

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	0174700690		
法人名	特定非営利活動法人 オーディナリーサーヴァンツ		
事業所名	グループホーム 五つのパンと二匹の魚		
所在地	十勝郡浦幌町字住吉町54番地2		
自己評価作成日	平成26年2月7日	評価結果市町村受理日	平成26年4月4日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2011_022_kani=rue&JigyosyoCd=0174700690-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成26年2月20日

【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)】

<p>法人は浦幌町で2つのグループホームと有料老人ホームを運営し、相互協力による研修や会議で人材の育成に力を入れています。当ホームは町の託老事業も受けており、広く過ごしやすいうとりのあるスペースで利用者が安全に安心して過ごしています。近隣住民との交流も多く、日々の散歩で挨拶を交わし野菜や果実の提供も頂いております。多くのボランティアの受け入れや学童との交流もあり、利用者の楽しみにもなっております。ホームでは利用者、家族及び住民の誰もが幸せでいつまでもこの地域で暮らせることを願って、職員が日々のケアサービスをしています。</p>

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、活き活きと働いている (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 過ごしている (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		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	家族懇談会等で伝える。スタッフの見やすい所に貼っている。	利用者、家族には入居前に理念の説明をしています。職員採用時にも理念についての教育をしており、ホーム内の見やすい場所に掲示し、職員は理念に沿ったケアを実行しています。	
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	お祭り、敬老会、文化祭等に参加して地域の人達と交流している	近隣住民から日常的な野菜の提供があるなど、地域との交流は活発に行っています。大正琴やピアノでの歌会等、多種のボランティアにも来ていただいています。	
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	中学生等体験受け入れている		
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	会議の内容具体的にミーティング等に出てスタッフに説明している	利用者家族、地域包括支援センター職員、町内会長及び職員の参加で2ヵ月毎にテーマを決めた運営推進会議が開催されています。議事録は、参加されなかった利用者家族に毎回郵送されています。	
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	役場、福祉センター等に連絡を取っている	地域包括支援センターや介護保健課とは相談や書類の提出で連絡を取り合っています。町からの委託で通所の受け入れもしているためスムーズな連携がとれています。	
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「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	本人の意志にそった外出。施設にとじこもる事のないよパワーリハビリ、デグー喫茶など	職員に法人独自の虐待防止アンケートを使い、自己チェック表を活用しながら意識レベルの向上に役立っています。研修でも虐待や拘束の防止についての議題で行っていますので職員は意識して日々のケアに従事しています。	
7		○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	研修に参加したりミーティングなど取り上げて話し合っている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	管理者、家族は運営推進会議にて司法書士より学習機会あり			
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	施設の見学、重要事項説明書を持ち管理者より説明をし不明・疑問があればその都度説明をする。家族懇談会を開催し話し合いの場を作っている			
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並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	利用者懇談会を開催し意見・要望を聞く。家族懇談会や定期的に運営推進会議を開催し意見・要望を聞き運営に反映させている。	利用者家族へのアンケートやホームに家族が訪問した時に利用者の状況を説明しながら、意見や要望を伺っています。家族から頂いた意見や要望は記録に残し職員で共有しています。		
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	月に1度ミーティングを開催している	日々のケアで気づいたことや気になる事は職員から管理者に話すなど話しやすい環境になっています。管理者も職員の気持ちを察知して意見交換をしており、職員の意見は運営に反映されています。		
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	個人面談をし管理者・職員の職場環境条件等の整備に努めている			
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	定期的に内部研修や外部研修に参加して職員・管理者のスキルアップにつなげていっている			
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	交流会や勉強会に参加してサービスの質の向上に努めている			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入所前に本人に会って困っている事等ないか話を聞き入所してから落ち着くまではその都度話を聞くようにしている。(帰りたい気持ちを止めるのではなく一緒に外へ行き納得されるまで付き合う)		
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	事前に家族の方にお会いし困った事や要望を聞くようにしている。ケアプラン更新の際にも新たな要望等がないか確認している。		
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	その時に合ったケアを提供するため本人家族に話を聞き少しの変化にも対応できるように本人の体調等をしっかりチェックする。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一日の中でなるべく利用者とのコミュニケーションを多くするようにしている。(隣りに座ったり会話したり入浴中等に世間話をしたり)		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	何かあった時は施設側だけで判断するのではなく家族の方と相談し一緒に決めている。本人の誕生日会等にも参加の声かけして来て頂いている。		
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	いつでも面会出来るようにしている。時間を気にせずゆっくりして頂けるように配慮している。また来て頂ける様にしっかり対応している。	職員が同伴し利用者の知人宅に行ったり、神社や法事で寺に行くなど柔軟な対応をしています。理美容院、洋品店及び自宅近辺へも行くこともあり馴染みの関係は継続されています。	
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	日中はみなさん居間で過ごされているので気の合う同士一緒に座って頂いている。1人で離れた場所に居る時は気の合いそうな方の所に移動して頂く。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	転院先での生活支援(洗濯)や外出支援のサービスを行っている		
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	利用者それぞれに担当スタッフを決め一人ひとりに深く関わり要望や苦情等を聞くようにしている。全体的には日々の生活の中で観察しながら意向を把握するようにしているケアプラン更新時は家族・本人の願いや好みを聞き困難な場合は本人の願いを推測している	利用者に寄り添い、思いを聞いてモニタリング記録に記入しています。誕生日には本人の好みの食事を提供するなど、本人の意向に沿っています。表現の出しづらい利用者は家族からの情報や日々の記録から思いを把握するようにしています。	
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	入所希望時の事前聞き取り、入所時の基本情報の作成により把握している(経過、家族構成、既往歴、服薬状況、本人、家族の願い等)待機中の担当ケアマネより詳しい情報提供及びかかりつけ医師からの情報提供も依頼し受けている		
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	毎日の生活記録により生活の流れ、言動、様子を時系列で記録している。スタッフは現状を把握しながら介護に当たっている。「できること、できないことシート」などアセスメントを基に情報を得て理解するように努めている		
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	担当を決めたきめ細かなモニタリングにより課題、ケアのあり方を分析、ケア更新時は本人、家族からも聞き取りケアプラン作成。スタッフに確認。家族に説明同意となる。毎月のモニタリングとミーティング(サービス担当者会議)により調整、見直しをする。リハビリに関しては担当者との機能訓練についてのミーティングをもっている。	利用者の状況について職員からの情報を担当者がまとめてモニタリングしてケアマネージャーが記入しています。パワーリハビリや機能訓練は理学療法士の指示により計画に取り入れています。	
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	生活記録には利用者の心身の状況やスタッフの対応を記録。連絡ノート・申し送り簿には個人記録も含めて全体的な状況確認事項が記録されスタッフは確認サインをする。ヒヤリハットについてもサインをしてから業務につく。受診記録も確認し利用者の病状把握をする。		
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	事業者にはパワーリハビリテーションの設備があり。利用者は週2回～3回継続利用している。合同の喫茶デイ(毎月2回)福祉有償運送・町の単独補助によるデイサービス受入、生活保護受給者の事務処理なども行っている。		
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	町内行事への参加(敬老会、お祭り、あいフェスティ、図書館まつり)文化祭への作品展示。ボランティアとの協同により(花壇づくり、草取り、食事作り)町内サークルとの交流(レクダンス、お話しピアノ、大正琴、錦玉会、折り紙サークル)		
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	町立診療所、桜町歯科診療所とは24時間協定を結んでいる。多田医院・浦幌歯科診療所にも受診。町外の病院にも有償運送で利用・支援している。非常勤看護師は元町立診療所師長で連携を密にしている(往診・訪問など)	利用開始前の町内のかかりつけ病院へは職員同伴で通院しています。かかりつけ医が町外の場合であっても有償運送システムを利用して職員が同伴しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	月1回のモニタリング実施。体調の急変が起きた場合に病院や看護職員に連絡している。			
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、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。	入院時は服用薬、病状の変化を病院に報告し退院時は入院中の病状変化、服用状況、今後の受診を聞く。利用者の家族に入退院の報告をする。			
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ケアマネジャーと医者と家族方で相談し終末期覚書を作成し今後の介護方針や意志共有する。	ホームでは既に数例の看取りを経験しています。重度化した利用者家族とは、看取りのケアプランを作成し同意書の取り交わしをしています。		
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	職場による応急処置の研修。消防にて救命訓練			
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	前もって近隣住民に連絡し、年2回程度の火災訓練に協力してもらう。	夜間想定で年2回、近隣住民や利用者も含めた避難訓練をしています。災害用のスピーカーで近隣に援護を求めるなど毎回スムーズに訓練をしています。災害備蓄品も用意されています。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格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	個室を提供提供し入浴や排泄など、一人ひとりの介護で周りに聞こえる大声の声かけをしない。	職員は利用者に優しく寄り添い言葉をかけるようにしています。トイレ誘導などは個別に配慮して誘導しています。		
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	利用者本人にリハビリや手伝いを強制しないで本人の意志を確認し、一緒に行っている。			
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	利用者本人の生活のペースを崩さない。起床時は「そろそろ起きますか？」等の声かけをしている。			
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	本人の希望の衣類を着てもらい、出張理容師に好みの髪型にしてもらう。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	Kさん、Kさん、Mさんがお茶碗ふきをしてくれる。	担当職員が献立を作りますが、行事食では季節ごとに甘酒、おせち、おはぎ、節句料理、誕生会などで工夫を凝らしています。毎月、喫茶店に行く利用者も茶菓子やコーヒーを飲む機会を楽しみにしています。		
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	管理記録で水分を記録している。うまく食べれない人はきざみや・とろみをつけている。			
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	SさんやOさんはできないのでハブラシやうがいのお手伝いをしている。忘れる人は声をかけて手伝っている。			
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	1人でいける人はできない所だけお手伝いしている。	排便調査表と排泄記録を使っています。水分摂取量、運動量、食べ物などで管理して、食事の際は牛乳やヨーグルトを提供しスムーズな排便を促しています。		
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	水分を多く摂るようにする（牛乳・イーザーファイバ等）おやつ・食事の時混ぜる。病院からもらうアローゼン・テルミン等も使用している。お腹のマッサージを少しトイレに座られる。			
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	入浴は本人の希望等聞きながらすすめている。事故をおこさないようにスタッフとの連携をとるようにしている。入浴記録の確認等	1人週2回は入浴ができるようにしています。入浴を拒む利用者にも職員の声掛けで気分を変えて入浴ができるよう気を配っています。足浴や清拭を利用する場合もあります。		
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	寝るときは本人に寝ますか？と聞きまだいいと言ったら少し時間をおいてみる。昼間でも自室で休みたいと本人が言ったら休んでもらう。			
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	医療研修を実施している。内服検討はモニタリング及びミーティングで周知している			
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	夏は散歩（車椅子）で外出したり、ドライブ・花を見たり、もやしのひげとり等をする。行事に参加したりする。冬はこもりぎみなのでレクをするようにしてもらう			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。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	時間があればドライブとか散歩などしているとおもいます。往復40kmの自宅まで「畑を身に行く」こともある	ドライブで白鳥や丹頂鶴、アザラシを見に行ったり、花見や紅葉見物に出かけています。近隣のスーパーや日々の散歩など日常的に出かけています。	
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	利用者はお金を持っていないが、買い物に行きたい物（おやつ等）とかあれば買ったりする。		
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	家族と話したいときは電話して本人と家族が話しをするようにしている。		
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	日中は利用者・スタッフと一緒に居間で過ごすようにしている。	ホームでは町の託老事業を受け入れており、建物全体がゆとりのある作りになっています。ホームには機能訓練室やショートステイ室もあり、大きな窓で明るく広い居間兼食堂にはカラオケ設備やピアノがあって利用者が安心して楽しく過ごせる空間になっています。	
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	居間のソファで気の合った利用者同士で話している		
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	花の好きな人には花の写真など飾る。孫の写真を飾ったりしている。	居室には趣味の作品や使い慣れた物品が持ち込まれ安心して過ごせる空間になっています。各部屋にクローゼットや洗面化粧台が設置されています。	利用者ごとに居室の希望の温湿度があるため、部屋の向きにもより適切な温湿度になるよう管理し、利用者の体調管理を重視した適温適湿になるよう期待します。
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	トイレとか居室の分かる利用者は自分で移動している		