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	0272700691		
法人名	医療法人仁泉会		
事業所名	グループホーム　小春びより1号館		
所在地	〒039-1801　青森県三戸郡新郷村戸来字金ヶ沢森ノ下24		
自己評価作成日	平成24年9月	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	

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会
所在地	〒030-0822　青森県青森市中央3丁目20番30号　県民福祉プラザ3階
訪問調査日	平成24年10月4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）】

・災害時の連携を目的とした地域住人による『災害協力隊』の結成
・利用者と共に行う野菜作り
・回想療法の導入
・シルバーグループによる職員教育の充実
・しんごうグループ（老健・デイサービス・居宅・グループホーム・有料老人ホーム）による幅広い対応

【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）】

同法人が運営する介護老人保健施設の敷地内に事業所があり、周辺は消防署や住宅がある。事業所の玄関前には、職員と利用者が一緒に栽培している野菜畑がある。職員育成も充実しており、事業所独自の理念にそって年間の目標を職員一人ひとりで考え取り組み、サービス向上に反映している。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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りや深まりがあり、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
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
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
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

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	毎朝、朝礼時に理念の唱和を行っている。また、ケアプラン作成時や職員の個人目標設定、年間の事業所計画作成時に理念を基本に考え、実践している。	事業所の理念である「安心、安全、つながり」をテーマに、年間の事業計画にも反映できる目標を職員一人ひとりが立て、利用者のサービス向上に繋げている。	
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	学校、保育園、地域の行事参加や慰問・ボランティアの受け入れなど行っている。また。ゴミ拾いなどの地域の奉仕活動を行っている。	母体施設に訪問がある場合は、一緒に参加している。また、春先には、花植えやゴミ拾いを地域の方と一緒に行い、交流を図っている。	
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	地域に唯一の介護施設・しんごうグループ（老健・居宅・DS・GH）として、介護に関する相談や生活の支援に努めている。		
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	会議の場では、活動報告と共に意見交換の場を設けているが、参加者からの発言は少ない。効果的な会議を設ける事が課題である。	2ヶ月に1回、役場の担当者と2つの町内会長、民生委員、家族参加により運営推進会議を行っている。会議のテーマに沿って話し合いをしているが、参加者からの要望や意見が少ない。	今後、参加者からの発言が活発となるよう、話合いの内容や会議の進行等の工夫により、双方向的な会議となるよう期待したい。
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	地域包括支援センターや村厚生グループの担当職員と情報交換など行っている。困難事例などの相談をして協力いただいている。	地域包括支援センターや村厚生グループの担当者との情報交換に積極的に取り組んでおり、その中から生活歴などの把握に努め、利用者の日常のケアサービスに活かしている。	
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	身体拘束廃止マニュアルを作成し実践しているが、無断外出される方のも守り困難時にのみ玄関施錠を行う場合がある。	法人並びに事業所内において、身体拘束をしないケアの実践についての定期的な勉強会を行っている。また、特別な理由がない限り、日中は玄関の施錠は行われていない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている	虐待防止マニュアルを作成し実践している。年に1回は勉強会にて虐待防止について学んでいる。日常においても虐待に繋がるケースが出ない様指導している。		

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	年に1回は権利擁護・成年後見制度に関する勉強会を開催している。成年後見制度等の活用に繋がるケースは未だなし。		
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	入居・退居・契約内容の改定時も際には、重要事項説明書・運営規定と照らし合わせて説明を行い、了解を得たうえで契約書にサインを頂いている。特に退居に関する条件や退居後の生活などについては、利用者様やご家族様に不安がない様十分配慮している。		
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並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	面会時等に近況報告と併せ、要望等がないか伺うよう配慮している。また施設玄関に意見箱を設置している。	面会時に利用者の普段の様子を報告し、要望等について聞いている。また、遠方の家族には電話連絡をして状態報告並びに要望等について聞き、それらを運営に反映させている。	
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	GHの職員会議・しんごうグループの勉強会・ISO部会会議を毎月、または隔月開催している。それぞれの会議にて職員からの意見や提言の汲み取りを行っている。	毎月の職員会議で職員からの問題提起だけでなく運営に関する様々な意見を聞き、それを組み入れ利用者のサービス向上に反映させている。	
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	年に2回、人事考課・個人面談を行い、職員個々の就労環境・その他の把握に努めている。評価はシルバーグループ統一の評価基準に照らし合わせて行い、実績等に応じ給与・賞与に反映させている。		
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	運営母体による定期的な勉強会の開催や資格取得に向けたサポート等を行っている。また、個人目標や経験年数に合わせて研修に参加等促し、職員の能力向上に努めている。		
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	運営母体（シルバーグループ）内での交換研修を行い、職員の聞分を広げると共に、サービスの向上に努めている。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス提供の前に面談を行い、利用者様の要望の把握に努めている。提供できるサービスについては分かりやすく説明することを心がけ、不安のない施設利用につながるよう配慮している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス提供の前に面談を行い、ご家族様の必要としている支援内容の把握に努めている。受診の援助等以外にも特養の申請など、退居後の生活も含め相談・助言を行い、信頼関係の構築に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談窓口は主に老健相談員や居宅になっている。しんごうグループ全体で利用者様に合ったサービスの提供に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	掃除や食事の片づけなど、暮らしの中で出来ることについては利用者様に協力を仰ぎ、互いに助け合えるような関係作りに配慮している。		
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置かず、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	病院受診の同行の依頼を行い、健康状態や施設での生活など、常に利用者様の状況を把握して頂けるように努めている。親族等が近隣に住まわれていない方の場合は、定期的な連絡にて状況の報告を行い、安心して頂けるよう努めている。		
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	家族との外出支援や親族・友人への訪問等、ご本人の希望に合わせて支援している。ご本人の要望で、行きつけの美容院へ通ったケースあり。	利用者の友人の面会の推進や昔馴染みの美容院や墓参りなどに出かけたり、病院受診の帰りに買い物などの要望にこたえ、関係継続の支援に努めている。	
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	提供する活動内容に合わせて人や物の配置を変更するなどして、共用のスペースではそれぞれがくつろぎ、他者と協力し合える関係が保てるよう配慮している。		

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	次のサービスについて相談・援助しているが、サービス終了と共に関係が断たれているのが現状である。		
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	ご本人の想い。言動は情報シート・介護記録・申し送りなどにより職員間で共有できており、職員間で話し合い対応している。	職員会議などで職員からの情報や、本人との会話の中で利用者の思いなどを汲みとり、日々の生活援助に取り組んでいる。	
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	入居時の情報収集において行っている。入居後も面会時等に合わせて現状の課題と照らし合わせて情報の収集を行っている。		
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	日常の様子は介護記録・申し送りシート等に記録し、職員間で情報が共有・把握できるよう努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画作成は、管理者・計画作成担当・担当職員で行っている。ご家族には過去の暮らしやケアへの希望を伺い計画作成に反映させ、介護計画作成後に確認・承諾を得ている。	介護計画の作成は、家族から利用者の過去の生活習慣等を聞き取り、本人の意向と合わせ、現状に即した内容のものとなっている。	
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	日常の様子は介護記録・申し送りシート等に記録し、職員間で情報が共有・把握できるよう努めている。情報は介護計画見直しの材料にしている。		
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、その時々に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	ニーズに対しては施設内にとどまらず、積極的に行政などに相談し対応しているが、多機能化に繋がっているかは疑問である。		

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
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	地域性から地域資源にやや乏しい面があり、十分に活用できていない部分がある。		
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し、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	かかりつけ医がいる場合は、継続して医療的支援が得られるよう支援している。	今まで利用してきたかかりつけ医を継続しており、医療連携が途切れないように支援している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	併設老健・協力病院の看護師へ報告・相談し、適切な受診や看護に繋げている。		
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、また、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。	入院時の居室確保は2週間を限度としているが、入院時にはご家族・病院と相談し、施設での生活が継続できるよう協力いただいている。		
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組んでいる	ご家族様へは入居の段階で大まかに、入居受け入れ可能な最低限の心身のレベルについては説明している。重度化に際しても、施設での生活が安全に継続できるよう、職員間で話し合い対応している。	利用者の家族には契約時に看取りに関して説明し、了解を得ている。利用者の重度化については、常日頃職員で情報共有し、安全、安心して生活できるように支援している。	
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	AED講習への参加や、緊急時対応の勉強会の開催などにより、実践能力の向上に努めている。		
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2回、火災避難訓練実施。地域の方々には「災害協力隊」として協力・参加して頂いている。	年2回、避難訓練を地域住民の協力のもと行っている。災害時には、地域住民に放送が流れ、二次災害にならない様に協力してもらえる体制がある。	

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
Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	利用者様への声掛けやケアに対し、プライバシーに配慮するよう指導している。また、年2回接遇チェックを個々に行い指導している。	食事の配膳時やトイレ誘導の時にも本人のプライバシーに配慮した声掛けをしている。	
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	利用者様の好みに合わせた活動や日課が提供できるよう意向を伺っている。また、職員には利用者様が行動の決定を行えるような声掛けをするよう指導している。		
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し、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	通常は施設の日課に沿っての生活が多いが希望に応じて人員調整を行い、外出などの個別ケアに対応している。		
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ヶ月の1回、理容所の来所にて散髪実施している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	基本的に調理は職員が行っているが、下準備や片付けなど、一部利用者様にお手伝いいただいている。	食事の下膳の手伝いしてもらったり、節分にはのり巻きを一緒に作るなど、行事食等を楽しんで食べてもらえるよう支援している。	
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	併設老健の栄養士によりメニュー作成。キザミ食など、利用者様の状態に応じて提供している。水分は1日1000ccを目安に摂取していただくよう援助している。		
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、口腔ケア実施。口腔内の清潔・健康が保たれるよう援助している。		

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向けた支援を行っている	出来る限りトイレで排泄をしていただくよう援助している。本人の排泄パターンに合わせトイレ介助を行っている。	定時のトイレ誘導時間以外にも本人の排泄パターンに合わせてトイレ誘導をしている。夜間にオムツ使用している方は、日中はオムツを外してトイレ誘導し、自立に向けた支援を行っている。	
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組んでいる	水分補給や体操、または医療機関に相談し下剤の処方・調整にて利用者様の便秘解消に努めている。		
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、個々に応じた支援をしている	基本的には毎日入浴を実施している。自己決定できる利用者様にはご本人の意向により入浴して頂いている。入浴時間は午後2時から5時となっている。	入浴は1対1で入浴介助し、ゆったりと入浴できるように支援している。毎日入浴可能となっているが、病院受診で入浴出来ない場合は足浴したり、翌日に変更するなど工夫している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	生活サイクルが適正になるよう、日中の活動量と睡眠時間のバランスを考慮しケアにあたっている。		
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	病院からの処方箋を確認し、用法や副作用について理解している。		
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	利用者様の状態・希望に合わせ、プランターに野菜を作ったり、洗濯物を畳んでいただいたりと役割分担を決めて日常業務を手伝って頂いている。		
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。また、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	希望が聞かれた際には、なるべく実現できるよう配慮しているが、人員や時間の関係で即応できない場合もある。	直接本人からの要望はあまり聞かれないが、本人とのコミニュケーションの中での行動やしぐさなどからニーズを引き出し、支援している。	

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
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	大きな金額は基本的には施設預かりとしており、入居時にご本人・ご家族様にへ説明し了解を得ている。お小遣い程度（数千円程度）は希望時、ご本人の管理に任せている。		
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	ご本人の意向により実現させている。		
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	共用の空間からは山の景色が見えており、また季節に合わせたクラブ作品を飾るなどして、その時期の季節が感じられるよう工夫している。	食堂ホールや居室からは外の景色が堪能でき、四季折々の景色を楽しむ事が出きる。また、本人が作った作品や習字など廊下に掲示し、居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	共用空間にはそれぞれが過ごせるようソファーや畳のスペースがある。また、家具の配置に配慮して、気の合った利用者様同士が心地よく過ごせるよう工夫している。		
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	家具などの持ち込みは少ないが、居室は利用者様の安全で使いやすい、動きやすいよう工夫された空間となっている。	本人が使いやすいように、布団やベットの使用が工夫されている。また、洋服ケースを持参したり、家族の写真が壁に貼られている居室もあり、居心地よく過ごせるような支援がなされている。	
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」や「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	手すりや滑り止めマットなどにより、なるべく自立した生活が実現できるよう努めている。		