

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	2371501277		
法人名	(有)スリーハンズ		
事業所名	グループホームなでしこ猪子石原 1階		
所在地	名古屋市名東区猪子石原2-717		
自己評価作成日	28年2月22日	評価結果市町村受理日	平成28年3月25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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail%2015_022_kani=true&JigyosyoCd=2371501277-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号		
聞き取り調査日	平成28年2月29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)】

・人生の先輩として歩いて見えた人生や生き方を尊重する為に、敬語・自己決定の促しを基本として一方的な援助ではなく主体的な暮らしを自立に繋げている。
 ・ご家族との良好な関係を継続していただく為に、宿泊や来訪・外出はいつでも受け入れ、小さな変化も伝えてご家族の意向を確認し、ケアの方向性を相談して統一に努めている。
 ・日常的に手作業や脳トレプリント・家事を促し『やる事・役割がある』生活作りをしている。
 ・閑静な住宅街に立地し敷地はゆとりがあり、リビングは南側に面した開口部の広いゆったりした設計となっている為、明るく開放的な雰囲気と、床暖房で冬場も過ごしやすく快適である。

【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)】

◎軽減要件適用事業所
 今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。
 ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」
 ②軽減要件確認票
 ③目標達成計画

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、活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。	毎月のスタッフ会議で理念を唱和して共有と再認識する機会を設け、ケアカンファレンスでは理念に基づいたケアプラン検討で振り返りと共に実践につなげている。		
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。	自治会に加入し、イベントや地域活動・食事会等には積極的に参加し、民生委員主催の抹茶サロンの開催場所として当ホームを利用してもらう事で地域との関係づくりにも努めている。		
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。	近隣の店舗利用や外出時等に地域の方との関わりが、認知症の方への接し方や日々の暮らしぶりの理解を得ていただく機会と考えている。認知症に関する相談にはいつでも気軽に応じている。		
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。	自治会長・民生委員・他のグループホーム事業所の管理者・入居者様のご家族・地域包括支援センターの方の参加で2ヶ月に1回行っている。現状報告や課題に対しての意見を会議等で検討して運営の参考にしている。		
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。	定期的ではないが、対応に苦慮した場合や適正な判断に迷った場合等に連絡をして意見や指導を受けている。		
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。	外部研修やスタッフが講師となる内部研修で『身体拘束』について学ぶ機会を設けている。向精神薬使用や身体拘束は勿論の事、言葉による拘束についても常に会議等でも確認をし、共有している。		
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。	外部研修やスタッフが講師となる内部研修等で『虐待』について学ぶ機会を持ち、入居者様が不快と感じれば言葉や態度によっても虐待となり得る事の認識を共有している。		

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
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。	現在までに対象となる方は見えなかったが、以前に管理者やリーダーは外部研修を受ける機会を持ったが、又、支援の必要がある方の入居があった場合に備えて学ぶ機会を持ちたい。		
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。	10日間のお試し入居期間を設け、ご家族も一緒に泊まって当ホームの生活を体験していただき、疑問点に対応しながら契約に関する説明をして、理解や納得された上で本契約を交わしている。入居後の変更は文章で明記して理解を得ている。		
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。	年に2回の家族会では家族のみでの意見交換の機会を設ける事もあり、出された意見や要望はスタッフ会議等で検討し、取り組み内容を文章で配布して伝えている。外部への相談窓口は重要事項に明記するとともに口頭でも伝えている。玄関には意見箱を設置している。		
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。	代表者へは年2回の意見提案書の機会があり、各スタッフへの返答と共に運営の改善に努めている。入居者様に対しての気づきは毎日の申し送りや会議等、常に共有・検討する機会を設けてケアに活かしている。		
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。	代表者へは年2回の人事考課は他者評価の結果が賞与や年始の自己目標に反映されている。残業はほとんどなく定時退社が定着していることや土日手当や精勤手当の大幅アップ等の条件改善で意欲向上につなげている。		
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。	職員・パート問わず内外の研修受講の機会を会社負担で設けている。受講者はスタッフ会議で研修報告をする事で再度確認すると共にスタッフ全員が共有できるようなシステムを作っている。		
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。	グループホーム協議会に入会し研修等に参加して情報を得ている。他のグループホームと相互に運営推進会議委員として会議に参加して情報交換により質向上に生かしている。		

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。	お試し入居は家族の宿泊も勧め、想いや要望を本人だけではなく、直接スタッフには伝えにくい事も家族を通して伝えてもらう事により、尚一層の理解で不安軽減の為に寄り添えるように努めている。		
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。	初期の見学時には入居当初の環境変化のリスクの説明も含め、家族と充分に話す時間を設けて、課題の把握に努めている。入居後にケアカンファレンスへの家族参加でスタッフが課題を共有できるようにしている。		
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。	家族からの十分な聞き取りと可能であればお試し入居前にご本人の数時間の滞在を勧め、サービス導入時のスムーズな支援に繋げている。		
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。	各入居者様の得意な事の発揮の為、発揮する場の試行を通して出来ることを確認し、保護される立場のみではなく共同生活者の役割として積極的に関わっていただけるような環境づくりを使命としている。		
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。	時間の制限を付けずいつでもご家族の来訪を可能とし、来訪時には日々の生活の様子を記録した書類の提示で把握してもらい、情報を共有することで、支援の方向性を相談して同一にするよう努めている。		
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。	知人や友人からの問い合わせには、個人情報漏洩に配慮しながら来訪を勧める、又は電話や手紙のやり取りを依頼する、入居前からの趣味のサークルへの参加支援等、関係の継続に努めている。家族との定期的な墓参りや自宅帰りをされている方も多い。		
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。	気の合う仲間との生活が安心感をもたらすことの重要性を理解して、より良い関係が継続できるように、又、相性の合わない方との関係が悪化しないような適度な距離感を保てるような配慮をしている。		

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
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。	他施設に転居された方への訪問や看取りによりサービス終了となった場合は、葬儀等への参列や会議で家族参加のグリーフケアの場を設定し心のケアに努めている。		
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。	認知症の症状に囚われることなく、一人の高齢者としての生き方を尊重し、日々の会話や関わりの中で言葉に出されない場合も含めて真のニーズを感じ取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。	ご本人に直接聞くことは勿論だが、入居時に家族から書面での情報提供を依頼しケアカンファレンスへの家族参加時に直接口頭で情報をいただいている。		
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。	食事や睡眠、排泄等心身の状態に影響を与える事柄については、変化を把握できるような書類形態で見落としのない様に努め、有する能力の把握は毎日の生活の中でさりげなく試行して書面で共有して生かしている。		
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。	ご家族の来訪時には情報交換を常として、得た情報は申し送りノートでスタッフ間で共有し必要に応じて日々のケアに生かして試行する事で、ケアプラン作成に生かしている。		
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。	毎日の生活記録はケアプランに基づいた記述方式となっている為、ケアプラン実行が自然にされている。毎月のケアカンファレンス時には各スタッフが事前にケアプランをモニタリングした書類を提出した上で参加し検証・再考している。		
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。	認知症ゆえに消極的になりやすい為、ご本人からの急な要望にも出来る限り応える事や個別ケアを基本としている為、その場の判断の裁量権を当日リーダーに置いている。		

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
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。	地域での買い物や行事参加を通じた関係づくりで豊かな生活を支援している。運営推進会議等で地域の情報、協力を得ている。		
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。	入居前のかかりつけ医の継続か当ホームと提携の医師に変更されるかは選択してもらい、往診医以外で受診される場合は通院時に日頃の状態が分かる書類や定期的な医療者からの情報提供書類を持参してもらっている。		
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。	週1回定期訪問の訪問看護ステーションは24時間体制でのサポートがあり、週に4～5回来訪される往診医と同法人の為、情報は共有され指示を素早く受けることが出来る。		
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。	入院時には心身情報が時系列で分かる往診ファイルや介護サマリーで情報を提供し、入院先を訪問しケースワーカーや担当看護師との状態確認で早期退院を目指す。		
33	(12)	i 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、事業所ですることが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。	契約時には当ホームの看取りに対する方針を書面で提示し、事前指示書の提出を依頼している。重度化した場合はかかりつけ医と家族・当ホームで合意した内容を書面で明示し、状態変化に応じて再確認している。		
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。	夜勤者は救急講習受講を義務付け、緊急時の対応は内部研修やスタッフ会議等で度々振り返り、実践力に繋げている。		
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。	避難訓練の実施。消火器、自動火災報知機、スプリンクラーの設置。設備点検は専門業者に依頼して定期点検を受けている。消火器、自動火災報知機の使用方法は会議時でも確認している。非常食や防災物品を準備している。		

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
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。	高齢者であることを念頭に敬語を基本として強制感のない声かけの徹底を意識している。理念である『尊厳ある生活』については度々内部研修での課題としている。		
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。	一方的に提供するのではなく、本人の意向確認は日々の生活支援の中で意識付けをしている。選べるおやつや食事の量・パン食の希望・食事時間等、希望を表出できる環境作りで個別対応に力を入れている。		
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。	起床や入床・休息时间等は生活サイクルに支障のない限り自由としている。急な買い物や散歩等、出来る限り対応して、拘束のない自由な暮らしづくりに努めている。		
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。	近隣の美容院利用、又は定期的な訪問美容利用かを選択していただいている。整容が自己では困難な方には起床や更衣時・食後は整容確認を習慣としている。		
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。	食べたい物の要望がある場合は可能な限り対応している。環境づくりによって『食材の下準備』『調理』『盛り付け』『食器の後片付け』と、それぞれ力量に合った役割を持っていただいている。		
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。	摂取状態に合わせて料理や補水液等をミキサー食・ゼリー食・とろみ食・刻み食・小分け提供等で対応し、時間をかけて必要量が飲食できるように努めている。居室でおやつを自由に飲食される方もみえる。		
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。	週に4日の洗剤使用の義歯消毒を行い、状態に合わせた介助で口腔ケアを行っているが専門的なケアが必要な方は定期的な歯科受診で清潔保持に努めている。		

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
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。	自己にて移動できない方や尿意のない方にもトイレでの排泄を促して、可能な限り下着利用に努めている。失禁量に合わせて多種類のパッドを使い分けて自立支援に努めている。		
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。	自然排便の促しの為、十分な水分摂取の促しと繊維野菜使用を習慣付け、詳細な排便確認表で把握し医療者の指導の下、個人にあった適正量の便軟化剤で排便を促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている。	入浴表をもとに定期的に入浴の声かけをしている。希望すれば入浴できる環境は毎日あり、時間等要望にそうようにしている。		
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。	昼間に傾眠のある方や体力が低下した方には30分から1時間の臥床を促し、夜間に不眠傾向の方には昼間に散歩や脳の活性化を促して薬に頼らない安眠を目指している。		
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。	個人の往診ファイルに薬の説明書も添付して現在の処方薬の状況が一目で分かるようにしている。処方薬の変更は申し送りノートに記入し、ケアカンファレンスでも全職員が確認、共有している。		
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。	写字・写経、塗り絵、書き取り・計算ドリル、ことわざ等のアクティビティや家事での役割、居室での自由な間食を楽しみとされる方もある。医師の許可のもと希望すれば飲酒も可能である。		
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。	毎日の散歩や月に2～4回程度の外食等は車いすの方でも平等に機会を設けている。急な散歩や買い物の要望には出来る限り対応している。遠方への外出希望は家族への依頼で実現している事もある。		

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。	定期的な預金引き出しに同行する方もある。金銭への理解がある方には、ご家族の理解が得られれば自己管理してもらっているが、希望される方は少ない。		
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。	個別に携帯電話を利用されてみえる方もあるが、希望すれば当ホームの電話からご家族、知人へは自由にかけてくれる。毎日、数回家族に電話してみえる方もある。		
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。	明るさや音量・温度は個人差が大きくすべての方に合わせるのは困難な為、折り合えるレベルの検証に心掛けている。リビングの壁面は視覚で感じていただけるような季節感のある物を子供っぽくならないように注意して飾るようにしている。		
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。	リビングの2か所にソファ、テーブルは6人用が単独で3卓、椅子は壁面やカウンターに置いてある為、どこでも自由に座って過ごす事はできる。		
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。	居室には備え付けの家具は無く、収納家具から寝具・小物まで前住居からすべて持ち込んでいただいている。畳に布団や床にベッド等、馴染みのある暮らし方の継続を勧めている。		
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。	改装工事を実施し、トイレ内、玄関に手すりを増設。歩行のふらつきのある方も家具等を伝って歩けるように配慮している。居室の扉には分かり易く大きな名前を掲示等、安全で自立を妨げない環境作りに努めている。		