

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	1271202762		
法人名	株式会社みくに		
事業所名	グループホームみくに松戸の園		
所在地	松戸市栄町西5-1324		
自己評価作成日	平成26年3月12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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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NPO共生		
所在地	千葉県柏市光ヶ丘団地3-3-404		
訪問調査日	平成26年3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)】

開設9年目に入り、利用者様の介護度も重くなり、昨年は4名の利用者様がお亡くなりになりました。最後をどの利用者様が迎えてもここで良かったと言って貰えるような個別ケアと看取りケアを行なっていきます。

【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)】

事業所では従前古崎中学校で、バザーを行っていたが、単に物品を販売するだけではなく、地域の理解を得、地域との和を進めるため、同系列の「栄の園」と一体で納涼祭やみくにカフェを実施し、住民に参加を呼び掛けている。
また、事業所では、3月は花見、4月は春の旅行、5月は家族の日、8月は納涼祭、9月は敬老会、10月はピクニック、11月は芋煮会、12月はクリスマス会に加え、2月・6月・9月・11月には外食等、家族にも参加をして貰える計画を立て、外出を支援している。

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				

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	自分にしてもらいたい事をそのように他の人にもしなさいという理念を①安全と清潔を保つ介護②生きがいつくりの介護③出来る事はして頂く介護の3つの介護方針として具体的にケアを行っている	多くの職員が定着し、事業所の理念や方針を理解している。昨年入職した19歳の新入スタッフには、所内のオリエンテーションの他、外部研修の受講や本部長及び管理者が担当し、理念と3つの介護方針を教育している。	
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	二ヶ月に一回の火災訓練や納涼祭へのボランティア、また子供会の運動会の参加等で交流を行っているが日常的な交流までには至っていない。	従前古崎中学校で、バザーを行っていたが、単に物品を販売するだけではなく、地域の理解を得、地域との和を進めるため、同系列の「菜の園」と一体で納涼祭やみくにカフェを実施し、住民に参加を呼び掛けている。	
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	運営推進会議では、スタッフが研修で学んだ事の勉強会を開いたり、ホームドクターによる口腔ケア等の学び会で一般の方にもご案内している。		
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	運営推進会議には、御利用者様やご家族様にも出席してもらいサービス内容について感想を言ってもらっている。ホームの課題については会のメンバーからアドバイスをいただいている。	地域包括支援センター、民生委員、介護相談員、地域住民、家族等の参加を得て開催し、行事報告に加え事故の防止策等について意見交換を行っている。また家族の率直な意見を聞き、日常のサービスに反映している。	
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に取り組んでいる	介護相談員を通して御利用者様の様子を知って頂き、またケアサービスの評価をして頂いている。	ホーム長がグループホーム協議会の事務局長を務めていることもあり、市との情報交換や協力関係も構築し易い環境にある。また、定期的に来訪する介護相談員を通して利用者の声を聞く事ができている。	
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	研修には積極的に参加しホーム内でその学びを復習しているが、周知が徹底されておらず改善しなければならないケースもある。玄関の開錠については未だ課題となっている。	外部研修が開催される際には職員を参加させるよう努めている。また、新入職員の研修資料にも「身体拘束をしないケア」のテキストが入っている。定例のフロアーミーティングでも、言葉による拘束に注意を促している。	
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	研修後には勉強会を開いてほかの職員とも情報を共有しているが、言葉による不適切なケアが未だ改善されていない。		

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	後見人がついているご利用者様が複数いる事から、実践の場で情報を収集している。		
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	金銭及び退所に関わる事に関しては十分に説明を行っている。		
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	運営推進会議、介護相談員の訪問及びカンファレンスにおいて要望や意見を吸い上げております。	半年に1回家族を交えたカンファレンスを行い、その際には家族の意向を詳しく聞いている。また、利用者の約半数の家族が面会に来所するのでその都度意見を聞いている。これらの意向や意見は運営に反映している。	
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	管理者会議、フロアミーティング、個別面談等において職員から要望や意見を聞く機会を作っている。	フロアミーティングは、意見を発表する場であり、決議事項を周知する場でもある。職員は経験豊かな方が多く、日常の業務の場や個人面談の場でも率直な意見を聞く事ができる。これらの意見は検討し、運営に反映している。	
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	客観的に評価できる人事考課シートを導入する事を検討しています。		
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	外部研修及び内部研修を最低年二回以上受講させている。また就業後一定期間指導付きのシフトを設けている。		
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	グループホーム協議会の会合、施設見学に参加している。		

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
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	本人から聞けない事がままあるが代わりにご家族から情報を得ている。ホームにいらした時にはホームの様子を見学して頂いている。		
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、面接等で現在の困りごとを聞いて入所にあたってはご家族様にご利用者様の情報を逐一報告している。		
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	入所前には必ず、今生活されている現場を訪問し事前に情報を入手したり、カンファレンスを開いてご家族様からも聞いたりしている。		
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	一緒に料理を作ったり掃除をしたり等の事は少ないが出来る事はして頂いている。		
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	家族には「家族の協力が必要なのでまめに会いに来て下さい」と伝えていきます。普段の様子を介護便りで届けたり、外出には家族にも参加してもらってます。		
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	入所当時は色々な方が来られても、月日が経つと次第に来なくなる傾向なので、ご利用者様にあって頂けるように個別支援しています。	利用者の家族構成は変化し段々疎遠になる傾向が見られるが、利用者が生活していた地域の美容院や店舗、薬局等を定期的に利用し、本人が地域や住民との馴染みの関係を継続できるように支援を行っている。	
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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様の相性があったり、またトラブル等で上手くいかない際には適宜席替えをしたりしています。入浴も個室が原則ですが、場合によっては入浴拒否のご利用者様の為に複数で入浴する事もあります。		

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
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	積極的な支援ではないが、ご様利用者様のご家族様がボランティアにいられたり、転院されたご利用者様のご家族がホームに気兼ねなく訪ねる環境づくりをしています。		
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	日々の生活の中での個々の発した言葉を記録に残し、本人の思い意向を知るための糸口になっている。	日々の密接な関わりの中で、利用者が何をしたか、どういう言葉を発したかを個々の記録用紙に記載し、利用者一人ひとりの希望や意向の把握に努めている。	
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	個人ファイルには入居時調査としてあるが、各職員がしっかり把握できるための工夫が必要。		
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	あえて日程表は作らず、個々に合わせて定期的にバイタルをとり日々アセスメントとしてとらえられるように観察している。		
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	不十分である、職員のアセスメント能力不足もあり、かなり困難状況だが毎月のミーティングに個人カンファの枠を設けていきたい。	利用者一人ひとりに対し、担当スタッフが決まっているので、それぞれがアセスメントを記入し、また普段の雑談の中から担当スタッフの意見を聞いてケアプランを立てている。日々の記録はモニタリングに用いられている。	
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	個人記録の書き方など統一されておらず、プランにどんどん書き込むよう促しているが実践されていない、更に学びや工夫が必要。		
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	これも課題のひとつである、プランにないサービスもどんどん加え実践していけるようにしたい。		

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
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	運動会、火災訓練、納涼祭等で地域の人に協力して頂いている。更に無断外出の様な時には地域の人が連携して協力して下さる事を検討している。		
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	主治医、訪問看護と連携しており看取りまで対応出来るようにしている。専門医とは入所後も連携して受診出来るように家族にお願いしている。	かかりつけ医は、1階・2階でそれぞれ月2回つまり毎週訪問診療が有る。その他、月に2回訪問看護師の対応もあり、歯科医も月2回の訪問診療が有る。医療連携ができていて、利用者の変化にいつでも対応できる。	
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	訪問看護とは24時間対応である。一ヶ月に一度はカンファレンスも行っている。		
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。	利用者様から指定されている医療機関に搬送してもらっている、入院中もスタッフが見舞いに行っている。退院の際にはサマリーをもらっている。		
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	看取りを行っている、入所時に家族から意思を確認している。看取りになった際には医療機関と必要に応じてカンファレンスを行っている。	重度化や終末期に関しては、入所時に説明し家族の意思を確認している。重度化に際しては、医師の指示書に基づき、訪問看護師が2週間程毎日来るのに加え、終末期の職員は2人体制を取っている。事業所では昨年に4人の看取りを行っている。	
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	訪問看護には指導を学んでいる。		
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	二ヶ月に一回、地域の方を迎えて火災訓練を行っている。	消防署が参加し年に1～2回避難訓練を実施している。また自主火災訓練は二ヶ月に一度行い、運営推進会議の参加者に協力してもらい、昼間時・夜間時を設定し行っている。3.11の大地震の際はピストン輸送で日大病院に避難した。	

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	介護負担に感情的に走ってしまうスタッフが いる。理念から離れてしまうケースがある。	便意を催した時に大きな声を出す利用者は、さりげなく誘導している。接遇に関してはホーム内で徹底した研修を行っている。今月の禁句は「ちょっと待って！」「〇〇したらだめよ！」「〇〇して！」を掲げ徹底している。	
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	スタッフからの言葉掛けが少ない、服を着るにしても選ばせないでスタッフが決めてしまっている。f		
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	日課はないが散歩や買い物に連れ出すようにしている。		
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	納涼祭などの行事には、口紅をつけ浴衣を着てもらっている。		
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	オリジナルメニュー、弁当出前などのバラエティーに食事内容を考えている。出来る人は調理や後片付けをお願いしている。	毎月1回は利用者と一緒にメニューを考え、近くのスーパーへ食材を買いに出かけ、調理に参加してもらっている。また外食の雰囲気を楽しんでもらうために宅配弁当や店屋物等をとったり、回転寿司など外食に出かける機会を設けている。	
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	食事量、形態は本人に合うように配慮している。		
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	毎食三回口腔ケアをしている、自立の方も歯磨きが出来ていない事もあるのでスタッフが介助している。		

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	重度の方でも二人介助でトイレに座ってもらい排泄している、	排泄記録をもとに定時に水分補給や排泄誘導を行い、また利用者の行動や表情からも誘導し、自立を支援している。夜間もトイレ誘導を基本としているが、利用者の状態により無理な誘導は控える事もある。	
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	日々排泄記録をつけ利用者様の排便状況をチェックしている、普段から牛乳などの水分摂取、運動などをし、それでも出ない場合は服薬を促している。		
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	入浴拒否のある方は、曜日時間を決めず毎日声掛けをしている。寝る前に入浴習慣のあった方には出来るだけ要望に応えている	入浴は週3回を基本としているが、希望があればいつでも可能である。入浴後身体に薬やローションを付けた場合は、その箇所を記入するなど、入浴の記録を備えつけ、個々に沿った支援をしている。	
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	医師から指示のある利用者様には、午前午後の臥床を促し、それ以外の利用者様には本人の意思を受容している。夜間安否確認時の言葉掛けなど配慮している。		
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	利用者様の医療情報をいつでも確認出来るようにしている。また誤薬のないよう声だし確認をし、服薬による状態変化も申し送りで伝え医療にも報告している。		
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	アセスメントで内容を拾い利用者様の個別の役割や楽しみを提供出来るようにしている。		
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	年間の外出計画を立てている。個別対応にも配慮し家族にも参加して頂きながら本人の行きたい所に同行してもらっている。	3月は花見、4月は春の旅行、5月は家族の日、8月は納涼祭、9月は敬老会、10月はピクニック、11月は芋煮会、12月はクリスマス会に加え、2月・6月・9月・11月には外食等、家族にも参加をして貰える計画を立て、外出を支援している。	

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
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	現在お小遣いを預かっている二人で、外出時買い物など使う機会を設けている。		
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	希望があれば電話を取り次いでいる、手紙もご了解を得て本人に読んであげるなどしている。		
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	毎月のカレンダーを入居者全員で作ったり、季節の花を飾ったりしている。	利用者がほぼ1日を過ごすリビングは広く、全員が参加し、月ごとに異なる絵を描いたカレンダーがきれいに飾ってあったり、季節の花が飾られているなど、非常に明るい色遣いで構成されている。また、廊下は車いすが2台すれ違える広さがある。	
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	交流の様子や性格などを考慮して席を配置している。また一人でいたい方には廊下にソファを置くなどして対応している。		
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	家族には部屋を自由に使ってもらいたいと伝えてあり、本人の大切な物を持って来て頂き、仏壇やこたつなど思い思いに仕上がっている。	居室は自宅の延長となっており、テレビで好きな番組を見たり、使い慣れた馴染みの家具等を持ち込み、また自分の好きな写真を部屋中飾ったりしている。部屋は可能な限り利用者とスタッフが共に清掃をする。	
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	歩行不安定な方には居室の導線に家具を配置したり、歩行器使用の方には常に使用出来るようにベット脇に置くなど配慮している。		