

### 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	4570102899		
法人名	有限会社 ライフサービス宮崎		
事業所名	グループホーム だんらん		
所在地	宮崎市大島町国草136-3		
自己評価作成日	平成24年2月24日	評価結果市町村受理日	平成24年5月16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	<a href="http://www.kaigokouhou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4570102899&amp;SCD=320&amp;PCD=45">http://www.kaigokouhou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4570102899&amp;SCD=320&amp;PCD=45</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成24年3月13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)】**

施設内はとても明るく、広々としている。日中は、日当たりの良い食堂と居間でゆっくりと過ごしていただいております。出来る限り自分の力を発揮していただき、又、寄り添いながら思いを聴き、「素顔の自分」で暮らせるような場所を目指しています。

**【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)】**

運営者は、毎日ホームを訪れ、利用者と過ごしたり、業務の引き継ぎに職員と共に参加して、利用者の状況を把握している。さらに、外部の第三者委員が毎月訪れ、利用者とは面談した内容や家族会の意見を運営に反映させている。利用者は、夏休み中に行われる学童のラジオ体操に参加したり、地域のコーラスグループが毎月ホームを訪れたり、積極的な地域との交流が行われており、散歩途中にも日常的にあいさつが交わされ、利用者およびホームも地域に溶け込んでいる。職員は、「個人生活記録」を基に、利用者一人ひとりを理解し、支援のありかたを共有しようと努めている。

**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している (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

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
<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	理念の共有は出来ていると思うが、実践はなかなか難しい面もある。意識付けできるよう、ケアプランを通し支援に取り組んでいる。	地域密着型の意義を踏まえた理念の再構築を検討中である。管理者と職員は、ホームの理念にぶれがないか、日々ミーティングで確認しながら、理想とするホームづくりに取り組もうとしている。	
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	地区の自治会に加入し、回覧板に目を通し、地域活動に参加できるように努めている。	ホーム開設から地域の方々に理解してもらうために、利用者の積極的な外出やラジオ体操の参加、地域からは運営推進会議、コーラスグループ、第三者委員の来訪があるなど、地域とのつきあいは良好である。	
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	毎月1回ボランティアで地域のコーラスグループに来ていただいている。		
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	現況報告している。参加者の意見は傾聴し、サービスの向上に取り組んでいる。	地域内に介護事業所が3か所となり、地域代表者の出席依頼が多くなり、申し出により運営推進会議は3か月ごとに開催している。利用者の状況報告が主たる内容になっている。	地域の自治会内で委員を選出し、会長の負担の軽減を提案したり、協議事項を事前に通知し、運営の効率化を図り、基準の2か月ごとの開催に努めていくことを期待したい。
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	必要に応じて、確認したり相談にのってもらったりしている。	運営推進会議には行政の出席はないが、担当課に出向いたり、電話で双方向的な情報交換や提供を行うなど、連携を図っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護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	帰宅願望が強く、出て行こうとする利用者がある為、玄関の施錠が現在は必要である。身体・生命の危険に及ばない範囲で、拘束をしないケアに取り組んでいる。	全職員が拘束を理解し、玄関の施錠を含めて拘束をしないケアに取り組んでいる。現在、施錠を要する利用者について、家族の訪問回数を増やし、施錠時間の短縮に努めている。	
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	虐待が見逃されないよう目配りし、声掛けにも注意し、利用者のプライドを傷つけないようにしている。		

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
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	制度の理解について、職員が学べる機会が増えるように努めていきたい。必要な方がいらっしゃったら、また活用したい。		
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・解約時はお話をよく聴き、不安や疑問があればわかりやすく説明し、理解していただけるよう心掛けている。		
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	家族会や家族の面会時、意見や要望がないか確認している。また、第三者委員の活動により、利用者から直接、苦情や相談を聴いていただき、それらを運営に反映させている。	職員および第三者委員は、利用者との会話や表情から要望等を把握している。家族からは家族会や面会時に意見や要望が出しやすい配慮を行い、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	申し送りや職員会議で意見を交換している。職員が意見を言い易い雰囲気作りに努めている。	管理者は、運営者が毎日ホームを訪れる機会に、職員と直接対話する場を設け、職員の意見や提案を運営に反映させるためにコーディネートしている。職員は、管理者や運営者を信頼し、質の高いホームづくりに働きがいを持っている	
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	職員のやりがいや考えを把握し、働きやすい環境作りに努力している。		
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	職員会議を開き、意識向上に努めている。研修に関しては、勤務調整等を行い、出来るだけ参加を促し、質の向上に努めていきたい。		
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り組みをしている	地域の他事業者との勉強会には参加している。他施設職員と交流や情報交換の機会を持つ事で、サービスの向上に役に立っている。		

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
<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	生活状況の把握に努め、不安や要望を聴き、その思いを職員間で共有し、信頼関係を築けるよう努力している。		
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	本人は勿論、家族から不安や要望を十分に聞けるよう、ゆっくり時間をかけている。納得・安心して頂けるよう心掛けている。		
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	本人の心身状態や家族の意向を踏まえ、一番必要なサービスの支援を見極め、説明している。サービスについては、可能な限り柔軟に対応するようにする。		
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、常に明るく笑顔で支援する事を心がけ、利用者の興味のある事を把握し、それを教えてもらったり、話題作りをしながら共感し、信頼関係を築いている。		
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	家族会の参加や家族の方に病院通院の依頼をしたりして、利用者に出るだけ関わる時間を作っている。		
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	お墓参りや親戚宅へ訪問したり、よい関係が続くよう支援している。	ホーム以外に家族の協力を得て、墓参りや知人宅訪問など、これまでの関係の継続を図っている。	
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	利用者同士の関係を把握し、孤立しないよう支援している。		

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	契約を終了したり、他の施設へ移られてからも、その後の状況や状態を確認したり、いつでも家族が来られるような環境作りに努めている。		
<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	家族からの情報を生かしながら、日常生活の中でさりげなく聞いたりして、その人に合った暮らしが出来るよう努めている。第三者委員を通じ、個人の思いを聴き、支援に繋げている。	初回時のアセスメントや日々の言動など、利用者を把握するためのケース検討会で職員は情報を共有している。家族との話の中から昔の好みや生活習慣を把握し、本人の気持ちを理解しようと努めている。	
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	本人の会話の内容や、家族にこれまでの基本情報(生活歴)の記入をお願いして、情報の収集を行っている。		
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	利用者一人ひとりの生活のリズムを把握する為、個人生活記録・日誌・サービス実施評価票に記録し、全職員が状態を共有出来るようにしている。		
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	本人や家族の意見や要望を聞き、職員との話し合いも含めて作成している。	来訪や電話による家族の意向や、職員の意見、個人生活記録、介護記録などを介護計画の作成に反映させている。計画を家族に説明し、目標達成に向けて毎月、モニタリングを行っている。	
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	個人生活記録・日誌・申し送り・職員間での情報を共有しながら、日々のケアやプラン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	状況の変化に応じ、その都度、家族や関係者と連帯をとり支援を行っている。		

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
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	毎月1回、コーラスボランティア・第三者委員の訪問、2ヶ月に1回の訪問散髪により交流を深めている。		
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	かかりつけ医の受診を重視し、連携をとり支援している。必要に応じて家族と受診に同行し医師との信頼関係の構築を目指している。	掛かりつけ医受診は家族に依頼し、状況報告書にて情報提供と受診把握を行っている。ホームに往診する掛かりつけ医については、受診結果を家族に報告している。	
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	ホームには看護職がない為、各主治医や看護師に報告書、または電話で相談している。		
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。	入院中は面会や家族との連携を欠かさないようにし、状態を把握するようにしている。		
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	終末ケアがどこまで行えるかは難しい。今は行っていない。	ホームの現状で、「できること、できないこと」を説明し、終末期の自宅や医療機関の情報もホームの利用開始時に説明している。家族や医療機関のニーズも高い利用者もいるので、必要性を自覚しているが、具体的な方針には至っていない。	重度化や終末期に、医療機関の協力が得られる現状にあり、運営者、家族会や薬剤師会、看護職などのチームで指針の作成を通し、全ての職員が方針を共有することを期待したい。
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	緊急時マニュアルを作成し、目のつく場所に掲示している。応急手当や初期対応の講習会を行っている。		
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	定期的に防災訓練を行っている。いざという時は、近隣の他事業所の2Fを避難場所をお願いしたり、地域の方々へ救護活動のお願いをしている。	地域や運営推進委員が参加して、火災防災訓練を実施した。地域内に避難施設を確保し、利用者毎の避難袋や飲料水を備蓄している。	

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
<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	その人にあった声かけや対応を心がけている。誇りやプライバシーを損ねないように努めている。職員の話し方で気になる時は注意し、改善を図るようにしている。	家族的で親しい仲にも、丁寧に誇りを傷つけない言動で接している。職員は、笑顔でゆっくりと話しかけるようにしているが、無意識に指示的発言になることもあり、ミーティングで研さんしている。	
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	本人の思いや希望を引き出せるよう、出来る限り寄り添う時間を作り、自己決定に繋がられるよう働きかけている。		
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	一人ひとりのペースに合わせて、無理のない生活が送れるよう支援している。		
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	2ヶ月に1回、訪問散髪での調髪、誕生会や外出時には、お化粧品やお洒落を楽しめるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者が出来る力を活かしながら、下ごしらえや片付けを手伝っていただいている。12月初めに柿の皮むきを手伝って頂き、干し柿を作り、みんなで食べました。喜んでらっしゃいました。	献立は季節や行事食を話題にして、まとめて購入された材料を見て、利用者の食べたいものを聞いて調理している。職員は、利用者の力量を引出しながら、食事の一連の行為を一緒に行っている。	
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	食事・水分の摂取量を毎回記録し、毎月の体重測定により、増減を把握し、健康維持ができるようにしている。		
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	要介助者のケアに時間を要し、自立者のケアの確認が不十分である。自立者に対しては毎回声かけし、清潔が保たれるように努めている。		

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
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	排泄チェック表を用い、パターンを把握に努めている。夜間PTイレを使用している方も屋間は施設トイレを促したり、紙パンツの方もトイレ誘導を促し、自立を維持できるように努めている。	排せつの支援が必要な利用者には、個々のパターンを把握し、トイレでの排せつを支援している。	
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	適度な運動や水分補給を行っている。		
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	本人のバイタルチェックや体調の確認をし、本人のペースに合わせてゆっくりと支援している。週3回の入浴を行っている。	毎日入浴の準備をし、半数づつ入浴している。失禁時は部分浴を行い、気持ちよく過ごせるケアや、冬至のゆず湯などの入浴を楽しむ工夫を行っている。	
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	夜間眠れるように、日中にレクリエーションや運動などで働きかけている。室温や照明の調節・水分補給等にも配慮している。		
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	薬剤情報はファイルにとじ、情報や変更が把握できるようにしている。主治医と連携を取り、適切な服薬支援を行っている。		
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	その人に適した役割を見つけ、洗濯物たたみ、モップがけの手伝いを行っている。レクリエーションや行事の計画をし、気分転換したりして、楽しい時間を過ごせるようにしている。		
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	近所を散歩したり、希望があれば買い物支援も行っている。墓参りや外泊される方も喜んでおられる。	ホームの近くを散歩したり、買い物に職員と外出している。家族の協力を得て、外泊、受診、外食、墓参りのほか、ドライブで花見に出かけ楽しんでいる。	



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	それぞれの状態に応じて、おこずかいを家族からもらい、事務所で預かっている。必要に応じて出し入れしている。		
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	要望に応じて、電話をかけられるようにしている。		
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	四季折々のディスプレイをし、季節感を味わえるようにしている。ホーム内に花を飾り、華やかな雰囲気作りしに心がけている。	食堂兼リビングは、調理場が近くにあり、音や匂いが家庭的な安心感を与えている。テレビや演歌を聞いたり、得意のピアノやハーモニカなど、好きなことで楽しんでいる。10時と15時はお茶とレクリエーションで共に過ごしている。トイレや浴室の表示は大きな文字でわかりやすい。	
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	食堂や居間では、好きな場所で思い思いに過ごせるようにしている。		
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	馴染みの物(仏壇・家具・ぬいぐるみ等)を持ち込んでいただいている。家族の写真を飾って、落ち着いた空間を確保している。	自室の入り口には、名前と花飾りで部屋を間違えない配慮がされている。ベッド以外は自宅から持ち込まれた物である。	
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	居室の入り口に表札を掲示。トイレ・浴室・洗面等の共同の場所もわかりやすく標示することで、迷わず行くことができるように工夫している。		