

### 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	2799200056		
法人名	生活協同組合ヘルスコープおおさか		
事業所名	グループホーム 放出 ゆおびか		
所在地	大阪府大阪市鶴見区放出東1丁目28番21号		
自己評価作成日	平成23年11月29日	評価結果市町村受理日	平成24年1月30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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成23年12月22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)】

<p>入居者様と共同して料理や掃除など家事に取り組んでいます。 スタッフを多く配置する日を設定しており、外出やその他のイベントに取り組むようにしています。</p>
---

【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>経営母体は生活協同組合ヘルスコープおおさかで、昭和46年10月に設立され、鶴見区のコープおおさか病院を中心に、大阪市内で50数か所以上の地域密着型の医療施設や介護事業所を展開している。更に介護施設の開設も検討中である。運営方針として、「保険、医療、福祉の事業を通して、生きる喜びが実感出来る地域社会を作り、診療所・病院とも連携した安心の介護」を掲げられている。今回訪問したグループホーム放出ゆおびかもそのうちの1つである。定員9名のこじんまりしたホームで、入居者全員が女性である。午後のおやつ時間も笑いが絶えず、明るい雰囲気である。経営母体も認知症ケアに関するノウハウは充分持ち、当ホームも開設されてまだ10ヶ月であるが、管理者を中心に地域に溶け込む努力をしている。</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、活き活きと働いている (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
<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	2011年7月の職場会議にて議論。意見集約し理念を作成。 事業所内に掲示して職員間で共有出来るようにしている。	経営母体である生活協同組合自体が地域密着型の経営であり、それを踏まえて職員全体で議論し、「命を守り、入居者様の尊厳を常に考え、生活の中で楽しみを持って頂けるように、一人ひとりを大切に、チームケアで関わっていく」と策定している。	ホームの玄関に掲示して職員全員が共有しているが、地域にも浸透するよう、パンフレットにも記載されたい。
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	買い物や散歩、その他地域のイベント・見守り隊に参加し、地域活動に参加し少しずつだが認知度を高めるようにしている。	まだ開設して10ヶ月であるが、利用者は地域町会に加入し、色々なイベントの案内を貰い、参加出来るものは意識して参加している。職員と比較的元気な利用者は、近くの小学生の帰宅時の安全見守り隊に参加している。	
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	運営推進委員会で地域包括支援センターの方に情報の伝達は行えているが、そこからのどう広げていくかの協議は出来ていない。		
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	運営推進委員会を定例で開催できており、サービスの報告それに伴う評価を受け、サービスの向上に繋げている。	奇数月の第4月曜日を開催日と定め、2ヶ月に1度開かれている。行政からは地域包括支援センター、地域からはネットワーク委員に参加して貰い、運営上のアドバイスを頂いている。	
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	具体的には取り組めておらず。	地域包括支援センターとよく連携がとれている。区主催のケアマネ会議にも参加している。しかしそれだけでは十分な情報は取れていない。	大阪市または鶴見区で主催する介護関係の色々な意見交換会がある筈である。例えば施設部会(地域密着型関係)などがあると思えるので、調べて参加されたいかがか。
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	階段・非常階段への扉は施錠している。エレベーターへの鍵は施錠せず自由に移動が可能にしている。	エレベーターは施錠されていないが、階段や避難用の非常階段、玄関などは安全上施錠されている。	施錠そのものについては、軽度の身体拘束に当たることを職員全員が認識し、そこからどうすれば良いかを検討する必要があるのではないかと。
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	虐待にあたる項目を掲示し、周知徹底を図るようにしている。		

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
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	具体的には取り組めておらず。		
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	ISO9001に基づいて、説明を行っており、理解・納得をして頂くように対応をしている。		
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	苦情があれば苦情受付書を作成するなどして、職場会議にて全スタッフで確認し、早期解決・運営に反映させている。	利用者やその家族の運営やサービスに関する要望については、常に把握する努力はしている。幸い家族はよく来訪されるので、その際は日常の様子を話し合っている。利用者からは、寄り添って何気ない会話から汲み取る努力をしている。	
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	毎月定例で職場会議を開催し、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。	働く意欲の向上、それに伴うサービスの質の向上のため、毎月定例職場会議を開き、提案や意見を聞き出している。半年に1度管理者が個人面談を行い、運営やサービスに関する意見や要望を聞き出している。	
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	半年に一度個人面談を行い、半年間の振り返りを行っている。その中で左記のように向上心を持てるような環境・整備に努めている。		
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	毎年1回 力量チェックを行っている。 また教育訓練計画を立て、内部・外部研修に取り組んでいる。		
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	具体的には取り組めておらず。		

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	GH・在宅・あるいは病院等、必要であれば家人を交えず、1対1でお話を聞かせて頂き、要望を聞かせて頂くようにしている。		
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	サービス導入以前に、不安な事があれば必ず連絡を頂き対応す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	サービス導入前に職員にアセスメントシートを確認してもらい、そこから必要な支援方法を考え、必要であればその他サービスの利用も考慮している。		
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	生活する上で必要な家事をスタッフが一方的に行うのではなく、一緒に行うという視点を第一にし取り組んでいる。		
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	毎月GHでの様子を手紙で郵送している。遠足等のイベントの際には参加して頂くように連絡調整させて頂き、面会時間も設定せず、どの時間でも来訪できるようにしている。		
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	馴染みの場所への訪問を出来るだけ行うようにしている。また、キーパーソンだけでなく、親戚の方も来ていただける様に声かけを行っている。	フェイスシート、アセスメントシートの作成時、馴染みの場所や知人を聞いている。場所としては、お墓詣りや美容院、そして、知人としては、遠くに住む親戚の方が訪問してくれている。	
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、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	散歩や買い物・掃除等、固定された利用者様同士で行うのではなく、時には違う方向士で行って頂く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
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	実質的にサービス終了された方に対して、その後のフォローもしている。		
<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	入居者様の意向を一番大事にし、居室で1対1で会話をするなどし、その方のニーズを最大限引き出すようにしている。	入居申込書やフェイスシート、アセスメントシート作成時、本人より今までの暮らし方を把握し、これからの暮らし方の希望などを聞き、職員全員で共有している。	
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	ご本人様だけでは解らない、生活歴等は家族様が来訪された時にお話を聞かせて頂くようにしている。		
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	日々の生活を個人記録にまとめ、それを使用した申し送り。またBS法を使用したアセスメントを開始し、入居者様の心身状態の把握に努めている。		
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	BS法を使用したアセスメントを全スタッフで作成。それに基づきアセスメントを行い、計画書を作成。	基本的にはセンター方式A～Dをもっと簡略化した当ホーム独自のシートを作り、職員全員が参加して、ブレインストーミングを行い、利用者本位のケアプランを立てている。見直しは介護度の認定切れ時に行っている。	
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	左記の内容を記入できる個人記録を使用しており、申し送りにて情報共有を図っている。		
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	ご本人様に必要であろうサービスが出てきた場合、家人と連携し診療所だけでなくその他医療機関・サービスを提供出来るようにしている。		

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	
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	美容室は関係性を築けており、活用させて頂いている。その他の地域資源はまだ活用出来ていない。			
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	かかりつけ医と常に連絡を取りながら、月2回往診があり、書面による連携を図っている。	本人や家族の希望する従来のかかりつけ医の受診を支援しているが、それ以外は協力医療機関にかかりつけ医になって貰い、月2回往診して貰っている。他科(皮膚科、歯科等)の受診も支援している。必ず情報を書面で貰っている。		
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	個人記録に気づいた事があれば記入し、常に管理者に連絡が取れる体制にしている。管理者より看護師へ連絡し指示を仰ぐようにしている。必要によっては訪問して頂いている。			
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。	入院先病院とは常に連携を図るようにしている。病院関係者との関係作りは具体的には行っていない。			
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	入居当初にのみ重度化や終末期のあり方について話し合いをただけで、継続した取り組みは行っていない。	入居時に、文書にて重度化ガイドラインの3項目を提示し、本人・家族等と話し合い、重度化や終末期のあり方について選択してもらえる体制が整っている。		
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	緊急対応マニュアルは作成しているが、定期的な訓練は出来ていない。			
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	年2回の避難訓練は出来ているが、地域との共同取り組み体制作りは出来ていない。	年2回、昼間と夜間の火災を想定しての避難訓練はしている。しかし、地震時の想定での避難訓練はない。	町会に加入して、見守り隊に参加している、そのメリットを活かし、人間関係を深めて施設を認識してもらい、年2回の避難訓練には、参加してもらえるように協力体制を築いて欲しい。	

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	
<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	1年に1度「アルツハイマー病患者の権利」をもとに作成したチェックリストを行い、職員の気づきを意識している。	施設が独自に作成したの30項目に及ぶチェックリストに伴い、年1回、職員自身の気づきに繋がるように活用している。又利用者の呼び方は、さん呼びに徹底している。		
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	コミュニケーションを取る際、ご本人様の気持ちを聞けるよう、自己決定出来るように常に問いかける声かけを基本としている。			
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	上記のように自己決定出来るように声かけし、希望に添うようにしている。			
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	自己で行える方にはTPOにそぐわない限りは尊重している。困難な方にはご本人様が望む髪型・衣類等をアセスメントより引き出し、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	一緒に料理作りをして頂いている。また準備だけでなく片付けもして頂いている。	食材は指定の宅配業者からの購入している。1日のカロリーは、1200～1500となっている、できるだけ1人1人に合わせて調理がなされ、味付けは利用者さんの好みの味付けを考えている。		
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	個人記録や業務日誌に一人ひとり記録を行い、形状やトロミの具合等スタッフ間で相談し、食べれるように支援している。			
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	口腔内の清潔はご自身で出来る方にはその能力に応じ支援している。 必要である方には歯科往診を依頼し、口腔内の清潔を保つようにしている。			

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
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	個人記録や業務日誌の記入、申し送り等により一人一人のパターンをつかみ、トイレでの排泄を支援している。	自立支援に向けて、排泄記録表があり1人1人の行動パターンを見て排泄誘導がなされている。9人中7人の利用者が自立排泄可能である。	
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	その方にあった運動の促しを行っている。また水分は1日1000mlを目安として摂取して頂く様声かけを行っている。		
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	曜日や時間帯は特に決めておらず、入浴が空いている方に声かけを行っている。何時ならば入るといった要望に応えるようにしている。	曜日や時間帯は決めていないが、入浴拒否の利用者には、会話を通じて何気ない誘導を行ったり、個々の要望に合わせた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	日中であっても、巡回し環境に気をつけ休めるように心がけている。夜間も1時間に1度の巡回で室温等に注意をしている。		
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	一人ひとりが服薬している薬の効能・副作用についてをファイルして確認できるようにしている。		
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	入居者様と共同して料理や掃除等を行い、その中でご自身の役割を見つけて頂ける様に支援している。		
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	日々の散歩や買い物、ご本人様の希望など外出するように心がけている。その他遠足を計画して家人様に協力して頂いたりと外出の機会を得られるようにしている。	散歩には、全員の利用者の方にお小遣いを持ってもらい、車椅子の方にも、気晴らしに近くのスーパーなどに買い物に出かけたり、普段はなかなか行けない鶴見緑地まで足を伸ばすなど外出の支援をしている。	



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
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	全員ではないが、お金を所持して頂き、自由に使用できるようにしている。また、自己で管理の難しい方は事業所で管理して外出時の買い物等はそこから出すようにしている。		
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	携帯電話を居室にて使用されている方も居られれば、GHの電話を自由に使用して頂いてもいます。		
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	食堂兼フロアはテレビを中心とした空間になっており、どなたでも自由にソファでくつろいで見れる形となっている。テレビを見ない時は音楽を流す等してくつろげる空間としている。	共用のフロアにはテレビ、ソファが置かれ自由にくつろげる空間となっている。季節感を取り入れる工夫としてクリスマス間近であり、クリスマスツリーが飾られていた。日常的には軽音楽が流れている。	
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	窓際のイスで1人で過ごされたり、ソファでくつろいだりできる空間となっている。		
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	ご本人様と家族様と相談させて頂き、ベッド・絨毯・筆筒など使い慣れたものを持参して頂くようお願いしています。自宅での生活をそのまま継続できるように配慮している。	大きなコルクの表札が見やすく掛けられてあり、部屋には使い慣れた筆筒・絨毯・ベッドが持ち込まれている。携帯の持込の方も2名あり家族や知り合いの方とも自由に連絡できる体制がある。	
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	入居者様の出来る事・解る事を把握し、出来ない部分にはスタッフが付き添い、ゆくりとだが行えるように援助をしている。		