

## 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	0175700244		
法人名	医療法人 緑光会 野宮病院		
事業所名	認知症高齢者グループホームふれ愛の家		
所在地	岩見沢市5上東18丁目29番地		
自己評価作成日	平成25年1月30日	評価結果市町村受理日	平成25年3月18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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0175700244-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0175700244-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

## 【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番あいビル7階
訪問調査日	平成 25年 2月 14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)】

(こぶしユニット) ご家族との連携が取れて何か行事の時は全家族が参加されて準備から後片付けまで積極的にこなしてくれました。 そんな時の利用者様の「笑顔」が最高です。 ご家族の皆様、スタッフが力を合わせて利用者様を支えて行きたいです。
---

## 【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)】

ホームに隣接する経営母体の病院と、24時間手厚い医療連携体制が整っており、利用者や家族、職員の安心感に繋がっています。 また家族がホームの行事に多数参加し、運営推進会議や面会時も忌憚のない意見並びに要望が寄せられる等、家族との関係も良好です。 「人間統合」「自然統合」「地域統合」の3つを理念とし、「自然統合」では畑があり、野菜を収穫し料理に使うことが利用者の楽しみとなっています。「地域統合」では昨年町内会に加入し、ホームの夏祭りで積極的に地域住民の参加を呼びかけ、多くの参加を得たり、近隣の保育園児が定期的にホームを来訪する等、地域に密着したホームを目指し、取り組みを始めています。「人間統合」では、利用者それぞれの生活習慣やベースを大切にケアを心がけています。介護計画についても、利用者、家族と話し合いを重ね、利用者の思いや希望を第一に考えた丁寧な介護計画が作成されています。
---

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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	
<b>I.理念に基づく運営</b>						
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	人間統合、自然統合、地域統合の3つの理念の中で課題となっていた地域統合の第一歩として町内会への加入が出来た。	地域密着を含む理念を見やすい場所に掲示し、パンフレットにも明記しています。また新人研修やミーティングで理念について説明し、共有しています。利用前からの生活習慣やペースを大切に、その人らしい暮らしが出来るよう支援しています。	ホーム理念とは別に、新人職員にも分かりやすい平易な言葉を使いユニット毎の目標の作成を検討していただくことを期待します。	
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	日常的交流とは言えないが、夏祭りの時近所を入所者様と一緒に回りポスターやチラシを配り参加を呼びかけた。	昨年町内会に加入しました。ホームの夏祭りでは利用者と共にポスターやチラシを作成して近隣に配布し、利用者や家族を始め地域住民の多数の参加を得ました。また近隣保育園の園児が月2回、定期的に来訪しており、利用者の楽しみとなっています。		
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	ご家族への認知症に対する理解を得る為にいろいろな症状について話をします。			
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	運営推進会議は、2か月に1度開催し、状況報告、意見の発表、食事会なども行う事ができた。	利用者、家族、町内会長、市担当者等を構成員とし、現況報告や活動報告、避難訓練並びに外部評価等について議題となっています。参加者からは忌憚のない意見や要望が出され、運営に活かしています。議事録は掲示板に掲示しています。		
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に取り組んでいる	運営推進会議には必ず市町村担当者が参加され、他のグループホームの取り組み等も話されている。	市の担当者とは、来訪時に利用者の現状やホームの取り組みについて伝えると共に、分からないことについては相談し助言を受けながら連携してサービスの質の向上に努めています。また実務者会議や外部実習を通して同業者との交流を図っています。		
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	玄関の施錠は、夜7時以降～朝6時過ぎぐらいます。身体拘束は現在なし。	外部研修、伝達研修を通して身体拘束の防止について学習し、身体拘束のないケアに努めています。言葉づかい等についてもユニット会議やリーダー会議で話し合っています。玄関にセンサーをつけ利用者の外出を察知し、外出しようとする利用者に対しては無理に止めず、職員が付き添って外出しています。		
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	ユニット内での意見箱を利用し、スタッフ間での言葉の虐待につながらないように、お互い注意を合ったり確認をしよう。			

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
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	成年後見制度の講習会に参加。パンフレット等共有し学習する機会があった。又、利用者様も数名成年後見制度を利用されている。		
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	契約時、施設長が説明し理解を得られるよう務めている。		
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	ケアプランの見直し等の際や面会時には、意見や要望は必ず聞き反映させられるよう務めている。	家族の来訪時には声かけし、また行事の際に職員と家族が一緒にお茶を飲む時間を設けるなど、意見や要望の把握に努めています。介護計画の作成前や原案作成後も家族には個別に意見を聞く機会を設けています。意見や要望については申し送りやミーティングで職員に周知し、迅速に対応しています。	
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	リーダーミーティング	月1回、ユニット会議で出された職員からの意見・要望をリーダー会議に上げています。職員の意見箱を設置しており、そこで出されたケアの方法等については協議の上、統一化を図ったり、不適切な言動については注意し合ったりしています。また職員の意見を基に、違うユニットの利用者同志が交流できるような様々なレクリエーションが計画されています。	
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	ケアプラン等時間内ではなかなか終わることができない。		
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	実践者研修の受講。 ほぼ全スタッフが受けている。		
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	なかなか同業者との交流を持つ事が出来ていない。		

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
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ケアプラン作成にあたり、本人への聞き取りや日常の他愛もない会話から共有できる事を見つけ関係づくりに繋げる。		
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	利用者様の日常生活の変化を密に報告。不安に思う事は共有し、一緒に解決出来るよう努め信頼関係を深めたい。		
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	家族との連携を取り、外出・外泊、又他の病院受診の協力。		
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	一緒に食事の準備、後片付け、食事をする。		
19		○本人と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	ホームでの行事には参加してもらい、一緒に楽しんだり、良い事も悪い事も理解してもらい一緒に支えて行ける関係を作りたい。		
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	自分の畑に行って野菜を収穫して来たり、馴染みの人たちの面会もフリーで行なっている。	馴染みの美容室や行きたい場所への外出は、基本的には家族対応ですが、状況に応じて職員が付き添い出かけています。昔の友人・知人が来訪することもあります。またホーム便り（2ヵ月ごと）や担当職員による個別の通信（月1回）を通して、家族に利用者の状況を詳細に伝えています。	
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	歩ける利用者様が車イスと一緒に押したり、出来ないところを手伝ったりしている。		

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
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	退所してしまうと関係はなかなか続かない。		
<b>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</b>					
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	毎月ユニット内でミーティングし、利用者様の希望にあったケアが出来ているか見直しをしている。	表情や言葉、行動から変化を察知するよう努め、家族からも情報を得ています。それらは個別日誌に記載し、職員間で共有しています。質問の仕方でも二択にするなど答えやすいよう工夫しています。	
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	毎月支援経過の見直し。		
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	利用者様のその日の出来る事出来ない事の見極め、体調の把握。		
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	アセスメント、モニタリングを通してスタッフ間での話し合い、新しい気づきを共有し家族の要望も取り入れて介護計画を作成している。	介護計画作成前は利用者、家族と話し合う機会を設けています。サービス担当者会議で職員の情報や意見を出し合いながら計画作成担当者が原案を作成し、利用者本位の介護計画を作成しています。また介護計画に沿ったケアができていないか、「月間サービス実施表」を作成し、毎月見直しています。	
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	朝・夕の職員間の引き継ぎ、引き継ぎノート、ユニットミーティングを活かしている。		
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	利用者様のその時、その状態に合わせてケアプランを変更したりしている。		
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	市の菊花展を一緒に見に行ったりして楽しめ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	必要な診療科目への受診は可能となっている。	経営母体である病院の看護師に朝、夕利用者の状態を報告し助言を得ています。また主治医も毎日来訪しています。緊急時も経営母体病院との協力体制が整っています。他科の受診は、状況に応じて職員が支援しています。	



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	朝・夕の経過報告、時変時の指示対応は出来ている。			
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。	フェースシートによる情報交換。			
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	重度化した場合は隣接している病院の担当医がご家族と話し合いの場を設けて十分説明している。	看取りに関する指針、医療行為の対応に関わる同意書、看取り介護に関する同意書があり、利用時に家族に説明し、同意を得ています。1週間毎に経営母体病院の看護師が家族に利用者の状態を説明し、家族、医療関係者、職員で方針を共有しています。		
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	急変時は、昼夜問わず隣接している病院の医師や看護師が対応してくれている。			
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	避難訓練の実施、病院職員の応援体制が出来ている。	年2回、消防署の協力の下、夜間も想定して避難訓練を行い、訓練では利用者も実際に避難しています。スプリンクラーは各居室に設置されています。また火災時は隣接する経営母体の病院から職員が駆けつける協力体制が整っています。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	名前の呼び方は、名字で呼ぶ事を心がけ、又トイレに入った時もバスタオルをかけるなどしている。	トイレ誘導時や入浴時は他の利用者に分からないよう配慮しています。職員同志注意し合い、誇りやプライバシーを損ねないケアに努めています。面会簿や記録帳票類も適切に保管されています。		
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	二者択一にしたりする。			
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	食事の時間等、その人のペースに合わせて決めてはいない。			
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	二者択一。			

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様の出来る事を見極めて行ってもらい、後片付けも行なってもらう。	献立は栄養士と職員が交代で利用者の要望を聞きながら作成しています。季節の行事や誕生日には特別メニューにしたり、畑で収穫した野菜を利用する等、食事が楽しくなるよう工夫しています。また身体状況に応じた食事の形態に配慮しています。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、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	その人の好きな飲み物、食べ物を提供出来るよう務める。			
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、口腔の声かけ促し、口腔ケアの講習会もあり口腔ケアについて一緒に行った。			
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	排泄のパターンの把握、時間を見ての声かけ、トイレ誘導。	利用者の状態に応じて紙オムツ、尿取りパット、布パンツを使い分けています。介護日誌で一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間毎に声かけ、トイレ誘導を行い排泄の自立に向けた支援に取り組んでいます。尿取りパットを使わなくなる等、成果の現れている利用者もいます。		
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	担当医、看護師への相談を蜜にして下剤調節、乳製品、水分、運動への働きかけ。			
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	一応、入浴日は決まっているが変更可能。又、入る入らないは利用者様が決めて入る方もいる。温度も配慮している（熱い・ぬるいの好み）	入浴日に拘らず柔軟に対応しています。また、他のユニットの風呂にも入ることができます。浴室、浴槽は広く、仲の良い利用者同志で入浴することもあります。入浴を拒否する利用者には無理強いせず、利用者に合わせた対応を工夫しています。		
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	無理なく休みたい時に休んでもらう。			
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	病状変化については、都度看護師に報告。又、薬変更の場合、ご家族へも連絡。用法、副作用等把握出来るよう個別にファイルし、すぐ見られるようにしてある。			
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	習字、歌、かるた、詩吟等。			

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	ご家族の協力により、自分の畑へ行ったりしている。	職員と共に日常的に散歩や買い物に出かけています。外出が困難になる冬場は屋内レクリエーションの充実を図り、毎日ロビーで歩行訓練をする等、運動不足やストレス解消に努めています。利用者の役割としてポストを確認したり天気を調べるなどが、外気浴の機会となっています。	
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	お金の管理は、ご家族が行っており、利用者様は小銭くらいしか持っていない。		
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	毎月のお手紙の中に利用者様が書いた物を入れたりしている。		
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	季節に合わせて装飾品を変えたりしている。	ホーム全体日当たりが良く、明るい雰囲気です。また冬でも暖かく快適な温度が保たれています。広い玄関ホールは利用者の運動に使用されています。リビングにはソファを置き、利用者のくつろぎの場となっています。またホーム内には利用者の作品や季節の装飾品が飾られ、家庭的でぬくもりのある雰囲気となっています。浴室、トイレも広く使いやすくなっています。	
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	自室にテーブルやテレビを設置。又、ホール内でもソファを置いてお茶を飲みながらテレビを見たりおしゃべりをしたりしている。		
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	入居時、使い慣れたタンスや茶わん等使用する事で生活環境があまり変わらない空間が持てるようになる。	居室には、利用者が使い慣れた家具や、好きな生活用品、思い出の品等が自由に持ち込まれ、その人らしく安心して過ごすことができる居室となっています。クローゼットと防災カーテンが備え付けとなっています。	
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	スプリンクラーの設置。 トイレ、お風呂等がわかるような表示。		