

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	1072800533		
法人名	田中企画有限会社		
事業所名	グループホームたまむら・やすらぎの家		
所在地	群馬県佐波郡玉村町福島81-2		
自己評価作成日	令和1年12月23日	評価結果市町村受理日	

【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)】

生活空間を広く取り入れ、利用者様が穏やかに明るく伸び伸び暮らせるよう障害物をなくし往来できるよう努力をしています。玄関や各ホールには季節ごとの壁面に利用者様には楽しんでもらっています。また、食事は高齢者施設食材供給サービスを利用しながら厨房職員や介護職員が作り、祭事食を提供するとともに、季節ごとの野菜を使ってお味噌汁を作ったり、家庭的な味や質が安定するように心掛けています。

※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	
----------	--

【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)】

職員の言葉かけや対応が穏やかで、聞こえてくるのは思っていることをそのまま表現し、言葉にしている利用者の声である。職員は利用者の気持ちを理解し、自由に過ごせる環境を作り出し、主役はあくまでも利用者であることを念頭に支援している。利用者の笑顔を見るのが好きだという職員の取り組みがうかがえる。また、利用者にとって生活の場である共用空間は、不快な臭いもなく清潔で、季節を感じられる装飾等の工夫がみられる。そして、居室も個性的で、利用者が好む寝具や書籍等その人らしさを大切に、一人になれる空間をより自由に、より居心地良く過ごせる場所にする支援に取り組んでいる。

【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2年1月16日		

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 3. 利用者の1/3くらい 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

[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	優しく丁寧に、その人の身になって自立支援が出来るよう努めています。	理念にある「その人の身になって」という、利用者の立場に立ったケアを実践している。管理者は、利用者と接する職員の言動や取り組み方等から理念を理解していると受止めている。	
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	公民館で開催している「ふれあいの居場所」及び玉村町地域包括主催の「介護者のつどい」「認知症カフェ」への参加と運営推進会議では区長、民生委員の方々に意見を頂いております。	毎月認知症カフェ「やすら木」を開き、利用者や近隣の高齢者が参加している。地域との交流により情報を得たり、施設見学に繋がっている。敬老会ボランティアや保育園の慰問も受け入れている。	
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	毎月第二土曜日、介護カフェ「やすら木」の開催。介護で悩んでいる方に気軽に施設に寄って相談が出来る場所を作っています。		
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	各棟でのカンファレンス会議にて話し合いをしています。	隔月ごとに開催している。会議の際、避難訓練を実施したり、利用者や事業所の報告事項を通して意見交換を行い、サービスの向上や行政、地域との連携強化に繋がっている。	
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	玉村町健康福祉課や地域包括、社会福祉協議会の方を訪ね現状報告をしています。また、運営推進会議には必ず出席して頂いています。	認知症カフェ開催について、また、実地調査等で行政と相談、指導を通して連携し、必要に応じて福祉課とも連絡をとっている。管理者は認定調査の立会いや要介護認定の更新代行をしている。	
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	原則に身体拘束はしていませんが、本人が負傷する危険性がある場合には家族様の同意を頂いています。また、ケアプランに医師と連携して拘束しないプランを検討しています。	身体拘束に関する指針を作り、身体拘束適正化委員会を運営推進会議の際開いている。職員は定期的に研修を受け、スピーチロックについても意識し合って拘束の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	ユニット会議などで議題として出しています。県が主催する講演会等に参加しています。		

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
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	現在は必要としている方がいない為に確立はしていませんが、介護カフェに市民後見センターの方に参加して頂き話し合いの場を作りました。今後も学ぶ機会を作っていきます。		
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	重要事項説明書はその場で読み合わせをし理解して頂いています。契約書は持ち帰ってもらい十分に精査したうえで捺印を頂いています。		
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	苦情窓口があるという事を重要事項説明書に明記し、県や町にも窓口があるという事をお伝えしています。	利用者や家族から苦情はないが、家族と考え方に違いが見られた時は、職員に対応の仕方を指導し、ミーティング等で問題解決をしている。利用者からの要望には意向に沿った対応を指導している。	
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	ユニット会議の日を設け、運営・介護に対する意見を聞いています。また、職員が気軽に意見を出せる環境作りを心掛けています。また、必要に応じて施設長との面談の機会を設け業務に反映しています。	ユニット会議でケアマネジャーが中心となって申し送りノートや記録の内容を共有し、職員はお互い意見や提案を出し、話し合える環境にある。	
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	定期昇給、パート職員の時給アップ、継続勤務手当を支給しています。		
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	資格取得に対する金銭的援助を行っています。		
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	玉村町地域ケアネットワーク会議のメンバーとして参加しています。また同業者同士の勉強会にも参加しています。		

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
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	不安感が多いと思われるので入居前にご本人を話す他、アセスメントシートを利用し生活歴の把握に努めています。日常会話以外の雑談も積極的に行い「なじみの関係」を早期に作れるように努力しています。		
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	入居前に施設の見学をしていただく他に詳しく説明・相談をしています。また利用が始まってからも面会時や電話で連絡を取り合い意向を伺うようにしています。		
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	入居前の面談にて詳しく相談をしています。		
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	1日を通して花の水やり、清掃や洗濯の一部を積極的に手伝って頂いています。		
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	家族には毎月「近況報告書」を「ご本人の写真」を送付しています。毎月の利用料金支払いは銀行引き落としではなく可能な限り、施設でお支払い頂くよう面会の機会を積極的に増やしています。		
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	面会の機会を家族からご友人の方にも伝えて頂いています。また、いつでも家族と外出・外泊が出来るように調節しています。	家族以外の友人や知人の訪問を受け入れ、正月には利用者が家族と共に帰宅できるよう馴染みの関係継続を支援している。	
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	利用者様の状態に合わせて席を決め、良い関係が保てるよう配慮しています。また、他者との関わりを持ちにくい方には職員が声掛けをしています。		

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
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	退所後も認知症の相談、ケアマネからの定期的な連絡などを行っています。また、家族からは近況報告や感謝の言葉をかけて頂いています。		
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	入居時の本人や家族の要望、趣味等を把握し計画に反映させています。利用者様と十分なコミュニケーションを取り言葉として出てこない声も聞くようにしています。	利用者とは日常会話の中で、家族からは面会時に思いや意向を聞き、記録を職員間で共有している。また、要介護認定の更新時には必ず利用者や家族から思いを聞き、把握することに努めている。	
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	ご本人や家族により細かい聞き取りをしてご本人のこれまでの生活習慣、生活環境を尊重し、支援の参考にしています。		
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	ご本人が今出来る事、望んでいる事を見極め支援し、体調変化を記録する事で個々の情報は共有しています。		
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	モニタリングの実施を行っております。	3ヶ月ごとに介護計画のモニタリングと見直しをし、担当者会議を開いている。モニタリング後は申し送りノートに記録し、職員間で把握し、介護計画の作成に繋げている。	利用者の状態の変化等を見逃さないよう、また、予防も含めて現状に合った介護計画となるよう、毎月モニタリングをしてほしい。
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、個人記録へ記載する他、申し送りノートへも記載し情報の共有化を図っています。		
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	家族の要望などは面会時に時間をとって聞き取りをし、意向に沿えるよう心掛けています。		

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
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	定期的に日本舞踊、筋トレ等のボランティアの方に訪問して頂いたり、保育園の園児訪問が年2回あります。他に近隣への散歩、買い物など実施しています。		
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	定期的な往診をお願いしています。	協力医とかかりつけ医の選択ができることを説明しているが、現在は全員が協力医で毎月1回往診がある。利用者や家族から専門医への受診希望があった場合は家族が付き添っている。	
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	看護師による24時間連絡体制を確保し、訪問看護師記録を書いてもらい職員が閲覧しています。		
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。	入院の際には利用者様の混乱が少なくなるよう普段の様子を報告し日常の情報交換をして身心の安定に努めるよう協力しています。出来るだけ早く退院が出来るよう受け入れ態勢にも協力しています。		
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	利用者様の状況により対応する事を事前に家族に相談しています。主治医にも報告し今後の在り方を話し合うようにしています。	看取りの指針があり、入居時から段階的に利用者、家族に説明し、話し合っている。協力医も協力的であるので、利用者、家族の意向に沿って支援に取り組むことにしている。	
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	主治医・看護師と24時間体制で連絡が取れるよう契約しています。		
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	災害時に備えて年2回の防災訓練を実施しています。また町が主催する防災会議へも出席し自治体を通じて協力体制を築いています。避難時の水の確保、食料3日分の確保の出来ています。	年2回消防署立会いの避難訓練を実施している。ハザードマップで水害地域にあたり、災害マニュアルを作成し、隣接の施設とも協力体制を築いている。備蓄品は乾パン、水、食料品を用意している。	利用者、職員の生命を守るため、防火、防災対策としての自主訓練を毎月実施することで、避難方法等の経験を積み重ねてほしい。

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	常に笑顔で優しい介護が出来るように必ず確認しています。	利用者の立場に立って、その人らしさを重視し、利用者の思いを受け入れる対応を心がけている。また、馴れ馴れしくならないよう、呼び方や敬語の使い方を職員間で注意し合っている。	
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	職員が日頃から利用者様の意見に耳を傾けるように心掛けています。		
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	基本的な1日の流れがありますが、その都度個々に応じたレクリエーションや余暇の過ごし方を支援するようにしています。		
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	2か月に一度の散髪(訪問美容の利用)を実施しています。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備、後片付けなどは出来る方には手伝って頂いています。	配送される食品に野菜を添える等工夫をしている。時季ごとの伝統食を意識して提供し、正月や祝い事がある時はお酒も楽しんでいく。日中の飲み物は選択できるよう種類の物を用意している。	食事の献立表を掲示し、今日食べる物、これから食べる物を情報として提供してほしい。
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	高齢者施設食材供給サービスの導入と厨房職員が意見を聞いています。個々の摂取量や水分摂取量は職員が毎日記録をしています。		
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、各自の状態や能力に合わせた口腔ケアを行っています。また、入れ歯洗浄を徹底しています。		

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
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	自立の人を除き、排泄のパターンを把握し定期誘導や紙・布パンツの使い分けによる快適な排泄を心掛けています。	チェック表で利用者の排泄パターンを把握し、定時誘導している。自立者は布パンツを使用し、日中、夜間もトイレで排泄している。失禁した場合はシャワー浴で清潔保持に努めている。	
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	体操を取り入れたり、繊維質な食事、ヨーグルトや水分などを摂って頂いています。また便秘にならないように排泄記録を付け必要に応じて便秘薬を使用しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴に関しては曜日を決めています。本人の体調や意思を尊重しシャワー浴対応など実施しています。	入浴は1週間に2回、曜日が決まっている。見守り支援で3、4名は自分で体を洗い、自分のペースで入浴できる。最近入浴を拒む利用者が多く、勧めるのが困難になっている。	
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	職員から利用者様に要望などを聞き反映しています。		
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	誤飲防止のため、薬入れの工夫を行い、服用時には名前の確認を必ずしています。なるべく飲む量が少なくなる様に主治医とも連絡を密に取り合っています。		
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	レクリエーションでの対応、仕事の手伝いを実施しています。		
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	年末年始やお盆など一時的な帰省を家族にお願いしています。	利用者の希望に沿って、個別に近隣の店に買い物に行ったり、散歩をしている。気候が良い時期には日光浴や庭に出る機会を設けている。	

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	お金に関しては重要事項説明書で家族には十分に説明し、持ち込みを遠慮していただいています。		
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	家族の理解がある方とは常に連絡が出来るように対応しています。		
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	掃除を行き届かせ、なるべく空間を広く使えるように心掛けています。共有の空間を常に整理整頓をしげんかんには季節の苗を植え、室内の壁面には季節を感じられるような飾りで楽しんで頂いています。	採光に恵まれ、広々とした空間は臭いもなく清潔で、利用者が季節を感じられるような装飾と手作りの作品や行事、カフェの写真が掲示してあり、大人らしい雰囲気になっている。	
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	居間にソファを置いたり独立して椅子を置くようにすることで利用者同士でくつろいだり談笑したりしています。		
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	ご本人のなじみの家具や嗜好品を持ち込んでもらい、居心地の良い空間を作るようにしています。	入居時に何でも持ってきて良いことを伝えている。これがないと寝られないという寝具(掻巻)や家具、化粧品や書籍を持ち込み、利用者が望む居心地の良い、馴染みの居室作りを支援している。	
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	安全に玄関の出入りや歩行が出来るようにバリアフリーになっています。施設内には随所に手すりが付いています。トイレなどの表示は分かりやすくしています。		