

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1)

事業所番号	2775501998		
法人名	社会福祉法人 長寿会		
事業所名	グループホーム いずみ		
所在地	八尾市泉町1-2		
自己評価作成日	平成29年4月12日	評価結果市町村受理日	平成29年5月22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 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成29年4月21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)】

認知症の進行に伴ない、在宅で火の元や電気等を取り上げられて生活を送っておられた利用者に対して、スタッフと共に生活することによって認知症の進行を遅らせる様努めている。理念である『その人がその人らしく生きぬくこと』ができるよう職員が一丸となって支援したい。職員の両親も入居させたいと思えるようなグループホームを目指し努力している。

【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)】

開設して14年、入居者・職員の数名が10年余の馴染みの暮らしを続けている、落ち着いた雰囲気がある。開設当初からの管理者・主任の経験値に加え、職員の60%が介護福祉士という人員配置、認知症のBPSDを和らげるとされるタクティールケア(スウェーデン発祥のタッチケア、手を使って10分間程度、相手の背中や手足をやわらかく包み込むように触れる)の6年に亘る実践は、認知症当事者・その家族にとっては大きな安心の砦となっていると推察する。昨今の人員配置の苦慮と言う環境で、ユニットの枠を外しての全職員によるケア体制や、職員提案による業務見直し、他業種・他職種との連携でサービス向上を目指すなど、認知症ケアへの取り組みの前進と深化により利用者・家族の信頼と安心の増進、地域の認知症ケアの拠点となることを期待する。

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 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、生き生きと働いている (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
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	理念といずれも独自の目標も毎朝唱和し、スタッフが同じ気持ちで入居者に関われるようにしている。	「その人がその人らしく生きる」ことを、笑顔第一として支え、「今日も一日を笑顔で頑張ろう」を掲げ、スタッフの日々の実践の要としている。	
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	地域の行事・婦人会の方・運営推進会議への参加・行事時のボランティア受け入れ等・他の施設と交流・近隣の高校生の受け入れ及び高校行事への参加等、交流に努めている。	理事長(地域住民)が自治会加入、各種の地域行事に参加、大正琴などのボランティアや近隣高校の社会福祉専科生の実習の受け入れの恒常化、七夕交流会に住民招聘など、地域交流が保たれている。	
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	運営推進会議に参加される家族や委員の方々を通じ認知症介護の方法等を情報交換したり、見学者や訪問者に対し、認知症介護の方法の相談を受け付け助言している。		
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	運営推進会議での意見・要望を取り入れ、サービス向上に活かしている。	開催期・構成員・会議内容ともに概ね順当である。開催日に防災訓練や七夕交流会を併行するなどの工夫もあるが、総体的に会議内容が各種報告に終始し、マンネリ化の傾向を課題とする。	開設して14年の実績と専門性を活かし、地域の認知症高齢者ケアの拠点としての貢献度向上＝サービス向上のためにも、構成員の拡充と会議内容の工夫に、より一層努めることを大きく期待する。
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	市町村担当者と連携し、サービスの質の向上に取り組んでいる。	業務上の連絡・連携の体制は十分に保持されている。研修会等の情報収集、事業者連絡会やグループホーム会議への参加等、協力関係も良好である。	
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	基本的に身体拘束をしないが、緊急やむを得ない場合は家族了承の元必要最小限にとどめ記録を残すこととしている。	拘束については、心身ともへの弊害、禁止条項について研修や日々のミーティングで十分に理解している。玄関施錠は安全上(防犯・車両交通)やむを得ないと理解する。	
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	職員に学ぶ機会を提供し利用者様が安心して生活できる様注意を払っている。		

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
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に支援している	以前、成年後見制度を利用されている方が入居されておられ、家族や後見人に対し、必要な援助を行った経験があるのでその際それを活かしていきたい。		
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	入居契約時に退去時までの十分な説明を行い、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	苦情相談窓口を設けている。また、外部評価時に寄せられた各種の意見を集約し、運営に反映させている。	原則として、季節の更衣や支払について月1回の家族面会を要請し、その機会に聞き取った事項をミーティングノートに記載、管理者・職員が共有して日々の実践に繋いでいる。月1回の状況報告を送り、意見や要望を聴くことにも努めている。	
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	日常から朝のミーティングなどで意見を交わしたり、フィードバック面接を行い反映させている。	全職員が1階・2階・3階を順次担当する仕組みで、フロアーに偏ることなく全体的な視野からの意見・要望が管理者or主任に届き、運営に反映させている。	
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	自己評価制度を導入し、成果を賃金等に的確に反映させる事等により、職員のモチベーションを向上させるよう努めている。		
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	各自治体主催の研修に、段階に応じて参加させており、OJTはもちろんの事、研修で得た知識等を、各職員が伝達研修を通じて共有するようにしている。		
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	地域の事業者連絡会や勉強会に参加し、GHの交流を通じ「質の向上」に取り組んでいる。		

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	初回面接時に話を傾聴し、日常生活において本人の欲求を極力受容し、信頼関係を構築していくよう努めている。		
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	初回面接時に話を傾聴し、日常生活において家族の欲求を極力受容し、信頼関係を構築していくよう努めている。		
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	相談を受けた時、本人に最も適した施設等の紹介に努めている。		
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	本人の残存能力に応じ支援し、喜怒哀楽を共にし生活を協力して行っている。		
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	必要に応じ家族と密接に連携し、家族の助力を得ながら生活を送っている。		
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	来訪者の促進や、通信等の活発化に努め、本人の生活を支援している。	重度化につれて馴染みへの関心は希薄になっているなかで、家族が遠隔地の利用者になり、元近所だった人の来訪などの例もある。新規入居者も含めて、ホームでの馴染みづくり、人との関りの継続に注力したいとしている。	市の広報誌を媒体に、馴染の場所や人を思い出すなどの工夫に期待する。
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	クラブ、行事等で他フロアの方との関わりをもつ機会を提供し支えあう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	退去後において、相談等が寄せられた場合は、積極的に解決への道を共に模索するように努めている。入院の場合、退院後には再入所して頂けるよう声かけをしている。		
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	本人の意向を的確に把握し、可能な限り本人本位の支援を心掛けている。	個人と向合う機会(入浴時やタクティールケア時)での聴き取りや、日常での気づき等を支援経過表やミーティングノートに丁寧に記録、共有して意向・希望に沿った支援に努めると共に、気づき力アップの重要性を一層認識させたいとしている。	
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	入居時の聞き取りや、日常の情報収集を通じ、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	日常生活を注意深く観察し、状況把握に努めている		
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	入居時本人・家族・スタッフ・Drの意見を反映してサービス計画を作成し、入居後は変化に応じてサービス担当者会議を開催し見直している。	日々のミーティングノート(全体・個人)を基に、利用者ごとの担当者を中心に週1回のケア会議、6ヶ月ごとのモニタリング、更新時(12ヶ月)のサービス担当者会議で計画の検討と見直し、随時に状態変化に応じて計画見直しを行っている。	
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	個別の記録は勿論のこと、毎朝の申し送り、毎週のケア会議で情報を共有し、支援や計画の見直しに活かしている。		
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	各自の状況や要望に応じて、柔軟な支援をしている。		

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
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	必要に応じて民生委員や地元婦人会に協力依頼し、ボランティア、消防、近隣の高校等と協力しながら豊かな暮らしが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し、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	本人の希望を大切にし、適切な医療を受けられる様支援している。	利用者・家族了解で、全員が協力医をかかりつけ医とした月2回の内科、週1回の歯科往診がある。他の専科は家族協力を基本とするが、臨機応変に対応している。常勤看護師による服薬管理と指導、体調管理は利用者にとって心強い支援となっている。	
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	正看護師を配置し、利用者の日常の健康管理や医療活用の支援をしている。		
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	HP関係者と連携を密にし、早期退院に努めている。		
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	入居時に重度化や終末期に向けた方針を話し合い、全員でそれを共有している。	医療連携体制の下、重度化・看取り対応の指針を入居時に説明し同意を得ている。看取り経験は1例を有するが、今後は本人・家族の要請に積極的に対応すべく、職員研修を図ると共に医師と看護師の協力体制を整えたいとしている。	
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	看護師の指導の下、適時所内研修を行い事故への初期対応が確実にできるよう努めている。		
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	防災訓練を行い、避難経路の意識付けが出来る様努めているが近年は入居者のADLの低下により各階までの避難となっている。	規定の訓練以外に、毎月のミニ訓練を行ってきたが、2ヶ月に1回を常態化し、利用者の重度化に合わせた訓練を工夫したいとしている。火災以外の非常災害について対処する計画は確認し得ず、備蓄についても再考を要する。地域との協力体制も課題とする。	想定し得る災害について、建造物や利用者状況、立地条件に即した対応計画の作成と訓練実施、防災用品と備蓄品の再検討、近隣住民との協力体制の働きかけをより望む。

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	理念である『その人がその人らしく』生活できる様に支援し、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。	利用者、職員共に10年余の馴染みがある中で親しさと馴れに留意している。ADL低下による過剰な介助でなくその人らしい生き方を尊重し支援する、言葉使いや対応に気配りしている。	
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	日常生活を通じ、本人の思いや希望を表せるよう働きかけ自分で決めたり納得しながら暮らせれるよう支援している。		
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	理念である、その人がその人らしく生活できる様に支援している。		
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	その人らしい身だしなみが出来るように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	共に作り、食べ、片付ける事によって、満足感をもてるよう努力している。	本部の管理栄養士の監修による献立と近隣での食材調達で、2階のキッチンで調理専門員がまとめて調理している。月1回の誕生祝いの特別献立や旬の食材での楽しみを職員共に味わっている。テイクアウトでのハンバーガーや寿司も利用者に喜ばれている。	
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	摂食量等について個々に把握し、水分確保にも適切に対応している。		
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	1/WDr・指導のもと口腔ケアを行い、毎食後には適切な「声かけ」や、支援により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	個々の排泄パターンを把握し、習慣を活かした気持ちよい排泄を支援している	骨折時などの常時オムツ以外は、夜間のみオムツの人は居るが、昼間はパット使用でトイレ誘導を行い、自立排泄に向けての支援に努力を重ねている。	
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	献立の工夫、個々の状況に応じた運動により、適切な支援を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴表にて入浴日が決まっているが、希望で表を変更し無理強いすることの無いよう入浴していただいている。	週2回を基本とするが、その日の体調や気分に応じて対応している。現状では入浴拒否はないが、清拭・足浴など工夫の経験はある。ゆず湯やしょうぶ湯の楽しみ、入浴剤利用の日も設けている。	
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	生活のリズムと、個々の時々状況に応じて安心して休息したり安眠でき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	Dr・看護師の指導の下、随時申し送りを行い適切に行っている。		
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	個々の実情に応じた役割をもち楽しみごと気晴らしの支援を行っている。		
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	外出頻度が少ない為、外気に触れる機会（洗濯干しや取り入れ、散歩、水やり等）の機会を増やせるように努力している。	総体的に重度化によるADL低下で、日常的な外出・散歩は十分にできていない。屋上での洗濯干しや取り入れ、玄関先の花壇の水やりなど、外気浴への取り組みに努めている。家族の協力に負うことも多々あるとしている。	

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	基本的には所持して頂かないが、希望に応じて柔軟に対応している。		
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、電話支援等を行ない、精神的安定をはかっている。		
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	季節・月日・時に応じ、快適な空間作りに配慮して日々取り組んでいる。	利用者の状態に応じたフロア体制をとっているが、それに応じたの調度品の配置や装飾で居心地のよさに工夫を凝らしている。各所の掃除も、いきとどいている。	
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	ソファの設置や、畳部屋の利用等を通じて快適な居場所作りに努めている。		
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	本人が思い入れのある物を身近に置き、使用し、居心地良く生活できる様努めている。	ベッド・収納たんす2ヶ、トイレと洗面台が設置されており、持ち込みのテレビや小物家具、思い出の品々等で暮らしの場が心地よく整えられている。	
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」「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	補助具や各種の機器の適切な利用により、自立した生活に努めている。		