

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	0272300948		
法人名	有限会社ファイブ・ワン		
事業所名	グループホームえびす		
所在地	〒038-3802 青森県南津軽郡藤崎町藤崎字西浅田20-2		
自己評価作成日	平成24年7月6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	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7月27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)】

施設内より岩木山を眺め、周りには田畑があり自然に囲まれている。施設敷地内には、畑、ビニールハウスがあり、年間を通し利用者と共に野菜作り作業をしている。また、一緒に収穫した野菜は献立メニューに取り入れ食事提供している。行政主催のふじフェスタ参加、地域の少年少女合唱団の慰問受け入れる等、地域との交流を図っている。

【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)】

利用者は職員との団欒を楽しみながら、一日の大半をリビングで過ごされている。訪問診療、訪問看護等、医療面での支援体制も整備され、重度化や終末期に対応できる体制を整えている。大震災に備えライフラインが寸断されても自活できるよう万が一に備えての体制を強化していると共に、地域の要支援者を受け入れるための福祉避難所としての役割を担っている。

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、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
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	「認知症高齢者の方々と共同生活を通し環境と暮らしを支え、命を守ります」との理念を挙げ、毎朝のミーティング時理念を共有し業務に取り組んでいる。	管理者と職員は地域密着型サービスとしての意義や役割を理解され、理念を共有し合い、実践に繋げている。	
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	近隣の農家の方から野菜を頂いたり、野菜作りの指導を受ける等日常的に交流している。地域主催のお茶会参加、地域の少年少女合唱団慰問の受け入れを行い積極的に地域との交流図られている。	野菜作りなどを通じて周辺農家との交流を図っている。町内会に加入し、町内の行事や地域の行事等に積極的に参加されている。	
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	基本理念を玄関に掲示し、運営推進会議で報告をしている。		
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	2ヶ月に1回開催し、日々の生活状況、活動の報告を行い意見交流やアドバイスを頂きサービス向上に活かされている。	運営推進会議では利用者の暮らしやヒヤリハット事例、自己評価、外部評価の結果等が報告されている。ホームでは、会議での意見や提案を前向きに受け止め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	2ヶ月に1回行政との意見交換が行われ、積極的に話し合いがなされている。行政担当とは連携がとれ、相談しやすい環境になっている。	町の担当者とは運営推進会議にとどまらず、地域のグループホームの交流会等でも率直に意見交換している。	
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	玄関は夜間のみ施錠している。日中は帰宅願望の利用者がいるため、玄関の出入り時センサー音が反応するようにし、施錠しない工夫をしている。	身体拘束をしない方針を掲示するなどして、職員に周知している。玄関に来客用のチャイムが付いているが、職員はチャイムに頼らず利用者の外出傾向を察知して一緒に外に出かけている。個々に予想されるリスクについても、家族と確認し合っている。	
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に注意を払い、防止に努めている	内部研修を行い、職員は認識し日々確認しながら防止に努めている。		

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	内部研修を行い、職員の知識向上の努めている。		
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	契約時には十分な説明を行い利用者や家族に不安のないように理解、納得をして頂いている。		
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	家族へ請求書を送付する際、意見要望用紙と一緒に送り、要望等出やすいように配慮している。また家族来園時職員は意見要望等聞く対応に努め、出された意見、要望は報告書作成し改善内容をサービスに反映している。	利用者からは日々の関わりの中で、家族からは面会時や要望用紙の送付等を通じて意見を吸い上げ、運営に反映させている。外部の苦情受付窓口については、重要事項説明書への明記等を通じて周知している。	
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	月1回職員会議を開催し、管理者は職員の意見を聞き運営に反映している。	職員は利用者の重度化に対応するための機器の導入等、様々な提案をされている。それらの意見は代表者も参加する運営会議に報告され、運営に活かされている。	
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2回職務調書があり、総括管理者との個人面接が行われている。		
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	内部研修は2ヶ月1回テーマを決め、定期的に行い班毎に発表し積極的に取り組んでいる。外部研修はテーマ毎に担当を決め参加し、職員の知識向上に努めている。		
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	2ヶ月1回町内のグループホームと意見交換が行われている。また各ホームの管理者、職員が参加しネットワーク作り、情報を共有しながら、サービス向上に努めている。		

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、関係づくりに努めている	生活歴を知ることで、一人ひとりに合わせ、不安、要望等は、傾聴、共感、受容することで、安心された信頼関係に繋がっている。		
16		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	家族の不安、要望等についてはその都度対応し、説明している。		
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	生活歴やアセスメント、日々の生活の様子を把握し個人別に合わせたサービスを提供している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	畑の野菜作りを教えて頂いたり、調理の下ごしらえや、郷土料理を利用者から学びながら暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	本人の状態に合わせて家族、職員両方で支援できるように家族との関係を築いている。		
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	入所時、家族へ馴染みの友人が気軽に面会できるように説明している。	利用前に通っていたデイサービスからも友人知人が面会に訪れている。行きつけの美容院への外出等、個別的な支援もされている。	
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	ホール、食卓で雑談できるスペースを確保し孤立しないよう声かけ誘導を随時行なっている。気の合う利用者を把握しながら、係わり合いが出来るよう支援している。		

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
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	やむを得ず退所となった場合でも面会を行い、介護支援専門員、家族、他事業所と情報交換が出来ている。		
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	生活歴を把握することで、一人ひとりに合った対応に努めている。困難時は担当が本人の意向を聞き対応している。	家族等からの情報や日頃の関わりの中で、一人ひとりの思いや意向を聴取されている。困難な場合は表情、仕草、生活の場面場面での関わり等の情報を職員で持ち寄り、本人本位に検討している。	
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	入所前に担当介護支援専門員、家族から情報を得て、本人に合わせた生活環境を工夫している。		
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	朝、夕と記録を行い日誌、ケース記録に記載している。個人別に心身状態を把握し現状維持できるように務めている。		
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	担当が本人、家族の意見を取り入れ、日々の状態を観察し介護計画を作成し、ケアへと結び付けられるように取り組んでいる。	介護計画は本人の生活に対する意向や関係者の意見等が反映された、本人本位の内容となっている。計画は、本人の意向や状態等に変化があればその都度、変化がない場合でも定期的に見直されている。	
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	3ヶ月1回ケアプランに沿ってモニタリングを行なっている。定期的な見直しは6ヶ月1回、状態悪化時は随時見直しを行なっている。		
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	帰宅願望のある利用者数に対しては、その都度臨機応変に対応し、時には職員と共に外出等行なっている。		

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	地域のスーパーへ出掛けたり、地域主催の行事見学等し、地域資源を活用している。		
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	入所前のかかりつけ医師の受診は継続されている。協力医は4週間1回定期的に往診に来てくれており、医療的な助言・支援を受けている。	利用者は各々が希望する病院へ受診している。ホームでは付き添い、送迎等、必要とする支援をされている。重度化し、受診が負担となった場合は往診に訪れる協力医に変更できるよう支援されている。	
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	2週間1回、定期的に訪問看護師が来園し、利用者の状態を伝え相談し支援を受けている。また、特変時も報告・指示を仰ぎ、受診をスムーズに受けられるように支援されている。		
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。	入院した際、本人と面接を行い、病院関係者と退院後についての相談、情報交換に努めている。		
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	重度化や終末期に向けては、家族・かかりつけ医・職員と話し合い、方針も共有している。家族の意向に沿って終末ケアに取り組んでいる。	重度化や終末期の支援に向け、訪問診療、訪問看護等、医療面での支援体制を整備している。寝たきり状態となった場合や終末期との診断を受けた場合のホームとしての対応については、必要となった段階で個別に説明している。	寝たきり状態や終末期との診断を受けた場合のホームとしての方針や具体的なケアについて文書化し、早い段階から、全ての関係者と確認し合う取り組みに期待したい。
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	急変・事故発生時に備えて、内部研修を行っている。		
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	災害時に対する職員の内部研修を行っている。日中・夜間を想定し、それぞれ計画を作成し利用者と共に避難訓練を行っている。	消防署と連携し、火災に備え総合訓練を実施している。大震災後にライフラインが寸断されても、自活できる体制を構築している。災害時に地域の要支援者の受け入れるための福祉避難所としての役割を担っている。	火災に備え、町内会等、地域の協力が得られる体制作りと共に、大震災に備え、実践的な訓練を行うことに期待したい。

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	入浴は極力、同姓介助としている。居室の個人の表札に関しては、家族に同意を得ている。面会簿には個人表記後、職員へ手渡しとなっており、他面会者の目に触れないように工夫している。	誇りやプライバシーを損ねないよう倫理要綱を掲示するなどして職員に周知している。管理者は少しでも気になる言葉使いがあれば、その都度確認し合うようにしている。	
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	個人的に希望を傾聴し、本人の意向を大切に支援している。		
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、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	利用者のその日の状態やペースに合わせて散歩やドライブ等に出かけ支援している。		
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	定期的に散髪業者が来園し散髪を行っている。また毛染めを希望する利用者には職員が担当し本人の意向を尊重し支援している。		
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	利用者の嗜好を聞き献立に取り入れている。また季節の野菜や旬の食べ物を取り入れ、下処理等を一緒に行っている。食事の配膳・下膳、茶碗拭き等利用者と職員が一緒に行っている。	利用者は個々の能力や希望に応じて食事作り等に参加され、同じ食事を職員と会話を楽しみながら食べている。職員は利用者の好き嫌い、体調、咀嚼・嚥下能力等、その日その日の状態に配慮して食事を提供されている。	
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	献立は職員がバランスを考え作成している。食事・水分量は職員が一人ひとり把握し極端に摂取量が少ない時は、記録に残し健康管理に努めている。		
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、声がけし個々に合わせた口腔ケアを行なっている。		

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向けた支援を行っている	個人個人の排泄状況に合わせてトイレ誘導を行い、自立に向けた支援を行っている。	職員は、個々の排泄状態等を把握されている。トイレ誘導等の際は、羞恥心にも配慮している。また、個々の尿量を観察するなどして、パット類が無駄にならないように配慮している。	
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	一人ひとりに合わせた運動や水分強化に努め、便秘予防に取り組んでいる。また個人別に下剤・整腸剤服用している。		
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、個々に応じた支援をしている	週3回の入浴日があり、毎回一日を通しゆっくり入浴している。また、本人希望や失禁等では、その都度シャワー浴を行っている。	入浴の際は気の合う利用者と一緒に入れるよう配慮したり、時間や入浴順番等についても希望に沿って対応されている。デイサービスの休日日を利用して、大浴場での温泉浴も楽しめるよう支援されている。	
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	個人の生活習慣や状況に合わせて、臥床を促している。また身体状況に合わせてベット、布団使用となっている。		
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	個人の薬の説明書をファイルで一覧できるようにしている。また個人記録、日誌に記載して確認できるようにしている。特変時薬の服用について、いつでも薬剤師に相談できる環境にある。		
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	洗濯たたみ、食器拭き、裁縫、メモ用紙作り等一人ひとりの得意分野を活かし、役割を持ってもらう事で張り合いのある生活を送れるよう支援している。また好みのDVD鑑賞しまれ気分転換等の支援をしている。		
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。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	利用者と担当職員とでドライブ、散歩、ショッピング等、外出の支援がされている。家族との外出も支援している。	天気の良い日は屋外で日光浴を楽しんだり、畑の作物の生育状況の観察やホーム周辺の散歩にも出かけている。希望や体力に配慮しながら遠方にも出かけている。	

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	外出時、個々の好みの食べ物購入し職員見守りのもと支払いできるように支援している。		
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	希望時、必要に応じて手紙を出したり、電話の対応を支援している。		
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	居間からは岩木山やりんご畑を眺められ、自然を満喫出来、玄関・ホールには季節に合った植物を置く。季節感のある装飾も行っている。	居間の温度、光、音等は適切に管理されている。西日の差し込む窓にすだれを掛けたり、季節の花や装飾品をさりげなく飾る等、利用者が居心地よく過ごせるよう心配りされている。	
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	ホールには食卓、ソファ等あり個々に気の合った利用者同士でゆっくり過ごされている。		
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	居室には備え付けのクローゼットがあり、収納スペースを確保している。利用者は使い慣れた家具や写真を置き個々のニーズに合わせた工夫をしている。	利用に当たり、馴染みのものを居室に自由に持ち込めることを伝えている。利用者は使い慣れたベッドや思い出の写真等を持ち込み、思い思いに過ごされている。	
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	建物内部はバリアフリーであり、ホール居室はタイルカーペットを敷いている。		