

### 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	0471200584		
法人名	社会福祉法人 登米市社会福祉協議会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム ほほえみ		
所在地	登米市石越町南郷字新石沢前47-7		
自己評価作成日	平成22年5月20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)】

地域ととの交流が少なく開放性に乏しかった今までの流れを今後は変えたい。地域、家族のかたの協力と自分たちからの投げかけ、外に出る、地域の中に入るを今年は力を入れ、ホームサイドで地域の方の相談や困り事の窓口的な事業を設けたので助けあえる事業所にしたい。

※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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a>
----------	---

【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)】

地域の人々にグループホームの居間でお茶のみをしながら、入居者と一緒に話し、語りや歌や踊り、ゲーム等をして楽しく過してもらいたいと毎日「寄ってけらいんデー」を開催したり、毎週火水木曜日に認知症の方や家族等地域の方たちのために「認知症介護110番」を設け、認知症や認知症ケアについての学習や相談を受ける準備をしている。元市職員の保健師を採用し、地域の福祉拠点として地域に還元しようとしているホームである。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成22年6月15日		

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々々の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			

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 認知症高齢者グループホーム ほほえみ )「ユニット名

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	今年度BS法を活用し職員で話し合い、新しい理念を掲げ取りくんでいます。	「家族や地域の力を借りながら、地域との交流を大切に楽しい時間を作ります」と職員で話し合い、ホーム独自の理念を作り日々の介護の実践に努めている。	
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	毎日の散歩の中で、ご近所に声を掛け立ち話やお茶に誘われたり時々ではあるが交流している。	「寄ってけらいんデー」で地域の人々にホームを開放し「認知症介護110番」で地域の人々の悩みや困りごと等に対応して、開かれたホームとなるように地域の福祉拠点として活動の準備をしている。	
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	今年度より「ほほえみ介護110番」「よってけらいんデー」と地域の方がいつでも立ち寄れる場を開設しはじめた。		
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回ホーム内で行う様にしてから入居者とスタッフの姿を見ていただき、沢山の意見をいただき改善、向上につなげている。	市の職員や地域包括支援センター職員、地区長2名、家族、職員等で構成され年6回開催している。ホームの夏祭りに子ども会を招待すること等建設的な提案がなされ、双方向的に運営されている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の参加、市町村からの情報や研修の案内等ありサービスの向上につなげている。	予備室を活用し、市委託のレスパイト事業(定員2名)を行っている。冠婚葬祭時や心のリフレッシュのため介護家族等を一時的に介護から開放でき地域から感謝されている。	
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	入居者の介護度に合わせた介護をし様々な工夫をすることで身体拘束は避けられている。施錠も日中はせず、夜間のみ、但し管理は職員がしている。	入居者の外出傾向を把握して、一人外出の場合は後からついて行くようにしている。同一敷地内にあるディサービスや地域の人々の見守りや声がけ、連絡などの協力関係もできている。	
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	研修に参加し学んでもらい、ミーティング時に報告、話し合いを持ち防止に努めている。		

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	研修はあるがもう少し解りやすい内容で学びたい。現在制度の必要な方がいないので、活用していないがいつでも対応出来るようにしたい。		
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	自宅に伺い御家族、本人と十分に説明し、不安、疑問など無いようにしている。		
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	アンケートや運営推進会議、面会時などに意見要望など頂き、反映している。	相談苦情の窓口として市や国保連等の他に第三者委員を決め、事業所以外の外部の人に意見や苦情を表せることを繰り返し入居者の家族等に説明している。	
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	月1のカンファ、申し送り、気づいたときなどに常に聞ける体制にし、出来るものはしている。	カンファレンスで職員から介護ベツトや網戸、介護の効率化のため調理専門員等の要望があり、社会福祉協議会の協力で実現して、日々の介護の改善に活かされている。	
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	なかなか難しい面もあるが、研修の参加、給与面で考慮はされている。		
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	経験年数に応じた研修、その後の施設内での勉強会などで進めている。		
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	宮城県GH連絡協議会に加盟、その中で交換研修や勉強会、交流会などを等し情報交換や、お互いの質の向上に努めている。		

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
<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	入居前より何回かお会いし情報収集し、職員にも情報の共有に努め、入居後もなるべく自宅と変わらず過ごせるようにし、本人と話す時間を多くしている。		
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	管理者、計画作成担当がきちんと聞き取り、どのように対応できるか幾つかの案を提示しながら家族にも報告し話せる関係作りに努めている。		
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	入居時何が今必要なのかを職員間で話し合い対応出来る様に努めている。		
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	重度化にともない介護している立場になっている面もあるが、動ける方には出来る事、したい事を発揮出来る場面を作り支援している。		
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、普段の様子などお話ししなるべく家族との時間を持てるように配慮し、何かあった場合は電話等すぐ連絡出来るようにしている。		
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	対応出来る事は、途切れないよう出かけたり、尋ねて頂いたりと努めている。	入居者行きつけの理容店へ行ったり、ホームへ訪問してもらったりしている。食材などは地産地消で、入居者のなじみの地域の商店等から購入している。参拝していた神社への初詣も検討している。	
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	認知症のため個性が強く出孤立する場面が見られるが、職員が間に入り対応している。		

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	他の施設等に移られた方には、本人の状況、習慣、好みなど詳しく伝え今までと変わらない暮らし方が出来るよう支援している。		
<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	本人の気持ちに添えるように小さな事にも耳を傾けるように気を配り、困難な場合は本人にとって何が望ましいのか話し合っている。	言葉で表現しにくい入居者には、本人と向き合って目を見て話し、表情や身振り等非言語的コミュニケーションを用いて希望や意向を把握し、実現でき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	バックグラウンドや入居前の様子を把握し、本人がなるべく暮らしやすいように努めている。		
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	起床時間、食事時間等、個々の時間の過ごし方や出来る事の働きかけに努めている。		
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	3ヶ月に1回ケアカンファを開き職員が意見やアイデアを出し合い、変化のある方はその時、その場で話し合い計画作成担当がまとめ作成している。	東京センター方式を活用して、担当者とケアマネージャーが話し合い、家族とも連絡を取り介護計画を作成している。子育て支援センター等の協力で子ども達との遊びを取り入れ喜ばれている。	
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	個別の記録にはきちんと記録され、業務日誌で申し送りされている、見直しにも生かされている。		
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	現在既存のサービスのみでの対応だが、他の事業所に訪問したり招待したり対応できる部分で取り組んでいる。		

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
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	病院受診、理髪店、小学校の行事の参加などをとおし支援している。		
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し、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	入居時家族と話し合い、家族の希望に添った対応にしている、定期的な受診を心がけている。	かかりつけ医の通院は家族が行い、協力医の通院は職員が行っている。施設での生活状況は口頭で家族に伝え、医療機関に伝えている。誤りをなくすためにも文書で伝えるようにして頂きたい。	
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	看護職(常勤、非常勤)配置され、常に報告変化のあるときは受診対応が出来るようにしている。		
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。	看護師対応にて、情報の提供、入院中の状態、家族の様子など早期の退院に向け病院側とも話しを伺うなどしている。		
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	きちんとした対応が出来ていないが、ケアプランの中で家族には確認をとり、これから文章などで明確にし取り組む。	医療行為が必要になるなど、ホームでの生活が困難になったときの対応について、契約時に家族等に説明し対処先への支援に努めている。重度化や終末期の方針や意思確認書は作成されていない。	医師の往診や重度化対応の入浴設備など課題もあるが、重度化や終末期のホームの指針を成文化して、契約時に納得の上入居できるようにして頂きたい。
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	マニュアルはあるが、定期的な訓練が充分でない。これから定期的な訓練を行い身につけるようにする。		
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	避難訓練(夜間想定)など行っているが、地域の協力がまだ出来ていないが、地域の方より協力の声がでている。今年度予定	カーテンや暖簾等は防災加工の物を使用している。カラーシグナルを用い、非常時には外から引き戸を開けられるように準備しているが、地域の住民の協力はまだ得られていない。食料品等の備蓄の準備もされてない。	宮城県沖地震等が想定されているので、早急に地域の人々の協力を得られるようにすると共に、食料品や入居者の薬の処方箋等も備えて頂きたい。

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
<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	理念中でも個人の尊厳を大切にプライバシーにも気をつけ対応している。	入居者への呼びかけは「さん」付けとし、人生の先輩として尊敬し、誇りやプライドを傷つけないように言葉がけや対応に配慮している。	
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	押しつけず、些細な事でも本人の希望は聞けるように、自己決定も出来やすい様配慮している。		
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	利用者の要望第1に考え提供しているが、自分のペースで動かれるかたもいるので、決められ無いときはこちらで投げかけるときもある。		
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	行きつけの美容院など、御家族対応ですが本人の思いが叶えられ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	食事の前にメニューの説明を設け食事の楽しさを感じてもらい、後片付けも出きる方には手伝っていただいている。	献立はディサービスの栄養士に見てもらい、助言等ももらっている。毎月15日はお楽しみ、献立を入居者と共に作り、一緒に食べて食事介助等を行っている。他の日は職員は弁当を持参している。	畑の新鮮な野菜などをメニューにして、擬似家族の職員も一緒に取る、作る、食べるの三重の喜びを入居者と共に味わって、楽しい食事にして頂きたい。
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	メニュー作成にて栄養のバランス、水分もなかなか採ろうとしない方には、好きな物で摂取出来るよう工夫している。		
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	歯科衛生による口腔ケアと指導にて、職員も歯磨きの指導をうけ一人ひとりに声掛け介助を行いケアしている。		

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
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	排泄チェック表の活用、時間で誘導。オムツ対応はしていない。リハパン対応でトイレで対応、夜間も誘導し排泄支援をしている。	排泄前にソファにかけさせ、立ち上げたりと座位を保つリハビリをしている。トイレで排泄した人のホッとした表情に、職員は介護の喜びを得ている。便秘には牛乳や腹部マッサージで対応している。	
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	運動不足、水分不足など考慮し、乳製品水分摂取量の工夫。散歩、ドライブなどしているが、状態に応じ医師と相談下剤対応もあり。		
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	本人の希望曜日、時間など気持ちよく入れるよう個々に合った対応を心がけている。	毎日夜間浴をしている人には遅番が対応したり、一般の浴槽なので要介護度5の人には男性2人で介助して入浴してもらうなど、個別に合った入浴介助に努めている。	
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	居間や廊下にソファを置きいつでも休めるよう環境を整え、横になりたいときはいつでもなれるようにしている。布団なども気持ちよく休めるよう調節している。		
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	ケース記録に薬の説明書を保管、職員がいつでも確認できるようにしている、変更時は必ず申し送りがあり、状態の観察に努めている。		
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	食後は掃除、後かたづけ(お盆ふき、茶碗拭き)など手伝っていただき、ドライブ、買い物など中だけでなく、外での活動で気分転換をしていただく。		
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	歩ける方は本人の希望時は散歩を取り入れ、一緒に散歩をし、季節に応じ見学にドライブなど、家族の方にも声を掛け参加していただいている。	入居者に歩行困難な人もいるので、伊豆沼や館が森等にドライブに行く時には時間に制限はあるが、ディサービスの車を借りてみんなで行き喜ばれている。	



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	お金の管理は職員の方でしている、本人からも無くなると困るからと預けられる。買い物時は財布を渡し自分で使えるよう支援している。		
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	定期的にはしていないが、年賀状やお礼の手紙電話は出来るだけしていただけるようにしている。		
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	狭い空間で大変な所もあるが、冬はこたつ、夏はソファなどくつろげるスペースを設け、季節の花や飾りで季節を感じていただけるようにしている、温度などにも気を付けています。	天井が高く大きなガラス戸からは、ホームの菜園や田園風景が見え季節を感じさせる。入居者と一緒に作ったカレンダーや時計、表情豊かな写真等は見やすく、家庭的な雰囲気醸し出している。	
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	廊下や居間、玄関前等のイスやソファなど置きいつでも掛けられ、座れる様にしている。		
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	以前より使用されている家具(タンス、テレビ、イス等)持ってきて頂き、なるべく自宅と変わらない様に過ごしていただくようにしている。	居室にはドレッサーが備え付けてあり、暖簾やカーテン、カーペット等は防災加工のものを使用している。掃き出しの引き戸や濡れ縁があり、自由に庭に出入りでき、非常時の避難口にもなっている。	
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	廊下など異動スペースは手摺りを設置、居室には名前、暖簾などし、トイレ浴室には解りやすい暖簾を掲げている。		