

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	0872105002		
法人名	オークス福祉サービス株式会社		
事業所名	グループホーム オークスひたちなか ユニット名(西ユニット)		
所在地	茨城県ひたちなか市佐和787		
自己評価作成日	平成 30年 12月 7日	評価結果市町村受理日	平成 年 月 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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成 年 月 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)】

<p>◆木造平屋建3,300㎡の広大な庭を有した木造平屋建てで、木の温もりが感じられるゆったりとした造りになっている。全居室南向きで陽当たりが良い。皆で過ごせるフロアは、床暖房を設置しており冬は足元が暖かく過ごせるようになっている。全居室に掃き出し窓を設置しており、ウッドデッキに出て日光浴やお茶を楽しめるようになっている。又、そのウッドデッキのスロープは庭へと通じており、敷地内の遊歩道を四季を感じながら散歩が出来るようになっている。</p> <p>◆訪問診療、訪問歯科、福祉用具事業者、訪問マッサージ、管理薬剤師、看護ステーションとの医療連携体制がとれており、多職種協働でご入居者様のニーズを支える体制がとれている。</p>
--

【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)】

--

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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
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	オークスひたちなかの目標、基本理念を基に管理者と職員は『地域とのふれあい』『家庭的で楽しみのある生活』と具体的に掲げ、実践出来るように努めている。又、新入社員が入社した場合にも、その内容について説明し意識の共有を図っている。		
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、定期的実施されている地域清掃などへ参加している。又、隣接する障害者施設の夏祭りや秋の収穫祭に参加させていただき、模擬店などでの買い物等を通じて地域の方々との交流を図っている。		
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	入所相談や見学で来所の際に、認知症の方の困り事、理解や支援の方法を伝えている。相談内容によっては地域包括支援センターや医療機関へ繋げたりしている。又、隣接する障害者施設でのお祭りで相談コーナーを設けたり、運営推進会議の席で意見交換などを行っている。		
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ヵ月に1回実施し、毎月の業務報告や予定、入居状況の報告の他、入居者様の状況やサービスの実態報告を行い、そこでの意見をサービスに活かしている。		
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に取り組んでいる	運営推進会議の議事報告や、毎月の入居状況の報告を行っている。毎月1回市の介護相談員を受け入れ情報交換を行っている。又、業務上や入居相談時等に生じた疑問等について随時関係機関へ確認し、返答内容は議事録にして保管し読み直せるようにしている。		
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	H30年4月より身体拘束廃止委員会を設置し、指針を策定。身体拘束における弊害を理解する為の定期勉強会の開催を行っている。退院後等やむを得ず身体拘束を行う場合においては、ご家族様から承諾書をいただき1ヵ月毎にチームで検討、確認し記録している。		
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	研修で学んだ事や資料にて職員間で話し合う場を設けている。日々のケアの中で虐待の事例はないが、原因不明の内出血等を発見した際には『ひやりはっと報告書』を記入し、原因について話し合うと共に、対策を検討しご家族様にも報告を行っている。		

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	県の指導研修、実践者研修、ケアマネ研修等で学ぶ機会を持っている。職員においては、毎月の全体会議時に資料の配布や学んできた事の報告を行い、入居者様ご家族様から相談があった際に繋げられるようにしている。		
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	契約、解約、改訂等内容をご家族様と読み交わしながら説明を行っている。質問や疑問点には不安がないようゆっくり時間をとりながら行っている。内容の確認や疑問については随時受け付けており、その都度内容の説明を行っている。		
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	面会記録カードを玄関に設置し、意見や要望欄を設けている。又、わかりやすい場所に意見箱を設置している。半年に1～2回無記名方式でご家族様への満足度アンケートを実施し運営やサービス面、職員指導に活かしている。		
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	毎月1回の全体会議時や必要に応じて開かれるミーティング等で意見や提案を聞き、運営に反映させている。		
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	必要に応じて個人面談を行い、心身状況や勤務状況を把握、勤務体制に配慮している。又、資格取得や内外部研修等を受講する場合には、勤務体制に配慮したり、研修費の一部助成などを行っている。		
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	県や市等からの研修案内の掲示や全体会議時等に報告するようにしており、受講出来るように勤務調整したり、会社から指名する事もある。又、外部講師を招いた系列法人によるワークショップ形式での研修に全職員対象として参加している。		
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	地域のグループホームとの懇親会に参加し、情報交換、難事例、ケアプラン等について勉強会を行い、サービス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
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	入居前にホーム内外を見学していただき説明を行っている。又、ご本人様・ご家族様と面談を行い相談受付票にて現状の課題や困り事等を把握、安心できる環境作りに努めている。ホームに来る事が難しい方にはこちらから面談にお伺いしている。		
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	相談受付票を記入しながら家族が困っている事、不安な事に耳を傾け、要望等は都度良く聴く機会を作り、その不安や要望への支援方法の説明を行うなどして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	要望を聴くだけでなく、本人の状態、家族が必要としている支援を見極め判断し、場合によっては関係機関、他事業所、医療機関との連携をとり、その時に必要な支援が提供できるように努めている。		
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	本人の生活歴や特技、出来る事等が活かせる場の環境作りを行い、掃除や園芸など一緒に作業をしたりしながら暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	病院受診は可能な限りご家族様と一緒にいけるように配慮している。ご家族様といつでも連絡がとれる体制で、本人が必要としているものを届けていただいている。又、居室で一緒に食事やお茶を飲んでいただいたり、外出や外食、外泊の機会が持てるよう支援している。		
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	親類や友人、近所の方々の面会や、ご家族様の協力・職員の支援により住んでいた場所への外出を支援し、近所の方々等との馴染みの関係が維持できるように支援している。		
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利用者が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	性格や趣味などを考慮し、テーブルや座席の配置、気の合う方との座席の調整を行い活動や交流しやすい環境作りに努めている。居室にこもりがちの方にはお声掛けして活動の場や談話出来る場へお誘いしながら無理のない接点を設ける工夫を心掛けている。		

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
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	サービス終了後も年賀状を出したり、会いに行き近況を伺う他、ご家族様やご本人様へ必要に応じて相談や支援に努めている。		
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	アセスメント表にて食事、移動、排泄等の項目毎に現状把握を行い、ケアマネ・担当の職員が主となり本人の意向や希望が把握できるように努めている。意思疎通が困難な場合には表情や仕草などから汲み取ると共に、ご家族様と話し合った内容を踏まえカンファレンスを開き共通理解を持つように努めている。		
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	入居前面談時や入居後の面会時などにご本人、ご家族様から以前の暮らしや生活歴などを伺い、基本情報を作成。職員間の情報共有を図っている。又、居宅サービス利用先へ訪問したりして、担当者からの情報収集に努めている。		
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	生活歴を参考に、日誌や日々の記録、24時間シートなどで日々の様子を記録し、アセスメントを行い総合的なケアの把握に努めている。管理者、ケアマネも現場に入り、本人の意欲や心身状態の把握に努めている。		
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	2～3か月毎にモニタリングを行い、ケアの見直しを行っている。又、カンファレンスを開催し、本人の希望や出来る事について意見を集約すると共に、ご家族様へも意見を確認しケア方法を立案している。心身状態の変化時には随時カンファレンスを実施し、ニーズやケア方法の見直しを行っている。		
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	日々の記録や気づきシートに記録し、必要に応じてカンファレンスを開催している。ケアマネ、ユニットリーダー、担当者を中心に情報の共有、介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況、その時々生まれるニーズをしっかりと捉え、ボランティアや訪問販売、訪問カットサービス、訪問マッサージ等を受け入れる等してその時に必要な支援やサービスを柔軟に取り組めるようにしている。		

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	地域のボランティアの方々が行事に参加して下さり、入居者様も一緒に参加して楽しめるようにしている。近所の方との交流や行きつけのお店に出かける事で、これまでの関係性が継続出来るように努めている。		
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	連携医の往診が月2回あり、その他突発的に病状が現れた場合に備え、24時間の連携体制がとれる医療支援体制をとっている。診療所の専門外については紹介状を作成していただきご本人、ご家族様の希望の医療機関での受診・検査が受けられるような支援を行っている。		
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	体調に変化があった場合には、状況などをかかりつけ医へ報告したり、医療連携看護師へ報告・相談し主治医と連携をとるなどして、適切な医療・看護が受けられるように連携体制を築いている。		
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。	個々入居者様の病状に合わせて主治医と連携をとり入院受入れ等の連携体制をとったりしている。又、退院時に向けて医師や担当看護師、ソーシャルワーカーと連携し、状況の確認や診療情報提供書、看護サマリーの作成を依頼したり、病院へ訪問する等して早期退院に向けた体制作りを努めている。		
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	入居契約時に重度化した場合や終末期の在り方についてホームの指針を説明すると共に、書面にて交付している。入居時は看取りについて考える状況になく、重度化して初めて家族で相談され、医師・介護職員を交えて本人の意思を尊重し、どのようなケアを希望するかについて話し合い方向性を決めている。		
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	緊急時や事故発生時の対応方法は勉強会の資料や医師の指示に沿ってマニュアル化して実践出来るようにしている。突発的な急変や事故を想定した訓練を行ったり、消防署での救命救急講習会も受講できるように情報を伝えたりしている。		
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	消防指導による避難訓練を年1回以上実施する他、ホーム独自で定期的に避難訓練等を実施。又、新入社員入社時にも通報や消火訓練も含めて実施している。隣接する障害者施設と連携し食料や飲料水の備蓄の保管や、合同避難訓練を実施している。又、自治会への参加依頼も行っている。		

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	基本情報に記載されている入所までの経緯、職歴、生活歴、生活環境などを作成し職員間で共有。一人ひとりに合わせた言葉かけや、自宅での愛称・呼称なども確認しながら、日々の支援に活かしている。		
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	傾聴や受容を心掛け、必要に応じて職員が補助を行い、一人ひとりの思いや希望について表出しやすいような声のかけ方や選びやすきに工夫をしながら支援を行っている。		
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	ご入居時の基本情報や生活歴などをもとに、又は意向を確認しながらその方のペースに合わせた過ごし方が可能な限り継続出来るように支援を行っている。		
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	美容室やヘアカットに行く事が困難でも、希望に応じて出張型の美容室やヘアカットを利用している。外出の際には洋服や上着、帽子などは出来る限りご本人に選んでいただくように支援している。又、声掛けなどしながら化粧をししたりする日課が維持できるようにしている。		
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	食材の下ごしらえやおしぼりの用意、下膳など出来る事は一緒に参加していただいている。職員は入居者様と一緒に食事し、介助が必要な方には状態に合わせた支援を行っている。又、外食やイベントの際には食べたい物を確認したりしながら、デリバリーなどの利用も行っている。		
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	食事量・水分量を記録し、摂取量が不足している方には好みの味のゼリーやアイスを提供したりして工夫している。体調が悪いなどの理由で摂取困難な場合は医療と連携し、医師の指示のもと栄養補助食品等を提供する等の支援を行っている。		
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	訪問歯科の往診により、指導を受けながら口腔ケアを行っている。口腔状態に合わせて、歯ブラシやスポンジブラシ、液体洗口液などのアドバイスをいただき、本人の状態に合わせた方法での口腔ケア支援を行っている。		

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
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	入居者様毎に排泄チェック表を記録し、個々の状態に合わせてトイレ誘導を実施している。必要に応じてポータブルトイレを設置し、排泄の自立を目指した支援を行っている。布パンツやバットを使い分け、オムツを出来るだけ使用しないように取り組んでいる。		
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	ヨーグルト等の発酵食品や食物繊維食品等を取り入れている。起床時の水分摂取や毎食前の体操、牛乳の摂取、日々の適度な運動機会など、その方の状況に応じた必要な支援を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入居者様の希望に沿った支援を行っている。安全に入浴が出来るようにシャワーチェアなどを使用し、個浴での対応を行っている。誘導から水分補給まで入居者様のペースに合わせた声掛け、介助を行っている。		
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	共有スペースの中にも個別にくつろげるスペースを設けたりしている。又、自由に居室のベッドで休息をとっていただいている。又、こまめに布団を干したりシーツの交換を行っている他、就寝時の照明の明るさの調節などを行っている。		
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	内服時は2名以上の職員で確認し合い、誤薬防止に努めている。向精神薬、睡眠薬、便秘薬等の調整は一人ひとりが服薬している目的、副作用、用法や容量について話し合いを行いながら経過観察し、医師と相談しながら増減等の指示を仰ぎ、その変化の確認を行っている。		
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	これまでの職歴において、培った能力を発揮できる場(手作業、農作業等)を設けている。毎月の行事は季節感を感じていただける内容で企画し、ドライブや買い物、外食等気分転換が図れたり楽しんでいただけるよう配慮している。		
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	職員が付き添ったり見守りの中で、ホーム内の庭や外を自由に散歩していただいたりしている。入居者様の要望を聞き、理髪店や買い物等の外出の機会、ドライブなどの支援を行っている。家族の協力を得てお墓参りや理美容室、自宅や兄弟宅への外支援も随時行っている。		

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
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	個人での所持に関してはご家族様の了承を得た上で小銭などを財布に入れて希望時には所持していただいている。お小遣いは金庫で個別で管理し、買い物や外出、訪問販売の際と一緒に購入したり支払いを行っている。		
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	電話はユニット毎に設置しており、かけたい時に使用していただいている。電話を掛ける事が困難な場合は職員が番号だけかけて話は本人が出来るように支援している。		
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	玄関やフロア等、入居者様の視界に入る所には季節の花を飾るように努めている。又、季節の行事毎に飾りつけを一緒に行ったりしている。中庭に季節の花の他、グリーンカーテンや野菜を植えたりしている。窓のカーテンは和紙を使用したブラインドを使用し、柔らかい日差しが入るようにしている。		
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	日の当たる場所に椅子やテーブルを配置したり、ソファの向きや位置を調節し、自由に座って話ができるように環境作りに努めている。その時の状況に応じて、フロアの席やテレビの位置を変えながら対応している。		
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	ベッドやタンスなど、ご本人がこれまで使い慣れた物を持参いただくようにしている。写真や絵、花、専用のソファ等、それぞれの希望にや好みに合わせた支援を行っている。		
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	出来る事・分かる事(掃除・洗濯などの家事動作、トイレやお風呂の場所等)を踏まえ、必要な物品の準備や張り紙などをする事で、出来る動作を維持して安全に続けられるように支援している。		