

### 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	0972300446		
法人名	医療法人社団 友志会		
事業所名	グループホーム森の舎		
所在地	下都賀郡野木町南赤塚1218-8		
自己評価作成日	平成25年3月1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	
----------	--

【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 International Social Service Culture Center		
所在地	栃木県塩谷郡塩谷町熊ノ木1099-1		
訪問調査日	平成25年3月25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)】

年数と共に入居者の方の介護度も重度化してきており、認知症の対応もさることながら身体介護も重要視しており、入居年数が長くなるとともに、身体介護も重度化している現状がある。しかし、入居者が慣れ親しんだ環境で安全に穏やかに暮らし続けることができるように環境づくり、支援に取り組んでいる。併設施設の老健りハビリスタッフにも気軽に相談でき、OT、STにも身体介護についてアドバイスを受けている。また、太陽の家は、集いの間(ホール)があり、単独~3棟合同でクラブ活動、行事を実施し、人の和も生まれている。

【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)】

当ホームは、緑に囲まれ自然豊かな環境のもと、3棟(ユニット)それぞれ外観や設置等も特徴があるグループホームである。隣接する敷地には同法人の病院や老人保健施設があり、医療面の連携はもとより様々な専門職員の連携による支援体制が確立され、重度化や終末期の対応についても、独自の指針を作成し、職員間で共有を図っている。看取りも経験がある。家族会の開催や自治会との連携、近隣地域住民と交流など、利用者、家族、地域との関係を大切にしている。地域の一員として地域と共に歩むグループホームである。

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

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	理念に添ってサービスを行っている。	グループホームの理念として「ゆっくりと楽しく、自由にありのままに、一緒にケア、ケアされるケア」を掲げている。また3ユニットそれぞれ年間目標や3ヶ月目標を定め、管理者及び職員は月1回の3ユニット合同ミーティングにおいて確認し実践につなげている。	
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人として日常的に交流している	朝、近所の方に会えば、挨拶をしたり、声を掛けてくれる方もいる。又、菊祭り、収穫祭にも参加している。	自治会に加入しており、地域の神社の菊祭りに出掛けたり、自治会行事のゴミ拾い等にも参加して地域の人たちとの交流が図られている。又、散歩の途中など挨拶を交わしたりと近隣住民との良い関係が出来ている。	
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	認知症サポーター養成講座を開催している。		
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	運営推進委員会で話し合われた内容を報告し、サービス向上に生かしている。運営推進委員会では、毎回、ヒヤリハット事故報告し、委員からの質問や過去の事例について検討している。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催され、利用者の状況や行事、ホームの活動等を報告し、各委員から意見や助言をもらいサービス向上に活かしている。	
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	避難訓練の協力を得ている。認知症サポーターを協働で行っている。	運営推進会議の参加のほか、認知症サポーター養成講座の実施にあたっての協力など、日頃から密な連携が図られている。	
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	正しく理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関にセンサーが付いており、音が鳴った時は、玄関を確認するなど、入居者の行動に目を配っている。	併設施設(老健)と共に、安全対策、身体拘束廃止委員会で共通認識を図り、拘束のないケアを実践している。玄関にはセンサーがついており、音が鳴った時は、その都度確認し対応している。	
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	虐待は絶対しないように注意している。		

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
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	家族、または、本人の希望にそって支援している。また本人や家族の希望に応じて権利擁護制度を活用できるように支援する用意がある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時、退去時に十分説明を行い理解していただいている。		
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	家族会を毎年開催し家族の意見を十分聞いている。また意見箱を設置している。苦情窓口は管理者になっているが併設老健の相談員も対応している。スタッフも家族面会時には話しやすい雰囲気です声を掛けている。	年3回開催された家族会で、意見や要望を聞くとともに、日頃から家族が気軽に意見等が表せる雰囲気づくりに努めている。又意見や相談があった場合には併設老健の相談員も対応するなど体制が整っている。	
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	月に一回ミーティングにおいて、意見を出し合い反映させている。同法人の他地域密着型事業所の管理者、職員も集まる機会を持ち意見交換をしている。	月1回の3ユニット合同ミーティング(全員参加)午後7時より開催時に、日常的に気づいた意見等を言いやすいような関係づくりがされており、それぞれ意見を出し合い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	法人として、他の施設と同様に行っている。		
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、動きながらトレーニングしていくことを進めている	職員は入職時には、新人研修を行っている。また外部研修も行っており、それぞれの段階に応じて研修を受講し、その内容は、合同ミーティングで他の職員にも報告している。		
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	県内にグループホーム協会をつくり、ネットワーク作りはできている。または、法人内密着型事業所で集まり、勉強会等も行っている。		

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
<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	入居前には、見学を受け入れており、また体験やお試し入居も受け入れる用意がある。その際本人自身から聴取したり、本人観察を行い訴えや要望を受け止めるよう努めている。		
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	職員が家族と面会し希望や問題をよく聴き家族の理解に努めている。また随時ホームの見学も受け入れ不安の解消を図っている。		
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	法人の統括マネジャーが本人、家族と面会し希望や状況の把握に努めている。入居前に本人と面談しスムーズに初期対応できるようにしている。		
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	職員は入居者と共にレクリエーションや家事を行い、その際入居者から昔の話を聞いたり、得意の茶道を教えてもらうこともある。		
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	食事介助や後片づけなど行事や面会時にも自然に行なってもらっている。また病院受診も行ってもらっている。		
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	本人が以前住んでいた家の隣人や知人の面会も受け入れている。	利用者が以前住んでいた家の周辺に出掛けたり家の隣人や知人のホームへの面会を積極的に受け入れ、馴染みの関係が途切れないよう取り組んでいる。	
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	入居者同士の助け合いや気持ちの支えあいができるように支援している。けんかやトラブルについては、職員は原因を把握し当事者や他の入居者に不安や支障を生じさせないようにしている。		

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	終身ケアを行っているので、途中退去は基本的にいない。最期は家族の希望で病院で看取りのみ行われた方がいた。		
<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	個別ケアを行うにあたって、本人、家族に意向を伺い把握に努めている。意思疎通が困難な方には表情を見ながら今までの生活を通して本人本位を判断している。	利用者との日々の関わりの中で声をかけ、表情やしぐさを観察し利用者の思いや意向の把握に努めている。意思表示が困難な利用者に対しては家族の協力を得て対応している。	
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	入居時に生活歴記入によるものや、本人や家族の話により確認し、馴染みの生活に近づけるケアに努めている。		
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	ミーティング、ケアプラン、日常ケアに基づき、申し送り等により、心身状態を把握してケアに努めている。		
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	新しい方は関係者から情報を収集し本人の様子をしばらくみてからアセスメント、プラン作成、更新をしている。本人の変化によってケアプランを変更している。(3ヶ月に1回、随時)	家族等の意見を聞きながら、利用者本位の介護計画書の作成に取り組んでいる。計画の見直しは、3ヶ月に1回であるが、利用者の変化に応じ、介護計画の見直しも随時行っている。	
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	日常での変化、ケアの実践等、個別記録に記入し、ケアプラン見直しに活かしている。		
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	その時の状況や、要望に応じて支援している。医師や看護師来舎など医療的な連携を本人の状況に合わせて適切な援助が受けられている。		

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	レクリエーション、ボランティア関係等と協力しながら趣味の支援や消防署立会いの避難訓練などを行っている。		
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	同法人の病院と連携しており、本人、家族の同意のもと2週間に1度主治医による往診があり。健康管理ができています。法人外の医療機関も希望により受診している。	本人・家族の同意のもと、隣接する法人の病院がかかりつけ医となっている。2週間に1度主治医が往診してくれる体制になっている。病状の急変時にも病院との連携のもと適切な対応が行われている。	
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	老健の看護師、訪問看護ステーションと連携しており、日常の健康管理などを気軽に相談できる。夜間緊急時等も適切に対応してくれる。		
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。	情報交換や早期退院出来るよう病院と相談し連携している。		
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り組んでいる	本人、家族の希望に応じて行っている。また希望に添えるよう全員で方針を共有し、医療と連携し多職種で、チームとして取り組んでいる。	重度化、終末期対応指針により、指針をもとに職員会議で方針の共有を図っており、看取りの経験もある。利用者及び家族の希望に応じて重度化や終末期の対応をしている。	
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	マニュアルを作成し対応できるように勉強会や訓練を行っている。		
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	日中、夜間を想定し3ヶ月に1度避難訓練を行っている。家族、区長は毎回参加してもらい老健職員も駆けつける。また、行政とは通報訓練を、必ず行っている。地震も想定して避難経路を考えている。	3ヶ月に1回日中・夜間を想定し避難訓練を実施している。家族や区長なども参加し、併設の老健職員の協力を得て行っている。スプリンクラーも設置されており、併設老健にて備蓄も行っている。	

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
<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	お1人おひとりの誇りやプライバシーを損ねることがないように、職員全員が、尊重の心がけを行っている。	利用者一人ひとりの人格を尊重し、日々の声かけや対応について職員間で話し合いながら支援に努めている。	
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	ご本人の思いや希望を表せ、できるだけ自己決定でき、実現できるようコミュニケーションをとり、納得できる暮らしをして頂けるよう努めている。		
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	お1人おひとりのペースを大切に日々把握、確認を行いながら、希望に添えるよう努力している。		
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	希望があれば、訪問理容を利用している。外出時はお1人おひとりの望むオシャレを支援している。食事づくりの時はエプロン、三角巾をつけている。		
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	楽しい食事を心がけ、季節、年間行事、誕生日会や日々のメニューを楽しんで頂けるよう支援している。また、職員も共に食事をしている。後片付け、食器拭き、食事の盛り付けなども行っている。	法人の栄養士が献立を作成し、楽しい食事を心がけ、行事食（誕生日会等）を多く取り入れ、外食の機会も設けている。職員も共に同じ物を食し会話を楽しみながら食事の提供をしている。	
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	その日の体調に合わせ、メニューの変更、水分摂取量を記録(4名)している。管理栄養士が献立を作成している。		
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に、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	入居者自身に歯磨きを行ってもらい、その時の状況により職員が行っている。		

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	お1人おひとりの排泄のパターンを把握、確認を行いながら、できる力を損なわないよう気持ちよく排泄できるよう支援を行っている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、利用者のプライドを留意しながら、トイレ誘導をして排泄の自立に向けた支援を行っている。夜間はオムツやポータブルトイレを使用している。	
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	ヨーグルト、フルーツ等を取り入れ、便秘を予防し、マッサージなども行っている。		
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	お1人おひとりの体調やペースに合わせて、入浴を楽しめるよう支援している。本人のペースで着脱をゆっくり行ったり、お話の好きな入居者のお話を職員が聞いている。	毎日入浴が可能な体制が出来ており、利用者の希望により夜間の入力も支援している。体の不自由な利用者には特殊入浴により入浴の支援がなされている。	
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	個々の生活習慣や体調や気分など、状況に応じて対応している。就寝前に男性入居者同士がソファーでくつろいでいる。		
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	服薬一覧表により把握している。		
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	茶道や華道など以前されていたことなどを教えて頂ける場を作ったり、料理が得意な入居者には作って頂ける場を設けている。		
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	個々の希望や体調に応じた散歩や外出の支援を行っている。併設施設の子供たちとの交流が楽しめている。	利用者の希望や体調に合わせて、買い物、外食、家族が参加しての日帰りドライブなど、外出の機会をつくっている。又、ホーム周辺の隣接する病院周辺を散歩コースとして外出している。	



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	その状況に応じて支援している。		
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	ご本人の希望により電話や手紙のやりとりができるよう支援している。		
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	舎内の温度管理等を行い、入居者が快適に過ごせるようにリビング、廊下などにソファを置き、談話スペースを確保している。	各棟は和風・洋風それぞれ異なった雰囲気です、玄関・和室・リビング等家庭的な雰囲気を有している。温度の調整や換気にも配慮がなされており利用者が居心地よく過ごせるよう支援している。	
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	お1人おひとりの自分の座る場所を決めており、自分の居場所を作り、過ごされている。		
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	本人のなじみの物を居室に持ち込んでいます。生花、造花など季節に応じて居室に飾って楽しんでいます。	居室には使い慣れた家具や生活用品・装飾品が自由に持ち込まれ、利用者一人ひとりが居心地良く過ごせる居室づくりをしている。	
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	入居者の居室には名札と写真を掲示し、トイレ、浴室には張り紙などして場所を掲示している。		