

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	1270400912		
法人名	有限会社 サクララン		
事業所名	ひよりの里		
所在地	千葉県若葉区小倉町875-9		
自己評価作成日	平成25年2月24日	評価結果市町村受理日	平成26年4月28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/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VAICコミュニティケア研究所
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7
訪問調査日	平成25年3月4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)】

ホーム内の雰囲気明るくして、安心して楽しい毎日が送れるよう支援する。毎日の生活がマンネリ化しないように、ドライブや外食、イチゴ狩りやお花見、夏祭りやホテルでのクリスマス会、そしてバス旅行などレクリエーションをの機会を出来るだけ多く取り入れている。

【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)】

理念である「その人らしい暮らし」を実現するために、入居者一人ひとりの意向の把握、自主性の尊重に努めており、その実践は、毎日お風呂を楽しむ人が多いことにも表われている。家族会や多彩なイベントなどで家族がホームを訪れることも多く、その機会に吸い上げた意見や要望を運営やサービスの向上につなげている。管理者には、事故報告や課題などに対して、みんなで共有し改善していこうとする姿勢が見られる。協力病院との往診契約による24時間連絡体制や、訪問看護ステーションの定期的な訪問など、医療体制も整えられ、本人や家族の意向に沿って看取りも行なわれている。

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 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	理念を掲示し、ユニット会議・スタッフ会議を行い理念の実践に取り組んでいる。	代表者と管理者が創り上げた、「自主性を重んじて、その人らしい暮らしをしていただく」という理念のもと、いまその人に対しどんな支援が必要かということユニット全体で話し合い、共有し、実践に努めている。	
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	家族会を開催したり、地域のボランティアの方々に訪問してもらっている。近所の方が玄関先に花を植えてくださったり交流をはかっている。	夏には地域の盆踊りに参加したり、ホームの祭り際には、太鼓や演芸のボランティアに協力してもらっている。また普段から踊りや歌のボランティアの訪問がある。散歩の際には挨拶を交わして、地域の人とのコミュニケーションを図っている。	地域との交流や災害時の協力体制の構築を図っていく意味でも、今年度実施できなかった認知症セミナーの開催を実現させるなど、地域にホームの持つ機能を積極的に発信していくことが期待される。
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	地域の方から認知症高齢者の介護等について質問を受けた時は丁寧に対応している。		
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	会議での話し合いの内容を運営推進会議で報告し意見を交わしながらより良いサービスにつなげている。	家族会には年に複数回行なわれ、ホームの取り組みを報告したり、家族の要望を吸い上げたりしている。一方で運営推進会議の開催は1回にとどまり、今年度は参加者も家族だけとなっている。	運営推進会議の目的を再度確認し、多方面の関係者が集まりやすい日時設定や早めの連絡、また家族会やイベントと絡めるなどの工夫を行ない、内容と回数を充実させていくことが望まれる。
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	千葉市の介護施設課の担当者とは連絡を取り合っている。	日ごろからよく市の窓口を訪問し、担当者と連絡を取り合っている。千葉市の介護相談員の訪問も毎月受け入れ、気づきやアドバイスをもらってサービスの向上に生かしている。	
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	管理者は身体拘束に関する講習を受講しており施設内でも研修を行い、身体拘束をしないケアを実践している。今年度も一名が受講しユニット会議で研修内容を発表し資料を回覧している。	身体拘束に関する外部研修に参加した管理者や職員がユニット会議などで伝達研修を行ない、職員全員で共有している。転倒を心配する家族から要望があっても、理解を求め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	昨年はスタッフの行動に問題がみられ再度、虐待についてユニット会議での話し合いを行っている。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	成年後見人制度を受けている利用者もおられ、以前後見人の弁護士からも制度について説明を受けている。		
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	契約者・重要事項説明書を契約の事前に渡し、説明・契約の前によく読んでもらっている。質問に対しては理解されるまで繰り返し説明をしている。		
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	管理者や職員は、常に利用者の話に耳を傾けており、週に一度、訪問看護センター看護師も来所している。また、家族会の時や個別の面会時にご家族と話し合っている。	ホームの運営に関する意見や要望については、利用者からは日ごろの関わりのなかで、家族からは家族会や、来訪時、ケアプランの作成時などの折りに聞くように努めている。家族とのやりとりは「家族連絡ノート」に記録し、運営に反映させている。	
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	ユニット会議は月1回行っているが、管理者・スタッフ会議は不定期である。	各ユニットの会議は、全職員が参加して定期的に行っている。そこで意見交換した内容は管理者も把握しており、運営に生かしている。管理者とリーダー職員からなるスタッフ会議の開催は少ない。	運営方針やサービスの基本などは、まず管理者とリーダー層で明確にし、共有することが望まれる。その体制の構築の上で、各職員の意見や提案を運営に反映させていくような取り組みが期待される。
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	介護福祉士の資格手当を支給する。また、有給休暇の消化率を上げる等、働きやすい職場環境作りに取り組んでいる。		
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	職員の力量に応じた外部研修を受けるよう計画を立てている。		
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	特別養護老人ホーム・老健・グループホームの施設長で構成される福祉研究会やグループホーム連絡協議会に参加している。		

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	入居相談で情報整理して面接に臨んでいる。面接では、本人が話し易い雰囲気作りを心がけている。		
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	入居相談等、話を聞く時間を十分に取れるようにしている。		
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	他のサービスが妥当と思われる時はその旨を説明し紹介している。		
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	職員は入居者が家族的な雰囲気を感じられるよう、娘や息子、孫になったつもりで介護にあたっている。		
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	家族会を通じて家族との信頼関係を作り支援を決める際も、職員だけで決めるのではなく、必要に応じて家族にも相談している。サービス利用により、本人と家族の関係がより良くなるよう努めている。		
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	面会は、家族の同意があれば、自由に出来る。	利用者本人の馴染みの人を家族に前もって教えてもらい、来訪者に失礼のない対応を心がけている。家族がホームを訪れたり、本人と一緒に楽しんだりする機会が多い。	
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	食事の座席を工夫したり、レクリエーションを通じて関わりが持てるように努めている。		

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
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	施設移動等で退所された後も必要に応じてご家族や事業所の担当者と連絡を取っている。		
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	入居者に対して職員の担当者を置き、本人の意向、把握に努めている。	一人ひとりの担当職員を中心に思いの把握に努めている。特に入浴時など、職員と利用者でゆっくり話ができる時間を大切にしている。	
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	家族や入居者の担当ケアマネージャーから情報を集めて本人の性格や生活歴等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	入居者の担当職員を中心に変化に注意して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	定期的なアセスメントを通じて必要な関係者やユニット会議により現状に合った介護計画の作成とモニタリングによる計画の見直しを行っている。	利用者本人や家族の要望に加え、担当職員などの気づきなどをもとにユニット会議で話し合い、介護計画を作成している。定期的及び随時の見直しをしている。	
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	介護日誌やケース記録の記入により、職員間の情報共有をして、その内容をユニット会議で話し合っている。		
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	かかりつけ医の受診に際しては本人・家族の意向を尊重して家族が付き添えない場合は代行している。		

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	ボランティアにレクリエーションの協力をお願いしたり、消防の立会で防災訓練を行っている。		
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	かかりつけ医の受診に際しては本人・家族の意向を尊重して家族が付き添えない場合は代行している。また、受診が負担となる場合には必要に応じて往診契約を勧めている。	協力病院との往診契約による24時間連絡体制や、訪問看護ステーションの定期的な訪問など、利用者や家族の安心につながる医療体制が整っている。また、月2回歯科医の訪問診療もある。	
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	訪問看護ステーションと契約を結び、毎週1回以上訪問してもらい利用者の健康相談・管理を置けている。また、24時間の連絡体制も築いている。		
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。	利用者が早期に退院してホームでの生活に戻れるように必要な場合は、訪問診療や訪問看護が受けられるよう備えている。		
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	ターミナルケアについて事業所の方針を家族に説明を行い、必要に応じて家族や医療関係者を交えて話し合いを行っている。その際、本人や家族の意向を尊重した対応ができるように心がけている。	今まで数名の看取りの経験がある。入所時に重度化した場合の対応希望を聞いている。終末期を迎えた利用者には主治医、家族、職員と充分な話し合いを行い、家族の連絡ノート、医師との往診ノートに細かく記録し、共有して、終末期支援を行っている。	
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	消防署主催の救命救急の講習を受講している。		
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	消防訓練を行い、年間2回行い災害時に備えている。	スプリンクラーは設置しており、漏電防止にも配慮している。しかし、全職員が適切な避難方法を身につけることができるように、繰り返し訓練を重ねる必要があると思われる。	災害対策マニュアルを作成し、昼夜を問わず避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制構築が期待される。

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	個人の尊厳を尊重し、利用者の立場に立った声かけや対応を心がけている。	月一回のユニット会議で、常に一人ひとりにあつた支援方法を検討し、より良いケアを心がけている。自分だったら、自分の親だったらと置き換えて考えるようにしている。	
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	本人の意思を尊重し、決して無理強いしないようにしている。		
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し、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	食事や入浴、余暇時間等、他の利用者とのバランスを考えながら可能な限り意向に沿った支援を心がけている。		
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	身だしなみや衛生面に気を配り訪問理・美容を受けている。		
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	通常は提携の栄養士が作成した献立を採用しているが、毎週1回利用者の希望を取り入れた献立にしている。利用者と職員と一緒に準備や食事、後片づけをしている。	食材は外部に委託して届けてもらっているが、調理はホームで行い、温かい食事の提供に努めている。また食後は利用者が食器類を拭くなど、できる範囲で参加していた。	
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	栄養士の作成した献立を採用している。全員の水分摂取量を記録して必要に応じて医師や看護師に相談している。		
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	食後の歯磨きやうがいの支援をしている。入れ歯の方については、毎晩入れ歯を外して洗浄液に浸けている。		

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	職員による声かけを行い、排泄の失敗がへるよう支援している。また、入院等によるADL低下でオムツの使用をする場合でもオムツを外すために必要な支援を常に検討している。	自立に向けて一人ひとりの排泄のパターンを把握し、トイレへの声かけ誘導を行っている。その結果、おむつを使用しない利用者も多い。	
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	排便の管理をして、便通を良くする食物を毎日摂取できるよう支援をしている。また、必要に応じて医療機関と連絡を取りながら、下剤の調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日、入浴できるよう支援している。	家庭に於いては毎日風呂に入る習慣がある利用者には、できる限り毎日入浴できるように支援しており、利用者も家族からも満足度の高い取り組みである。	
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	本人の生活習慣やその時々状況に応じて休め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	職員全員が薬について理解するまでには至っていないが新しく処方された時や変更があった際には注意深く様子観察し、小さな変化等でも記録に残すようにしている。		
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	個々に出来る家事をすることで自信を持てるよう支援を心がけている。また、利用者の日常生活に楽しみが持てるよう様々なレクリエーションをしている。		
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支援している	車椅子の方が増え外出の機会はかなり減っているが、天気の良い日は順番で散歩に行っている。	車イス利用者が増えており、以前より外出が難しくなっているが、家族の協力で、できるだけ本人の希望に沿った外出ができるよう支援している。しかし、日常的な外出支援は充分とは言えない。	短時間でも、外の空気に触れられるような機会が増えるとよいと思われる。工夫に期待したい。

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
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	自分で選び買い物をすることが出来なくなっている入居者が増えてきている為難しくなっている。		
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	自分で電話を掛けられない利用者は代わりに職員が掛けて取り次ぐ等、電話は自由に利用できるようにしている。		
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	共用部分は明るく清潔を保つため、毎日清掃をしている。また、リビングには利用者が描いた絵や作品を掲示したり季節に応じた装飾をする等、季節感を出せるように努めている。	廊下、リビング、キッチンなどの共用空間は明るく、清潔である。リビングの窓の外には畑や草原などの風景が広がり、部屋の中においても季節を感じる事ができる。	
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	リビングとキッチンにそれぞれソファを置いていて、いつでも自由に使えるようにしている。		
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	居室内への私物の持ち込みは利用者に応じており、テレビ等も自由に持ち込める。	利用者には馴染みの物を持ってきてもらい、その人らしい居室になっている。個人の生活行動に合わせて家具を配置するなど気を配っている。	
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	廊下やトイレには手すりを設置してバリアフリーを実現している。また、床材はクッション性の有る物を採用して安全面に気を配っている。		