

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	3270101532		
法人名	医療法人祐和会		
事業所名	グループホーム アンジュ 1階すみれユニット		
所在地	〒690-0017 松江市西津田4丁目7番18号		
自己評価作成日	平成21年10月20日	評価結果市町村受理日	平成21年12月21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://nulp-77/kounyuu-c.tukusini-shimane.or.jp/kaigosin/infomationPublic.do?JCD=3270101532&SCD
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOLまね介護ネット
所在地	島根県松江市白湯本町43番地
訪問調査日	平成21年11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)】

本年度より全職員が認知症高齢者の喪失感、苦しみや悲しみを自分の感情であるかのように感じるための「共感」を具現化するためバリデーションの技法習得に取り組んでいる。

【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)】

毎月利用者自治会を開催し食べたい物や行事の感想を聞いたり、定期的に発行する「アンジュ通信」では利用者から聞き出した思い出を生き生きと伝えるなど、利用者の思いや希望を大事にした取り組みをしているホームである。利用者はクラブ活動でカラオケをしたり、貼り絵や演芸、お茶などを楽しんでいるが、職員は新たに「役割・楽しみ支援委員会」を作り継続した支援ができるようにと取り組みを始めている。職員は「笑顔が一番」と考え、職員同士のコミュニケーションを図りながら会話を大切にケアの実践に努めている。

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、活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	事業所の社会的役割を認識した上で、アンジュ理念を作り、共有と実践に努めている。	地域密着型サービスとしての理念を掲げ、職員会議などで話し合っ実践に努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域町内会に入り、地域で行われる敬老会等に積極的に参加したり、防災訓練に参加してもらったり、日常的なつながりができるようにしている。	自治会に加入していて、敬老会に呼んでもらったり、災害時の協力体制を築いている。広報誌を届け理解が深まるよう努めている。	さらに情報の交換を行いながらできることを探り、日常的な交流が広がることを期待する。
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	人材育成の場として積極的に福祉専門学校生の実習、中学生の職場体験学習等を受け入れている。地域の方の相談があればいつでも受け入れられる体制にある。		
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	毎回、利用者、職員の活動報告を行っている。また、研修報告や事例検討発表会等を行い、実際に即した意見や要望を伺うようにしている。	利用者の状況、職員の活動、事例報告を行い認知症への理解を深めている。避難訓練の話し合い時には消防署からも参加してもらい、助言を取り組みに活かしている。	
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、訪問調査等で一人ひとりの取組が具体的に伝わるようにしている。広報誌を担当者に配布している。	運営推進会議以外に認定調査などで担当者の訪問があった時には情報を伝え連携を図っている。	
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「介指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	身体拘束防止委員会を作り、身体拘束ゼロへの手引き」を中心に研修会を行ったり、アンケートをとって職員の意識レベルの向上に努めている。	研修会や高齢者虐待チェックリストを使用して職員アンケートを実施し、職員の意識の向上を図っている。	継続して研修を重ねることで、職員の意識の統一を図っていただきたい。
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	虐待防止委員会を作り、何気ない声かけ等により気付かない虐待が起こっていないか、自分の言動を振り返るよう勉強会を行っている。		

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
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	現在、必要と思われる事例や家族から相談される事もないため、職員全体の理解力は薄いと思われるが、勉強会等計画し、講習には参加するようにしている。		
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	利用者、家族の立場にたつて、不安が残らないように説明することを心がけ、契約書、重要事項説明書は契約前に持ち帰り熟読していただくようにしている。		
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	利用者自治会を設け、要望や希望、苦情を十分に聞き取るようにしている。家族には面会時様子を伝えると共に、意見要望を伺っている。	毎月利用者自治会を開催し利用者の意見を聞いている。家族からは訪問時に意見を聞き、要望をサービスに反映させている。	運営推進会議への家族の出席が少ないので、多くの家族が出席し、活発に意見交換ができるような工夫をしていただきたい。
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	職員会議、ユニット会議、夜勤者会議、管理者・主任会議等々様々な場でそれぞれの立場からの意見が出されるよう工夫している。云いにくい意見は提案・要望書を用意している。	職員同士のチームワークがよく何でも話し合える関係が築かれている。出された意見は主任を通し管理者に伝えている。	
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	職員会議に毎月出席したり、各ユニットを訪問し気軽に職員に声をかけ、コミュニケーションをとっている。		
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	資格取得に向けた支援体制を作り、取得後は給与に反映されるシステムがある。		
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	グループホーム部会にすべての職員が参加するようにし、同業者同士のコミュニケーション、情報交換をしている。		

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	
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	入居前の面接、面談で本人、家族又は関係するケアマネージャーから十分に情報交換をしている。また、お試し入所や通所利用をして頂き事業所の雰囲気を感じてもらい意見を伺うようにしている。			
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	入居前の家庭での面談や、事業所見学時に家族の抱える心配、問題点をさりげなく伺うようにし、具体的な取組方法を共に考えるようにしている。			
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	面談時、グループホームで可能なことまた、利点や欠点などお知らせし、早急に必要とされるサービスについては、代替案がないか共に考えている。			
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	バリーデーション理論を活用し、やり残したことに対する不安や心配を共に解決していくようなコミュニケーション法に取り組んでいる。			
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	報告・連絡・相談を欠かさないようにしている。ご家族訪問時は飲み物やお菓子を提供し、ゆっくりとお話ができるよう配慮している。			
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	知人等の来訪時には遠慮なく話ができるよう配慮し、カラオケ、食事の誘いがあれば、積極的に出掛けられるよう、途切れることがないよう支援している。	なじみの関係を継続していくことは難しい人が多いが、昔の職場の人が面会に来られることもあり、関係が継続できるように職員は温かく迎えている。		
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	利用者自治会を組織し、言いたいことを自由に発言してもらいながら、和気藹々としたユニットになるよう、それぞれの意見を尊重し、調整に努めている。			

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
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	利用者の状況に応じて、入院されている場合はお見舞いこいたり、必要な情報提供をしている。		
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	日々の暮らしの要望をその都度伺うようにし、本人主体の生活に対する意思決定ができるようにしている。	思いをしっかりと聞くことに努めている。利用者同士の関係にも留意し、希望の過ごし場所、過ごし方を優先させている。新しくパリテーション技法を取り入れコミュニケーションを図っている。	
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、本人からも直接時間を掛けて伺うようにしている。また知人の訪問時には本人も交えて、昔の様子等を自然な形で知るようにしている。		
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	一人ひとりの生活パターン、落ち着かない時はこんな理由からといった本人の持つ独自性を理解しそれに対応すると共に小さな変化に対してなぜという疑問を持つように心がけている。		
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	介護計画作成時には必ず、本人、家族の要望や意見を聞きだし、ユニットでのカンファレンス、アセスメントを行い、介護計画を作成している。心理・行動症状に変化があれば都度課題を変更追加している。	利用者や家族の希望を聞き出しながら担当者が案を立て、会議で検討して介護計画を作成している。必要時には随時見直している。	
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	心身の状態変化やいつもと違う様子など、見落としがないようにし、引継ぎ、申し送りに不足が生じないよう工夫している。		
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	突発的な受診、予定外の要望等に対し、勤務体制を柔軟に変化させたり、ユニット間での応援システムを作り十分に対応している。		

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
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	運営推進会議において地域包括支援センター職員からのフォーマルな情報、町内会長や民生委員から身近なボランティア情報等の助言をいただいている。		
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	入居以前からのかかりつけ医がいる場合は継続して主治医となってもらい、受診は職員が常に援助することにより、主治医との信頼関係もできあがっている。	利用者、家族の納得した医師による受診支援を継続している。受診には職員が付き添い、受診内容を家族に報告している。必要時には電話で連絡している。	
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	早期発見、早期報告を心がけ、看護師に対しては些細なこともすべて報告するようにしている。それにより、専門科の受診がスムーズに行えている。		
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。	当事業所では入院された場合、3ヶ月間の猶予期間を設けており、医療機関も安心して治療を行える状況にある。入院中は面会に行き必要な物品を届けたり、関係者から情報を聞くなどして。		
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	入居時、重度化及び終末期に対する当事業所のできる事、できない事を説明している。また、個別の状況に応じてできる限り、本人、家族の要望を聞き、主治医の意見との調整を計りながら希望に叶えるよう努力している。	利用者、家族の希望を聞きながらホームで出来る最大限の援助をしたいと考えている。職員会議で話し合い方針を共有している。	
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	夜間緊急時の対応マニュアルを基本に事業所近辺の職員がすぐに応援出動できる態勢を作り、救急対応の講習等に順次参加させている。		
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	防災訓練は火災、地震に対応した訓練を毎月行い。町内防災部、周辺事業所とも協定を結びいざという時の支援体制は整っている。	定期的に避難訓練を実施し災害時に対する職員の意識化を図っている。町内防災部や周辺企業と支援体制について話し合っている。	2ユニット1名の夜勤体制の改善と、利用者も参加した訓練の実施も検討していただきたい。

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
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	さり気ない声かけが身体拘束に該当していないか勉強会やアンケートをとり職員の自覚を促している。	勉強会やアンケートを実施し、利用者への対応や声かけが適切なものであるかを振り返っている。入浴やトイレは、希望により同性介護をしている。	
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	先ず、本人の意向を確認し、行動に結びつけるようにしている。		
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	大まかな一日の流れはあるが、ゆったりとその日のペースや気分に合わせて一日が送られるようにしている。働き掛けが必要と思われる方には無理強いない範囲で余暇活動への誘い掛けをしている。		
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	本人の好みやおしゃれへのこだわりを日頃から観察し、又生活習慣を尊重している。		
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	外部給食を利用しているが1週間に1回、「手作りランチ」と称して、畑で取れた野菜等を使い、利用者とともに食事を通してふれあいの場を設けている。	外部給食が基本だが、毎週金曜日は利用者も一緒に食事作りをしている。利用者の希望を取り入れたメニューにし、会話を楽しみながら和やかな雰囲気ですべてを食べている。	
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	利用者の食に対する嗜好や要望は個別に尋ねたり、利用者自治会で必ず確認している。また、個々の咀嚼、嚥下能力に適した食形態での提供に努め、雰囲気や介助方法も都度検討している。		
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	歯科医師、衛生士、PT,OT等チームにより利用者全員の「食べる」能力に関する調査を実施、口腔ケアの専門的な指導を受け、実践している。		

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	個別の排泄状況を把握し、本人に適した援助を行っている。	一人ひとりの排泄パターンや状態にあわせ、トイレやポータブルでの排泄を支援している。	
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	医師、看護師の指導助言のもと個々の状態に合わせた対応をしている。		
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	本人の意向を確かめ希望に沿った入浴ができるようにしている。異性の入浴援助を嫌う方には同性の援助を行うようにしている。	利用者の希望に沿った支援をしている。入浴を好まない利用者が多く、特に拒否の強い人に対してはその対応を模索している。	
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	本人の生活パターンを把握した上での援助を行っている。居室の明るさ、室温調整など常に気を配っている。		
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	薬局からの説明書をよく読み薬の効能、副作用を理解するよう努めている。処方が変わった場合は先ず看護師に報告し、しばらくは状態変化がないか留意している。		
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	本人がしたいと思うことはもちろん、こんなことできるのではと思ったことはとにかくチャレンジするようにしている。		
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	地域の神社、喫茶店、商店へまたは少し遠方へドライブするなど、笑顔が出るような外出支援を心がけている。	自分から積極的に外出を希望する人は少ないが、散歩や喫茶店、ドライブなど、声をかけながら支援している。誕生日に外出したり、日常的に花壇の世話をするなど、希望を大事にしている。	

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
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、家族と相談のもと、本人所持が可能な方には自己管理をして頂いている。また事業所で管理する場合も収支状況を必要に応じて報告し、買物を行っている。		
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	希望があれば代筆を行い、電話も子機を使って居室で遠慮なくできる体制にある。		
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	和モダンをコンセプトに設計された空間の中で、常に四季折々の花を飾っている。また、カーテン等は利用者自ら開閉を行い明るさの調整を行っている。	季節の花や利用者のちぎり絵などの作品を飾り、明るくゆったりとした環境づくりをしている。	
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	和室を用意しているが好んで使用される方は少ない、気心の合う利用者同士の席になるよう十分に配慮している。		
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	入居時なじみのある物を持ち込んでもらい、過ごし易く居心地の良い空間づくりに努めている。	写真や花、お茶道具、自分で書いた般若心経や日記帳、好きなテレビなどが置かれ、その人らしさが伝わる居室になっている。	
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	入居直後の利用者に対しては、十分に説明を行った上で何が分りにくいのか把握する。視覚障がい者にはトイレまでロープを張ったり、居室入り口のれんに鈴をつけるなど配慮している。		