

### 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	1090200179		
法人名	社会福祉法人二之沢真福会		
事業所名	グループホームルネスふれ愛の家		
所在地	群馬県高崎市大八木町512		
自己評価作成日	平成24年 1月2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	<a href="http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a>
----------	---

【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	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階		
訪問調査日	平成24年1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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日、笑顔で穏やかに過ごして頂けるように支援している。</li> <li>・利用者様一人一人が、その人らしく生活出来るよう支援している。</li> <li>・アットホームな雰囲気作りをし、安心して穏やかに過ごして頂けるよう支援している。</li> <li>・利用者様が安心できるスタッフとの信頼関係の継続に力を入れている。</li> </ul>
--

【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>全員の職員がホームの運営体制や自己評価・外部評価等の取り組みに積極的に関わり話し合うことで、気づきややる気の増長につながっている様子がうかがえるホームである。中庭を挟んで隣接している小規模多機能型事業所や在宅支援センターとも毎日情報を共有しあい、協力体制を組んで支援にあたっている。利用者へは、排泄支援をはじめ自立に向けて気持ち良く動いてもらえるよう、一人ひとりの状態や気持ちを組んだ支援を心がけている。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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
<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	事業所内に理念を掲げており、毎日職員で読み上げている。 職員皆で理念作りをした(開設時)	ホームの開所時に職員で話し合っ作り上げた理念は、毎朝確認しており、初心を忘れないで支援する基となっている。	
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	地域のお祭りや文化祭(芸能祭)、道路愛護に積極的に参加している。 地域の神社にお参りに行ったり、介護者教室にも地域の方に参加してもらっている。	地域のお祭りや道路愛護に参加したり、近所の方が話し相手のボランティアで来所したりカラオケ・誕生会に参加することもある。ホームで開く介護教室は、回覧版で知らせており、毎回20数名の参加がある。	
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	認知症サポーター養成講座、介護者教室を開催し、地域の人々に発信している。		
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か月に1回実施している。 出席された方々の意見を参考にし、日々のサービス向上に努めている。	2か月に1度開催している運営推進会議には、行政関係者・地域代表者・複数の家族が参加している。毎回全家族に知らせている。会議では主に情報交換を行っている。	
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取り組んでいる	運営推進会議には、市の担当者が常に参加し、理解して頂いている。	行政には、いつでも相談できるよう働きかけられている。ホームで開催している介護教室のお知らせは毎回届けており、講師のお願いもしている。	
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	研修を受け、職員が拘束の意味を理解している。	身体拘束について、今年度は内部研修を行い理解を深めている。玄関も中庭へも自由に入出りでき、利用者の行動を制止する声掛けはしないようにしている。	
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	研修を行っている。 職員同士も注意し合える環境作りを目指している。		

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	権利擁護、後見制度についての研修を受け理解を深めている。 利用者様の家族にも説明できるように努めている。		
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	契約時に契約書、重要事項を用いて、家族に説明した上、署名、捺印をして頂いている		
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	介護相談員の来所、要望書作成を行っている。運営推進会議、介護者教室へ参加して頂いている。 ご家族に向けてアンケートを実施し意見を反映している。	家族が来所した際には、気づいた事を伝えてもらうようお願いしている。また年に1回家族にアンケートを実施し、運営に活かしている。日課表や月間予定表はアンケートの意見を生かし作成するようになった。	
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	毎月会議を行っている。 管理者は日頃から職員の意見に耳を傾けている。	毎月隣接している事業所と合同の全体会議と、ケース検討が中心のホーム会議を開いている。管理者は委員会活動等ホームの取り組みに、職員が意見を出しやすいよう配慮し、職員の気づきや意見を生かしている。	
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	会議を毎月行ない、意見を言い合える場を作り、環境を整えている。		
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	職場内研修、外部研修を積極的に行っている。		
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	会議や研修に参加し、交流を図っている。 見学も常に受け入れている。		

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
<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	本人の訴えを傾聴、共感し、安心して頂けるよう日々努めている。 アセスメント、暮らしの情報シートを活用している。		
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	担当者を窓口とし、またその場にいるスタッフから困っている事はないか、声をかけるように努めている。		
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	その時々に必要なサービスを見極め、多方面より支援できるよう努めている。		
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	利用者様の得意とする事を教えてもらったりして関係を築いている。		
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	行事等、一緒に参加して頂けるよう声かけをしている。(実際参加して頂いている) 毎月、近状報告を兼ねて一筆せんを家族に送っている。		
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	誰でも気軽に来所して頂ける雰囲気作りに努めている。	利用者にとって、居心地の良い環境を作ること『なじみ』の場所につながると考えている。家族や同級生など知人も気兼ねなく訪ねてもらっている。家族と自宅に外出することもある。	
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	一緒にレクリエーションをしたり、車椅子を押して頂いたり、日頃から協力し合える環境作りをしている。		

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	退所後も、スタッフからのメッセージカード等を渡すなどし、家族が相談しやすい関係を作れるよう努めている。		
<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	常に利用者様に意思確認を行うように努めている。	必ず本人に尋ね、言葉を引き出して確認するよう働きかけている。『くらし情報シート』はアセスメントや家族からの情報・日々の様子から得られた情報も追加して、支援に生かしている。	
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	利用者様、ご家族の方から暮らしの情報シートでアセスメントを取り、日常会話からも情報を得るように努めている。		
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	日々変わっていく現状を言葉や行動などで把握していくよう努めている。		
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	本人、家族の思いや希望、担当職員の意見を聞き、カンファレンス等で話し合いながら、介護計画を作成している。	毎月ケース会議を開き、モニタリングと支援確認を行っている。介護計画の見直しは、状態に応じ随時ないし3か月ごとに行っている。	
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	利用者様の個々の様子を分かりやすく記入し、スタッフ同士情報を共有して活かすように努めている。		
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、家族の希望を聞き、一緒に買い物に行ったりと、柔軟に対応している。		

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	運営推進会議に出席して頂くことで、地域との連携を計り、必要な情報を提供できるよう支援している。		
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、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	利用者様、ご家族の希望を尊重し、かかりつけ医を決め、情報交換をしながら利用者様の支援をしている。歯科の訪問診療も受けられる。週に1回協力医療機関による往診があり、必要な人は受診に繋げている。	家族の希望するかかりつけ医の受診を支援している。協力医の往診も毎週あり、本人の希望や必要に応じて受診できる。医療情報は個別ケースと一緒にし、医療機関と連携が取りやすいようにしてある。	
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	併設している小規模多機能ホームの看護師や管理者(看護師)に相談し、指示を受けたり、医療機関と連携できるようにしている。		
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。	医療機関と密に連絡を取り、情報交換や相談をしており、退院後も安心して過ごせるよう努めている。		
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	利用者様の望む事、ご家族の意向を時間をかけ話し合い、事業所でできる限りのことを支援している。	入居時に『重度化対応・終末期ケアの対応指針』を説明している。その後は状態に応じて、医師の説明をはじめマニュアルにもとづき家族を含めてカンファレンスを行い同意書も作成している。今年度1名看取りを行った。	
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、常に見られる場所に保管し、職員が急変時対応できるように努めている。 AED講習、救命処置講習を行い、全ての職員が対応できるよう勉強会をしている。		
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	災害関連ノートを作成した。日中、夜間帯それぞれの災害を想定し、避難訓練、通報訓練、消火器の使い方など行っている。 災害に備えて常時ソーラーライトを充電し、非常用物品を常備している。	この1年で3回、昼夜を想定し消火避難訓練を実施。1回は消防署の指導を受けた。地域住民の自主的な参加協力も1度あった。震災後、災害関連ノートを作成し、懐中電気などの必需品も箱にまとめた。	スムーズな避難誘導が行われるように定期的な自主訓練の実施、地域住民との協力体制の具体化、水や食料品などの備蓄についても検討を期待したい。

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
<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	年長者であることを常に意識し対応するよう職員同士も気をつけながら支援している。	内部研修で、利用者の尊厳とプライバシーについて取り上げている。トイレを『梅・桜』と呼び方を変えてみたり、声掛けも耳元で小声で行うようにしている。	
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	利用者様にも職員に気軽に声をかけて、何でも話してもらえよう努めている。		
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	声かけはするが利用者様の意向に合わせ、休んで頂いたりしている。		
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	スカーフや帽子、髪型やひげなど、利用者様らしいおしゃれ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	材料について話し合ったり、食事前に嚥下体操やメニューの紹介をし、食事を楽しめるように努めている。食事は、職員も一緒にテーブルにつき、コミュニケーションを取りながら召し上がっている。	献立は管理栄養士が立て、専門の職員が厨房で作っているが、ご飯とみそ汁は食堂で利用者が準備し、職員も一緒に食べている。月2回のおやつ作りは買い物から利用者も一緒に行い、作り方を教えてくれることもある。	
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	嗜好品を提供したり、時間に関係なく提供することで、確保できるよう努めている。毎食ごと食事摂取量、水分摂取量を記録し、不足分を補えるようにしている。		
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	声かけや案内をし、口腔ケアを行っている。利用者様が行った後確認させて頂き、痛みや異常がないかをチェックしている。夜間は(義歯の方は外して頂き)、義歯洗浄剤で消毒を行い、清潔保持に努めている。		

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
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	個人の排泄パターン確認し、トイレへ案内するよう務めている。トイレ誘導排泄チェック表を作成し、尿意のない方は2時間ごとにトイレ誘導を行っている。なるべく布パンツで過ごして頂けるよう務めている。	排泄チェック表をもとに排泄パターンを把握し、声掛け誘導した結果を毎月検討することで、7名の利用者が布パンツとパットだけで過ごせるようになった。	
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	ヤクルトを購入し、食後に飲んで頂いたり、オリゴ糖を活用している。入浴し、腹部マッサージを行ったりしている。排便チェック表で一人一人のパターンを把握し、個々に合わせた排便コントロールを行っている。		
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	希望や、タイミングを見て利用者様が心地よく入浴してもらえるよう努めている。拒否のある時は無理強いせず、日を変えたり、足浴したりし、一人一人のペースに合わせて支援している。	毎日入浴支援ができる体制をとっている。本人の希望やタイミングを見はからって入浴してもらっている。清拭や足浴も支援している。	入浴を実施した結果だけではなく、入浴に至らなかった理由も記載することで、さらに支援に活かしてみようか。
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	冬場は湯たんぽを使用したり、足浴したりし、安眠して頂けるよう支援している。		
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	薬の変更や症状の変化などスタッフ同士も声をかけ合い、記録し申し送るようにしている。服薬管理、チェックを徹底し、誤薬、服薬漏れを防いでいる。		
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	利用者様と一緒にシフトを作り、無理のないよう施設内での仕事をしてもらうよう努めている。		
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	利用者様の体調も考えながら徒歩や車で外出できるよう努めている。	庭で日光浴をしながらお茶を飲んだり体操したり、畑を見に出かけたり、川浴いを散歩したり、日常的に外で過ごす時間を持っている。季節ごとにドライブに出かけたり、その日の状況を見ながらドライブや買い物・足湯に出かけたりすることもある。	



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	ご自分の財布を持ち、自由に使って頂けるようにしている。		
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	ご本人の希望ある時は電話をして頂いている。		
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	吹き抜けがあり、開放的な空間、コタツを配置し、くつろいで頂いている。	高い天井は圧迫感がない。こたつやマッサージチェアでゆったり過ごせる。ホール内に流しがあるため、食器洗いやおやつ作りも利用者が気軽にできる。中庭は自由に出入りができ、日光浴しながら喫煙もできる。	
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	大中小のテーブル、椅子、ソファ、マッサージチェアを置き、好きな場所でくつろいでもらえるようにしている。		
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	昔から使っている馴染みのものを配置し、本人が穏やかに過ごせるよう工夫している。	各居室にはエアコンと換気扇が付いている。筆筒やベット・机やいす・加湿器・家族の写真など、思い思いのものをそろえて本人なりの生活をしている様子がうかがえる。	
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	トイレまでの道のりを矢印で表したり、トイレと表記することで、できる人、分かる人には行ってもらっている。		