

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	塩竈市松陽台3-25-20		
自己評価作成日	令和 3年 11月 22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.kai gokensaku.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	令和 3年 12月 16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」モットーにできることを続けていけるよう「待つこと」を心掛けており、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けることを目標にしています。利用者様には役割を持ってもらうことで生活の中での満足度につなげています。かかりつけ医の継続受診では書面や電話での情報提供を行い連携し健康の維持に努めています。訪問歯科の定期的なケアで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)】

JR本塩釜駅から車で5～6分の所に、坂総合病院附属北部診療所や歯科、調剤薬局が並んでいる坂道を登り切った住宅地にホームは在り、道路からも分かり易い看板が設置されている。入居者にとって、無理なく出来る食事前後の手伝いや家事の役割を持ち、生き活きと過ごしている。コロナ禍で外出は難しいが、大人の塗り絵を楽しんだり、ドライブや近隣の散歩をしている。土に触れるのが好きな方は畑で野菜や花を育てたり、遅めの朝食を好む方は時間をずらして食す等、一人ひとりの生活習慣やペースを大切に支援している。目標達成計画の関連法に関する勉強会は道半ばで、引き続き検討していきたいとしている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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りや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
59	利用者は、職員が支援することで身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、やりがいと責任を持って働いている。 (参考項目:11,12)
60	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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
61	利用者は、医療機関との連携や、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
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		

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 オリーブ)「ユニット名 」

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踏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	理念を事務所と台所に掲示し、常に確認しながらケアを行えるようにしている。	3つの理念と、「手を出し過ぎない」や「スマイル～」のモットーを掲げている。職員は理念に沿って、一人ひとりの生活習慣や本人のペースを尊重するケアを実践している。	
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	町内会に加入はしているものの、コロナの影響もあり、行事等の参加はできていない。回覧板を通して地域の情報を得ている。	町内会自体が活動を自粛している為、回覧板での情報は少ない。入居者が毎年楽しみにしていた盆踊りでの交流も中止になっている。状況を見て、近所の高齢者とお茶を飲む機会を持ってないか検討したいとしている。	
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	ホームからの積極的な働きかけは行っていない現状。		
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	ホームでの様子や困難状況を報告。コロナ禍において集まるのが難しい状況もあり書面での報告が続いている。	メンバーは入居者代表、家族代表、地域代表、塩釜市職員である。入居者同士の関係性について話し合い、アドバイスもらった。運営推進会議を書面で3回開催していたが、それ以降の記録は確認できなかった。	サービスの質の向上を図る上で、概ね2か月に1回以上、活動状況を報告し、評価を受けるとともに必要な要望、助言を聞く機会であることから定期的会議開催を期待したい。
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	利用者様やご家族様に問題が生じた場合や不明な点がある時には、担当部署(長寿社会課・保護係)に報告・相談している。	塩竈市主催の「ケアマネ2市3町研修会」(塩竈市・多賀城市・利府町・七ヶ浜町)が、定期的開催している。生活保護受給者の、金銭面での相談をしアドバイスを得ている。	
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	委員会以外でも身体拘束になりうる事例が発生した際には、話し合いの場を設け随時対応している。	職員は資料で身体拘束・虐待について理解し、拘束の無いケアをしている。帰宅願望があり1人で外出する方に、「どうしましたか」と話し掛けたり、車でミニドライブをして気分転換をする等、臨機応変に対応している。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	関連法に関する勉強はなかなか実施できず、資料の配布にとどまっている。かかわりの中で職員の声のトーンが変わるなどした際には他の職員が対応するようにしている。	「身体拘束防止のための人権擁護委員会」を定期的に行い、関連する資料を職員に配布している。現場で随時指導をしているが、職員の定例会議等でも、資料を活用しての話し合いをお願いしたい。	

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
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	制度について学ぶ機会を持っていない。		
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	入居時に説明し理解を求めている。入居後も面会時に質問があれば、説明・回答を行っている。		
10	(7)	○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	ケアプランの更新時や面会時に意見や要望を聞き、入居者様のケアに反映させている。	面会時に聞いたり、プラン作成時にケアマネジャーが家族と電話で話し合い意見を聞いている。家族に薬剤の種類について医師の指示内容を説明し、本人が心地よい状態で生活出来る様反映させている。	
11	(8)	○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	定例会議を通してスタッフから意見を求めて、プランの評価やケアの改善点などを検討している。	毎月の職員会議で入居者一人ひとりのモニタリングを行い、ケアの取組の現状を5段階で評価している。職員が医師に相談し、本人の状態に合わせた服薬の増減や水分制限の改善に反映している。	
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	処遇改善加算を原資にスタッフの実績を検討し給与への反映を行っている。希望休を聞きシフトを作成し休みを取得しやすくしている。		
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	外部研修の機会はなかなか取れていない。日常業務を通じて介護技術の実践・意識の向上を目指している。		
14	(9)	○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	ほとんどできていない。ケアマネネットワーク等の研修会に参加している。	「塩竈市介護支援専門員研修会」がオンラインで行われ、自立支援のアセスメントについて学んでいる。すぐ側の薬局から、薬の内容について詳しく教えてもらっている。	

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居初期の段階から、事前の基本情報をもとに本人の思いや要望に耳を傾け信頼関係を築けるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前の調査の段階で要望や不安なこと、家族の本人に対する思いなどを聞き、関係を築いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	問い合わせや見学の段階で入所以外の可能性がある場合には情報提供を行い、他のサービスも検討していただくように努めている。		
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	利用者様の状況に応じてできる範囲での家事を一緒に行い、主体となれる場面を作るようにしている。		
19		○本人と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、衣替え等で協力を求めながら関係を築いている。		
20	(10)	○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	家族とかかりつけ医を受診したり、美容室に行く方もいる。知人友人との関係は希薄になりつつある。	入居時に事前のアセスメントを行い、馴染みの関係を把握している。通院で出かけた折に、親しくしている方と短時間だけ会ったり、職員の代筆で孫に手紙を送っている方もいる。	
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気づかいや助け合いができるようにスタッフも交えて関わりあえるよう支援している。		

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	長期入院等を経て退所された利用者様には電話連絡等その後の様子を伺うようにしている。		
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	(11)	○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	利用者様一人ひとりの会話や表情から希望や思いをくみ取り、状態・場面に合わせて支援している。	不安そうだと察した時、さりげなくトイレの近くまで誘導したり、入居者が話したそうにしている時、居室に促し1対1で話を伺う。みんなの前では言いにくいことを話せた後には、穏やかな表情が見られる。	
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	入居時の情報提供や調査で得たものをもとに、家族や本人の会話や行動の中から把握し不明な問いには確認している。		
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	生活の中で仕草や言動に注意しながら見守り、一対一で話を聞く機会も設けている。		
26	(12)	○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	毎月モニタリングを行い、職員からプランに対する評価や改善点の意見を求め、本人や家族の意向を取り入れながら、プランに反映している。	現在全員が要介護1である。掃除や食器拭きの家事手伝いや落ち葉掃き等、本人の得意分野の役割を持ち、生き生きと生活出来るようプランに入れている。	
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	利用者様自身の状態や変化を個人記録。日誌に記載。特変やケア内容の変更等あれば申し送りノートに記載し口頭での確認もやっている。		
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	ケアプランをもとにはしているが、本人の変化や家族の要望を踏まえてその時々に必要なケアを行っている。		

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
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	地域行事の参加、散歩を通して地域住民との交流を持ち楽しめる機会を作っている。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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に家族の付き添いで受診している。受診時にはホームでの様子を提供している。緊急時は救急車を要請して対応している。	入居前からのかかりつけ医を受診し、家族が同行している。日常の様子を口頭で伝え、詳細な情報が必要な場合は記録を医師に渡してもらっている。受診後は家族から診断結果を聞き、個人記録に記載している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護師の配置はない。		
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、また、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。又は、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を提供し、退院時には病棟を訪ねて状態を確認し、退院後に以前の生活に安心して戻れるよう相談に努めている。		
33	(14)	○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	入居時に重度化した場合の指針を重要事項説明書で確認説明。美利や医療行為が必要な場合の対応は行っていない。訪問診療を利用していた人はあり。急変時は救急搬送すること説明。	「共同生活が不可能となり、常時医療行為の必要が生じた場合、病院や他の施設への移動をお願いする」と、重要事項説明書にある対応をしている。他の施設を紹介したり、転院して最期は病院で亡くなったが、ぎりぎりまでホームで支援したこともある。	
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	応急処置・救急搬送に対応できるように説明を行っている。初期対応の実践訓練は行っていない。		
35	(15)	○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	夜間想定を含めた避難訓練を実施。通報の仕方を再確認している。	夜間と夕方想定で、火災の避難訓練をしている。耳が遠い入居者が多い為、声が届くか心配な面がある。市のハザードマップはあるが、ホームのマニュアルの整備がなされておらず、早急に検討するとしている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○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	利用者様の状態に合わせて時間を置いたり、違うスタッフが対応するなど言動を受け止めながら声がけを行っている。	掃除をする時は、本人に声掛けしてから居室に入っている。急いでいる場合無断で入ってしまうこともあるが、居室は本人のプライバシーゾーンであることを意識づけるようお願いしたい。	
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	意思決定がしやすい様な選択肢を提供し、本人のレベルや状況に合わせている。		
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	食事やレクリエーション等全体での声かけは行いながら無理強いせず個々の希望やペースに添えるよう努めている。		
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	本人の意向を優先している。極端な厚着や薄着などには理解を求めて調整している。衣替え時には本人の要望を家族に伝えている。		
40	(17)	○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	食事形態は本にの「状態や要望で柔軟に変更している。誕生日には好みの物が食べられるように選んでもらい提供。季節を感じられるよう努めている。	重い食材は配達を利用するが、スーパーで購入している。入居者とチラシを参考にしながらメニューを考えることもある。裏の畑の新筍で、筍ご飯を作ったり、誕生日には本人の好物が提供され笑顔が見られる。	
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	全利用者様の摂取状況を記録。摂取状況によっては代替食や高カロリー補助食品等を提供。本人の好みの温度がある場合は考慮している。		
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	毎食後口腔ケアの声がけ。介助を行っている。月1回の訪問歯科も導入している。		

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	(18)	○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	排泄状況を確認し、チェック表も活用しながら声がけや誘導を行っている。リハパンやパットの見直しも日々のケアの中で行っている。	半数の方は自分でトイレに行き、自立している。失敗した時には「用事があるから」と言い、居室か浴室にて対応している。入居時はリハパンだったが、チェック表を活用し軽失禁パンツに改善した方がいる。	
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	食事・水分補給・運動を心掛けている。自立している方の排便状況は無理のない範囲で確認している。		
45	(19)	○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、個々に応じた支援をしている	一日おきの入浴を基本にしている。可能限り希望する湯温やシャワー浴も実施。冬にはゆず湯を行っている。	冬は暖房、夏はサーキュレーターを使い脱衣室を快適な温度にしている。入浴剤や柚子を浮かべ季節を楽しんでいる。拒否する方でも、いざ入浴すると「気持ち良かった」と穏やかな表情になる。	
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・修身の時間には特にこだわらず、その人のペースに合わせている。明るくないと安心して眠れないと話す方は電灯をつけたまま休んでいる。		
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	チェックリストを用いて、用法・容量に間違いがないよう努めている。状態の変化を観察し受診時に報告している。		
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	季節や利用者様ごとの生活や趣味を取り入れてやりがいや楽しみを継続できるように支援している。		
49	(20)	○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。また、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	状態を考慮したうえで、近隣のへの散歩や、畑での作業を継続して行っている。気分転換をかねてテラスでの日光浴も勤めている。全体では季節ごとに外出の機会を設けている。	花が咲く季節に、桜めぐりのドライブをした。加瀬沼公園や新幹線基地をはじめ多賀城や利府、塩釜方面の桜のスポットを掛け持ちで楽しめた。日常的に外気に触れる支援もしている。	

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	お小遣いを持っている方は小遣い帳を作成し一緒に記入するなど支援している。ご自身の財布に小銭を持ち数えて安心している人もいる。		
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	利用者様の要望で家族や友人に電話を掛ける支援をしている。		
52	(21)	○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	食堂は温度・湿度に気を付け、過度な冷暖房にならないように配慮している。定期的な換気も行っている。季節感が感じられる飾りつけや作品掲示を行っている。	普段は一人ひとりの定席に座っているが、大きいソファで寛いだり、畳の上で正座をして食事をしている方もいる。安全に配慮して、歩くスペースには物は置いていない。下駄箱のそばに置いた椅子は、多様に使えるので重宝している。	
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	共有空間で一人の場所を確保するのは難しいが、席や場所の移動で一人になれたり、気の合う人と話ができるような居場所の確保をできるようにしている。		
54	(22)	○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家具好みの物の持ち込みをお願いしている。自分の塗り絵の作品や家族の写真を飾るなど自由に使えるように配慮している。	使い慣れた衣装ケースやハンガー掛け、家族の写真、仏壇と位牌等、馴染みの物に囲まれ安心感がある。入居前に猫を飼っていた方が、孫から贈られた猫のぬいぐるみを可愛がり大切にしている。	
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」や「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	表札以外にも目印となるものを置くなど、一人一人が認識しやすいようにしている。しょうめいなどはひもの長さを変えるなど使いやすいよう工夫している。		