

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	1070301203		
法人名	有限会社 ポピー		
事業所名	グループホーム ポピーの家		
所在地	群馬県桐生市仲町1丁目6番15号		
自己評価作成日	平成 23年 2 月 9 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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階		
訪問調査日	平成23年2月25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)】

施設内で過される利用者様の事を考えて、おりがあれば希望を聞いて外出が行われている。また、畑があり、利用者様の楽しみのひとつとしている。入浴も希望があれば入れる仕組みとなっており、回数も多い。
スタッフも管理者との連絡がよく図れて管理者が利用者様ひとりひとりをよく把握している。申し送りがきちんと行われているので、各利用者様の変化をよく知って、対応が行われる。

【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)】

『7利用者のためならなんでもする』という代表者の発言通り、利用者の日常生活を丁寧に支援していることが確認できた。たとえば、自立支援に向けてのトイレ誘導や食器洗い・食器ふきを利用者が頑張っている姿には「具合悪くなつてはいられない」という意気込みさえ感じられる。また、代表者が今日まで努力してきた地域とのお付き合いが実を結んでいる。地域の行事やお祭り、利用者の作品展等には近隣の協力があってこそ継続されていると思われる。

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、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	理念の大切さと実践に向け、毎月のスタッフ会議時に確認している。また、具体的な内容等については日々話し合いながらケアの場面で実践に取り組んでいる。	地域密着型サービスを踏まえた理念の再確認はスタッフ会議や何か通常とは異なる変化が見られた場合等でもその都度振り返っている。	
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	近隣所へのあいさつを心がけている。また、気軽に立ち寄りお茶を飲まれたり、季節の野菜が収穫時に届いたり、交流は日常的に行われている。	地域の祭りへの参加や退居後の家族との付き合い、地域新聞の利用、保育園児の訪問等で近隣との付き合いを日常的に行っている。	
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	町内会(組合)に加入しており、回覧板があり、町内の定期会合に出席したり、地域の行事(紗綾市・桐生まつり)等に積極的に参加している。公民館活動等を通して日常的に付き合いができています。		
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	2ヶ月に1回定期的に開催して、評価・結果報告・話し合いを行っている。また、そこで出た意見や助言は記録し、スタッフ会議等で話し合い、サービス向上に活かしている。	2ヶ月に1度定期的に行われ、地域代表・市・地域包括支援センター・民生委員・家族等が参加している。行事報告やホームの現況報告、意見交換がされている。民生委員からチンドン屋が紹介された。全家族に開催案内が通知されている。	
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取り組んでいる	管理者は随時ケアマネと連携し、困難事例等の相談・質問など市を訪れている。また、地域包括支援センター等を通して情報交換しサービス向上に取り組んでいる。	地域の独居高齢者・認知症の方の情報提供等や介護保険諸手続きに関する連携等で市とは地域連携を図っている。	
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	マニュアルに身体拘束の禁止対象になる具体的な行為を明記し、該当するケースがあった場合は、スタッフ会議で取り上げて話し合いを行っている。	ホームの出入り口の鍵は開錠されている。身体拘束・虐待に関しては職員間で話し合っている。	
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逃ざされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待を見逃さないよう、個々のケースで危険性があれば、スタッフ会議で取り上げていく。現在該当すると思われるケースは無し。発生すれば機関に報告する。		

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
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	マニュアルやパンフレットを利用し学習しており、必要があれば支援を出来る体制を取っている。		
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	家族の不安、本人の状況をよく把握した上で説明を行い、納得していただき、契約や解除に応じている。		
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	日常の対応の中で話しやすい雰囲気作りをし、傾聴して反映できるようにしている。	職員は担当制をとり、面会時や電話等で意見を聞いたり、こちらから提案したりしながら意見を出しやすくしている。出された意見はスタッフで共有している。	
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	スタッフ会議で取り上げて、意見交換や提案をして考慮をしている。	併設の小規模多機能事業所スタッフとは研修を一緒に行ったり、研修後の勉強会をしている。急な休暇等にも対応できるようにしている。職員の昼食の負担をしている。	
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	個々の能力・希望も取り入れながら勤務調整をしている。		
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	県の地域密着型サービス連絡協議会等の主催する研修に積極的に参加して情報交換を行い、サービスの質の向上に努めている。		
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	桐生市内のグループホーム間の交流研修に参加して情報交換を行ってサービスの質の向上に努めているが本年度は参加できなかった。		

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
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	初回のインテークだけでなく、入所にいたるまで何度か訪問をして安心して利用できるよう、信頼関係を築いていく工夫をしている。		
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	家族との面会をした時点で、安心感を持てるような対応を心がけている。		
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	本人と家族がまず必要としている支援を見極められるよう聞き取り、それに合わせたサービス支援を検討している。		
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	個々のペースに合わせた生活支援を考慮し、共に生活できる環境づくりを目指している。郷土料理やおやつ作りをしたり、できる家事作業は一緒に行うようにしている。		
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	面会時、話す機会を多くして小さなことでも情報を共有できるようにしている。		
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	常に立ち寄りやすい場所としていただけるような支援をしている。また、訪問された方は家族に知らせている。	地域の寺の昔からの「市」に出掛けたり、馴染みの八木節と一緒に踊ったり、家族の宿泊支援、年賀状のやり取り支援等で家族に協力していただき継続した支援に結び付けている。	
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	個別の持っている能力や個性を生かせる仲間作りをしている。 (席の位置や手伝い、レクリエーション)		

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	体調変化に伴い、入院・退院等はあるが、常に連絡をとり、継続的関わりを持っている。随時、相談を受けている。		
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	アセスメントにより希望等の把握を行い、また、日常の会話や生活の様子からくみ取り、各自の希望・思いに沿って支援している。	本人は何をしたいのかということを大切に、申し送り時に集めた情報や家族からの情報を基に意向の把握を行っている。手紙のやり取り等の支援も続けている。利用者の思いの詰まった新聞の切り抜き等で文集風に作成している。	
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	アセスメントによる情報や家族、前任のケアマネの情報を元に介護の経過を把握できるように努力している。		
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	体調、気分の安定、表情、行動等、細かい視点での観察に努め、総合的に把握できるようにしている。		
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	個別のアセスメントを行い、本人・家族の意向確認のもとにスタッフ会議やミーティング等で話し合いの上、介護計画を作成している。	月に1度のモニタリングを基に原案を職員が作成し、ケアマネジャーが最終的に判断し、変化があった時と変化が無い場合でも3ヶ月に1度は介護計画を見直し現状に即した介護計画を作成している。	
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	ケア記録を元に、申し送り、ミーティングで情報を共有し、担当者の意見を優先し、協議の上で見直しをする。		
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	小規模多機能型居宅介護サービス事業が3月に開始となり、要望に応じて訪問やショートステイ、デイサービス支援をしている。		

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	必要性に応じて民生委員、ボランティア、消防等と協力しながら支援している。		
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	入居契約時にホームの協力医療機関についての説明を行い、同意を得ている。かかりつけ医による2週間ごとの往診支援が行われている。また、皮膚科、歯科等必要な医療への受診支援も行われている。	納得のもと、協力医の適切な医療支援がなされている。職員は利用者の日々の症状を把握している。	
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	職員に看護職を配置し、日常の健康管理や医療連携体制が取れるようにしている。		
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、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。	入院に際しては管理者が立ち会うとともに、随時面会し、家族、病院関係者等との情報交換を密にする体制作りをしている。		
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	看取り介護、終末期ケアについての方針やマニュアルを作成し、かかりつけ医との相談もできている。また、本人・家族等とも十分に話し合いをした上で看取りに対しての意思確認のため「看取り同意書」を提出してもらっている。	ホームとして「最後は病院で、ホームの出来ることはその前の段階まで」という考え方の指針を作成し、職員で共有し家族にも説明している。	
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	勉強会で学習をしており、マニュアルを作成している。職員の応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っているが、全員ではない。		
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	定期的に訓練を開催し、全職員が緊急時に対応、速やかな避難が出来るようにしている。家族会や近隣の方の協力体制も整っている。	年に2回消防署立会いの訓練を行っている。備蓄の準備がある。	利用者と職員が避難経路や避難技術を身につけるために、自主訓練もお願いしたい。

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
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	定期的に勉強会に参加し、利用者が常に気持ちよく過せるような対応と環境づくりを心掛けています。問題が生じた場合はスタッフ会議において話し合いを行う。	毎日の引継ぎ時の場所の配慮・利用者への適切な声かけ、利用者に適したテーブルの配置等気持ちよく日常生活が送れるよう支援をしている。	
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	それぞれの利用者に、思いや希望を聞き、小さな事でもその都度自己決定を促している。		
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、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	その人に合ったペースで過せるよう、入浴や食事の順番や手順など、本人の希望を聞きながら工夫している。		
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	家族に使い慣れた揃やひげそり、好みの化粧品や服を持ってきてもらい、本人の希望にあわせて使ってもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ひとりひとりの嗜好や残存能力を生かした食事作りを心掛けています。また、食器拭き等の手伝いも積極的に手伝ってもらっている。	食材をスーパーで買い、野菜をいただいたらメニューに加えたりして、利用者と職員が一緒に手作りして食べている。スイカ割り、クリスマス会や夜食におにぎり・お菓子の提供や梅取りをして、皆で漬けて楽しみに食べている。洗い物・食器ふきを手伝ってもらっている。	
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	利用者が食べる大きさ、硬さにも注意し、ひとりひとりに合った食事を提供している。また、食事量、水分量を管理して、不足があれば補うように工夫している。		
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	利用者の能力に応じて歯磨きをしてもらったり、入れ歯の洗浄をもらっている。歯磨きの出来ない方は食べ物が口腔内に残らないよう、職員が確認し、口腔ケアを行っている。		

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
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	昼間はおむつを外し、トイレで排泄してもらっている。特に食事後はトイレ誘導を必ず行っている。	就寝時間を遅くするなどして「トイレでの排泄」を重点的なサービスとしている。トイレでの排泄支援をしていくうちに各人の排泄パターンが分かり、パターンに添った支援をしている。	
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	おむつに頼らず、昼間はトイレに座る習慣をつけている。薬以外にも、ヤクルトなどの乳酸菌飲料を家族に届けてもらうなどの工夫もしている。		
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	希望を聞いてその日の入浴の順番を決めている。嫌がる利用者に対しては無理はさせず、入りたくなるまで働きかけをしたり日を変えたりする。	最低でも1週間に2回は入っている。個浴で週に6回は希望により入れるようにお湯が張ってある。	
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	利用者に応じてTVを観たり、個室で過したりしていただき、眠くなったら自然に眠れるようにしている。利用者によっては夜食の用意もしている。		
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	各職員が自分の担当の利用者を持ち、薬についても管理・確認をきちんとしている。		
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	利用者によって、食器洗い、食器拭き、床掃除などの仕事をしていただき、塗り絵や俳句、歌などの趣味にも積極的に取り組んでいただいている。		
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	空き地が広くあり、庭で遊んだり、野菜を作ったり、草取りなどをして自分を取り戻せる工夫をしている。また、季節の花見や縁日などの年中行事にもよく出かけている。デイサービスの催しにも出かけることが多い。	ドライブ・花見・地域の夏祭り・桐生祭りの七夕コンテストへの参加・地域の集会場での作品展出展の鑑賞等で外出の機会が多い。敷地内の畑のジャガイモ堀りや散歩で日常的な外出の機会がある。	

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	トラブルの原因にもなるので現在、現金は預かっていない。また利用者にも持たせていない。		
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	希望があれば、電話をかけてもらったり手紙を出すお手伝いをしている。		
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	季節の花を飾ったり、年中行事に合わせた室内装飾を工夫している。採光や室温にも配慮して、居心地良く過ごせるよう努めている。	各居室は2階、食堂は1階にあり、地域密着型サービスの利用者と一緒のテーブルを囲んでいる。2階のフロアーにもテーブルと椅子、1階と2階には行事の写真や利用者の作品・お雛様が飾ってある。	
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	それぞれの利用者に落ち着ける場所があり、居場所づくりをしている。		
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	家族には、使い慣れた日用品や嗜好品を持ってきていただけるよう働きかけている。タンス・椅子・写真等が持ち込まれ、利用者が安心して過ごせる工夫をしている。	ベッドと布団の対応が出来る。それぞれ写真や身のまわり品、作品が持ち込まれている。	
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	部屋には、各利用者のネーム・写真入りの手作り表札をかけたり、トイレの目印をつけている。各部屋に、時計・暦(カレンダー類)を設置している。		