

### 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	3290200173		
法人名	社会医療法人昌林会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム 昌寿の家 北ユニット		
所在地	島根県安来市安来町899-1		
自己評価作成日	令和6年1月12日	評価結果市町村受理日	令和6年2月28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 [2/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=32](https://2/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=32)

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOLまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	令和6年1月31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)】

スタッフは、利用者・家族の思いに寄り添いながら、安心して落ち着いた生活を送って頂いている。また、広く明るいホールを活かし歩行運動や利用者同士の交流の場となっている。敷地内に法人の病院があり、24時間オンコール体制により、利用者・家族に安心して頂き、夜勤スタッフも大変心強い。管理栄養士との連携で、定期的なチェックにより、身体状況に合った形態・量・利用者様の好みを考慮した栄養管理を行い、適温配膳も行っている。また、理学療法士との連携でスタッフへの技術面での指導を受け機能維持や向上に繋がっている。月1回利用者様の身体機能の確認や環境整備のチェックが行われ、安全確保に努めている。コロナ禍でも家族様に安心していただけるよう生活の様子をお便りや電話でお伝えし、コロナの状況に合わせてオンライン面会、直接面会、ズーム面会も行っている。

【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)】

グループホーム 昌寿の家 南ユニットに記載しています。

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	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

[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	法人の使命・理念に基づき、事業所の運営方針を掲げている。掲示したり携帯カードを所持し、朝礼時に唱和して意識付けをしている。年度毎の事業計画を掲げ実施していく。		
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	コロナ禍でありボランティア様の受け入れ、園児との交流は一時中止している。病院の売店には職員と買い物に行くこともある。		
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	コロナ禍であり実施出来なかった。		
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	委員の方に利用者の状況等を報告し、質問・意見を伺い、議事録を掲示し閲覧できるようにしてサービスの向上に活かしている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議委員として市の職員に委嘱していただいている。また随時、市へ相談・報告をしている。		
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	法人内で人権尊重委員会が設置されており、年2回の研修参加が義務付けられている。また、職場内研修で毎月勉強会を開催し、介護業務の様々な課題を取り上げ、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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	年2回の法人内の研修参加が義務付けられている。マニュアルの読み合わせなどしている。自分がされて嫌な事は虐待であると理解し、スタッフ同士でも確認し合っている。定期的に職場内で勉強会も行い、安全な職場づくりに努めている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見人制度等の資料を活用し、勉強会にて理解を深めるようにしている。		
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	利用開始にあたり、重要事項の説明を行い、不安、疑問等を確認している。また、契約を改定する場合も利用者、家族に書類を送付し同意を得ている。		
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	利用者様とは、家事(洗濯物たたみ、コップ洗い等)と一緒にしたり、お茶を飲みながら話を聞いている。家族へは担当が変わったこと等あれば随時連絡して状況を伝えるようにしている。家族からの意見は、来所時、または電話などで聞いており、意見箱、相談窓口についても説明している。		
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	勤務中であっても意見や提案を聞くようにしている。また、伝達ノートを活用して自由に意見や提案が書けるようにしている。その都度話し合いを行い、意見を反映している。		
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	目標をもって働くことができるようにOJTに取り組んでいる。休日の確保、職員間の協力体制を整え、資格取得に向けての支援を行っている。業務の中で得意とする役割を行うことで、自信や向上心に繋がっている。		
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	法人内のフォローアップ研修、介護技術研修に参加したり、法人外研修に可能な限り参加の機会を確保している。参加報告書の提出と伝達をすることで共有している。		
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	グループホーム全国大会参加、 12/9 日本認知症ケア学会 12/11 社会福祉法人の研修会 等		

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	利用の相談があった時、事業所に相談に来て頂いたり、スタッフが直接本人に会い、よく話を聞いて状況把握に努めている。また、できるだけ自宅での生活環境に合わせるようにしている。		
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	ケアマネジャー等の紹介者からの情報を得た上で、家族の不安、求めておられることを聞き、対応している。申込をされる時はパンフレットを差し上げてスタッフが十分に説明している。		
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	面談をする中で本人、家族の思い等を率直に伺い、「その時」の状態を出来る限り把握し、今必要とする支援から始めるよう努めている。必要であれば医療機関等を紹介している。		
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	日常生活の中で利用者が得意とすることを一緒にしながら培ってこられた経験の中にある能力と可能性を引き出し、出来ない事はサポートし共に寄り添って暮らしていける信頼関係を作っている。		
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	昌寿の家だよりでは本人の状況報告と日常生活や行事の写真を載せるようにしている。また、スタッフが電話する時には、本人にも話をして頂いている。また来所時にかげしノートを見ていただいている。		
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	色々な制限はあるものの現在は直接面会も再開し、土日も組み入れ利用しやすくしている。また、遠方の方でも面会できるようオンライン面会、ズーム面会も取り入れている。電話の取り次ぎは継続して行っている。		
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	気の合う人同士で同じテーブルになるよう配慮している。利用者がうまく関わることが出来るように、また、孤立しないように職員が橋渡しをするようにしている。		
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	医療機関に入院された場合、習慣や好み、ケアの工夫等について、情報を提供している。また、入院中は必要時、家族の相談にも応じている。		

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>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	毎日の会話、ケアする中で利用者の思いを汲み取るようにしている。また、家族の来所時、介護計画の見直し時に要望を確認している。		
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	家族から生活状況を聞きアセスメントシートに記入したり、ケアマネジャーからも情報を得たり、日常会話の中から、生活習慣、好まれる事、嫌がられる事等の把握に努めている。		
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	職員はいつも側にいることで、利用者1人1人の生活リズム、出来る力を把握し、継続できるよう支援している。職員間で伝達ノートを活用し、毎朝の申し送りで情報を共有し対応できている。記録も残し見直している。		
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	3か月毎、状態に変化があった時、本人、家族、主治医、必要に応じて法人の栄養士、理学療法士などにより情報を収集しカンファレンスを行い、介護計画を作成している。		
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	個々のケア記録、介護計画の評価は毎日実施している。申し送り簿、カードックス、伝達ノートを活用し、情報を共有している。		
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	本人、家族の状況に応じて通院、面会等の支援をしている。コロナ、インフルエンザ等感染症の状況をみながらオンラインやズーム面会、直接面会等を行っている。ご家族様の要望で携帯電話の持ち込みにより日時を決め本人様と会話が出来ている。また、一緒にレク活動をする事でお互いの関係性が深まるように支援している。		

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	コロナ禍であり当面中止している。法人内の売店への買い物、理容はしている。臨床心理実習でコロナが落ち着いた時に実習生を受け入れ、利用者様と一緒に歌唱し交流した。		
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	入所前の経緯から法人の専門医が、かかりつけ医であることが多く、スタッフが付き添って受診し変わったことがあれば家族へ連絡している。歯科は訪問診療可能。内科は往診に来ていただける。眼科への付き添いも行っている。法人外のかかりつけ医師の往診、家族様同行による受診も行っている。		
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	管理者を含め3名の看護師が在籍しており、日常の健康管理など、いつもと違うという気づきを大切に、介護職員と情報連携をとっている。また、法人の日直・当直看護職員に相談、対応できる体制となっている。		
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。	担当医、病棟相談員との情報交換を密にしている。入院され、病状が安定した時には、職員が直接面会したり病棟の相談員と情報交換や相談に努めている。		
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	入所時に重度化や終末期に向けた対応について説明をし、本人、家族の意向を確認書を用いて確認している。重度化した時には、看取り介護に関する確認書等、段階に応じてその都度確認するようにしている。		
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	法人主催の研修には、年1回参加している。ホーム内では、転倒、誤嚥、意識レベル低下時の救急法の勉強会を実施している。夜間の急変時の連絡方法も、マニュアル作成し対応できるようにしている。AEDを設置し勉強会で講習を行っている。		
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	法人計画にて年2回、消防署の協力を得て避難訓練をし地震・水害時の避難経路の確認をしている。緊急連絡網を作成し、災害時にすぐに対応できるようにしている。新人職員にはオリエンテーションで指導している。		

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
<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	入浴や排泄時は特にプライバシーに配慮し支援している。排泄は周囲に配慮した声かけを行い、可能な限り自室のトイレを利用して頂いている。入浴もパーテーションを設置し、一人一人でもらっている。		
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	言葉の説明だけでは選ぶことの出来ない利用者には現物を見ていただいたり、メモやもしもスマホを活用し選んで頂いている。生活を共にする中で利用者の関心、嗜好を知り、本人が選びやすい場面を作っている。		
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	一日の流れは大まかに決まっているが、個々の日課表に基づき、利用者の体調やリズムに合わせ本人の希望に沿った過ごし方を支援している。		
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	日常使いの身だしなみ用品を使い身支度出来るようにしている。2～3ヵ月毎に理容を希望されている。居室にタンスを置き、自分で入浴の着替えを準備したり、季節に合わせた服装ができるよう支援している。		
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	法人の栄養課より食事を提供している。誕生日には好みの誕生日食を選んで頂いている。イベント食の提供もある。味噌、佃煮等昔から食べ慣れた物、好みの物をお持ちいただき、食事が進むように工夫している。		
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	利用者ごとの食事形態にしている。管理栄養士にいつでも相談出来る体制が出来ている。水分(ポカリ、お茶ゼリー等を含む)は1日1500ccを目標としトロミ茶も提供している。お茶は常時提供出来るよう準備している。食事量を毎日記録に残し管理し食事が入らない時は補食等を提供している。		
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	本人の力に応じて見守り、声かけ、介助を毎食後行っている。義歯は夕食後洗浄液に浸けている。歯ブラシ、コップは毎日消毒している。		

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むけた支援を行っている	排泄パターンを知り声掛けや誘導を行い出来るだけトイレで排泄していただき、失敗を少なくしている。その人に合った下着の着用をしている。夜間は尿量にあわせたオムツやパッドを使用し、安眠して頂いている。		
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	排泄パターンを把握して随時トイレ誘導を行い、居室のトイレにゆっくり座って頂くようにしている。水分、繊維の多い野菜を多く摂るようにしたり、お茶、歩行運動、便秘薬の使用、看護師による便の症状観察、摘便、浣腸等で対応している。		
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、個々にそった支援をしている	本人の希望を伺いながら、ゆっくり入浴できるようにし、気が進まない時は、日を変えたり、誘い方に工夫をしている。個々の身体状況に合わせて、一般浴や機械浴を使用し、支援している。冬至には、ゆず湯にしている。		
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	日中は活動性を高め、眠れるように配慮し、眠れない時はお茶等を提供し寄り添っている。居室ごとに温度調整、その人に合った照明の工夫をしている。寝具は季節に応じた物を使用し、定期的にシーツ交換を行い、いつも清潔にしている。		
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	利用者が服用している最新の情報をそれぞれの薬準備ケースにお薬手帳と一緒に保管していつでも現在の薬の情報が分かるようにしている。		
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	日常生活の中で、できる事を役割として毎日して頂いている。嗜好品は、法人の売店で一緒に購入したりご家族にご本人が電話連絡して持参していただいたりしている。		
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	感染症の状況、天候、利用者の体調を見ながら、戸外に出掛けるよう支援に努めており、施設の近くの川沿いを散歩したり、他の施設の花壇などを見に出る事もある。季節を感じてもらえるような外出行事、バスドライブを企画し行った。		



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	家族、本人が希望される場合はお金を所持されている。買い物に出かける(法人の売店)時は、その人の能力に応じて支払いをして頂いている。		
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	本人が電話を希望された時、贈り物が届いた時など、電話の取次ぎ支援をし、職員が家族に電話する時にも話をしてもらっている。本人がお礼の手紙を書かれた時には家族に直接渡したり郵送している。		
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	食堂・デイルーム、多目的ホールには、季節の花を生けたり、花のプランターを置き、季節を感じる室内の飾り付けを行っている。廊下には利用者が作成された作品を展示している。また定期的な換気、消臭剤の配置で匂いの配慮の工夫をしている。		
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	食堂・デイルームは2ユニットであり、気の合った利用者で過ごせるようにしている。テレビや本、新聞等を読んだり、ソファを置き一人でゆっくりくつろいだり仲間とおしゃべりできるようにしている。		
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	家族の写真、テレビ、ラジオ、人形、自分で作った作品等好みの物を置いて頂いている。コミュニケーションの手段となっている。居室は本人家族と相談しながら本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。		
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	家具を利用者ごとに合う配置にしている。Pバーやセンサーマット、ポータブルトイレを使用し安全を確保している。また、安全に歩行できるよう苑内に手すりを設置し、居室は表札を設け分かるよう工夫し、トイレは場所が分かるように目印をしている。		