

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2895200026		
法人名	株式会社華		
事業所名	芦屋グループホーム華		
所在地	神戸市西区玉津町新方551番地		
自己評価作成日	平成25年4月30日	評価結果市町村受理日	平成25年8月7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)】

①利用者さんや家族さんとの信頼関係の構築 ②日々笑顔がでる雰囲気作り ③職員のスキルアップのための 研修や勉強会
--

※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.kaigokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区菟乃町2-2-14
訪問調査日	平成25年5月8日

【第三者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 本人本位のケアマネジメント ・入居者個々人の思い・意向を踏まえ、QOLの向上にウェイトを置いた介護計画を作成している。毎月のカンファレンス(全職員参加)で現況を確認(工夫された介護記録を用いて)し、介護計画との整合性チェック(モニタリング)も行い、リアルタイムで有用性の高い支援が行えるように努めている。② 地域との交流 ・自治会主催の盆踊り、夏祭り、花火大会等へ参加したり、近隣の児童・園児も遊びに来ており、地域に溶け込んだ事業所となっている。地域への知識還元の一つとして「介護なんでも相談窓口」を設置し、高齢者介護に関するよろず相談の機能を果たしている。

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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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				

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	前年度の計画で挙げたとおり、職員全員で理念を作り、共有し、実践している。	職員の総意である理念「社会資源の一つとして、地域の方々との交流を深め、積極的に地域に参加をし、・・・」を、日々の生活の中で達成するよう取組んでいる。	
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	地域の社会資源を活用し、また自治会主催の催し物などに参加している。またAEDの設置や子供110番など地域の一員として交流している。	自治会主催の行事(盆踊り、夏祭り、花火等)に参加し、近隣住民と時間を共有したり、児童・園児の訪問を受け一緒にレクリエーションを楽しんでいる。近隣高校の実習受け入れも行っている。	地域の社会資源として、今後も、地域密着型サービス理解と浸透への積極的な取り組みに期待をします。
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	運営推進会議で認知症についての話やGHの役割など説明している。		
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	民生委員や家族より頂いた意見を参考にサービス向上に活かしている。	運営推進会議では、事業所よりの状況報告にとどまらず、意見・要望等を出席者全員で検討し、認知症高齢者を地域の中で支援していけるようになっている。「介護なんでも相談窓口」は、会議での発案で遂行している。	
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	運営していく中で、疑問や、質問など生じたときはアドバイスや意見をきいている。	西区のGH連絡会や地域包括支援センター主催のGH連絡会に参加し、情報の連絡・報告・相談、並びに共有をおこなっている。権利擁護(成年後見等)について、地域包括支援センターと特に連携を密にしている。	
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	毎月行っているフロア会議で身体拘束の資料を読み合わせ理解を深めている。毎日のケアの中で身体拘束になっていないかを考え防止に努めている	フロア会議(月1回)において事例検討し、日々のケアにおいて検証を兼ねそのような事が起こらないよう職員相互で確認し合っている。	
7	(6)	○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	毎月行っているフロア会議で虐待防止法の資料を読み合わせ理解を深めている。毎日のケアの中で虐待になっていないかを個々のスタッフが考え防止に努めている。。	フロア会議(月1回)において、権利擁護の観点より高齢者虐待の防止を再確認し、それに繋がる恐れのある「不適切なケア」の払拭を日々のケアから実践し職員相互で確認し合っている。	職員のストレスが「不適切なケア」を生ぜしめる一因とならないように、職員のメンタルヘルスへの配慮についても今後の研修に組み込まれては如何でしょうか。

自己	者三	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	(7)	○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	内部研修を通して権利擁護を勉強している。	入居者の現況より、権利擁護関連制度の理解・周知は必須と考えており、地域包括支援センターとの連携により、適切な支援ができるよう職員の能力アップをはかっている。	
9	(8)	○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	入居の際に重要事項を説明し質問などを聞いている。また法改定などの場合も家族に案内を出し質問に応じている。	契約に際し、グループホームでの生活の実情を詳らかにし、事業所で出来る事、難しい事を明確に説明し、不安感、疑問点等がない状態で入居を決定してもらっている。	
10	(9)	○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	意見苦情委員を設け全体会議などでスタッフに報告し運営に反映している。	運営推進会議、訪問時、意見箱等、多様な機会で見聞・要望等を聴くようにしている。頂いた意見等は全体会議(月1回)において全職員で共有・検討し、フィードバックするとともに運営に反映している。	
11	(10)	○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	毎月の全体会議やリーダー会議などで意見や提案を聞き運営に反映させている。	職員よりの意見・要望等は月例の全体会議等で受け入れ、遅滞なく回答している。「車椅子用車両」は職員よりの意見により導入された。	
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	代表と管理者が話し合い、職員が働きやすい環境の整備に努めている。		
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	二ヶ月に一回の内部研修を行っている。外部研修にも出来る範囲で参加出来るようしている。		
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	区内のGH連絡会議や包括支援主催のGH会議に参加させてもらい交流をしている。また施設を行き来させてもらい質の向上につなげている。		

自己 者 第三	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	入居前に自宅に訪問し話しを聞きスタッフに説明し、本人の要望を踏まえた入居前の話し合いを行っている。		
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	入居前に施設見学をしてもらい、そこで話を聞き華で、できる要望には応えられるよう努めている。		
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	利用者と家族の立場になり今何が必要かをスタッフで話し合い必要としている支援を行っている。		
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	家庭的な雰囲気や大事にし、出来ることはしてもらおう。またスタッフも利用者にも悩みなどを話している。		
19	○本人と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	入居時に家族の協力の必要性を説明し、行事等の参加の案内や、正月の年賀状などを送っている。また月に1度家族あてに手紙を送っている。		
20	(11) ○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	家族や電話、外出などで馴染みの関係を継続している。また知人の方が面会に来られた時もゆっくり過ごしてもらっている。	家族との電話、家族と一緒に入居者本人の行きたいところへの外出、また、知人・友人が訪ねてこられ、ホーム内でゆっくりと過ごされたりしている。	
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	スタッフは利用者の人間関係を把握しておりスタッフが間に入りながら利用者全員に話の輪が広がるように努めている。		

自己	者	第三	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	退去した家族に行事の案内を出したり、入院、入所先に面会に行ったりしている。		
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	(12)		○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	思いを言える利用者はその思いが叶えられるようスタッフは出来る限りの努力をしている。また思いが伝えられない利用者の方の日頃の行動サインを見逃さないようにしている。	入居者個々人の状況に応じ、本人の思い・意向を把握(意思疎通可能な方とは日常会話等の中から、難しい方へは日頃の仕草や表情から)し、職員間の申し送り(会話・ノート)でその情報を共有している。	利用者本位の支援のため、今後も個別アセスメントの収集継続に大いに期待をします。
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	入居前に生活歴や家での生活リズムを聴き入居後もその様に生活出来るように支援している。		
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	利用者個々の一日の過ごし方を把握している。また利用者個々の何が出来て何が出来ないのかを把握し出来ない事を援助している。		
26	(13)		○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	利用者のQOLの向上を目指し、担当の介護員が介護計画の目標達成に向け利用者とかかわりそのかかわりの様子を記録し、それをモニタリングとしている。月1度カンファレンスを開催。	本人の思い・意向、家族の要望にカンファレンス(全職員参加)よりの情報を踏まえ、特にQOLの向上を意識した介護計画を作成している。介護計画と入居者の現況との整合性確認(モニタリング)は様式を工夫し、全職員で行っている。	
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	日常の様子を記入する欄と、介護計画の目標達成記録と分けて記入している。実践と共有は出来ているように思う。		
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	その時々状況に出来る範囲で対応している。		

自己	者三	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	買い物や外食や公園での花見など地域資源を活用し暮らしを楽しめるよう支援している。		
30	(14)	○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	協力医療機関と関係を築き利用者には適切な医療を受けていただいている。また協力病院以外にも本人の病状に即した病院に受診している。	協力医療機関により月2回の受診(内科)がおこなわれている。歯科の訪問を受けている。物忘れ外来や他の科への受診も家族と協働している。	
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	受診等の時に医療に関しての相談をしている。		
32	(15)	○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。	入院先のケースワーカーと話し、退院の話や再発した場合の相談をおこなっている。	入院中は、入居者の不安感軽減や選択物の交換のため頻度を上げて面会している。病院とは早期退院を基本に連携し、退院後も不具合が生じない様にMSWと連絡を取り合っている。	
33	(16)	○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	家族と話し合い家族の意向等を聞き華で出来ること出来ないことの説明をし華で出来る範囲内でのケアに努めている。またドクターに相談し意見を仰いでいる。	重度化・終末期の状況が生じた時に、事業所の方針を説明し、本人にとって望ましいケアとなるよう家族と相談している。看取り期になった場合は、24h対応可能な協力医師がサポートしてくれる体制となっている。	
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	職員全員市民救命士の講習を受講している。AEDを設置している。		
35	(17)	○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	一年に2回昼間の想定避難訓練と夜間想定避難訓練と通報訓練を行っている。	年2回の避難及び通報訓練(日中帯・夜間帯想定)を実施している。火災だけでなく水害対策も含め避難場所を確認している。地域の消防団との協力体制も整備できている。	

自己	者 第	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	(18)	○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	利用者との信頼関係をしっかりと築きその人の人間性に合わせた声かけを行っている	入居者の自尊心・羞恥心へ配慮し、フランクであるが丁寧で本人の特性に合わせた声かけ・対応をおこなっている(同性介護の希望等)。	
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	日常の声かけを質問形式にし、本人が選べる環境や、利用者の自己決定を尊重している。		
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	職員は個々のペースに合わせケアを行うよう心がけているが業務に追われる日などは職員側のペースに気づかないうちになっているかがある。		
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	季節に応じた服装や二ヶ月に1回の理美容も本人の希望にそった髪型など本人の意向を尊重している。		
40	(19)	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	会話の中から何が好きなのか何を食べたいのかを聞き食材の下準備や味見、配膳、下膳、食器洗、など出来る事をしてもらっている。またそれを役割のように思ってくれている。	調理、盛付け、配膳・下膳、食器洗い等入居者の得意な部分を活かして一緒に協働している。日曜日メニューでは、希望を聴き、食材の買出しに一緒に行っている。外食も楽しみ事となっている。	
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	配食サービスに変わったため、栄養に関しては配食事業所に任しているが、水分も色々な飲み物を用意し、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	毎食後はできていないが、朝と夜は声かけをし義歯の洗浄や、自分で出来ない方の援助をおこなっている。		

自己	者三	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	(20)	○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	個々の排泄パターンを知り、その人の行動や表情などから排泄のサインを見つけトイレ誘導をおこなっている。	入居者個々人の排泄パターンとそのサインを把握し、トイレでの排泄が行えるよう支援している。夜間はおむつの方もおられる。	
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	排便表を作り個々の排便を管理している。また水分補給や適度の運動など出来る範囲内で予防に努めている。		
45	(21)	○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	ADL低下に伴ない浴槽に入れない方の入浴は風邪等をひかないように工夫している。	週3回(2日に一度)入浴を基本としている。入浴剤の活用や季節湯も実施し入浴が楽しいものとなるよう図っている。浴槽へ浸かるのが難しい方へは、足湯とタオルを巻いてのシャワー浴で対応している。	
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	個々の判断やペースに合わせて就寝してもらっている。		
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	服薬確認は必ずしているが、利用者の服薬している薬の全ての副作用までは理解に至っていない。		
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	一人一人が一日最低1回は笑顔が出るように努めているまた外出や買い物、外食などの気分転換している。		
49	(22)	○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	外食や買い物などは行っている。また花見や玄関前でのお茶会などもおこなっている。	近隣のファミリーレストランでの喫茶や食事、スーパーへの買い物による外出や敷地内での喫茶(お茶会)や花への水遣り等、外気を感じる機会を多く設定している。	個々の利用者により「外出支援の目的」も様々と考えられます。今後も、利用者の思いに沿った支援の継続を願います。

自己 者 第三	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	個々の状態にもよるがお金を管理できる方はある程度の金額は持ってもらっている。毎週土曜日にマホロバがきて買い物してもらっている。普段の買い物でも好きな物を買ってもらっている。		
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	本人からの希望があれば電話をしてもらっている。		
52	(23) ○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	四季を通じて季節感の分かる飾り付けをしたり、臭いなどにも気を配りできるだけ不快な思いをしないよう工夫している。	1Fの交流スペースは、カラオケ等、イベントの場所として利用できる。玄関前の庭に季節の花々を植え、四季折々の花が楽しめるようになっている。また、庭にベンチを置き、外気浴も楽しめる環境となっている。	
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	デイルームや2階の事務所を改装しゆっくりできる空間を作っている。		
54	(24) ○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	本人が自宅で使用していたものを入居の際に持って来てもらっている。	使い慣れた馴染みのある家具や仏壇・写真、人形等を持ち込み居心地のよい居室となるよう支援している。また、ADLの変化へも配慮した動線の安全確保等の配慮もなされている。	
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	食器棚やトイレなどは張り紙を貼ったり、かく居室には色違いのスカーフや表札をつけている。安全を最優先した環境も職員が話し合いながら整えている。		