

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	2470700713		
法人名	有限会社 ころ		
事業所名	グループホーム ころ		
所在地	三重県松阪市八重田町 485-2		
自己評価作成日	平成 25年 6月 1日	評価結果市町提出日	平成 25年 8月 5日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaisokensaku.jp/24/index.php?action_kouhvu_detail_2013_022_kihon=true&JizvosvoCd=2470700713-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【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 25年 7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)】

1. 毎日行っている体操やレクリエーションで入居者同士のの良い関係ができ、個々に応じた体力の維持にも役立っている。
2. 全員で出掛ける事が難しくなってきたので、その人その人に応じたお出かけのプランを実践している。
3. 担当制にすることで、ケアプランと介護実践に責任を持ち、職員間の信頼関係を強めている。
4. 職員が認知症講座の講師となって、地域に向けて認知症の啓蒙活動に努めている。

【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)】

今年開設10年目を迎えたホームは、施設長以下経験豊富な職員のもと、認知症介護や介護技術のノウハウを蓄え、また、全職員は研鑽に励み、利用者及びその家族等から信頼される支援を行っている。また、地域資源や組織と協働して、看護及び介護実習生等の受け入れ、各種ボランティアや習字教室、マッサージ、床屋の受け入れ、更に、職員が地域で催す認知症介護教室等に講師で出向いたりして、地域の人々との交流機会を増やしている。

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広がったり深まり、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
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	事業所の理念を皆で共有して個々の介護実践に取り組み、職員は介護技術の研鑽に励んでいる。	管理者及び全職員は理念「その人らしい生き方を尊重して生活の援助を行なう」と共に基本方針を掲げて、日々話し合い、月例ケアカンファレンス等で理解を深め合い支援に生かしている。	
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	散歩に出掛けた時は近隣の人達と話し合う。 地域の催しに参加する。 地域の幼稚園の園児が訪れ交流した。	自治会に加入し、老人会や公民館行事に参加している。介護等実習生の受け入れ、各種ボランティアや習字教室、マッサージ、床屋の受け入れ、更に、職員が地域で催す認知症介護教室等に講師で出向いたりして、地域の人々との交流機会を増やしている。	
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	認知症サポーター養成講座の講師をして、認知症の理解に努めている。		
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	活動報告や事例紹介や介護実践のデモ等をして実情を見てもらい、委員から意見を聞いている。	隔月に開催し(直近6/19)、メンバーは市介護高齢課職員、包括支援センター職員、自治会長、民生委員、近隣住民、家族代表並びに事業所職員で構成され、事業所の現況、活動報告、事例報告等協議している。	
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	対応困難事例について介護高齢課のアドバイスを受けたり、書類の不備等について指導を受けている。	施設長や管理者は事務手続き等機会ある毎に市介護高齢課職員等と情報交換しているほか、市内グループホーム部会参加時や認知症サポーター養成講座等で地域包括職員等と意見交換している。また、市社協を通じて傾聴ボランティア等の受け入れを行なっている。	
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	困難事例はケア会議で話し合い、介護用具や対応の仕方、あらゆる工夫をして拘束をしない介護をしている。	「身体拘束廃止のための宣言」を掲示し、高齢者虐待防止関連法を含め勉強会やケアカンファレンスで全職員は理解を深めている。また、玄関は自由に出入りでき無施錠である。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	困難事例対応による職員のストレスが虐待を招くことがあるので、職員がストレスをためないように、すべてオープンに話し合っている。		

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
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	権利擁護の制度を利用している入居者がいるので、毎月の面談日に職員も学ぶ機会を得ている。		
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	家族や利用者が入居前に下見をし、体験入居するなどして十分納得してもらっている。		
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	家族の面会が多い為、日頃の様子を詳しく報告し家族の意向や要望を聞くようにしている。 ご意見箱も設置し、意見を求めている。	重要事項説明書に事業所及び外部相談機関を明記しているほか、玄関に意見箱を設置している。 施設長、管理者及び職員は日常の会話や家族面会時にも話し易い雰囲気作りを心掛け、意見・要望を受け止めている。	
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	代表者と管理者は現場に常駐しているの で、いつも職員から直接問題提議を受けており、運営に反映させている。	施設長及び管理者は毎月のケアカンファレンスで話し合うほか、日常の会話を通して職員の意見・要望を受け止め、運営に反映させている。また、施設長は適時職員との食事会を催し、懇談の場を設けている。	
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	実績や経験を踏まえ役割をつけ、個々にやりがいを持てるようにしている。		
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	研修の機会は内外に求め、事情の許す限り参加している。 スキルアップ、資格取得を目指している。		
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	事業所間の見学や研修を通して学び合う機会を持っている。		

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	見学や体験を通して顔馴染みの関係をつくり、入居後は特にきめ細かく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	家族には、納得のいくまで説明する。		
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	本人、家族、ケアマネージャーと面談を重ね、偏りの無いように進める。		
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	本人の主体性を尊重した暮らしを組み立てていく。		
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	利用者の様子を詳しく報告し、家族と共に本人を支えていく姿勢で協力を求めている。		
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	家族や知人の面会が多く、電話は日常的に受け入れ、馴染みの関係を忘れないように努めている。	職員は個々のアセスメント記録や家族の話から培ってきた生活歴や環境等を理解し、新聞記事・絵画・本等から思い出話を共有し、一人ひとりに寄り添った支援に努めている。また、家族との墓参りや帰宅の外出を支援している。	
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	利用者同士のふれあいは温かく見守り、できるだけ居室にこもる事のないよう声かけする。		

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
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	病院入院の際は一旦退去になるが、居室を確保し、毎日職員が出向いて洗濯物を届けたり、馴染みの関係が維持できるようにしている。		
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	(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	個々の思いや家族の思いをケアプランに反映し、日々の生活に活かしている。	職員達が考案した多くのレクリエーションを通して、また、日々の暮らしから個々の思いや意向の把握に努め、把握が困難な場合は家族等からの聴取やケアカンファレンスや職員間でも話し合い対応している。	
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	家族やケアマネージャー、それまで受けていたサービス担当者から情報を得ている。		
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	個々の体調や精神状態によって、一日の過ごし方を考えている。		
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	ケアプランはケアマネージャーが作成し、職員全員で再検討し、家族に説明して承諾を得ている。 毎月のモニタリングで変化を把握し、現状に即したケアプランにつなげている。	利用者ごとの担当職員2名と計画作成担当者が毎月行うモニタリングや家族の意向をもとに、全職員がケアカンファレンスで意見を出し合い、3ヶ月に1回は計画を更新し、家族に説明している。	
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	介護記録は客観的に詳細に記録し、職員間で情報共有に活かしている。		
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	通院介助や本人の行きたい所への介助、家族との外出の援助など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	民生委員やボランティアなどの訪問を受け、催しに参加して自分の持っている力を発揮している。		
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	かかりつけ医受診を継続し、家族の依頼があれば送迎援助し、診察結果を家族に報告している。	事業所の協力医(毎月往診あり)の他、個々のかかりつけ医の医療が受けられる。その際通院や受診は家族と連絡をとり、事業所でも対応している。	
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	看護師が常駐し、夜間も連絡体制がとれており、医師と家族の連絡を密にとっている。		
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。	入院の際、職員が毎日出向き、馴染みの関係が続いている。 ケースワーカーとも情報交換している。		
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	ホームの方針は入居者に説明し、重度化の状態に応じて話し合いを重ね、終末期の過ごし方を選択し、医師、家族と共に方針を共有する。	重度化や看取りの指針があり、入居時に本人・家族と終末期のあり方、重度化した場合の要望や事業所のできることでできないこと等話し合っている。また、主治医、協力医とも連携して対応を話し合う態勢を整えている。	
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	個々の事故発生リスクを事前に共有し、事故に備えている。救急法の研修を受け実践力を身につけている。		
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	毎月、夜間想定避難訓練を行って意識付けている。 運営推進会議に於いて、地域の方に協力をお願いした。	毎年2回、隣接の老人ホームと合同で初期消火、避難誘導等訓練を近隣の方達の立会いの下、実施している。また、緊急対応マニュアルを整備し、毎月夜間を想定した通報・避難誘導訓練を実施している。	

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
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	個々の人格を尊重して、その人らしく生活できるように生活全般の中で声かけに気を配り、支援を工夫している。	管理者、職員は日々理念の共有に努めており、日常の態度、言葉かけ、家族等来訪者への対応等について互いに啓蒙し合って、利用者及び家族に向き合っている。また、個人記録等書類は収納場所を定めて取扱いには気をつけている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	個々の話を十分聞く為に寄り添い共感することで、その人の思いを受け止め、自己決定につなげていく。		
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	日課に拘らず、その人のペースで生活できるよう、趣味や運動、レクリエーション、脳トレなど組み合わせている。		
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	本人が理解し楽しめる間は、好みの衣類を選んだり、化粧の支援をする。		
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	出来る方には食事の準備、後片付け、調理などを一緒に行う。 食事時には、癒やしの音楽を流し、気持ちを楽にして食事を楽しんでもらう。	食事前に全員が嚙下体操を楽しんでいる。白板に当日のメニューが書かれ、食事中は癒しの音楽が流れ、職員の見守りの中、和やかな雰囲気ですべてを楽しんでいる。	
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	個々の体重を目安にして食事量も見極める。 日常的に水分補給に気をつけている。		
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	毎食後の歯磨き、入れ歯の手入れを全員に支援している。		

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
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	個々の排泄リズムに応じた声かけ、介助を行っている。 排泄失敗に対しては、個々の実状に応じた下着を使用し、清潔を保つようにしている。	日々の排泄記録から排泄リズムの理解に努め、それぞれに合わせた声掛けやトイレ誘導を心がけ、出来る限りトイレでの自立排泄が出来るように支援している。	
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	食べ物の工夫、水分補給、運動、入浴時のマッサージなどの基本的な支援をし、解決できない時は医師の指示で便秘の薬を使用する。		
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ず、個々にそった支援をしている	個浴でゆっくりと入浴を楽しんでもらう。 日時は決まっているが、柔軟に対応している。 排泄で汚染した時にも臨時で入浴する。	日曜を除き午後入浴できる態勢にあり、一日おき(週に3回)の入浴を支援している。また、浴槽に入りづらい方には二人介助で支援したり、専用の椅子でのシャワー浴を支援している。	
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	個々のリズムを尊重するが、メリハリのある生活をする事で安眠が得られるよう支援している。		
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	看護師と職員が服薬支援を行う。薬の説明をよく理解し、症状の変化に気付くよう勉強している。		
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	昔とった杵柄で生け花、習字、俳句などが張り合いにつながっている。 家事や日めくり、新聞取りなど役割も出来ている。		
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	天候の良い日に戸外へ出て、その人の脚力に合った散歩コースを歩く。季節の花(梅、桜、菜の花、ルピナス等)を見に少人数で出掛けた。 家族と共に墓参り、法事、外食、畑仕事などに掛けて行く。	隣接の老人ホーム行事に参加したり、近隣に定めた散歩コースに日々出掛けたりしている。また近くの公園や花畑に車に出掛けている。	利用者の介護度が進み、車いす使用者が増え、皆が行楽等出向くことが少なくなりつつあるが、少人数外出や家族等協力を得ての外出、近隣の散歩、玄関先での団欒、菜園弄り等、外気浴を含め利用者一人ひとりの外出機会が増えることを期待する。

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
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	買い物に出掛けた時、喫茶店や食堂に行った時、財布を持って支払いをしてもらう。		
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	外からの電話は子機で本人につなぎ、本人が希望すれば電話の支援をする。携帯電話を持っている人もいる。		
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	ホーム内には季節の花や、共同作品の貼り絵を飾り、心地良い居場所を作ることに気を配っている。気分が落ち着くように音楽は始終流している。 畳コーナーをバリアフリーにして食堂ホールを広くした。	玄関を入れて広い廊下両側に居室が並び、白壁に利用者の元気な写真や季節感のある貼り絵と習字作品、突き当りに食堂ホールと事務室があり、どこからも人の動きがみられるので安心感がある。食堂兼居間は適度な照明、机には季節の花が飾られ、落ち着きのある雰囲気が覗える。	
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	自分の居室以外に居場所を持っている。ホールの椅子、テレビの前、サンルーム、冬はこたつ等。		
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	本人の好みの家具や飾り物、仏壇など、落ち着いて暮らせるように支援している。体力減退による身体状況の変化にともない、危険のないように居室内の工夫をする。	清掃が行き届いた居室は押入れ、ベット以外、使い慣れた布団、飾り物、日用品、仏壇等持ち込まれそれぞれ、居心地良く工夫している。	
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	建物内部はケアステーションから、すべて見通せる造りで、トイレ、洗面、食堂など手すりを使って安全に動けるようにしている。		