

### 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	2390200067		
法人名	株式会社 フロンティアの介護		
事業所名	グループホーム とくがわの憩		
所在地	名古屋市東区大松町4番6号		
自己評価作成日	平成30年9月28日	評価結果市町村受理日	平成31年3月29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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2390200067-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2390200067-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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		
訪問調査日	平成30年10月24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)】

「自分が認知症になってから暮らしたい家」の理念の下、「接遇5原則ルール」を毎日唱和し生活している方の尊厳を大切にしている。一方的な介護ではなく、その人らしさを常に考え、時にはピクニックへ行ったり、外食で焼き肉を食べに行ったりなど今までの生活の延長を重視し入居者の「声」を尊重している。また、季節に合った行事を毎月開催しており入居者様が喜んで頂けるレクリエーションを話し合いのもと実施している。介護予防の観点からは、一人ひとりが残っている能力に応じて役割を持ち自分の居場所を提供できる環境をスタッフの話し合いで検討している。医師、薬剤師、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士との連携にも努め、現在の状態を少しでも長く維持して安心して生活できるように心がけている。

【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)】

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。	会社統一の理念を朝礼の際に唱和しております。接遇については「われわれの接遇5原則ルール」服薬については「誤薬に対しての取り組み方法」を唱和		
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。	東区の天王祭りや、施設の夏祭りへ近隣住民の参加を促したりと、地域の行事に参加しております。また、地域のスーパーへ買い物へ行ったりもしています。		
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。	地域の方々に認知症の理解をしていただくよう、認知症の方と共に、地域の清掃活動に積極的に参加している。		
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。	ご家族や第三者の方々からたくさんのご意見を頂いております。ホーム内での生活状況がわかるように写真を見ながら会議をしています。また、会議では地域行事等の情報収集にも努めています。		
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。	いきいき支援センターや東区介護保険課とは、運営推進会議の案内を渡しに行くなど、こまめに訪問して情報交換をしています。いきいき支援センターからの依頼で、認知症の勉強会などの冊子を施設に置くなどしています。		
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。	毎月、身体拘束についての勉強会を開催し、職員の意識の統一と知識の向上を図っています。また玄関の施錠は防犯の目的で実施しています。		
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逃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。	コンプライアンス委員を配属し、毎月勉強会を開催しております。言葉の暴力・拘束については特に力を入れて勉強しております。		

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
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。	身元保証人がいない入居者様も入居されており、身元保証や成年後見制度について、区役所等から情報収集をしております。また計画的に勉強会を実施しています。		
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。	契約については、1時間以上かけ納得頂けるようしっかりと説明しております。特に、金銭面や契約の解除方法などについては、誤解のないよう丁寧に説明しています。		
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。	ご意見ご要望用紙を設けている。また面会簿に改善してほしい内容を記載する箇所を設けて、意見を頂戴する工夫をしております。		
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。	職員の意見は毎月開催している全体会議で話し合いをしています。また法人の研修等で、管理者やリーダーは施設で出ている意見等を代表者に伝えるようにしています。		
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。	各種資格手当や法人独自の役職を設け能力に応じた給与体系を取っています。資格取得の際にはお祝金もあります。また、法人の負担で初任者研修や喀痰吸引研修等の資格が取得できる体制を設けています。		
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。	法人全体で研修に力を入れています。管理者、計画作成担当者・介護リーダー、機能訓練士は月に1度研修へ参加しています。またホームの職員は介護の知識や技術の向上の為に1回の勉強会を開催しています。		
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。	近隣の障害者グループホームに併設されているカフェに入居者様と伺う機会を持ち、他事業者の話の聞いたり交流を持つようにしています。同法人内の施設を見学や応援勤務するなどして、他施設の良い部分を吸収できるようにしております。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	初回のインテークの際に、細かな部分まで聞き取りを行っております。なかなか人には話せない内容をうかがう為に、本人、家族へは個別に話を伺うようにしております。		
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。	見学時から入居までに数回以上お会いする機会を設け、困っている事、不安な事をしっかりと話しさせていただき信頼関係の構築に努めています。		
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。	見学の段階で、身体状況や既往歴などを伺い、グループホームとしてのサービスの限界や支援方法までを説明しています。現在の施設入居というニーズと、入居の必要性や入居後のニーズまでを含めて、細かくお話するようにしています。		
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。	コンプライアンス委員会などを通して、職員の介護に対する意識などについて学ぶ機会を持っています。家庭的な雰囲気を保ち、常にご利用者様に上からの目線にならないよう配慮をしています。		
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。	面会の際には必ずお茶をお出しするようにしております。お部屋やリビングで、ゆったりとした時間を作る工夫をしています。		
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。	ご家族やご友人が面会に来やすいよう声掛けを行っています。またご自宅への外泊や、お墓参り、馴染みの場所との関係を継続していただいております。		
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。	利用者同士の関係を観察し状況に合わせた席の配置や家事活動やレクを共同で行えるよう努めし、より良い関わり合いが持てるよう配慮をしています。		

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
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。	退去後に退去先へ訪問するようにしています。医療機関同士の情報交換できるよう手配や調整などを行っております。		
<b>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</b>					
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。	毎月実施しているモニタリング時に入居者様の趣味や暮らし方について細かくうかがうようにしています。また要望書を作成しケアプランに反映されていない事も実施できるよう努めています。		
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。	入居前にご利用者様やご家族様に対し、生活歴等のアセスメントを行いケアプランへ反映しサービス提供につなげています。		
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。	ご利用者様の過ごし方や変化は毎日行っている申し送りで職員同士情報の共有に努めています。また時間が経過してもご利用者様の変化がわかるよう介護記録に残し、カンファレンスで話し合いをしています。		
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。	毎月実施している全体会議の中で職員の意見を聞き、毎月のモニタリングを行っております。モニタリングを通して計画作成者一人の考え方に偏った計画にならないようにしています。		
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。	ケアプランに基づいて、個別記録を記入する様にしています。特別な事項については、業務日報に残し、勤務交代時の申し送りで情報を周知しています。		
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。	医療面ではニーズの変化に柔軟に応えられるよう医療との連携は速やかに行っています。また、生活上で発生するニーズは実践可能な事はご家族様の支援を含めチームケアで取り組めるよう対応しています。		

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
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。	ご家族様を含め、ボランティア等多様な資源を活用する様にしています。8月に行った夏まつりではボランティアの方にも参加・協力していただきました。		
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。	ご利用者様やご家族様の意向を尊重し入所前の主治医を希望される方には、継続して受診して頂いています。入居の際かかりつけ医を変更される場合には同意のもとホーム提携医に変更されます。		
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。	訪問看護ステーションの看護師が週に1回訪問しご利用者の健康管理を行う支援をしています。介護職員は訪問看護師と連携し受診状況や主治医の指示などの情報を提供し連携を図っています。		
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。	入院した場合には介護サマリーを作成し医療機関との連携に努めています。また入院中もお見舞いへ伺い、その際に、病棟看護師から病状の説明や現状を確認し、施設側の受け入れ態勢を整えると同時に、看護職員へ連絡し、いつ退院してもいいよう準備を行う様にしています。		
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。	入居時に重度化した場合や終末期の在り方、方針を説明しております。体調の変化が見られた時には、ご家族様とお話をする機会を持ち、今後の方針等について話し合う様にしています。入院中の容体をふまえ、転居にいたったことの事例もあります。		
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。	急変時のマニュアルや夜間の巡回のポイントなどのマニュアルを作成し、いつでも見れるようにしています。実践できるように研修を行いました。		
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2回の消防避難訓練を実施しています。ホーム内では災害時の避難経路図を掲示しています。また火災・地震・風水害時のファイルを作成し地域の医療機関の連絡先が直ぐにわかる様にしています。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	身体拘束委員会の中で、スピーチロックを題材にして集中的に学んでいます。その中で「ちょっと待って下さい」という言葉や「〇〇しますね」といった同意を得ない言葉を使用しない声のかけ方などを具体的に勉強しています。そのような声かけがあった際は、すぐさま指導しております。		
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。	アセスメントやモニタリングとは別に毎月「要望書」を作成し入居者様の意向を把握し実施できる事は積極的に実施しています。		
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。	基本的な1日の流れについてはマニュアルで遵守するよう心掛けていますが、食事の時間帯や就寝時間等、一人ひとりのペースに合わせて調整するようにしています。		
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。	日中と夜間のめりはりを付ける為に、パジャマに着替えるようにしています。フロア会議の中で、リビングは入居者様同士が集まる場として、リビングに出る時の身だしなみについて注意するよう話し合っています。		
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。	食事の盛り付けや後片付けを入居者様と一緒にに行っています。食事の好みに合わせて形態やメニューも変更しています。食事が賑やかになるよう職員も同じテーブルで一緒に食べています。		
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。	毎日1200ccの摂取を目標にしています。16時に夜勤者が出勤するときに、水分不足の入居者様の申し送りを行い、ご家族様と協力し好みの飲み物を飲んでもらえるようにする等の工夫をしています。		
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。	毎食後に口腔ケアを行うようにしています。ご利用者様に応じて声掛けや一部介助を行っています。夜間は毎日義歯洗浄剤を使用し清潔を維持に努めています。また定期往診に来ている歯科医にアドバイスも頂き実践しています。		

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
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。	排泄チェック表を使用し入居者様個々の排泄パターンを把握します。排泄の感覚が解らなくなった入居者様に対して排泄周期時に声掛け誘導を実施しトイレでの排泄に努めています。		
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。	水分摂取量を多く摂る事により便秘の改善に努めています。便秘になり易い入居者様に対しては毎朝牛乳とオリゴ糖を摂取して頂いています。時には主治医や管理栄養士にも相談をし助言を得ています。		
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。	一人一人の入浴時間に余裕を持っています。当日の気分に合わせて時間や入浴予備日を設け入浴方法を変え入居者のペースに合わせて支援しています。		
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。	日中の活動量を増やす事により夜間の安眠に繋がっています。夜は消灯時間を具体的に設けず、他の入居者様に迷惑がからない程度としています。当日のテレビ番組の内容や季節に合わせて、就寝時間については柔軟に対応しています。		
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。	薬については、法人全体で力を入れていません。服薬マニュアルを作成し、薬の飲み残しや飲み違いが起こらないように徹底してルールを順守しています。さらに、往診毎に代わる薬について、記録に残し職員が閲覧できるようにしています。		
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。	家事活動全般を通して個々の出来る範囲での役割を持って頂いています。また地域行事の参加や散歩を通してご近所の方とも交流が持てるように支援しています。		
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。	天気のいい日は散歩に行く事を心がけています。また近所の障がい者グループホームが運営するカフェへよく出かけております。先方の職員の方が施設までの帰路に同行して下さったりと、お互いに交流を大切にしながら外出をしています。		



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
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。	施設でのお金の管理はしていないため、各入居者様がお部屋で自己管理されています。ホームの買い物時には近隣のスーパー等で清算を行いお金を使う機会を持つようにしています。		
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。	手紙や電話などは制限していないため、ご家族様や入居者様が希望されれば携帯電話を持ち込まれます。また入居者様が希望される時には、施設の電話を貸し出す様にしています。		
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。	季節の花をリビングに置き、玄関には季節感を感じられるしつらえを施しております。清潔感があって落ち着いて生活できるよう毎日の掃除を徹底しています。		
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。	リビングにソファを配置し好きな時に座って頂いています。またお部屋で閉じこもりにならないよう、共有空間で行う体操やレク、おやつ時間を設け、自然と共有空間に人が集まってくるよう努力しています。		
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。	入居の際にご自宅で使われていた家具類や寝具等、今まで使い慣れたもの愛着のあるもの思い出があるものを持ってきて頂き居心地がいい生活環境で暮らせるようお話しをし協力して頂いています。		
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。	ご自身の居室やトイレの場所を忘れてしまう方には居室前等に目印をつけ安心した生活を送って頂くよう心がけています。またご自身の身体能力に応じ転倒防止の為、居室内の模様替えを行う事をしています。		