

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	2771000862		
法人名	医療法人松仁会		
事業所名	グループホーム 雅の家 (1)		
所在地	大阪市西淀川区大和田5-4-14		
自己評価作成日	平成23年5月16日	評価結果市町村受理日	平成23年7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.osaka-fine-kohyo-
----------	---

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階
訪問調査日	平成23年6月27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)】

介護職員は目配り・気配り・思いやりをモットーに「当たり前を考え」地域の中で利用者様と一緒に暮らしています。雅の家は何といても職員が元気です。いつも元気で明るく接する事が利用者様を元気にする事だと確信しています。老いる・病む・そして死に関わる意味を自分達や家族・親戚・地域の人々と共に受け入れ向き合う、それが「当たり前」であると感ぜられるホームであるように日々全員で頑張っています。職員の数にゆとりを持ち、できるだけ外部研修に参加し、スキルアップを目指している。居室担当を決め、ミーティングにより個別ケアを重視している。

【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)】

経営母体の医療法人松仁会は50有余年の歴史を持ち、介護保険制度制定以前から特別養護老人ホームの開設など、地域の老人福祉に貢献している。「グループホーム雅の家」は、その老人福祉施設の一つで、平成17年5月に設立された。「家族として当たり前の生活を合い言葉にして、「地域の中で我が家としての暮らしが続けられる」よう支援している。居室担当制度が設けられていて、利用者をADL(日常生活動作能力)だけで判断せず、個々の性格など様子を見ながら個別ケアが行われている。職員は総じて澁刺としていて元気が良い、この一年の離職率は0%である。管理者は「『雅の家』の職員や環境が優れているからです」と胸を張る。

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)
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)
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)
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、生き生きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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	自分が主役、ここが我が家である。生活の場を広げ、生きがいを持って暮らしていけるよう支援・計画を進める。	地域の中で「我が家」として暮らし続けられるための支援をする、という事業所独自の理念を作りあげ、各ユニットの入り口に掲示し全職員が確認し共有している。	
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	自治会への参加、学校行事への参加。個別ケア(外出)の充実により利用者様の意向に合わせたケアができるよう進めている(スーパーや飲食店の協力のもとレクリエーション活動)	自治会に加入して地域の行事に参加するだけでなく、福祉高校の実習生を受け入れたり、地域で介護教室を開き講師を務めるなど、地域の一員として日常的に双方向で交流している。	
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	西淀川区グループホーム協会に登録し、「キャラバン」メイトとして連絡会に参加。西淀川在宅サービス家族会・自治会等講師として参加。		
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か月に1回開催。地域包括センター・利用者家族が確実に参加できるよう、開催時間を考える(午後6時以降)	利用者、利用者家族、地域包括支援センター職員、自治会長、民生委員、保育所施設長、他事業所職員、事業所職員等が参加して隔月に開催、参加者からの意見や要望を受け双方向での話し合いが活発に行われている。	
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	地域包括センターとの連携。市町村(生活福祉支援)との連携。西淀川在宅サービスセンター(あんしんサポーター)連携。社会福祉・情報センターとの連携。介護支援専門員との情報交換	直接行政の窓口へ出向いていくほか、3ヶ月に一度行われる区内グループホーム連絡会などで事業所のケアサービスの実情を伝えながら協力関係を築いている。	
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	常に利用者が心身状態を平穏に保ち、生活できるよう、なるべく行動制限をしない。身体拘束をしないケアの実践勉強会を開催	職員は身体拘束が及ぼす精神的身体的苦痛を研修等を通じて十分理解している。しかし、事業所前の道路は交通量が多く非常に危険である。従って、やむを得ず危険防止のため各ユニットの出入り口は施錠している。	
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	虐待・身体拘束(行動制限)ゼロを目指す。		

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
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	成年後見人制度利用者(18人中5人)安心サポート利用。認知症介護研修の受講。大阪市福祉局主催人権問題受講		
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	グループホーム雅の家、重要事項説明書2部作成		
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	グループホーム雅の家、運営基本方針揭示。玄関入口に苦情箱設置。家族来訪の機会を利用。前回、外部評価で指摘のあった、介護及び日常生活の状況についての開示。雅通信の再開を実践した。	運営推進会議や家族の訪問時、また意見箱等あらゆる機会を通じて意見要望等を聞き出す努力をしている。出された意見要望は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	適宜に会議を開催する。月1回合同会議。月1回各階、ミーティングを適宜に開催	月1回の職員会議やミーティング時に運営に関する職員の意見や要望を聞き出し、それらを運営に反映させている。	
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	介護保険処遇改善給付金申請し、職員平等に支給する。		
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	外部・内部研修への参加を促す。		
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	関連施設への勉強会。月第2・第4の勉強会(医薬品学習会)他のグループホーム1日体験		

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	入居前の家族さんと利用者は時間をかけ何度も施設見学、面接をおこなう。		
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	入居前の家族さんとは、時間をかけ面接・経済面で難しい方の事由を勘案することもある。		
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	グループホームは認知症の人が入居対象となるため、そうでない人への介護保険制度を十分に説明したの支援方法を進める。		
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	利用者さんの意向合わせた、ケアができるよう相合の存在を認め合う関係づくり。		
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	今までの生活の流れを生かしながら、施設行事(遠足・誕生日会等)には家族さんへの参加をお願いする。		
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	ご利用者に来る、手紙やはがきを読み聞かせ、返事の代筆、あるいは電話をかけ、利用者さんと代わる。	毎日の散歩の中から利用者の馴染みの店、喫茶店を覗いてみたり美容室を利用するほか事業所の行事の時などに知人に来ていただいたりするなど、工夫をしながら馴染みの人や場との関係継続の支援をしている。	
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	くつろげる空間がDルームしかないので、常に職員が介入し1階・2階への移動(遊びに行く)し穏やかさを保つ。		

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	入居・退去後のケアと家族様・病院・他施設・他居宅事業所等の連携を図る。		
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	アセスメントで職員間の情報共有。アドボカシーの立場で家族様への意見の反映を行い、実際のケアに活かしている	利用者本人がどのように暮らしたいか、毎日の関わりの中で居室担当が聞き出し、可能な限り意向に添った支援をしている。	
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	入居時家族様より、情報提供していただいている。病院⇒看護サマリー・居宅⇒直近のケアプラン・施設⇒介護・看護の要約		
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	日常生活動作・自立度を把握している。(水分・食事量・睡眠時間・排泄等)		
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	利用者ごとの居室担当を決めている。サービス担当者会議(ミーティング等)を開催し実施期間が終了する際(通常3か月)と状態変化に応じた随時の見直し。	介護計画見直しの期間は、一応3ヶ月と定めているが、アセスメントをもとにモニタリングを繰り返しながら、変化が起きた時には、そのつど臨機応変に見直しを行っている。	
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	認知症対応型共同生活介護サービス計画書を1・2作成し、モニタリング総括表を使用。服薬管理表・ケース記録・水分チェック表・排泄チェック表・バイタルチェック表・介護日誌等記録の仕方の申し送りを徹底。		
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	その時々生まれるニーズに対応して柔軟な支援サービスを提供している。(例訪問理容を受けない人は行きつけのパーマやさんへ。		

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	レクリエーション等外出時、民生・自治会会長の応援要請を行う。家族さんやお孫さんのボランティア・歌体操・紙芝居・保育園児の訪問・職員の子供の出入り。		
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	訪問診療・訪問歯科・訪問リハビリ・薬学管理指導等、個々に同意書を頂き、適切な医療援助を行う。	基本的には法人の診療所の医師がかかりつけ医になっているが、本人や家族の希望により今までのかかりつけ医にも対応している。通院介助、情報の伝達方法については家族の協力を得ながら臨機応変に行っている。	
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	事業主体が医療法人でホームの前には診療所もあり、入居者の緊急事態にも即、対応できる。		
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。	医療機関⇒ソーシャルワーカーとの連携・家族・医師・ソーシャルワーカー・ケアマネで入退院時のカンファレンスを行う。入院時、何度も病院に足を運ぶ。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に、利用者様とお家族の皆様へと題し、健康管理書の記入を依頼している。	入居時に事業所の看取りに関する指針を明記した健康管理書を交付した上で利用者や家族等に説明をし、かつアンケートを取りながら方針を共有している。このアンケートは利用者の状態が変化するたびに取直し確認を行っている。	
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	夜間緊急対応(救急編)・夜間緊急対応(火災編) 雅の家緊急連絡網・防災マニュアル		
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	大阪市災害時要援護者名簿作成(地域自治会・包括センターに提出)非難場所(淀中学校・老人保健施設フェリス大和田)	消防署指導のもと、年に2回、避難訓練や避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を自治会長や法人内老健職員の協力を得ながら行っている。しかし、夜間を想定した訓練や備蓄が今少し不十分である。	夜間の訓練は、運営推進会議で依頼するだけでなく訓練にも参加して頂き協力体制を確立して欲しい。備蓄備品についても必要最小限は準備し、訓練時の点検項目に加えることが望まれる。

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	個別ケアの充実。入居者1人1人の人格を尊重してコミュニケーション技術を活用している。	利用者一人ひとりの人格を尊重し、介護が必要なときもさり気ない介助や、誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けが行われている。個人ファイルもスタッフルームの引出しに保管するなどプライバシーの確保がされている。	
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	ご本人の返答能力に応じた支援。ご本人の思い込みを否定しない。ご本人のご希望や自己決定できるような雰囲気職員一同作っていく。		
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	利用者の日々諸事の変化を当たり前としている。優先順位を考える(基本的には施設生活、食事、入浴のじかんは決まっている。)		
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	その人らしさを支えるための支援。隣の理容室と連携をとり、予約を入れての生活支援。		
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	行事の時は別メニューにし、職員も一緒に頂く。メニューが事前に分かっているので入居者さんの好みに合わないときは、好きなものを選んでもらう、選ぶのを待つ。声掛け介助で完食をめざす。職員と一緒に片づけ。	業者の食材ではあるが、ユニット毎に職員が調理、利用者が手伝っている。利用者の介護度が非常に高いため食事介助に徹している職員もいるが、その他の職員は共に楽しく食事をしている家庭的な風景が見られた。	
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	水分チェック表(1日平均1200以上を目標)バイタル表(起床時・入浴時)状態悪い時は適宜に測定。食事量チェック表(声掛けにて完食をめざす)		
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	訪問歯科1/週。毎食後・おやつ後口腔ケア(個々で歯ブラシ、歯磨き粉を変える)義歯は夜間常浸け置き、洗浄します。		

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
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	職員同士で連携を申し送りなどで、ADL向上に向けて支援している。極力オムツは避ける(個々の排泄パターンを把握)	事業所の職員は利用者の排泄パターンを把握した上で、一人ひとりの習慣やパターンに応じた個別の排泄介助をしている。	
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	ティタイム時の牛乳・バナナ・ヨーグルト等提供し、なるべく服薬にたよらず予防している(
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回入浴を実施していたが、利用者とのかわりの時間を多く設けるため週2回となる。利用者の入浴日を決め、本日の入浴者名簿を掲示している。シャワー浴や足浴も行い、清潔保持に努めている。	週2回の入浴ではあるが、利用者一人ひとりの希望やタイミングにあわせてシャワー浴や足浴と併用しながら、個々に添った支援を行っている。	
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	個々の睡眠パターンを把握する。夜間は巡回(3回)を行い良眠の確保に努めている。健康状態を把握し、個別で臥床の時間を設ける適宜の支援を行っている。		
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	薬学管理指導(18人中13人)月2回。ケース記録に一人ひとりの薬管理表を作成し、定期薬ごとに記録の更新を行う。		
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	過剰介護にならない様、見守り、声掛けを行い、役割分担、居場所の確保。(カラオケ、プランターの植え込み、別メニューでの食事会)		
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	天候や利用者様の体調を考慮し、できるだけ外気に触れるよう心掛けている(洗濯干し・ゴミ捨て・公園への散歩)	利用者一人ひとりのその日の希望に添って、近隣の公園へ出掛ける他、外食に出掛けたり馴染みの喫茶店に出掛けるなど、居室担当者が個別対応をしている。	

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
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	ご家族からの預かり金の管理を行い、買い物への支援。(化粧品・食料品・遠足時のおみやげ、夜店での買い物)ご家族様預かり金収支表の管理。		
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	手紙は利用者から申し出があったときは代筆を行う。電話の取次ぎ。携帯電話の充電支援。グループホームでの新聞の購買。		
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	狭い玄関を広く使えるように整理整頓を心掛けている。家庭的な雰囲気を作り出す支援(開閉扉を利用し季節感を味わうレイアウト)をしている。	玄関へ入るまでのエントランスには、季節の草花や野菜がプランターに植え込まれている。また、居間や食堂には季節感溢れる掲示物があり楽しそうな行事の写真が貼られているなど、居心地よく過ごせる工夫が随所に見られる。	
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	共同空間における居場所の確保(廊下の壁を利用して毎月の行事写真をはり話題作りの材料にする)		
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	入居者の使い慣れた生活用品や備品を持ち込み、その人らしい居室を作る。	居室には、利用者本人が使い慣れた小物や家族の写真などが持ち込まれ、居心地良く過ごせる工夫がされている。	
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	身体機能の低下を補う配慮(車椅子介助ばかりではなく自操を促す)場所の間違いやわからない事での混乱を防ぐために、居室の表札やドアに工夫をしている。		