

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	1070500978		
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームかえで		
所在地	群馬県太田市龍舞町5655		
自己評価作成日	平成23年7月20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	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成23年8月12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)】

運営推進会議などを利用し、地域交流を深めグループホームへの理解、認知症への理解をして頂けるよう努力し、地域ボランティアを通じ、利用者様とも密に交流をもって頂き、外部の風を取り入れ開かれたグループホーム作りを目標にしている。

【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)】

ホームは、入居者と家族の関わりを支援するために、毎月の利用料金支払いを現金払いと取り決めて、都合によってなかなか面会にこれない家族でも、月に1回はホームを訪問するようにしている。法人が運営する多数のグループホームがあり、運営やケアに関するマニュアルが整備され、また毎月行われる研修など、法人全体でケアの向上を図る仕組みができています。職員は定められた定数より多い人材が確保されており、開所して7年経過し入居者の日常生活動作(ADL)の低下が目立ってきているが、細やかに対応している。管理者は、地域との関係構築のため、粘り強く働きかけ、現在では運営推進会議や行事の参加のほか、自動火災通報装置設置をして、近所の方が緊急連絡先として登録に協力して頂いている。

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、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	理念に沿って年間目標を作成し、目標に向かって職員全員が理解し、介護サービスを提供している。	理念は、ホーム長の交代時など機会があることに見直しをしている。見直しの際は、地域の中のホームであること・人権尊重などの方針を基本として、職員間で話し合われている。理念は全員に配り、ホーム長が職員に話し、日々のケアにつながるよう指導している。	
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人として日常的に交流している	地域のお祭りに参加させて頂き、みこしなどをホームに招いたり記念写真を撮ったりしている。	地域とは、行事などでの関わりだけではなく、日常生活するうえで、地域資源を十分に活用するなどの関わりを持っている。自治会に加入し、公園やゴミステーションの掃除も行っている。ホームの行事は地域に知らせて、そのつど参加を依頼している。また、近くの農業高校生が野菜を売りに来たり、近隣の方がホーム周りの草むしりや消毒をしてくれたりしている。	
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	運営推進会議で地域貢献について話し合い、介護や認知症について悩みがある方はホームで相談に乗ると呼びかけている。		
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	運営推進会議で話し合ったことを職員会議でも取り上げ、意見交換しサービスの向上に努めている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回、行政・地域住民・家族・入居者・法人代表・職員の参加のもとで、その時々でのホームの課題について話し合われている。最近では、災害時の対応や介護職の医療行為などについて意見交換が行われている。	
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	制度上の疑問点は、その都度市町村の担当者に相談している。	ホーム運営上の課題については、そのつど行政に相談し指導を受けているほか、ホームの管理者が、毎月行政を訪問してコミュニケーションを図り、協力関係を構築している。最近では、持病を抱える入居者の対応について相談し指導を受けている。	
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	指定基準や身体拘束廃止マニュアルをもとに会議で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	ホームの方針で身体拘束は行わないと決めており、これまで行ったことはない。もしもの時の対応についてはマニュアルが準備されており、職員もホーム内研修で学習し、承知している。	
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	高齢者虐待防止法について管理者会議や職員会議でも話し合っている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について研修し、これからも参加していく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に時間をきちんと取り、説明を行っている。また、退所後も相談に乗るようにしている。		
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	意見箱を設置し家族の意見の収集に努めている。また市町村の介護保険課、国保連、本社の苦情受付の連絡先を掲示している。	2ヶ月に1回開催される運営推進会議に入居者および家族に参加を依頼し、意見を聞いて対応している。また、ホームの苦情箱設置のほか、公的な苦情受付窓口の所在地・法人の課長職の携帯電話番号やメールアドレスを家族に知らせて、多様な相談に対応している。	
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	原則、全員参加の職員会議を月一度行い、運営に反映させている。	毎月開催する職員会議およびケースカンファレンス時に、2年前より続いている職員の意見や提案を受け、運営に反映させている。そのほか、2年前より続いている職員の個別業務日報があり、毎日の振り返りや要望を書いてもらい、2週間に1度ホーム長に提出し、個別にコミュニケーションを図る役割としている。	
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	自己評価表(法人独自のもの)を年二回行い、個人の評価及び面談を設けている。		
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	職員は外部研修に積極的に参加するよう促している。		
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	グループホーム連絡協議会を利用し地域のホームとの交流に努めている。また、法人内の管理者同士の交流も行っている。		

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
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	入所前の面接で利用者様からの要望や不安を、本人やご家族から聞き、対応するよう努めている。		
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	入所前の面談で本人がホームに来られない場合には管理者が本人の下に伺い、可能な限り相談に乗るよう努めている。		
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	相談を受け、他のサービスが適切な場合には、法人内だけでなく、グループで支援するように努めている。		
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	職員は可能な限り、利用者様と過ごすように心掛けている。		
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	ご家族様と密に連絡を取り、相談し信頼関係を築く努力をしている。		
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	面会に来て頂いた時など、楽しく談話して頂けるよう居室にて過ごして頂いている。	家族・親戚・友人の面会は自由で、事前のお知らせで外泊も自由である。なじみの理容師や医院を利用したいと希望する入居者には、希望に沿うように対応している。お祭りの他、季節ごとに花見やぶどう狩りなどに出かけている。墓参りに行きたい入居者には、家族が対応している。	日常生活動作(ADL)の低下などで外出が困難になったり、面会者が少なくなった入居者に対し、職員は馴染みの話題等が提供できるように、これまで以上に利用者理解に努めた働きかけを期待したい。
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	仲介に入り利用者様同士が関わり合えるようコミュニケーションを図っている。		

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
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	退所後も何らかの要望があった場合は対応していくよう努めている。		
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	毎月のカンファレンスや利用者様、ご家族様との話を通してご希望に添えるよう努めている。	職員は、受け持ちの入居者を家族からの聞き取りをしながらジェスチャーや表情を観察して生活歴等も含めて十分把握して、ケースカンファレンスやケアマネジャーとの介護方針についての話し合いに役立っている。職員はケアカンファレンスで全入居者の状態を把握して、尊厳をもったケアに活かしている。	
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	家族面談等を行い、生活歴を加味し支援を行っている。		
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	日々申し送りをを行い、小さな変化にも対応できるよう現状把握に努めている。		
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	本人、ご家族と話し合い、結果ケアカンファレンスを開き、意見交換をしている。	家族や入居者とコミュニケーションを十分に図り、情報収集に努めている。管理者とケアマネジャーを中心に、全入居者を毎月ケースカンファレンスで取り上げ、モニタリングを実施、現状にあったケアについて検討している。	
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	正確なケア記録を記載するよう心掛け、情報の共有をしながら実践し、介護計画の見直しをしている。		
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	本人やご家族様のご希望等、状況に応じて支援している。		

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	近隣の保育園の慰問や近隣高校との野菜売りなどのふれあいを大切にしている。		
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	協力医による往診、訪問看護との連携を取っている。	希望によりそれまでのかかりつけ医を受診し、それ以外の方はホーム協力医に健康管理を依頼している。協力医はいつでも対応し、緊急時の場合は協力医の指示により、病院へ紹介してもらっている。その他、週に1回訪問看護師の訪問を受け、バイタルチェックなど健康管理や健康相談を実施している。	
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	医療連携加算に基づき、週に一度訪問看護の健康チェックを受けている。		
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	今後、協力医以外の医療機関とも情報交換など密に行えるよう連携を図っていきたい。		
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	変化に応じ、主治医への連絡、相談をし、今後の変化に備えている。	入居時に、重度化や終末期に向けたホームの方針、あるいはケアの対応について説明している。ホームでは、家族や本人の希望により、協力医や訪問看護師と共に、できる範囲で希望に添えるよう努力する方針である。原則として、食事がとれなくなったら、終末期として考えていくとしている。以前、終末期ではないが、家族が宿泊して協力していただいたこともあった。	
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	AEDを設置し、職員だけでなく地域住民も参加され救急救命講習を受け、知識を持ち、また定期的にマニュアルの確認も行っている。		
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	年二回消防署より避難訓練方法の指導を受け、その場に近隣の方々も参加して頂けるよう努めている。	年2回の避難訓練は、地域の方にも知らせて、一緒に訓練している。地域の4軒の方には、緊急連絡先に登録して頂き、協力を得ている。今後は、入居者・職員が避難方法を身につけることを目的に、出火場所を変えながら月1回の訓練を計画している。スプリンクラー・自動火災通報装置を設置しており、避難場所・緊急時マニュアル・防災グッズも用意している。	

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
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	利用者様の自尊心を傷つけることのないよう、その場に適した言葉掛けに十分注意し、支援を行っている。	理念に掲げているように、入居者一人ひとりの尊厳を尊重したかかわりをケア目標としており、呼称やトイレ誘導などの対応に配慮している。職員の言葉かけはやさしく、入居者は落ち着いた表情で生活している。個人情報利用同意書ももらっている。	
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	理解できるように説明し、選択の自由を支援している。		
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し、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	個人のペースを尊重している。		
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	ホーム内、外出時に実施している。		
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	準備、片付けなど各自出来る範囲のお手伝いをして頂いている。	食事は、ホームですべて準備している。開所7年目であり、入居者の日常生活動作(ADL)は徐々に低下してきているが、その日の状況によって声かけして、食事の準備や片付けを手伝ってもらっている。職員と入居者は同じものを同じテーブルで会話しながら食べている。水分・食事摂取量を確認し、きざみ・ミキサーあるいはカロリー制限食にも対応している。	
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	水分摂取表、食事チェック表を確認し、水分量の少ない方には声を掛け、一日1300mlを目安に摂取して頂くよう管理、支援している。		
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	歯磨き口腔ケアを毎食後行い、義歯の消毒を一日一回夕食後行っている。		

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	排泄表に基づく排泄パターンにて声掛けを行い、トイレ誘導をすることで失禁を減らせるよう努める。	入居者の尊厳を大切に、オムツという言葉は禁句とし、パットと呼んでいる。骨折で入院して、退院時にオムツになっていた入居者の排泄パターンと状況をアセスメントし、働きかけによってオムツ外しに成功している。	
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	水分補給や食事、運動を施している。		
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	希望を聞き、無理のない程度で入浴して頂いている。(最低週二回)	入居者の日常生活動作が低下してきているため、状況によって2人介助で湯船に入ってもらったり、季節に応じてゆず湯を準備したり、入浴を楽しめるように支援している。週2回の入浴のほかに、発汗の状況によってはシャワー浴を行っている。入浴拒否の入居者には無理強いしないで、時間をおいて声かけしたり、次の日に対応したりしている。	
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	その時の状況、希望に合わせた休息安眠を支援している。		
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	薬剤情報を確認し、薬が変わるごとに申し送りで伝達している。		
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	散歩に行ったり、書き物をしたり、職員とともにレク活動を行ったりと、その人に合った楽しみごとを提供している。		
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	利用者様の体調、天候により外出散歩を行っている。行事にて外食にも出かけている。	家族と一緒に外出や外食・外泊のほか、ホームの周辺を散歩したり、月に1回の外食や季節ごとの神社参拝や花見などに出かけて、生活にメリハリをつけるよう心がけている。	

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	預かっているお金を本人に渡し、一緒に買い物に行き、お金を支払って頂くこともある。		
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	本人より訴えがあった時などは電話や手紙などのやり取りができるように支援している。		
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	季節ごとに飾りを変え、その時々を季節を味わえるよう努めている。	共有空間は広々としており、車椅子や押し車での移動にも余裕があり安全性が保たれている。共有空間にはソファも置いてあり、一人になれる場所となっている。空調は職員がこまめに確認して適切な環境が保たれている。居間は天窓から明るい日差しが差し込み、明るい環境である。	
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	利用者様が自由にくつろげるような空間づくりに努めている。		
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	居室には馴染みの家具等を持ってきて頂けるよう、ご家族様にお願いしている。	各居室には、自宅で使っていた家具などの持ち込みは自由であり、手作り作品・カレンダー・家族の写真等があり、自分の部屋らしくなっている。部屋の前には名札のほか、工夫された目印があるので、部屋間違いはない。昼食後、それぞれ居室でのんびり過ごしている様子が見られた。	
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	危険なものを置かないなど安全確保に努めている。また、負担にならない程度の運動をしたりしている。		