

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	2297200236		
法人名	ウエル恵明会株式会社		
事業所名	グループホーム るびなすコート		
所在地	静岡県浜松市東区積志町 1878		
自己評価作成日	H24年 3月 1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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 しずおか創造ネット		
所在地	静岡県静岡市葵区千代田3丁目11番43-6号		
訪問調査日	H24年 3月 14日(水)		

【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)】

利用者様お一人お一人のこれまでの生活歴やお人柄に合わせた介護サービスの提供をさせていただきます。
寄り添うケア、寝たきりを作らない、おむつに頼らないを理念に、利用者様が安心安全に楽しく毎日をお過ごし頂きたいと考えています。

【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)】

ホームは浜松市遠鉄線積志駅近くにあります。建物は平屋建てで、屋根には太陽光発電のパネルが敷き詰められています。前面の庭の他、ウッドデッキの中庭が目を引きます。経営者はより良い介護のために「床暖房の採用で冬でも半袖姿の介護」「楽しい食事の提供のため栄養士の配属」などを行っています。介護の面では、「寝たきりを作らない」「オムツに頼らない」ケアを目指しており、職員の教育に力を入れています。

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、活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	入社オリエンテーション、勉強会での共有。毎朝の朝礼での声に出しての読み合わせで、日々の実践につなげるきっかけ作り。	「心に寄り添うケア」「寝たきりを作らない」「オムツに頼らない」を理念に朝礼で唱和するなど認知症介護の実践に努力しています。	
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	昨年の敬老会に参加させていただいてから、散歩時に近所の皆様にお会いした際気軽に挨拶や会話ができ、声をかけて頂けるようになった。	開所1年目ですが、自治会と交流を深めています。社長は老人会の講師に招かれるなど近隣の人と交わりができ、ホームにも立ち寄るようになりました。	
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	地域敬老会に講師として呼ばれ頭の錆びつきの話として分かりやすく認知症予防の話をした。		
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	偶数月の第三金曜日と決め、この2か月間の報告と話し合いを実施中。	出席者は行政、自治会、民生委、家族で活発な報告がされています。ホーム側としては認知症に関する駆け込み寺のようになりたいとしています。	地域の助言と理解を得るために、積極的な働きかけが求められています。特に双方向的な会議にするために、これまで以上の積極性と更なる努力に期待します。
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に取り組んでいる	相談が出来る担当者がいる。様々なアドバイスを頂いている。	行政との連絡は密にとられ、関係づくりができています。特に緊急時の対応、難しい案件の相談などで理解と支援がされています。	
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「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	日中は、自動ドアの電源を切らない、鍵をかけない、各フロアとの境目の扉も閉めることなく、利用者様が過ごしたい場所でお好きなように好きなだけ時間を過ごしていただいている。	ホームでは、「徘徊ゼロ」を目指し拘束しないケアを実践しています。徘徊などは、家人や施設に対する不信感が高じてなるとして職員への信頼感、心の回復を指導しています。	
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	目が見えない、耳が聞こえない、一人では歩く事が出来ない設定で濡らした紙パンツやパットをあて半日座りっぱなしの研修を実施後、レポートとアンケート提出し、感想を話し合う場を設けた。		

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
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	後見人制度をご利用中の方もおられるため個々の必要性は少しは理解できていると思う。分からないことは家裁、市役所にもお聞きしてみた。		
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	基本的に契約は自宅を訪問し、最低1時間半かけてしっかりと説明をしている。今後のご利用にあたり不安の無いようにご理解していただけるように努力している。		
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	地域推進会議には必ず1家族のご参加を依頼し、ご意見ご希望を遠慮なく話して頂けるようにしている。お見えになった時には施設長、副施設長、ケアマネが主になり何気ない会話の中からご意見ご希望を聞き取るようにしている。	家族の意見、要望は面会時の何気ない会話から出てきます。また入所者の些細なことも家族に伝えるようにしています。更に、これらの意見などをいただくために家族会の開催を検討したいとしています。	
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	社長室の敷居は低く考えている。いつでもオープンである。毎日の出勤退勤時にはひと声かけていく決まり事を作り社長・会社と従業員の間を縮める事が出来ている。	社長室は相談室と看板が掛けられ職員とのコミュニケーションを図っています。常に職員会議に出席し、知識と技術の統一を図っています。また家族へのアンケートも実施しました。	
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	スキルチェック表評価表を利用し、一人一人を観察し頑張っている人には評価をしている。これは賞与、ベースアップにつながる。		
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	各種研修、セミナー、勉強会、講演会等の紹介を実施し費用は会社持ちでのスキルアップの為に参加を促している。		
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	他グループホームの施設長との会談、大切な会議への同席の機会を作り、今後の仕事に活かすことが出来るチャンスを与えている。		

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	施設見学、自宅訪問等契約前にお会いする機会を作り、施設の雰囲気や施設長、ケアマネの顔を見て頂き、知っている人と把握していただく努力。利用初日は、夜の様子まで観察し安心して眠ることができるまで一緒に過ごす実施		
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	施設見学、自宅訪問等契約前にお会いする機会を作る。施設の雰囲気や施設長、ケアマネの顔を見て頂き、。利用初日は、夜の様子まで観察し安心して眠ることができるまで観察したら報告をする。		
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	家族が介護に疲れ切っているのに、責任感で頑張りすぎていることが多い。入所は悪い事ではない、安心できる施設に入所できて本当に良かったと思え、頻回に面会できる環境作りの支援を実施。		
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	出来る事を減らさない。残存能力を見つけ使う事での役割作り。自分にもまだ必要とされ、やれる事があるという自信を持つ事での認知症進行が緩やかになる支援の実施。		
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	希望があればいつでも、毎日でも面会していただき一緒に過ごす、一緒に食事をする、出かける、泊りの希望があればお部屋にお泊まりも自由としている。		
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	古い友人や、ご近所の方、親戚縁者どなたでも本人が希望すれば、訪問頂きお会いしていただく。	帰宅願望の方を、昔に耕作した畠にお連れすると長くとどまるのですが、近くの自宅には立寄らないなど支援が難しいことがあるようです。それでも関係継続のため、家族にはホームを訪問してほしいと呼び掛けています。	
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	部屋の位置、椅子の位置、フロア選び等必要時には検討して今一番いい方法を選択していく。		

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	必要があり、必要とされるのであれば相談、訪問していく。開所して一年であるため参考例は少ない。		
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	家に帰りたい希望の方が多い。誰でも自宅が一番で当たり前。ここも自宅、ももとの家も自宅とさせていただくために必要なことは何かを現場にて随時話し合う。	帰宅願望は認知症の一つの表れであり無理に止めないで、職員が同行して見極めるとしています。設得でなく何を望んでいるかを察知するケアが大切だといいます。	
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	初回訪問、アセスメント、モニタリングにて生活歴は大切な情報。これが納得できる内容でないとな一人一人に合わせた介護サービスの提供ができない。		
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	現場スタッフが日々の仕事で忙しくて見落としがちな面も、計画作成者やケアマネが隣に座りじっくり話を聞くようにしている。		
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	家族様の訪問は多く、その度に必要な要望は出てくる。その場や本人の前では、できない話も多く、離れた場所や勉強会を利用している。	介護計画は、センター方式に独自の書式を加えて実践しています。計画の見直しは日々の観察で変化が起きれば行い、家族の了解を得て実施しています。	
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	解決策を見つけるために、センター方式24時間シートを取り入れあり。		
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	柔軟すぎてしまっている位だと思われる。利用者様と家族様の為になることなら出来るだけのお手伝いがしたい。		

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			
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	強制はしていないが、全員24時間365日対応の協力医が主治医。月2回の往診と緊急時の往診、服薬管理中。医師との相談により薬の変更・追加を決めて頂く。歯科医の定期訪問診療もあり。	入所時に、可能な場合は協力医に変更をお願いします。主治医が協力医でない場合は送迎、付き添いは家族の対応ということです。その他、医療連携で看護師の24時間連絡体制を取っています。	
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	現在は、緊急時異常時に協力医から派遣された訪問看護師を主とし、家族との直接連絡も含め連携が取れている。		
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。	協力医との連携により必要時には入院、受診先の紹介を受けている。入院時の情報提示、退院時の情報提供により主治医との連携も図っている。		
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	契約時に看取りの希望の有無を聞いたうえで、いざというときは再確認の元、次の段階に主治医と相談しながら実施。	昨年には3名の終末期看取りをしたということです。早い段階から職員には終末期教育をしエンゼルケアをして家族から喜ばれたということです。	終末期看取りは、避けて通れない課題です。重度化の指針づくりから始めることに期待します。
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	一人が必ず落ち着いて主治医に連絡し、指示をおおぐ事で話し合い済み。		
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	地域の消防署に参加頂き、年2回の防災訓練予定。3月、9月。	避難誘導、消火など消防署の指導で実施しています。建物には太陽光発電があり台風の時停電時に活躍しました。備蓄倉庫は外にあり、今後、地域との協力体制を作りたい意向です。	

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
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	一人一人に合わせて呼ばれて一番穏やかな気持ちでいられる呼び名の検討。その場や、お人柄に合わせて、人生の諸先輩方に失礼のない言葉使いを実施。	その人の「姓」で呼び掛けるのが良いという考えもありますが、親しみのある「特定の呼び名」が良いと実施しています。また個人的な会話は、利用者の前ではない、職員同士の会話は小声するなど申し合わせています。	
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	介護側が決めつけないように指導している。職員中心の介護はしない。		
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	全員が同じことを同じ時間にしなければいけない決まりはない。		
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	月1回の整髪、女性のお化粧の勧め、マニキュアや口紅で心が晴れやかになる事もある。洗濯してはまた着るといような同じものばかり着ることにならない支援。		
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	実施中。昼食は利用者様と一緒に会話を楽しみながら職員も同じものを頂く。	栄養を考え楽しめる食事のため栄養士が配属されています。食前食後のお手伝いはリハビリの一環としてしてもらっています。また、変化を出すため月1回、ドライブを兼ねた外食遠出をしています。	
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	摂取記録表あり。表示には刻み、糖尿等注意事項が分かる工夫あり。		
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	毎食後実施中。出来る事はしていただき、仕上げ磨きは職員が行う。		

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	おむつ外し実施。日中紙パンツ、おむつ利用でいた方も入所後は、特別な方を除き全員綿ショーツ・パンツに安心の為のパットのみ使用。パットすら汚さない支援が目標。	理念の「オムツに頼らない」ケアを実践しており、オムツを外すと自分でトイレに行くようになり皮膚感覚が戻るということです。特別な人、夜間は紙パンツの人もおいでのようです。	
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	薬膳、野菜中心、毎食酢を使った料理を一品付ける。栄養士がバランスを考えてメニューを作り素材を1から調理。		
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	二日に一度の入浴。希望があれば毎日でも入ることができる。入浴拒否の方もあがるが、上手にお誘いして気持ちよく清潔の保持をしていく。	普通の個浴ですが、リハビリのため自分の足、筋力で浴槽に入り、座るように努力してもらっています。これは残っている体力の能力の維持という考え方と理解しました。	
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	どうしても眠らなかった場合は、基本的に20～30分の昼寝実施。		
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	連絡ノートや記録を使い前職員に周知。誤薬、飲み忘れの無いように支援。副作用の少ない薬や漢方の切り替えなど医師と相談。		
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	ドライブ、昼食の外出、講演会、展示会へのお出掛け、必要物の買い物支援。今年は、ミニ遠足も計画。		
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	同上	買い物に行くなど日常的な生活を楽しめる支援をしています。また生花の展示会見学や浜名湖遊覧のミニ遠足も楽しむことにしています。	

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
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	施設内への貴重品持込みは禁止だが、必要時は立替える事により使うことができる。家族了承。		
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	実施中。友人、家族へが主である。		
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	木造平屋建て、床暖房、中庭のある見通しの良い明るい環境。採光の工夫。	ソーラ発電のあるエコハウス、ウッドデッキの中庭、床暖房で職員は裸足で半袖姿です。広間ではフラダンスの奉仕、音楽会の演奏、中庭も入れてミニ運動会を開いています。	
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	日当たりのよい廊下での日向ぼっこ、デッキに出た日光浴、テレビ前のソファ等各フロアも含め好きな場所でお好きなようにゆったり過ごすことができます。		
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	木のぬくもりと、どこか懐かしい昔の民家の温かみを感じる事が出来る空間です。標準の7畳程度の部屋と角部屋4部屋は8畳程度。いずれも空いた場所には使い慣れたタンス、鏡台、椅子等置くことができます。	居室の窓は、障子で仕切られ柔らかさを出しています。ある部屋には「大きな姿見」が置かれ、入居者の女らしい「ある日の思い出」を物語っていました。	
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	中庭を中心に周りを囲むように居室を配置。北面でも明るく見通しが良い。ぐるりと一周できるつくりの為必ず元の場所に戻ってこられる。		