

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	1090200245		
法人名	医療法人社団醫光会		
事業所名	グループホーム野ばら		
所在地	群馬県高崎市矢島町21		
自己評価作成日	平成26年2月21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-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階		
訪問調査日	平成26年3月11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)】

当事業所では家として穏やかな生活が送れるよう一緒に笑い、語り、馴染みの地域で生活が送れるよう支援する事を目指しています。その為に利用者様に季節感を味わい楽しんで頂けるように、月に1度のイベントを利用者様の要望を取り入れながら行っています。地域のいきいきサロン、廃品回収、道祖神祭りに参加し交流を図っています。できる限り外気に触れて頂けるよう天候の良い日には外気浴や散歩を行い時には外で食事を摂る事もあります。個々のペースで過ごして頂けるよう和やかなスローペースの空間作りを行っています。法人内に病院があり医療従事者と連携を取り速やかな対応を行います。法人全体で知識、スキル向上の為に研修を行いプロとしての意識を高める取り組みをしています。

【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)】

利用者がホール内を自分の思うように動いている様子から、管理者はじめ職員は利用者の言動を抑えることなく、抑圧感の無い自由な暮らしを支援しており、開かれた事業所という印象を受ける。運営推進会議には家族の参加が多く、質問・要望・意見交換を行って有意義な会議となり、サービスの提供に反映させている。食事は時間を気にすることなく、利用者一人ひとりが自分のペースでお箸を使って食べている。

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 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、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	理念に沿ったケアを行う重要性を常々伝え、一人ひとり勤務に入る前に毎日復唱している。	理念は日頃のケアが自己流になったときに「理念に戻る」ように柱となっている。法人のオリエンテーションに加えて、管理者が理念を教育している。	
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	地域で行っている、いきいきサロン、道祖神祭り、廃品回収に適宜参加している。	自治会主催のいきいきサロンに参加したい希望があり見学している。道祖神祭りの見学に出かけ地域の人達との交流の機会にしている。子供育成会が行っている廃品回収に継続して協力している。	
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	地域の行事に参加した時に協力をしてもらいながら理解を得てもらおうようにしている。		
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	2カ月に1度の運営推進会議で市町村、地域の方々、御家族様と話し合いの場を持ちそこで出た意見を参考にサービスの向上に生かしている。	2ヶ月に1度、家族・市の担当者・区長・民生委員等の参加で開催している。利用者の様子や行事等の報告・参加者間での意見交換・情報の提供等が行われサービスの向上に反映させている。	
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	運営推進会議以外での連携としては、ホーム内で事故が起きてしまった時など報告、連携を行っている。	行政に事故の報告をしたり、栄養補助食品や支払い方法の相談等で意見交換をして連携を持っている。介護相談員の訪問が2ヶ月に1度あり、助言をもらったり話し合いを行っている。	
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	身体拘束はしていない	身体拘束の研修会に参加している。玄関の鍵はかけておらず、利用者が外に出たい様子を察知したら一緒に外に出てプランにも反映させ、自由な暮らしを支えている。利用者に対しての言葉遣いがスピーチロックにならないよう常々話し合い、注意している	
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	管理者が研修で学びスタッフへ伝えている。抑制言葉や否定言葉を言うてしまう事があるがその都度注意し合うようにしている。その他の虐待についてもスタッフ一人ひとり注意を払って防止に努めている。		

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	管理者が研修で学びスタッフへ伝えている。		
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	御家族様と契約する時は施設の案内やグループホームの役割などを説明し契約時に必要な書類全てに説明をしている。その時、不満や疑問点も聞くようにしている。		
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	認知症で意見の言えない利用者様には状態観察を行い訴えを導き出し要望に応えられるようにしている。その他の方や御家族様には意見、要望を伺いケアに反映できるようにしている。	面会時に家族等の意見を聞き、状態の変化時には電話で伝え、話し合っている。利用者の要望等は声かけをして思いを聞くようにしている。出された意見については話し合いの場を設け結果は文書にして共有し、サービスに反映させている。	
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	問題発生時や適宜スタッフの意見を聞くようにしている。そこで話しあった内容を運営者へ報告や相談を行い意見を反映させている。	管理者は職員に声をかけ、ケアの方法や悩み事等を聞いたり、希望休に沿ったシフトを作り、働きやすい環境を作っている。	
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	事業所目標や個人の目標管理シートをもとに実績評価をしている。		
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	法人内に教育委員会があり、全スタッフが多方面の研修に参加している。		
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	当法人のグループホーム、8施設のホーム長の集まる会議に参加して意見交換や相談を行い、サービスの質の向上に繋げる努力をしている。		

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	面接時に直接、御本人から困りごと、不安な事を聴き安心して頂けるまで説明をしている。		
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	当事業所まで足を運んで頂き、ホームの案内をし、御本人同様に説明をしている。		
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	満床の場合は、他グループホームやショートステイの紹介を行っている。		
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	押しつけの介護にならないように考え、その人の望む暮らしを見極めるようにして喜怒哀楽を共に共有している。		
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	面会時、面会の少ない時には電話をし利用者様の状態報告をしている。家族の意見を参考にして本人を支える努力をしている。		
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	馴染みの方へ新年の挨拶状など送るようにしている。	在宅時の友人との関係が継続するように新年の挨拶状を送る支援をしている。利用者は外出の時に化粧をしたり、よそ行きに着替えている。誕生日にはその人のために祝い膳を作っている。	
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	きままに過ごせるよう時間の提供とお一人で寂しい想いをされぬよう、全利用者様の状態観察をして関わりが持てるよう仲介している。		

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	退所後、継続的な支援を望まれていない為、相談や支援を行っていない。		
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	毎月のモニタリングでニーズの把握をしてケアプランに反映している。スタッフ目線にならないようにその都度カンファレンスを行い検討している。	利用者からは日常の会話や行動・表情から汲み取り、カンファレンスノートに記載し、話し合っている。家族から利用者の好きな物事等、面会時や電話等で確認している。	
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	生活歴を含めたアセスメントの取り直しを適宜行っている。		
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	アセスメントを適宜行いスタッフ全員が周知している。		
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	本人と家族から要望を聞きだし、医師、看護師、リハビリスタッフから意見を取り入れケアプランに反映している。	毎月のモニタリングやアセスメントシートを活用し、3ヶ月毎に定期的な介護計画の見直しが行われている。また、状態変化時等については、随時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	個別記録にフェースシートとアセスメントシートを加え全スタッフで周知し実践し計画の見直しに繋げている。		
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	ニーズに対応して柔軟な支援を行えている。スタッフの人数不足での対応困難な場合の時でも出来る限りニーズに応えられる努力を行っている。		

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
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	地域資源の活用は行えていないが運営推進会議などで民生委員や区長へ災害時の協力をお願いしている。		
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	本人及び家族の希望がかかりつけ医に届かない場合、仲介をして望む医療が受けられるように支援している。	本人・家族等の希望するかかりつけ医を選択できる。協力医の往診は月に2回あるが、希望で1回の方もいる。通院は基本的には家族支援であるが事情により職員が支援できる。皮膚科と歯科については必要時往診で対応されている。	
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	かかりつけ医の看護師と法人内の看護師に報告、連絡、相談を状況に応じ行き適切な受診や看護が受けられるように支援している。		
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。	法人内の病院には行えているが、他の病院関係者には行えていない。		
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	家族との話し合いは行えているが、地域関係者とのチーム作りは出来ていない。	「重度化や終末期に向けた指針」が作成されており、家族の同意を得ている。寝たきりや老衰の状況になった時には本人または家族の同意を条件に「看取りの指針」に沿っての対応を検討することになっている。	
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	法人内の緊急時対応研修に参加し、ホーム内独自でも緊急時対応の研修を行っている。		
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	年に2回(昼夜想定)の消防の避難訓練を実施している。	地域性を考え独自の水害マニュアルを追加した。年に2回、昼夜想定避難訓練を実施している。備蓄として飲料水・乾麺・レトルトカレー・食料品を3日分用意している。	万が一の災害時にスムーズに避難誘導が出来るよう、定期的な避難訓練とは別に事業所独自の自主訓練の機会を作って欲しい。

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	一人ひとりの利用者様のプライバシーを守り、人格を尊重している。時々他者様の部屋へ入ってしまう方には付添い自室へ促すようにしている。	利用者同士の相性を考慮した支援をしている。利用者のプライバシーの確保や尊厳を踏まえて、自分の力を発揮する場面等本人の気持ちを大切にすることを心がけている。呼称は「…さん」で統一している。	
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	常に状態の把握をし、希望の表出がしやすい環境作りを行っている。自己決定が困難な場面では表情を観察しながら希望を引き出すようにしている。		
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	一人ひとりのペースに合わせドライブや散歩、買い物などの希望に応えられるようにしている。		
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	2カ月に1度の移動美容室によるヘアカットや男性利用者様には髭剃りの準備、女性利用者様には希望に応じて口紅やマニキュアを塗っている。		
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	スタッフと利用者様で食事の準備や後片付けを行っている。	栄養を考えた業者の献立の食材の下ごしらえや盛り付けを手伝ってもらい職員と一緒に食事を摂っている。飲み物(コーヒー・緑茶等)は希望を聞いて対応している。	
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	3食、栄養管理されている業者の材料で提供している、水分は一日1リットル以上を確保して頂けるようにして、好みの飲み物を準備している。		
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	毎食後の口腔ケア時カテキンにてうがいをを行い口臭予防をしている、義歯の管理が行えない方は、毎晩お預かりし週に3回洗浄剤に漬けている。		

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
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	排泄アセスメントを取り、その方の排泄パターンを把握してその方に合わせた排泄ケアを行っている。	排泄チェック表により利用者一人ひとりのパターンを把握し、排泄誘導をしている。市から支給のオムツを使用している。シャワーや洗浄等で汚れた場合も清潔保持をしている。	
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	毎日便秘日数のチェックを行っている。おやつは週2回ヨーグルト、起床時は牛乳で下剤に頼らないようにしている。		
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	毎日入浴できる体制と希望の時間に入れるよう夜間の人員配置も適宜できる体制を取っている。	10時半～16時の間にその日に入る人を優先して声をかけている。希望により声掛けからの一連の支援を一人の職員がしている。医師の指導がある場合や拒否のある人には更衣をしている。今後は夜間入浴支援の必要性を感じている。	入浴日や時間を決めることなく、その人の希望やタイミングで入れるよう、毎日の声掛けをお願いしたい。
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	一人ひとりの身体状況を把握し休息を促している。夜間安眠できるよう、その方のペースに合わせて日中の活性化を促している。		
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	服用薬品名カードをファイルし全スタッフが理解出来るようにしている。服薬の変更時には記録に記載して情報の共有をし状態変化を記録に記載している。		
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	その方の好みにあった仕事を見つけ役割を持って頂いている。散歩や外気浴、ドライブに出掛け気分転換の支援をしている。		
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	日々様子を観察して御本人の希望を把握するようにしている。月に1回のイベント時に希望の多い所に出掛けている。家族の協力を受けられる方とそうでない方がいる。地域の方との外出は行っていない。	日常的には散歩・ゴミだし・庭でのお茶・買物や季節のお花見で屋外に出る機会を多く持っている。個別的には家族と一緒に自宅の桜を見に行ったりの外出、お正月に外泊する方がいる。	

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	お金の管理が困難な方はホームの金庫でお預かりし、買い物の時に渡して使っている。出納長に記載し御家族に領収書と共にお渡ししている。		
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	御本人からの電話の希望がない為こちらから掛ける事はないが御家族から掛かって来た時は御本人へ変わるようにしている。手紙のやり取りは行えていないが年賀状を送っている。		
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	清潔を心掛け、月ごとの掲示物を利用者様と作成している。照明や温度の配慮は常に行っている。	食後にはソファで一ゆっくりとテレビ鑑賞が出来る。ソファの位置を工夫し、他の人の目に入らないで一人の時間を楽しむことも出来る。ホワイトボードにその日の献立が書かれ食事作りの匂いが漂い、食事の時間を楽しみに待てる配慮がある。	
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	ホールのソファに座ると他の方が目に入らない工夫や外にベンチを置くなどして思い通りに過ごせる空間の提供をしている。		
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	入居時本人と家族の意見を取り入れ家具の配置を決めた。新たに持って来た物についても同様。	ベッドとエアコンは事業所の設置である。使い慣れたタンスや日用品、家族の写真等が持ち込まれている。居室の窓からの眺めが良く落ち着いて過ごせる雰囲気である。気になる臭いは感じられず、衛生管理が行き届いている。	
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	できる事、わかる事を見極め安全で自立出来るようにその都度臨機応変に対応している。		