

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	0492200027		
法人名	医療法人社団清山会		
事業所名	ケアホームさくらの杜	ユニット名	
所在地	宮城県柴田郡大河原町金ヶ瀬字薬師38番地		
自己評価作成日	平成 25 年 11 月 5 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)】

<p>年齢や障害を越えて共に生活する。認知症が深くなっても、障害があっても互いの良さを引き出しながら生活できるように支援している。隣接している認可外保育園の子供達と、日常的に世代間交流が出来る。</p>

※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/
----------	-----------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成25年11月21日		

【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)】

<p>大河原町の幹線道路から少し入った一角にある開設6年目の事業所である。法人は現場職員の意見を取り上げ今年度から準職員を正職員として採用し、待遇を改善した。そのことが若い職員の勤続意欲やスキルアップにもつながり、ひいてはサービスの質の向上に寄与していると思われる。運営推進会議に所属地区からだけでなく他地区からの区長にメンバーとして参加してもらい、事業所を地域の人達に知ってもらおう努力をされており、最近では認知症を抱える家族の方から問い合わせや相談が来るようになった。前回課題であった看取りの経験を職員間で共有する取り組みについては、研修会を開くなどして達成している。</p>

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				

2 自己評価および外部評価結果(事業所名 ケアホームさくらの杜)「ユニット名」

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	事業所の理念をホールに掲示し、いつでも確認出来るようになっている。地元のボランティアさんや、地域のサロンへ出かけている。	事業所独自の理念である。今年10月の会議で確認をした。地域との繋がりを大切に、散歩や買い物で出会った方のお付き合いが出来るように職員が仲立ちをするなど理念を支援に活かしている。	
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	町の防災訓練や祭事・早朝に行なわれる清掃活動等に参加している。資源ゴミを子供会へ提供している。小学校の運動会や、中学校の文化祭に参加している。	町内会に入り、地区の方と清掃や花植えをしたり廃品回収に協力している。事業所の夏祭りには家族を始め、地域の子供達、中学生のボランティアと一緒に楽しんだ。	
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	毎月ケアホーム新聞を発行し、事業所内の利用者の生活の様子や出来事を伝えている。隣接する保育所の園児の帰宅時間は、GHに迎えに来てもらうことで、自然に認知症の方達と接する機会がもて、理解が深まっている。		
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	運営推進会議では、普段の取り組みやケースの事例報告をしている。外部評価や情報の公表の報告をしている。	会議には他の地区の区長も参加している。資料を見やすくし、入居者が事業所以外でもお茶飲みが出来るように公民館のサロンに働きかけ参加できるようにするなど、会議の意見を反映させている。	
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に取り組んでいる	町の認知症サポーターの実習希望の方の受け入れや、行事の際にはボランティアに来ていただいている。	町の担当者が運営推進会議や外部評価に同行者として参加している。地域包括支援センター職員が「巡回相談」に訪れており、事業所としてもケアプランの相談や情報の取得が出来る。	
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	内部研修で、身体拘束についての勉強会をすると共に、常に玄関は開放し尊厳あるケアを心掛けている	外部から講師を招き勉強会を行っている。職員は拘束することの弊害を理解している。日常の関わりの中で日々変わる入居者の様子を見ながら、無理のない丁寧な支援と穏やかな声掛けをすることを注意し合っている。	
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	内部研修での勉強会を行うと共に、スタッフ同士で関わり方について注意をしながらケアにあたっている		

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
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	内部研修での勉強会に参加している		
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	見学や入所時などにご本人やご家族と十分な時間を取り説明をしている。		
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	面会時や家族会でのご家族からの要望や意見を管理者と職員で検討し、すぐに対応するようにしている。家族会	家族会があり、事業所主導で年2回開いている。休診時の体調急変への対応や看取りの不安などの意見があった。休診時の対応について説明し、看取りについては事業所の方針を伝えている。	
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	法人の代表と管理者と職員とで話し合いを月1回行っている。	意見等は直接法人へ届き、今年度から準職員が全員正職員として採用され、就業環境が改善された。職員の意欲に好影響を及ぼし、更なるサービスの質の向上に繋がると思われ評価したい。	
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	法人は、職員へ職場のアンケート調査を行ない、職場環境の改善に努めている。管理者は、職員と年2回面談を行っている。		
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	法人内外の研修への参加をしている。法人内では「タッチングケア」の研修を行っており、技能取得を目的として日頃のケアに活かしている。		
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	研修会や共生型GHの集まりに参加し、見学なども行っている		

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
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、ご本人御家族と話をし、ホームの見学や必要に応じて体験入居なども可能になっている。		
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	導入に当たって、ご家族としっかり話をして関係作りに努めている		
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	アセスメント等を実施し、必要な支援をスタッフと話し合っている。		
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	職員はただケアをするのではなく、一緒に何ができるか考え、「共生」を目標としています		
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	毎月ご家族に様子の報告をしている。また、イベントのお誘いや、外出、外泊の声掛けをしている。		
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	馴染みの関係が継続できるよう働きかけを行っています。お友達等に訪問をお願いしている。	診療所やスーパーで出会った知人に、遊びに来てもらえるように職員が取り持つなどの支援をしている。家族とドライブや散歩、美容院へ行く方もいる。遠方の家族へは電話などで本人の状況を伝えている。	
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	孤立しないよう仲の良い方と話をしたり、利用者さんの輪の中に入れるよう、職員が間に入り声を掛けたりしている		

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	他の施設に移動された方のところに遊びに行くこともある。また、ご家族様遊びに来て下さる。		
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	一人ひとりの希望・何を必要としているか把握できるよう努め、職員間で検討している。思いをはなせないかたについては、ご家族より今までの暮らしや価値観をお聞きするようになっている。	歩くのが好き、縫物が得意、パンを好むなどそれぞれの方に対応し支援している。うなずきや目線で好きなもの、心地の良さ、悪さなどを察知し、申し送り時に周知し支援に繋げている。	
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	これまでの生活を崩さないようその方に合った環境づくりに努めている		
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	毎日バイタル測定を行い、調子が悪いようなときには再度測定をして、必要だと思うときは看護師や医師の指示を仰いでいる		
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	介護計画を作成し、よりよく暮せるよう定期的なカンファレンスやモニタリングを行っています	三か月毎のカンファレンスでは心や身体の状態を細かく把握し、寂しさを軽減する支援や定期受診をする事などを介護計画に活かしている。毎月モニタリングをし、半年ごとに見直しをして家族の同意を得ている。	
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	毎日個別の記録を取り、カンファレンスやモニタリングに活かしています		
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	嚥下障害や、歩行能力低下時などは、老健のリハスタッフから、評価、アドバイスももらっている。		

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	昔ながらの友人や近所のかたに会える「ふれあいサロン」や祭事などに参加している		
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	家族と受診する際は、ケアホームから情報提供をしている。	併設のさくらの杜診療所がかかりつけ医である。受診は家族の付き添いが原則であり、結果は個別の受診記録簿に記される。看護師が週2～3回訪れ一人ひとりの心身の状況を把握している。	
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	看護師が定期的に来て、一人ひとりの様子を診てくださるので、様子などを伝えている。また、具合が悪かったり、気になる事はすぐに連絡を取り指示をもらうようにしている		
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。	状態の変化に合わせて、定期的にサマリーを作成し、入院になった場合は病院側に情報を提供しています。		
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	家族会で有取りの話し合いをしている。重度化した場合や終末期についての説明は十分しており、文書にてご家族の意思をお預かりしているが、実際にその時が近づいたら、ご家族と職員等がチームでご本人を支える為の話し合いを納得のいくまで行うようにしている	終末期が近づいた方に医師が確実な状況説明をするとともに家族の意思確認を再度行う。前回課題であった、看取り介護の研修を行い夜勤時の急変への対応などが職員に周知された。	
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	緊急時のマニュアルがあり、職員がいつでも目を通せるようにしている。消防署による救命講習を職員が順番で受講しに行っている。		
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6回の防災訓練を毎年している。	避難路の確認は毎月行っている。消防署立会いの訓練では、夜勤時に異変を感じたら、例え誤報であっても「すぐに緊急通報装置を押す事」との助言があった。地域住民の協力は得られる態勢である。	

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
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	声かけや不適切な対応がないよう職員同士も注意している。また、認知症状による混乱などが見られる時には、自尊心を傷つけることのないような声かけや支援を心がけている 「権利擁護」の研修に参加している	名前にさん付けで呼びかけている。トイレには「行ってみましょうか」外出時には「もう一枚着ましょうか」など本人が選択しやすい言葉かけを心掛けている。	
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	選択できるような言葉掛けを心がけている		
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	その時の体調や気分などに気をつけながら、一人一人のペースに合わせた対応をしている。		
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	起床時や外出時に、ご自分で服を選んで頂けるように、支援している。汚れていたり、乱れているときにはその都度なおすように支援している。		
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	買い物には一緒に行き食材選びをしたり、準備～片付けを一緒にしています。また、一人一人の誕生日にはその方の好きなものを食べながらみんなで祝いしている	献立は入居者の好みを入れ職員が立てている。職員も一緒のテーブルに着き、介助を受けている方も話をしながら和やかな食事風景である。台所に立って手伝っている入居者の姿も見られた。	
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	献立を作成し、日々の摂取量は職員が誰でも把握できるよう記録に残している。また、状態に応じて食べやすい大きさに個別に刻んだり、手で持ちやすいようにカットしている		
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	食後のブラッシングやうがいを促すようにしている。また、義歯の調子が悪いときは、ご協力を頂いている歯科医院による往診で診て頂き、口腔指導も一緒にして頂いている		

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
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	排泄パターンやサインがあれば、ご本人の意思に合わせた支援に努めています。また、排泄の量やご本人の自立に合わせたバット等の使用を考えています	昼間オムツ使用の方はいない。声掛けに努め、トイレ誘導している。夜間は安眠を優先しているが家族と相談し、パッドの大きさを変えたり、本人のパターンを職員間で共有しトイレ誘導もしている。	
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	豆乳を飲んでいただいたり、体操や散歩を促しています。また、献立には食物繊維を含む食材を使ったりしています		
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	いつでも入浴ができるように、希望があれば直ぐに入ってもらっています	希望があればいつでも対応できる態勢であるが、週に3回位が平均である。何日も入らないと言う方は今はいない。入浴剤や香りのよい石鹸、季節にはゆず湯などで楽しめるようにしている。	
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	ご本人の意思に合わせて就寝を促しています。また、寝具はご自分の使い慣れたものを持ち込んで頂き、休息できるようにしています		
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	服薬表・服薬管理ファイルを作成し、いつでもすぐ確認できるようにしている		
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	食事の準備～後片付け・洗濯干し～たたみ・縫い物・園芸などそれぞれできる部分を行って頂いています。また、買い物の希望があればその都度対応しています		
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	定期的なレクリエーションを通して、ドライブや地元巡りを行っています。ご本人のご希望を聞きながら、行きたい所への支援。ご家族との外出の機会を作り、参加して頂いている。	日常的な外出としては車いすの方も一緒に散歩や買い物である。季節によっては花見、イチゴ狩り、山並みを見に白石方面へのドライブなどしている。障がいのある方については家族の確認を取って出掛けている。	

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
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	ご家族からお預かりした利用者さんのお小遣いは職員が責任を持って金庫で管理しています。その他にも数名の利用者さんは、ご自分で財布を持っています。		
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	手紙のやり取りはしていませんが、利用者さんが電話をかけたいときにはいつでもかけられるようになっています。		
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	季節の花を飾ったり、利用者の方が見える所にゴーヤを植えている。換気をしたり、室温調整に気を配るようにしている。	居間兼食堂は天井が高く、南面が大きく開け、とても明るい。夏場はゴーヤを植え陽をささげる工夫をしている。室温は適切に保たれ、空気の澱みも感じられない。冬季には床暖房が入る。	
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	ホールでは椅子やソファに座るときには、話の合う方や好きな方々で会話ができるよう配慮しています。		
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	使い慣れたものや愛着のあるものを継続して使って頂くよう説明し、テーブルやソファ・たんす・布団など置いています。	ベッド、カーテン、エアコン、トイレ、物入れなどが備え付けである。鉢植えの植物を育てたり、家族の写真を飾り、椅子や小さな机を持ち込んでその人らしく心地良いように設えられている。	
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	家事全般や園芸・裁縫など、得意なことやできる事をそれぞれの利用者さんに合わせて行って頂いています。		