

### 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	2472300066		
法人名	株式会社ソウセン		
事業所名	グループホーム はなの家		
所在地	三重県亀山市関町木崎1234番地		
自己評価作成日		評価結果市町村提出日	

※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://kaigos.pref.mie.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2472300066&amp;SCD=320□□">http://kaigos.pref.mie.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2472300066&amp;SCD=320□□</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会		
所在地	津市桜橋2丁目131		
訪問調査日	平成 22 年 11 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)】

静かで広いはなの家の敷地内を、天気の良い日はほぼ毎日散歩し、どの利用者も屋外に出て気分転換や四季の変化を感じて頂ける機会を多く作っている。  
 毎日の買い物・散歩・ミニドライブで地域との交流を図り、ミニドライブではペットボトル・トレーのリサイクル活動にも協力している。  
 身体的な介助も多い中、職員は利用者の言葉にいつも癒されながら頑張っている。

#### 【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)】

自然豊かな郊外、広い工場跡地に他事業所のデイサービスと隣接した2ユニットのグループホームで、研修熱心な施設長・管理者中心に利用者の持てる能力の発揮と生き生きとした生活を送り、自分らしさを取り戻すことができる支援をスタッフと共に考え実践している事業所である。

### 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				

## 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 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	ミーティングで職員全員が考えた分かりやすい理念を、よく見える場所(リビング・玄関)に掲示している。	事業所の理念を基に、毎年スタッフ全員で目標を策定し、リビング・玄関に掲示するとともにミーティングで確認しながら支援を実践している。	
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	散歩や毎日の買い物では、地元のお店屋さんに行ったりと地域と交流をしている。「はなの家」主催の春祭りを企画し、地域住民の参加交流も実践している。	亀山市北部コミュニティーセンターや近隣自治会を中心に、地域の行事や祭りに参加したり、ボランティア導入・老人クラブの菜園づくりなど、日常の散歩含め地域と積極的に関わっている。	
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	「はなの家」主催の春祭りで福祉の勉強会を行ったり、地域の中学生の1日福祉体験実習を受け入れ認知症の人の理解に繋げている。キャラバンメイト養成講座に職員も参加している。		
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	2ヶ月に1回(偶数月)開催している。各棟の近況報告や地域との連携について話し合いを行っている。	市担当者・コミュニティーセンター会長・地域自治会長・民生委員・福祉委員・利用者家族と利用者を招き、2ヶ月に1回の推進会議を開催している。	
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	法令上の解釈等、疑問があれば地域包括支援センターや広域連合に相談し、指導を仰いでいる。月1回の介護相談員の訪問もある。	広域連合・地域包括支援センターと情報交換・困難事例の検討、介護相談員の訪問も受け、市行政とも協力・協働関係が築かれている。	
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	ミーティングで内部研修を実施し、「身体拘束の具体的な行為」の正しい理解に努めている。居室の鍵はなく、玄関も昼間鍵をかける事はない。	拘束・虐待防止委員会を設置し、スタッフ全員で勉強会・研修を重ねて、拘束しないケアの実践をしている。対応での威圧・閉鎖的管理による拘束感のない開放的な管理がされている。	
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	虐待防止委員会を毎月1回実施している。3ヶ月ごとに虐待防止委員を各棟より選出し、防止に努めている。		

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	ミーティングで内部研修を実施し、権利擁護について理解を深めている。		
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	改定や見直しのときは、家族会を開催し、十分な説明を行っている。		
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	家族の訪問時やケアプラン説明時には必ず近況報告と家族の意見・要望を聞くように努めている。アンケートもとっている。	運営推進会議での家族の意見、家族アンケート・家族個別面談やミーティングでの介護者の気付きなどから、家族の意見や意向の把握に努めている。	
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	月1回のミーティングや個別対応で意見や提案を聞く機会を設けている。 意見や提案が出やすい環境に努め、代表者に報告している。	ミーティングやケア会議、勉強会や研修会を通しての意向や意見を管理者会議を経て、運営に反映させている。	
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	今年9月にキャリアパス制度を作成し、職位職責に応じた賃金体制にし、各自が目標ややりがいをもって働けるようにしている。		
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	会社内研修を月2回開催し、職員の資質向上に努めている。また、OJTを実施し、各職員に応じた教育をしている。		
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	三重県地域密着型サービス連合会、認知症介護指導者の大府ネットワーク、認知症ケア専門士協会、三重県居宅介護支援専門員協会等に参加し、情報交換や資質向上に努めている。		

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 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	サービス導入に至る各段階で、訪問・入居申請アセスメント・見学・体験入所(1ヵ月)を実施しており、本人の安心確保のための環境や関係づくりに努めている。		
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	サービス導入に至る各段階で、訪問・入居申請アセスメント・見学・体験入所(1ヵ月)を実施しており、不安・心配・要望等の傾聴に努め、家族との関係づくりを図っている。		
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	まず入所ありきでなく、本人と家族が必要としている支援を一緒に考え、柔軟な対応に努めている。		
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	お互い、共感しながら生活し、信頼関係が構築出来るように取り組んでいる。		
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	面会・誕生日会・家族会・ケアプランの説明等、いろいろな機会を通して話し合い関係構築に取り組んでいる。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	友人や親戚の方の面会や、自宅に帰られたり、家族と協力しながら関係が途切れないよう支援している。	利用者個々の持っている地域や人との関係を大切に、途絶えない関係の継続を支援している。	
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	一人ひとりの性格や利用者同士の関係を把握し、職員の見守り・声掛け・関わりを通して支え合えるように取り組んでいる。		

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	相談や支援の要請があればいつでも対応する。		
<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 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	一人ひとりの言葉や思いを大切に傾聴し、希望・意向の把握に努め、その情報をミーティングに持ち寄り、介護計画に反映している。	利用者との良好な関係作りに配慮し、会話や態度・表情から意向や意見の把握に努めている。又、対応場面での介護者の気付きをミーティングで検討し、対応や介護計画に生かしている。	
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	アセスメントを実施し、家族・本人・担当ケアマネージャーより情報の把握に努めている。		
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	「24時間個別ケア計画」により、一人ひとりの一日の過ごし方、有する力等の現状の把握に努めている。		
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	本人の状態が変化した時は、介護計画を見直している。基本的には3ヶ月に一度モニタリングを実施し、本人・家族等の要望を取り入れ、現状に即した介護計画を作成している。	介護の実践記録をケースカンファレンス・ミーティングで評価し、3ヶ月に1回の見直しを行っている。又、状況に適した介護計画の作成を行い、家族にも説明している。	
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	個別記録には本人の言葉や行動等を詳しく記入し、気付きを多くするように努めている。		
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	利用者が外食やコーヒーを飲みに行きたいと希望されたら、回転すしに行ったり関ロジにコーヒーを飲みに出かけたり柔軟に対応している。		

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	月・金にボランティアさんに来て頂き、手芸・折り紙などを楽しんだり、子供みこしの訪問なども喜ばれている。		
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	主治医の月1回の往診、年1回の健康診断、6ヶ月に1回の歯科検診を実施。1週間に2回(9月末まで)の訪問看護により適切な医療を受診できるよう支援している。	協力医(主治医)の月1回の往診やかかりつけ医の受診支援を家族と共に支援し、適切な医療が受けられるよう支援を実践している。	
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	個々の利用者に何か変化があれば24時間いつでも訪問看護師や主治医等に連絡、相談して対応している。その都度記録している。		
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。	入退院時には、ケースワーカーとの電話連絡や病院への訪問など情報交換や相談に努め、早期退院に向けた対応を行っている。		
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	「利用者の重度化した場合における対応に係る指針」を入居時に家族等に説明し、同意書をいただいている。	重度化や終末期の対応については利用当初から同意書で共有し、状況の変化に応じて医師・家族と相談しながら対応を決めている。	
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	訪問看護ステーションの医師に依頼し、応急手当や初期対応の勉強会を実施したり、普通救命講習を受講したり、実践力を身に付けるように努めている。		
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	消防訓練・災害訓練を実施している。夜間(夕方)の消防訓練も行う予定で地域との協力体制がとれるように話し合っている。	年2回の定期的な防火避難を実施すると共に、救急救命の講習会に参加、現地域防災会と合同の避難訓練を計画中である。	避難訓練を通して具体的な避難策を検討すると共に、地域ぐるみの防災訓練の早期実現と夜間体制時の避難訓練の実施を期待する。

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
<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 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	プライバシーの保護に関するマニュアルを理解し、実践できるように努めている。 一人ひとりの人格を尊重した言葉遣いや態度で接するように話し合い、心がけている。	毎月研修会を開き、誇りを傷つけない言葉かけや一人ひとりの要望・タイミングを理解し、必要な事だけケアする等利用者の人格を尊重し、不快感を感じない対応を考えて支援を実践している。	
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	意思表示や自己決定を大切にしてケアに努めている。思いや希望の表出が難しい利用者は、表情やアイコンタクト・ゼスチャーなどで読み取り、見極めている。		
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	パーソン・センタード・ケアに基づき、実践できるように努めている。		
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	理美容の利用支援やお化粧、外出時の洋服選びなど、その人に応じた支援をしている。		
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	献立を一緒に考えたり、毎日利用者と職員と一緒に買い物に出かけている。利用者の好みや力を考慮し盛り付け・配膳・下膳・後片付けを毎日一緒に実践している。	手作り献立・季節を感じる野菜を盛り込み、利用者と共に楽しく食事ができる工夫を凝らしている。適宜外食やおやつで利用者の嗜好が満足できるように配慮している。	
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	メニュー・食事や水分の摂取量・摂取状況を記録に記入し、把握に努めている。1日を通じて確保できるよう対応している。およそではあるが、月1回のカロリー計算も実施している。		
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	一人ひとりの能力に応じた口腔ケアを実施している。		

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	排泄の記録の記入により、個人の排泄パターンを把握し、トイレへの声掛けや誘導を行っている。昼間は一人ひとりの能力に応じて布パンツを使用したり、全利用者が介助のもとトイレでの排泄を実践している。	利用者個々の排泄パターンを理解し、誘導が先行しない支援を心掛けている。排泄支援では、利用者との良好な人間関係が必要不可欠であると考えている。	
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	乳製品や食物繊維を多く含んだ食物を摂取して頂くよう配慮している。適度な運動や腹部マッサージ等で予防に取り組んでいる。		
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	毎日入浴できるようにしている。一番風呂を希望されたり、畑仕事やテレビ番組が終わってからと個々の希望やタイミングに合わせて入浴して頂いている。	入浴は15時から17時、毎日入浴できる支援をしている。時により夜間の入浴希望に添える対応も実践している。	
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	一人ひとりの睡眠状況・体調等に応じて休息を自由にとって頂いたり、夜間は安眠出来るように昼間の適度な活動を考慮し、対応している。		
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	服薬の目的や副作用等は基本情報や個別医療ファイルにとじてあり、スタッフは常に確認出来るように努めている。定期・不定期の処方時は必ず薬の内容の紙を添付してもらっている。		
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	一人ひとりの生活歴や力を活かした役割分担がある。それは、家事作業であったり、畑仕事であったり、キーボード演奏を聴いたり、レク的なことであったり様々である。		
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	中学校の体育祭・外食・墓参り・選挙等、家族や地域の人の協力で出かけられる機会がある。	周辺の散歩、地域の行事や墓参り、日用品買い物等機会があるごとに利用者個々の希望も加味しながら日常的に外出ができる支援を実践している。	

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
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	お金を所持されている方はみえるが、使用したいとの希望はなく、実践には至っていない。		
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	いつでも希望があれば家族に電話したり、手紙が届いたりと自由にやり取りができるように支援している。		
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	玄関や洗面所には季節の花を飾ったり、リビングのテーブルには新聞・雑誌・ぬいぐるみ等を置き、居心地良く過ごせるように配慮している。	普段着的な飾りと少し手狭であるが自宅を思わせる共用空間である。トイレ・洗面所が個室側の廊下に配置されていて、プライバシーが守られる工夫がなされている。	
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	リビングではソファやテーブル席を自由に行き来し、利用者同士談笑したりテレビを見られたりと思い思いに寛いで頂いている。		
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	居室には本人の使い慣れた物や趣味の道具を持ってきて頂いている。家族や愛犬の写真も飾られている。	馴染みの調度品や趣味のキーボードを置き、思い出の写真等それぞれに居室を飾り、居心地良い居室を演出している。	
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	トイレ・居室は分かる様に明記しており、夜間はトイレは電気を点けたり、少しドアを開けておくなどしている。		