

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	0791300163		
法人名	メディカル・ケア・サービス福島株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム伊達保原		
所在地	福島県伊達市保原町字京門23番1		
自己評価作成日	平成31年1月31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-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【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 福祉ネットワーク
所在地	〒974-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	平成31年3月30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)】

ご利用者が明るく元気に過ごせるよう支援する。
職員同士コミュニケーションを図り、より良いケアをする。

【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)】

家族アンケートや面会時の家族の思いや希望、利用者の新年の願かけポスターを作るなど思いを聞き取っている。利用者の出来る事、出来ない事を把握して、どのようにしたら利用者の個々の生活が良くなるかと言う事を常に職員同士で話し合い、思いに寄り添うケアに取り組んでいる。
職員が他のグループホームの業務を見たい、という声に対して法人グループ6施設と協力して、短期の職員間の交換研修制度があり、資質向上を図っている。職員の派遣先、受け入れる事業所では、新たな視点を得てケア意識の変革にもつながっている。

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ます (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

[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	伊達保原の運営理念 「地域の人との暮らしを育み、心から幸せを生む良質なサービスを提供します」全職員と理念を目指し日々実践している。	グループホーム理念の他にユニット理念があり、職員の見える所に掲げ、常に認識出来るようにしている。ユニット理念は前年度の反省をもとに一年単位で見直され、利用者一人ひとりが幸せな生活を送る事が出来るよう心掛けている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内会や地域のイベント等に参加させて頂き交流を持っている。	地域神社の祭りの山車が事業所に来たり、認知症カフェに参加したり、地域との関係づくりに取り組んでいる。職員は町内会の掃除や総会にも出席し交流を図っている。中学生の職場体験も受け入れ、利用者との交流に繋げている。	
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	地域包括センター主催のケア会議に参加し認知症の人の理解や支援を発信している。		
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	各種報告をし貴重な意見、要望、アドバイスを頂き、サービス向上に活かしている。	利用者の状態や事業所の状況等の報告を行っている。包括職員からは感染予防の情報交換したり、認知症カフェ等の情報を頂き、参加する事が出来たり、委員からの意見がサービス向上に繋がるように取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	伊達市高齢福祉課と連携を図り、問題などが発生した場合、相談し協力を頂いている。	2ヶ月に1回、高齢福祉課から相談員が来所し、そこでの相談等が吸い上げられ、連携が図られている。普段からも定期的に電話等で必要な情報の交換を行う等、円滑、円満な関係性が保たれている。	
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	偶数月に身体拘束について研修を実施、具体的な行動を理解し身体拘束をしないケアを行っている。	身体拘束廃止委員会があり、ユニット会議の中で本部からのテキストを基に身体拘束についての研修を行っている。拘束をしていると感じた時には、職員間でその場で注意し合い、身体拘束をしないケアに努めている。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	年1回高齢者虐待防止法の研修を受け、事業所内で虐待が見逃される事が無いよう、職員同士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	各種制度の研修や説明会に参加している。必要な制度の利用については、活用できるよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時に利用契約書に重要事項説明書を用い解りやすく説明し、同意の上契約を行っている。また、疑問、相談事は随時受けている。		
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	年1回ご家族様アンケートを実施。ご家族様からの意見に関しては対応し結果を掲示している。	本社からのアンケートが年1回実施され、その集計結果が玄関先に掲示されている。職員は家族面会時や行事の時に意見や要望を伺うようにしている。インフルエンザ流行時には家族から職員体制を気遣ってもらったりしている。	
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回各ユニットごとに会議を実施。ユニット責任者が意見をまとめ管理者と検討する。	ユニット会議や個人面談を行い、互いに意見を出し合える関係となっている。休憩時間の過ごし方についての提案があり、今までは利用者と同フロア内で休憩を取っていたが、フロアを離れてゆつくりと休憩できるように体制が変わった事例もある。	
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	人事考課制度があり、職員一人一人の評価、結果を伝えやりがい、向上心を持って働けるような環境づくりに努めている。		
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	新人研修、介護職員研修、ユニット責任者研修等、立場に応じた研修を実施している。		
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	月2回程度、地域の事業所に訪問し活動情報を共有している。情報意見を交換する事によりサービス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
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	入居前に実態調査し、困っている事、不安に思っている事など把握する。孤立しないようにコミュニケーションをとり安心を確保するための関係づくりを行っている。		
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	ご家族の心配事や不安、要望などをお聞きし、ご本人様やご家族様が安心出来るよう関係づくりに努めている。		
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	ご本人の意向とご家族様の要望を把握し、安心して生活が送れる事を考え必要な介護サービスの提案を行っている。		
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	ご自分で出来る事は行って頂き出来ない所はその人に合ったサポートを行い関係を築いている。		
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	ケアプラン更新時に、ご本人の状態が課題について、ご家族様と一緒に相談、話し合いをし支えていく関係が築かれている。		
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	ご家族や知人の方などの面会は自由に来て頂き、馴染みの場所などへの外出は、ご家族様の協力を得て関係が途切れないようにする。	親戚や知人・友人が来訪し、居室やホールで会話しながら楽しい時間を過ごしている。散歩や美容院、お墓参りに行くなど家族の協力を得ながら馴染みの関係継続を支援している。買い物に時に声を掛けられる事も多く、地域との交流も図られている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一人ひとりの個性を把握し、職員が間に入る事で信頼関係を築き支え合える支援が出来ている。		

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	退去後も必要に応じて、いつでも来て頂けるようにして、相談や支援を行っている。		
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	半年毎に、身体状況や精神状況の変化に伴い、センター方式を用いてご本人の願いなどを把握している。	入居時にはこれまでの生活歴やその人の思い等を家族に確認して、利用者の希望や意向の把握に努めている。入居後は日々の中での会話やつぶやき、表情など、様々な機会を感じた利用者の意向や思いを職員同士で共有している。	
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	実態調査時に暮らしの把握を行っている。また、日常会話時に生活歴や昔話をなどを聞き把握に努めている。		
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	一人ひとりの心身状態、状況、変化を記録に残し、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	モニタリング表に意見を記載し反映している。また、月1回のスタッフ会議にて現状を話し合いケアプランに反映させている。	利用者毎に職員がプランに沿ってケアを振り返りながら目標に対して評価を行い、訪問看護師の意見も参考にし、計画担当者がケアプランを作成している。モニタリングにより、定期的な見直しや利用者の状態に応じた随時の見直しも実施されている。	
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	日々の様子や実践結果などを記録に残し、情報共有に努めている。		
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	ご本人、または、ご家族の意向を取り入れるなど、ニーズを出来る限り対応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	一人ひとりの情報ファイルを警察署に配置。万が一、単独で外出してしまった場合でも早期に発見出来るような体制を整えている。		
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	ご家族様、ご本人様のかかりつけ医師の受診が出来るよう支援をしている。また、体調変化に応じ、ご家族様へ報告し早期対応に努めている。	通院は家族対応で受診が出来るように支援している。受診時は生活状況、バイタル記録を家族へ渡し、主治医との連携を図っている。協力機関の医師を主治医としてい方には往診をお願いし、常に適切な医療を受けられるようにしている。	
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	訪問看護師とは、24時間連絡可能な体制が出来ている。また、週1の訪問時に情報を共有し適切な指示を頂いている。		
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。	定期的に入院先の病院へ連絡、訪問し病院関係者と連携を図り早期に退院出来る様に努めている。		
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、事業所の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	契約時に重度化した場合の対応指針に併せて看取り介護の指針の説明を行い同意書を頂いている。ご家族様の希望する看取りの場所の意向などを再度確認し、その都度、説明を行っている。	入居時に利用者、家族に重度化・終末期における方針を説明している。状態が悪化した場合には家族とその都度、話し合い、主治医や訪問看護とも連携し、取り組んでいる。併設グループ内でも看取りの研修が行われ、終末期ケアに備えている。	
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	年1回、緊急時の対応について研修を全スタッフが受け、急変時の対応が行えるようになっている。		
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1回 消防訓練 年1回 総合訓練の実施	消防署立ち合いで、昼夜想定しての防災訓練を実施している。町内会長の参加や避難時間の測定も行うなど、安全に避難できる方法を模索している。全介助の利用者を1階のユニットに移動する訓練など話し合いを行っている。水や食料の備蓄も行っている。	

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
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	プライバシー、権利擁護の研修を年1回ホーム内で実施し理解した上で、その方に合った言葉掛けや対応を実施している。	プライバシーや権利擁護の研修会を通して、利用者の誇りやプライバシーを損ねていないかの確認や排泄の場面の声掛け、居室に入る際のノックと声掛け等、配慮しながら日々のケアに当たっている。	
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	ご本人の意向を尊重し自己選択、決定の機会を設けている。		
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を大切にし一日の過ごし方をご本人の希望に応じて生活して頂いている。		
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	日々その人らしい、お洒落が楽しめるように支援している。		
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	その人に応じた調理の手伝いなど、作る楽しみを感じて頂く支援をしている。	献立は決まっているが、利用者の状態や好みに応じて変更している。事業所内の畑で収穫した野菜を食べたり、ちまき作りをしたり、旬の食材を取り入れた行事食なども提供され、利用者と職員は同じ食卓を囲み、会話を交えながら食事を楽しんでいる。	
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	食事量、水分量などは生活チェック表に記入し把握している。一人ひとりに合った食事形態や栄養、水分が摂れるよう対応している。		
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	毎食後、声掛けを行い口腔ケアを実施。義歯は入床時預かり消毒を行っている。		

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
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	排泄チェック表を基に一人ひとりの排泄パターンを把握し声掛けや誘導を行う支援をしている。	布パンツ使用で自立している方と、リハビリパンツ使用の方がおり、トイレでの排泄を支援している。オムツ使用の方も意思表示や仕草などを基にトイレでの排泄が出来るように誘導している。夜間時も声かけをし、排泄の自立に繋がるよう努めている。	
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	排泄チェック表にて排便コントロールが出来る様に運動、水分補給の他、食べ物などによる自然排便を促している。		
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、個々にそった支援をしている	毎日声掛けを行い、ご本人の希望に添った時間に入浴して頂いている。拒否があった方には声掛けを工夫している。	声掛けを大切にしながら入浴を勧めている。毎日入浴する方もいるが、入浴を嫌がる方には時間をおいて声かけしたり、家族に協力を依頼し、入浴支援をしている。今後は温泉へ行き、入浴する事も計画していきたいとしている。	
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	一人ひとりの好みや身体状況を考え布団やベッドを使用し休息、また安心して眠れるよう支援している。		
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	服薬チェック表を用い薬の把握を行っている。また、症状の変化に応じて医師や看護師に相談し対応している。		
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	その方に合った出来る作業、掃除、洗濯物たたみ、畑作業などを提供している。		
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	買い物と一緒に行事や散歩など外出支援を行っている。また、ご家族様と外出する機会を設けている。	日常的には事業所周辺を散歩したり、畑仕事などの外作業で戸外に出掛けられるように支援している。花見や紅葉狩り、地域のお祭りに出掛けたり、家族の協力を得て、映画を見たり自宅へ戻ったりする利用者もいる。	

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	その人の能力に応じた現金を所持し好きな物を自由に購入して頂いている。		
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	ご家族様の承諾を得て電話を掛けることが出来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	清潔を保ち季節感を採り入れた装飾や思い出の写真を飾り居心地良く過ごせるように工夫している。	湿度や温度が適切に管理され、共用空間には利用者と職印と一緒に作成した季節感のある作品を飾りつけている。利用者は一人ひとり好みの場所で過ごす事が出来る、居心地よく過ごせる空間となっている。	
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	テーブルはでは、気の合うご利用者様が座れるようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。 (グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	ご本人様のタンス、テレビ、こたつなど、使用されていた家具を持ち込んで頂き安心して過ごせるようにしている。	自宅で使用していたタンスやテレビが置かれ、体調に合わせてエアマットの使用など快適な生活を送れるよう工夫している。遺影を飾り、毎朝ご飯をお供えしたり、家族の写真などが飾られて、気持ちよく過ごせる空間になるように配慮されている。	
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	一人ひとりの能力を把握し生活の見守りを行っている。食事、排泄、入浴など、その方の状態に応じた安全を優先し自立支援を行っている。		