤師・家族に連絡相談をしている。		
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	利用者様ごとに趣味や役割を取り入れ、楽しみながら継続できるように支援している。		
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	日常では敷地内の畑作業・草取りを行っている。季節の行事で外に出る機会を増やすよう心掛けている。家族の協力のもと外食や孫との交流を楽しんでいる人もいるが全員ではない。	年間行事を立てている。全員参加で、初詣・花見・アヤマ祭り・七夕・芋煮(加瀬沼)など季節に合わせて出かけ、外食する事もある。通院時に、家族と一緒に外食したり、墓参りなどをする方もいる。	

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	家族に説明し、契約により金銭預かりを実施。自分で小遣いを管理している利用者様については小遣い帳を作成し一緒に金銭管理を行っている。		
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	利用者様の要望で電話を掛けることはできるようにしている。希望者には手紙の代筆や文章作成の支援を行っている。		
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	自然の風や明るさを取り入れるようにし、過度な冷暖房にならないよう配慮している。季節ごとに利用者様がレクリエーションで作成した飾り等を装飾している。	居間兼食堂は、天窗からの自然光で明るい。1日2回換気と室温と湿度が管理され、木のぬくもりと落ち着いた雰囲気である。壁には、手作りの雪だるまカレンダーが飾られ、小上がりは畳敷きで10枚の干支の絵に囲まれ、上に神棚が祭られてる。	
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	狭い空間の中ではあるが、利用者様ごとにテーブル席を確保・座敷も利用して他者との距離を保てるようにしている。		
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	入居時には使い慣れたなじみのものを搬入依頼している。新しいものを購入する際には、小さなものでもなじみのものを使用できるようにして貰っている。心地良さは個人により違うので、危険のない範囲で自由に居室を使ってもらっている。	ベッド・防災カーテン・仏壇等を持ち込んでいる。家族が訪問時に、一緒に写した写真が飾られ、自分で作成したぬり絵等が貼ってある。職員は「自分の事は自分で」と見守り、掃除した後は「有難う」と伝えている。	
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	共有スペースには必要最低限の掲示。各居室では利用者様に合わせて表札の高さや照明のひもの長さを変えている。		