

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	0770102275		
法人名	MCP 株式会社		
事業所名	グループホームつどい八巻家		
所在地	福島市上鳥渡字向山		
自己評価作成日	平成24年1月27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	福島県いわき市錦町大島 2番地		
訪問調査日	平成24年2月27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)】

緑に囲まれた風景。フロアからは吾妻山が見渡すことが出来ます。また、消防訓練等の際に、地域の方々に協力いただき、一斉通報になるような仕組みを取り入れており、実際に訓練を行っております。
スプリンクラー等の設置もしっかりと行っており、もしものことを想定し万全の準備を整えています。
暖かい季節には、毎月外食レクに繰り出しご入居者様の社会とのつながりを大切にしています。日常生活と非日常的な生活の時間を取り入れることにより、充実した生活の提供を目指しております。

【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)】

1、防災対策で事業所は地域町内会との間に緊急連絡網を整備している。地域は利用者のための救護班や介護班を編成し、避難場所を決めているだけでなく、避難訓練で防災システムのチェックを行うなど、事業所と地域とは極めて密接で良好な関係を築いている。
2、職員だけでなくパート職員まで地域密着のサービスを記した理念のカードを作って渡し、日々、唱和し、理念の共有化とサービスの実にために工夫している。
3、協力医の往診が2週間ごとに行われ、利用者の体調に合わせた適切な診療の支援を行っている。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	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)
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)
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)	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
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
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、安心して暮らさせている (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		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 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 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 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 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 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

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+Enter)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	
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	つどい10の約束を理念に掲げ、朝礼時に復唱するなどして実践し取り組んでいる。	理念を玄関や事務所、各フロアに掲示する傍ら、職員は理念を記したカードを所持している。加えて、夜勤から日勤への申し送り終了後に行われる朝礼で理念を唱和することで共有化を図っている。これを踏まえて、職員は、理念に添ったサービスを行うことで実践に繋げている。		
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	町内清掃に参加している。また、施設の避難訓練に地域の方と合同で行っている。さらに、施設の行事の際に地域のボランティアを活用することにより、交流を深めている。	町内会に参加して一員として活動している。町内会は事業所の緊急時に対して独自の連絡網や救護や避難支援などの協力態勢を整えた。年2回の避難訓練は町内会と共同で行っている。また、町内のボランティア団体が事業所の行事などで踊りなどを披露するなど密接な交流を行っている。		
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	避難訓練や地域ボランティアの方との交流により、少しずつではあるが理解をふかめている。			
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	事業所の行事や、取り組みに関して意見交換を行なっている。	運営推進会議で事故事例を報告したときに、原因究明のアドバイスを受け、ミーティングで対応した。感謝祭などの行事では出店づくりでのプランニングや支援についてなど意見協力してもらいなど、サービスの向上に活かしている。		
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	運営推進会議の開催の際に地域包括支援センターの方に参加頂き、アドバイスや意見交換会を行なっている。	行政との連携は主に地域包括支援センターを通じて行っている。市と直接の連絡は電話やファックスでのやりとりだけで、会って話をすることはなかった。	行政との連携は日常的に行うのが望ましく、事業所の実情説明や介護サービスについての情報交換など行政と深化した連携を期待したい。	
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	身体拘束を行なうことなく、施錠等についても夜間以外は行っていない。	施錠は戸締まりだけで身体拘束はしていない。身体拘束をしないケアの研修会は年1回行っている。また、どのような行為が身体拘束に該当するか、の具体的な研修は毎月開催しているフロアミーティングで行い、身体拘束をしないケアの実践に繋げている。		
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	虐待防止の研修会等に参加し、意識を高め防止に努めている。			

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	成年後見制度についてご家族様から問い合わせがあり現在支援している。		
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	十分な説明を行い不明な点がないように説明をしている。		
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	ご意見箱を設置し意見を出しやすい環境を整えている。意見や苦情に関してはどのような内容の苦情があったのかを掲示して知らせる。また、それに対しての施設側の対応についても掲示して知らせる。	玄関入り口に意見箱を設置するとともに家族の面会時に意見を聞いている。また、行事などで参加した外部の意見などについてもミーティングで対応している。具体的には「服装の在り方」や「声かけの距離感について」などで、接遇の勉強会で共有化するなど反映に努めた。	
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	年に1,2回個人面談の機会を設けており、職員と意見交換を行なっている。また、月に1回はミーティングをおこなっているため、意見尊重し反映している。	ケアカンファレンスやミーティング、または業務中などに意見が出され、対応している。東北大地震では水不足などに見舞われたため、震災に対応して利用者の安全確保のための防災や備蓄、連絡網など話し合っ反映した。また、個人面談では職員のモチベーションの確認などに活かしている。	
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	ケアカンファレンスやミーティングなどの際に意識の統一を図っている。また、WEB研修等を行い、モチベーションを保つ工夫をしている。		
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	社内研修を行い、個人のスキルアップにつなげている。また、他の事業所との交換研修等にも参加している。		
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	グループホームの連絡協議会の管理者会議に出席している。		

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
.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>実態調査をおこなう際に、入居が見込まれるフロアの職員を同行し少しでも早く関係性を築く努力をしている。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>実態調査に2名で行くことで、ご家族と対象者を分けて別々に話しを聞く時間を取っている。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>アセスメントをおこない必要な支援をケアプラン作成に反映している。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの個性を生かし入居者様が主役になれる瞬間を探る努力をしている。</p>		
19		<p>本人と共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>季節の行事に参加して頂いている。また、ケアプランの作成も介護者のみで行なうのではなく一緒に思索して頂いている。</p>		
20	(8)	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>面会時間はあるが、それ以外にも臨機応変に対応し、入居者様の家族との絆を深める時間を大切にしている。近所の方や友人が訪れる方もいる。</p>	<p>老人会や近所の方が立ち寄りするが件数は多くはない。しかし、正月やお盆に利用者が自宅に帰ったり、自宅で花見、子供の結婚式への出席支援をした。また、お墓参りができなかった場合など、買い物ついでにお寺周辺のドライブをするなど、馴染みの場との関係継続の支援を行っている。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>スタッフの介入の必要性を見定め、距離を縮めようとしている際には、極力見守る。また、入居者が入れ替わる際には特に配慮している。</p>		

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	これまでにケースはないものの、相談等の支援はしていきたいと考えている。		
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	普段の直接的な言動等を記録に残しておき、ケアプラン作成時にアセスメントして検討し実践している。	介護度の重い利用者が多いため、本人の思いは聴取しにくい。そのため日常の何かの時に反応したことや思いなどをファイルしてケアプラン見直しの際に本人確認し、かつ、家族の希望を加えてケアマネジメントしている。	
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	入居前の実態調査でおおむね把握するようにしている。不明な点があれば、本人や家族に聞き取りを再度おこなう。		
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	残存機能の把握と一日の生活のリズムを照らし合わせ総合的な本人のADLを導き出している。		
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	3ヶ月に一度ケアプランを見直している。本人への聞き取りやご家族様のカンファレンスへの参加により、意見を求め作成している。	利用者の思いの確認と家族の希望に添ってケアプランを策定している。重度の利用者については医師の判断を加えている。	
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	生活の様子を記録しケアに活かしている。情報の共有をしやすいように申し送りノートを活用している。		
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	状態に応じてケアプランの見直しを行ない、それに応じたプランを作成している。		

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	近所の方と挨拶を交わしたりして顔なじみになっている。また、文化祭への作品の出品を目指し製作を行ない、実際に参加し社会参加を支援している。		
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、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	入居以前の掛かりつけの病院と、協力医をどちらからでも選択して頂き、適切な診療が受けられるように支援している。	入居時に従来のかかりつけ医と事業所の協力医のどちらかを選択してもらっている。協力医には2週間に1回の往診を行ってもらい、事業所は記録をファイルしている。かかりつけ医の受診には家族と共に職員が同行し、薬も含めた記録をファイルして投薬の管理も行き届いている。	
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	看護師との専用のノートを活用し、情報を報告し相談等を行なっている。		
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。	病院の医師やソーシャルワーカーと連携し、退院時の話し合いをおこなっている。		
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	契約時に重度化した場合の指針を説明している。終末期が近い場合、ご家族様や対応の医師を含めて今後について話し合いを重ねる。	契約時に重度化した場合の事業所方針を説明し、本人、家族との了解を得ている。協議に添った支援を行っている。	
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	緊急時対応マニュアルを作成して、貼りだしている。		
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	毎月避難訓練を行っており、災害に備えている。また、地域の方々の協力により緊急連絡網を作成している。	火災訓練は毎月行っている。消防署との連携はもちろん、事業所のために救助班や介護班を組織した町内会とも連携して行っている。地震対策は東日本大震災後に研究会を開いて作った。水と冷凍食品をローテーション備蓄するなど良好な地域との協力体制を築いている。	

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
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	接遇の向上に努め勉強会などを行なっている。それにより接遇に対し高い意識を持ち、接することができる。	接遇の勉強会では「利用者よりも下の目線で」を基本に、具体例を出しながら話し合っている。「声かけ」では丁寧語ではなすことに加え、声の大小に気をつけ、利用者の尊厳を損ねないようにしている。居室に入室する際はプライバシーを損ねないように声かけしながら入室している。	声かけでは「利用者との距離感」を指摘された事例がある。家族や第三者に違和感のない「親しさ」の実践に期待したい。
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	外食レクなどを行ない好きなものを選択できるように、自己決定の場を多く持てるように支援している。		
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	出来る限り、入居者様のペースで生活していただけるように支援している。		
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	自分で衣類を選択できる方にはして頂いている。また、訪問理美容を利用し、カラーやカットを希望により行なっている。		
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	食事の盛り付けや片付け等役割を分担しながら一緒に行なっている。	食事は業者食を利用しているが、献立は事業所の要望を受けて作っている。行事食などは献立に反映され、利用者が食事を楽しめるように、その日のメニューはホワイトボードで説明している。生ものを中心とした希望食は月2回、外食には月1回出かけるなど工夫している。	
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	栄養士の作成したメニューにより、バランスのとれた食事を提供している。また、本人の状態に合わせた形態で提供している。		
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	ここの能力に応じて、毎食後に口腔ケアしている。		

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	排泄の周期を把握し、声かけ等を行っている。	バイタルチェックをして利用者の排泄周期を把握している。見守りをしながら声をかけて誘導したり、食事前や入浴前など時間で排泄誘導しながら、自立に向けた排泄支援を行っている。	
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	医師と連携し便秘予防に努めている。体操や水分摂取により、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	本人に入浴の可否を確認しながら、なるべく希望に沿った時間帯に入浴して頂いている。	入浴は午前9時から午後5時まで、利用者の希望で毎日の入浴が可能である。しかし、そこまでの希望者はいない。最低週3回の入浴を勧めている。お湯は1人が入浴ごとに抜いて、新しいお湯を入れ替えて、楽しい入浴支援を行っている。	
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	昼夜逆転に注意しながら、休憩を自由に取っていただいている。		
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	往診時の対応のためにも、誰でもが対応できるように薬の注意がき等に目を通している。		
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	外食やドライブの機会を設けて外出している。		
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	外に出たいとの希望がある時は、他の方も誘い散歩やドライブに出掛けたりしている。	季節がよくなると毎日、外出希望者が出る。近くの公園に散歩したり、四季の里やあづま運動公園への花見や土湯峠への紅葉狩りなどに出かけている。1人で散歩したい人にも外出支援するように心がけている。	

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
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	預かり金としてホームで預かり、支払い時は職員が見守り支援している。月に一度パンの移動販売にて好きなパンを購入していただいている。		
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	希望時には自ら電話をかけられるようご家族と連携し支援している。また、手紙のやり取りも行っている。		
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	季節感を出す為に、壁の飾り付けを変えたり、カレンダーやホワイトボードを見やすい位置に設置している。	吹き抜けと木肌の梁を組み合わせた居間、食堂の空間は落ち着いた雰囲気、食堂から福島市郊外の自然豊かな景色を眺めることができる。タンスや生活用品がさりげなく置かれ、生活感のある居心地のよい空間となっている。	
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	畳スペースでくつろいだり、スタッフルーム前で過ごしたりと、自由に過ごせるように工夫している。		
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	入居時になじみの物(布団やタンス写真など)を持ってきて頂き、居心地良く暮らせるよう支援している。	備え付けのタンスのほかに自分好みのタンスやテレビなどを持ち込み、利用者が自分で作った絵などを壁に飾ったりして工夫を凝らし、居心地のよい居室づくりを行っている。	
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	安全に歩行できるようフロアやトイレには手すりが取り付けられている。洗面台の高さも高齢者用の高さで利用しやすくなっている。		