

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	1090300151		
法人名	医療法人 岩下会		
事業所名	岩下病院 グループホームあじさい		
所在地	群馬県桐生市本町4丁目320番地		
自己評価作成日		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.kaijokensaku.jp/10/index.php
----------	---

【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	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和4年9月8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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・岩下病院グループホームあじさいは運営母体である岩下病院に併設されており体調の急変時や日々の健康管理などで適切な医療が受けられます。 ・食事は食材配達サービスを利用して栄養バランスの取れた献立を介護職員が3食手作りにて提供します。 ・岩下病院作業療法士指導の元、生活機能訓練を受けられます。 ・短期利用が出来ます(算定条件あり) ・利用者様一人一人の個性を重んじ、ゆったり、ゆっくりと安心して生活できる場を提供します。

【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)】

<p>利用者一人一人の状況や要望に応じた支援を提供することで、安心して気持ちよく過ごしてもらえる事を基本にしている様子が、ダイルームで過ごしている利用者の「ありがとう」「幸せだよ」という言葉や職員とかかわす挨拶の声からうかがえる。具体的事例を用いた身体拘束の学習や様々な場面を設定した防災訓練を行う事で、職員が想像力を働かせ業務にあたるよう工夫を重ねており、介護技術のレベルアップにもつなげている。家族に発送するお便りには、個々に利用者の様子をわかりやすく丁寧に書かれた文章を毎回添えており、要望が無いが気軽に伝えてもらえるよう電話でも確認するなど、家族との信頼関係作りにも励んでいる。</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
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	理念に沿った支援を提供できるよう介護記録の表紙、事務所入り口に事業所理念及び行動指針を掲げ共有している。	利用者の入居期間も長く、職員の入れ替わりも少ない中で、利用者の生活リズムにあわせ、自由に『ゆっくりとゆったりと』すごしてもらえる支援が共有できているか確認している。	
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	感染症予防のため現在は地域交流は出来ないが以前は地域大学の学生ボランティアの受け入れ、近隣住民から野菜等の差し入れがあった	コロナ禍での感染予防を第一に、地域との交流は行っていない。利用している薬局からの情報以外はほとんど地域からの情報は無い。	
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	入居者家族・施設間い合わせ時などで認知症に対する理解を深めてもらえるように努めている		
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	現在は感染症予防のため書面の開催になっているが以前は2か月毎に開催、系列グループホームと共同開催も定期的に行い話し合いの幅を広げていた。	運営推進会議は2か月ごとに書面開催になっている。事業所での日常の様子を中心に行政や家族などの参加予定者に報告している。	
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	感染症予防のため現在は質問等あった際に電子メールで連絡を取っている。	介護保険の更新の代行と認定調査の立ち合いをケアマネが中心になって行っている。行政との情報交換はメール(市の書式あり)を活用することが多い。	
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	年に2回、身体拘束廃止に向けたOJTを開催の他、事例検討を行い身体拘束廃止に向け取り組んでいる。	身体拘束廃止に向けて研修は2日に分けて、出勤している職員が参加し行っている。さらに、具体的事例を用いた学習も行い、職員が理解しやすいよう工夫をすることで、身体拘束に対する意識を持つことの重要性を認識している。	
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	OJTでの職員への周知の他OFF-JTの活用。また職員同士で無意識に虐待を行っていないかを確認しあう。		

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	成年後見人制度を利用中の利用者様がいるため学びやすい環境にある		
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	利用希望の方には随時説明を行い契約時には十分理解が得られるようにしている。契約改定時には、その都度同意書を頂いている。		
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	感染症予防のため現在は行っていないが以前は面会時や運営推進会議などで意見をいただいていた。また玄関に、ご意見箱を設置し意見を抽出。	家族には2~3カ月に1度、利用者の日常の様子をわかりやすく丁寧に文章にしたお便りを発行しており、それをもとに電話でも要望や意見交換をしている。利用者には思いに沿った支援に努めている。	
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	管理者は介護員兼務の為、意見や提案は随時聞きとれる状態にありそれを職員会議などで協議実践している。	管理者は、申し送りの他、アンケートや日常的な情報交換を通し職員の意見を把握している。出された意見を実践に生かしている。	
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	全職員を対象とした代表者との面談が年に2回行われている。		
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	年間2回以上のOJTの他、年に1回以上はOFF-JTを受けるよう努めている		
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	OFF-JTや訪問調査の際に交流の機会を持っている。		

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	本人、及び家族の要望や今までの生活の様子を可能な限り聞き取りし落ち着いた雰囲気を入居できるように努めている		
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	問い合わせ及び内覧の際に提供できる支援を明確にし家族等が納得した上で入居してもらえるよう努めている		
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	本人や家族の望む支援を基本としながら主治医やケアマネージャーと連携し、より良い支援を協議し提案している		
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	尊厳を尊重しながらも共同生活者として冗談を言い合えるような関係づくりに努めている		
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	本人と家族が疎遠にならないよう遠方の家族には電話や施設便りなどで情報の共有に努めている。また消耗品の買い物等で極力支援に参加して頂いている		
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	感染症予防のため現在は主に電話になってしまうが家族の申し出がない限り制限は行っていない	利用者・家族との会話をもとに、身体状況や希望に応じた部屋の環境づくりや職歴や生活歴を生かした持ち物などを自由に持ってきてもらっている。ヤクルトを定期購入している利用者も複数いる。	
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	利用者同士の相性などを把握し席替えなどを行い利用者が極力孤立しないように努めている		

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
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	本人や家族から連絡があった際には相談、支援できるようにしている		
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	(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	希望や意向を自ら申し出してくれる方がなかなかいないため家族に尋ねたり職員が本人になり代わり考えたり本人との日常会話の中などで把握に努めている	利用者にはその時々々の希望を確認するように努めているが、家族にも電話や面会時に情報をもらいながら意向に添えるようにしている。	
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	本人や家族からの事前情報の他日常会話などから生活歴などの把握に努めている。必要に応じ前担当ケアマネージャーと連絡を取っている。		
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	極力本人の行動に制限は設けずに、普段の状態から現状の把握に努めている		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎月計画作成担当者により利用者、職員とモニタリングを行い介護計画の見直しを行っている。家族からは面会時や書面にて意向を確認している	職員とケアマネで意見交換を行い毎月モニタリングを実施している。生活機能アセスメントを3か月に1度行い、理学療法士と報告書を作成している。計画は半年に1度又は状態の変化に応じ行っている。	モニタリングとともに生活機能評価報告書を活用し、季節ごとの3カ月で計画の見直しをしてはいかがか。
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	個人記録の他、申し送り、夜勤時のみの様子を記入するノートを用意し細かな情報の共有を行っている		
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	利用者からの外出の要望や急な受診は家族に代わり職員が支援している		

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
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	入居者重度化の為、参加が厳しくなっているが行事への参加や近隣商店への買い物を通じて支援している		
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し、納得が得られたか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	協力医の定期的な訪問診療の他に馴染みのかかりつけ医がある方は家族の協力を得ながら通院などの支援を行っている。家族による受診が不可能なときは職員が受診支援を行う。	かかりつけ医の受診は、協力医の定期往診があることと、かかりつけ医の受診は、基本は家族に支援してもらうことを説明し選択してもらっている。希望者は訪問歯科が利用できることも説明している。	
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	医療連携の下、利用者の情報を共有している。体調不良時には24時間体制で連絡、受診を行っている		
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。	主治医による定期的な訪問診療の他、利用者の体調に変化のあった際には早急に報告を行っている。本人の希望により予定より早期の退院もある。		
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り組んでいる	入居説明時に重度化した時の対応に関する指針の同意を本人及び家族と結んでいる。重度化の兆しがあった際など主治医、家族と共に話し合いの機会を設けている。	入居時に指針をもとに説明している。基本的には重度化や終末期は、併設の母体病院に入院するケースが多い。	
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	緊急時の対応マニュアルに添い会議などの場で訓練を行っている。		
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、消防立会いの元、母体病院と合同訓練を実施。その他2か月毎に職員主体の訓練を実施している。	消防署立会いの訓練時には設備点検も行っている。2か月に1度は地震や強風、出火場所を変えた火災想定訓練を実施している。排泄用品以外の備蓄は併設の病院で用意している。	

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
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	一人一人の性格を踏まえ、尊重や敬う事を基本としながらも、その人に合った対応を心掛けている。	利用者の要望や尊厳を意識した支援を基本に、利用者にあわせた排泄時や入浴時の支援や居室に入る際のノック、声掛け、夜間でも話を聞くなどの対応をしている。	
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	日常会話の中で本人の思いや希望を話しやすい話題を提供したり会話自体が難しい方は本人本位になり考えている		
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	一日の生活の中で極力制限は設けずに本人のペースを大事にし足りない部分を補うような支援を心がけている		
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	着替えや化粧などのお洒落は自由に行ってもらっている。それが難しい方には家族に馴染みの服などを持ってきていただき着替えなどの支援を行っている		
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	食材配達サービスを利用し介護職員が3食調理を行っている。利用者に合わせ好みの食材を追加、メニューの変更を実施。感染症予防の為、入居者の準備手伝いは行っていない	業者配達の食材を利用した食事を手作りで提供している。季節に合ったメニューになっているが、利用者の状況に応じ変更もしている。お茶の時間は希望を聞いている。コーラなど差し入れをする家族もいる。	
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	食材配達サービスの管理栄養士により栄養バランスは確保されている。その他食事形態や食器類の工夫などを行いしっかり口腔摂取できるよう支援している。		
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	口腔ケアの意識がない方には言葉かけや口腔ケアスポンジなどによる介助を行っている		

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
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	自立でのトイレが難しい利用者には定時誘導の他、表情や仕草から適宜誘導を行っている。失敗の際にはシャワーなどで清潔保持に努めている	チェック表を活用している。トイレまでの誘導を希望する利用者もいる。申し出が無い場合には定時の誘導の他、表情などから声掛けや誘導を行い、利用者の状況に応じて支援している。	
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	飲食物や体操などで便秘の予防に努めている。主治医と連携し便秘薬等を、適宜使用もある		
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、個々にそった支援をしている	本人の体力や入浴意欲を基本線とし、入浴日を決定しているが本人の希望により柔軟に対応している。	90代の利用者がほとんどで、介護度も高く、身体機能的にシャワー浴が多くなっている。入浴希望者はほとんどおらず、週2回の支援になっている。希望者には支援している。ゆず湯もしている。	
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	午睡の制限などは医師の指導、夜間の睡眠に支障が出ない限り行っていない。就寝、起床の時間も一応の声かけはするが基本は自由		
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	薬の担当者と主治医が中心となり知識や利用者の状態の変化などを共有している。薬剤師にも相談を行っている		
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	感染症予防に留意しながら食器拭きや洗濯物干しなどの家事を中心に無理のない範囲で手伝ってもらっている		
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	感染症予防のため現在は行っていないが以前は体調や本人の意向を尊重し散歩などの支援を行っている。墓参りや自宅への外泊の呼びかけを家族に行っていた	サークル歩行の利用者が1名、他は車椅子利用者で、現在はコロナ感染予防のため、以前のような外出は難しい。希望者には駐車場に出て外気に触れてもらっている。家族からは外出の要望も出されている。	利用者や家族の希望を受けとめ、感染状況も見ながら、外気に触れることで五感を刺激する機会も増やしてはいかがか。

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	基本的に金銭は家族と本人の管理としているが希望者には施設が預かり金をし買い物出来るようにしている。		
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	家族からの申し出がない限り制限は設けずに自由にやり取りしてもらっている		
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	季節を感じられるような創作物を飾ったり、共有スペースとは別にくつろげる空間があったりと居心地がよくなるように努めている	館内は季節の移り変わりが感じられるような花や掲示物を飾っている。カレンダーは数カ所掲示している。換気は窓を開けたり換気扇を活用している。気になる臭いもなく、利用者が共有スペースで会話を交わしながらくつろいでいる様子がうかがえた。	
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	共有スペースとは別に居間があり、1人でくつろげるように、やや死角になっている。		
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	居室への家具等の持ち込みに制限は設けておらず居心地が良いよう自由にレイアウトしてもらっている。掃除等は随時職員が支援している。	入居前からの生活習慣を継続できるよう家具や寝具を持ち込んでいる利用者が多い。居室のテレビを見たり、本を読んで過ごす利用者もいる。換気は常時行っている。	
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	本人の身体状況に合わせた席や無理のないレクリエーションなど、それぞれに合わせた支援を行いできるだけ自立した生活を送ってもらっている		