

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	0990900011		
法人名	株式会社 ファミリーホーム なか		
事業所名	グループホーム きぬの里		
所在地	真岡市中313-3		
自己評価作成日	平成27年1月6日	評価結果市町村受理日	平成27年3月30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.t-kicenter.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)
訪問調査日	平成27年1月22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)】

認知症であっても、地域の中で家族とのつながりを大切に、これまでの生活が継続できるよう支援を行っています。ご利用様の高齢化等により車での外出の機会は減っていますが、月1度は職員が交代で企画を立て、外食や花見、初詣、紅葉狩り等に出かけています。又、施設内外の散歩やドライブ、買い物等は入所者の要望がある時は、要望がかなえられるよう努めています。ホームの行事には、家族を招待し、家族との時間が過ごせるよう配慮しています。入所者の立場に立ち、全ての職員が寄り添いながら支援を心掛けています。

【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)】

- ・きぬの里の理念の「やすらぎとよこびの日々」を職員が理解し、利用者が居心地良く在宅生活の延長であることを目指し取り組んでいる。
- ・定期的にボランティアが来て利用者を楽しんだり、地域の学校の生徒が訪問したり地域の交流が盛んである。
- ・運営推進会議に介護関係者や地域の方だけではなく、警察官の参加もあり、徘徊時のアドバイスをもらうなど幅広い関係の方が参加している。
- ・家族からの意見で敷地内バザーを開催したところ地域との交流も得られ、お互い話しやすい関係が出来ている。
- ・食事は季節に応じたものを提供して、季節感を感じられるようにしている。また月に1度は外出し、寿司やラーメンを食べに出かけている。
- ・避難訓練や消防訓練を年2回行い、全職員が適切に避難誘導出来るように訓練している。

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 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の拡がりや深まりがあり、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		

本人の 体調等に よる変化		項目	自己評価	外部評価	
自己	外部		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	認知症の方が地域の中で家族とのつながりを大切にし、今までの生活を一人ひとりが継続できるよう支援していくことを理念に掲げ、実践に努めている。	理念の「安らぎと喜びの日々」を職員間で共有し、職員と利用者が馴れ合いにならないよう実践されている。	
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	自治会に加入し、自治会の行事に参加している。近所の方とお茶を飲んで交流を図っている。野菜の差し入れ等もある。地域の方もボランティアに定期的来所していただいている。	ダンスのボランティアが定期的に来てくれたり、近隣の方から野菜を頂いたり地域との交流が行われている。また、小学校と交流があり運動会を見に行く事もある。	
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	小学生の訪問や中学生のマイチャレンジ・草取り等のボランティア活動や高校生の実習の受け入れを行っている。		
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	2ヶ月に1度開催し、サービス状況等を報告しアドバイスをいただいている。参加者より情報提供をいただき地域での行事へ参加できるよう努力している。警察の方にも参加していただき、徘徊への協力の依頼やアドバイスをいただいた。	参加者は地域包括支援センター職員、民生委員、自治会区長、家族、職員などが参加している。警察官の参加もあり利用者が事業所の敷地外に出してしまったときのアドバイスを得ている。	
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	運営推進会議には、市の職員が出席しており、ホームの課題や状況を把握してもらい、助言もいただいている。認知症グループホーム連絡会議に参加し協力関係を築けるよう努力している。	認知症グループホーム連絡会議に、事業所の代表者が参加し、市町村担当者を含めた他事業所の職員との交流も得られている。	
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	全職員が拘束ゼロを実践しており、拘束をしないケアに取り組んでいる。勉強会やミーティングを通し、理解し実践している。	玄関は施錠せず自由に散歩できる環境である。職員の言葉使いも勉強会で意識し振り返る機会がある。	
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等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内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	職員全員の共通意識として防止の徹底を実践している。虐待とならないよう言葉づかい等についても勉強会等で具体的に意見交換を行い、普段もお互いに注意し、防止に努めている。		

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	制度については勉強会で行っているが、活用するには至っていない。		
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、契約書を読みながら説明を行い疑問点には十分話し合い理解していただけるようにし、納得していただいてから契約を行っている。又、問い合わせなど随時対応し理解に繋げている。		
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	運営推進会議を通し随時サービス状況の報告がなされ、家族からの意見、要望などを運営に反映させている。	日頃から家族の訪問の時に意見を聞く機会を作っている。また家族から事業所内でバザーの企画を提案され、実行する事で地域の方とより親密な関係になっている。	
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	管理者はミーティング時や、朝礼時や普段の会話等から提案を聞き、代表者に相談を行って改善できるよう努力はしている。	朝礼やミーティングなどで職員の意見を聞く機会を得ている。	職員目線の意見を大切にし、落ち着いて話せる環境を整えつつ、その意見を運営に反映できるように期待します。
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	代表者に相談を行い改善できるよう努力はしているが、一部実践はできているが、業績等もあり、改善ができるよう努力はしている。		
13		○職員を育てる取組み 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	OJT等を活用し新人の育成は行っているが、職員を育てる取組みまではできていない。		
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組みをしている	連絡協議会が開催されたが、同業者との交流の機会、サービスの向上の取り組みは行っていない。		

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
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	本人・家族と面談したり、ホームを見学していただき、直接話を聞き、要望の確認を行い関係づくりに努めている。		
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	家族の不安や何に困り、どんな要望なのか等、相談や面接時にどんなことでも話せるような雰囲気作りに努め、信頼関係を築けるように努力している。		
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	聞き取りや情報をもとに何を必要としているか見極め、個別に支援がすすめられるよう努めている。		
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、本人と過ごす時間を大切にしている。日々の暮らしの中で得意とする場面での本人の出番をつくるようにしている。		
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	本人や家族の意見を聞き、関係が維持できるように心がけている。		
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	自由に面会や外出の機会を持てるようすすめており、関係維持に努めている。又、数か月に1度、外出時や普段の写真等をレイアウトして送付している。	利用者のお孫さんが面会に見えたときに一緒に写真を撮り、大きく引き伸ばしたものが居室に掲示されている。馴染みの方が気軽に立ち寄れる雰囲気がある。	
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	利用者同志の関係等に配慮し、座席を考える等支援している。		

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
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	これまでの生活等について関係者に伝えていいる。問い合わせがあれば情報提供などフォローしている。		
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	利用者の情報を共有し、思いや意向の把握ができるように努めている。困難な利用者は、表情やしぐさ等何を伝えたいか職員同士で確認したり、家族と相談をして、本人の意向にできるだけ添うように努力している。	家族から聞いた利用者の情報は連絡帳を使って職員に周知されている。利用者の希望は実行出来るように努めている。	
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	本人・家族との会話等を通じ本人の生活や暮らし方がわかる事があるため、知りえた事は職員が共有できるように伝達している。		
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	一人一人がどのようなことができるか職員全員で共有し一日の暮らしの中で持てる力が絶えないよう、日々の変化する現状の把握を行い、朝礼やミーティングで共有できるように努めている。		
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	家族や職員から現状について情報を収集し、本人の課題、必要なケアについて話し合い介護計画作成に活かしている。	面会時に家族の方からの情報や職員の気づき等も反映しながら、利用者の思いを大切に介護計画を作成している。介護計画の見直しも適宜行っている。	
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	個別の介護記録記入はもちろん、その日の本人の状態の変化等、共通理解が必要な事については連絡帳などで共有ができるようにしている。		
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	本人の体調等により変化したニーズに対応ができるよう家族・スタッフと話し合いを行いながら必要なサービスを提供できるようにしている。		

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	地域の行事に参加したり、定期的開催されるミニデイに参加している。毎月、地域のボランティアの訪問があり、顔馴染みとなり、毎回楽しみにしている。		
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	家族・本人の要望で家族との通院又は訪問診療の利用をいただいている。全ての方が定期受診できている。又、受診の時にスタッフが同行することもある。	協力病院はあるが、かかりつけ医を基本に受診している。車いすを使用している利用者は、本人の希望もあり往診している。利用者の意見を聞きながらその方に合った方法で対応している。	
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	ホームの看護師の配置がないため、併設である小規模多機能の看護師に相談ができるようになっている。利用者が安心して治療ができるようになっている。		
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。また、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。	入退院時は、病院関係者との情報交換等を行っている。利用者が安心して治療ができるように		
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	家族の意向や事業所のできる対応を検討し、終末期に向けてた支援について話し合っ、できるだけ要望に応えられるように取り組んでいる。	終末期に向けた支援は家族と話し合いながら取り組んでいる。また、各専門職の意見をまとめ事業所で出来ることを行っている。	
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	勉強会の実施やマニュアル作成により、全ての職員が対応できるように努力している。		
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	消防地域の協力を得、避難訓練を行っている。災害に備えた備蓄も行っている。	年2回、日中夜間を想定した避難訓練を実行している。訓練時に消防隊員に立ち会ってもらいアドバイスをもらっている。災害時の備蓄の管理も行っている。	避難経路の選択肢を増やすためにも、ベランダからの避難整備の確保が求められます。

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
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	入浴や排泄はもちろん、言葉づかいにも注意した支援を心がけている。	出来る限り見守りを徹底することで、一人で戸外に出かける利用者に付き添っている。接遇の勉強会を通して家族や利用者とのコミュニケーションの取り方を見直す機会になっている。	
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	共に過ごす時期を大切にしている。その中から想いが伝わってくるが多く、その想いを察知し、職員と相談しながら自己決定等に繋げている。		
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	本人の今までの日課などの生活の違いを考え希望する一日が過ごせるようにしている。		
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	本人の好きな化粧品等を持参していただいたり、好きな服を着ていただくなど本人の希望を聞き支援している。		
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	季節に応じた食事やおやつを提供。外食や出前の機会の提供等を行っている。食事の準備や片付けの手伝い等できる方には声掛けをし一緒に行っている。	利用者がテーブルを拭いたり食器を片づけたり役割分担が出来ている。利用者の希望があるときは献立を変更するなど臨機応変にされている。また嚥下の状態を確認しながら食事を提供している。	
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	栄養計算された献立が決まった食材業者を利用し栄養バランスを確保している。器等も個々にあわせて提供している。摂取量や水分量もチェックしている。		
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	食後、本人の状態に応じた口腔ケアを行っている。訪問歯科を利用している方もおりアドバイスを受けている。		

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
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向けた支援を行っている	排泄表を作りその方のパターンを探り、タイミングを見て誘導を行っている。	意思伝達や身体機能が低下している利用者には、トイレのサインを確認して、声をかけて誘導している。便秘予防のために意識して水分補給や繊維のものを食事で提供している。	
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	食事や水分摂取量の確認。その日の排泄の状態を考慮し、食形態を変える等工夫している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	本人の希望に添った入浴を行うようにしている。ある程度曜日などは決めて支援している。	浴槽にのんびり浸かっていただけるように、入浴時間に余裕を見て対応している。併設の小規模多機能型介護事業所で座ったまま入浴できる浴槽も選択できる。	
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	午睡や就寝などは、なるべく本人の希望を考慮しすすめている。		
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	内服は表にし個別にセットしてダブルチェックを行っている。服用時は、声に出して確認をしている。		
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	本人の今までの生活等を考慮し楽しい事が何かを探り、レクリエーションなどに取り入れられるよう心かけている。		
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	本人の希望により、散歩や買い物・ドライブ等行っている。併設の小規模多機能で過ごしたり、レクリエーションを一緒にする方もいる。月に一度外食や外出の機会をもてるように企画している。	月に1度の外出を楽しみに、ラーメン店や寿司店で外食を行う。また、車で好きなものを買いかけることもある。お正月には近くの神社に初詣に出かけている。	

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	本人の希望があれば、家族・本人の同意の上、所持していただいている。		
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	家族・知人から連絡取次ぎなど希望に応じて行っている。希望時には、本人がかかる事もあり、関係が継続できるよう支援している。		
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	不快な臭い等しないように常に環境整備に心がけている。温度管理や換気にも気を配り快適に過ごせるよう支援している。床暖房で穏やかな温もりが保たれている。	リビングのソファや椅子は自由に移動させ、イベントや食事など、その用途に自由に変化させ窮屈感がなく過せる。リビングはベランダから太陽の光が入りとても明るい造りである。	
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	利用者同志の距離感を考え、その日の様子等を職員同志に話し合いながら、穏やかに過ごせるように配慮している。		
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	ご本人の馴染みのタンス・テレビ・道具などの持ち込みをしていただくなど、これまでの生活が継続できるように配慮している。	自宅からベットを持込まれる方もいますが、事業所にはベットの用意があり選択できる。自宅のものを自由に持ち込めるため、環境の変化が少なく落ち着いて過せる。	
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」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	常に何が分からなく、どうしたらできるかを探り、その時々に対し、自立した生活ができるよう工夫している。部屋の名前やトイレの場所等、身体機能の変化にも配慮している。		