

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	0370101107		
法人名	有限会社ケアサービスまごのて		
事業所名	ケアホームまごのて		
所在地	岩手県岩手郡滝沢村滝沢字野沢62-1041		
自己評価作成日	平成24年7月19日	評価結果市町村受理日	平成24年9月28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	http://www.kai.gokensaku.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JgyosyoCd=0370101107-00&PrefCd=03&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人いきいき岩手支援財団
所在地	岩手県盛岡市本町通3丁目19番1号 岩手県福祉総合相談センター内
訪問調査日	平成24年8月20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)】

一日の細やかなプログラムを組まず、それぞれのペースに合った時間で過ごしていただいております。利用者の尊厳に努めその人らしさを大切にケアを行っています。

【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)】

滝沢駅の斜め向かいの閑静な住宅地の一角にある、民家風の平屋建ての事業所である。共有スペースの居心地の好さが、個室にこもらず常に仲間が居るといった安心感を与えていると感じる。居室は、好みでそれぞれのお人柄が窺えるように作られているが、常に開放されており、自由に入出りでき、事業所自体が大きな家族が住む家のようなものである。一日の生活について、特に定められたスケジュールは無く、季節、天候、地域の行事などに対応した生活時間に、適宜のレクリエーション、敷地内での園芸作業など、利用者の意向に沿いながら生活している。居間の掃除や、食事の準備、後片付けなどにも利用者はできる範囲で参加しており、家庭での生活に近い形となっている。

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 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している (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票

[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	職員の考えたホームの理念に基づきケアを行っている。	利用者を中心に「つぶやく会」を開催し、利用者の思いを書き出した。その思いに沿って職員で話し合いを行い、「明るく活気ある笑顔のホーム」で、「利用者が好きな時に好きなことがスタッフケアの下でできる」ホームでありたい等と、6項目定めた。	
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	祭りなどの地域行事に参加している。自治会の地域防災組織検討委員会に毎月参加している。	ホームは川前地区にあり、自治会に加入している。近くの公園で行われる夏祭りに参加している。地域防災組織検討委員会にも参加しており、本年10月頃に防災組織が立ち上げられる予定である。また、利用者、ボランティア等の活動に対して地域振興券(地域通貨)を発行し、近くのコンビニなどで使用できる仕組みを整えている。	
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	自主防災組織に協働し、当施設を災害弱者を受け入れる避難所にするため自治会と検討中である。定期的に自治会回覧に事業所の活動を掲載していただいている。		
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践、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	消防署や警察署の方へ出席していただき、様々な意見交換し、助言、指導を受けサービスの向上、安全対策に活かしている。	消防署・警察署の方へ年1回出席して頂いており、防災訓練や非難訓練等、年2回指導をいただいている。	
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取り組んでいる	地域ケア会議、介護相談員、運営推進会議により、担当者と協力委関係を築くよう取り組んでいる。	2か月に1度、運営推進会議に地域包括支援センターから出席しており、広報紙「まごのてニュース」を提供して当事業所の情報を共有し、双方の情報共有を図っている。また、毎月の地域ケア会議、2か月に1度、介護相談員の来所がある。	
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	夜間は防犯上の都合で玄関に施錠を行っている。日中施錠はかけない又身体拘束をしないケアを行っている。	「身体拘束廃止推進者養成研修」を受講した職員を中心に研修結果を職員会議で伝達し、指針を作成した。ベッドの柵、車椅子のベルトなどは行っていない。	
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	身体拘束廃止推進者養成研修を受講し、事例研究にて理解することで職員の意識も高まった。		

岩手県 認知症対応型共同生活介護 ケアホームまごのて

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	職員に関しては学ぶ機会が少なく今後の課題と思われる。利用者個々の必要性に合わせ関係機関に相談している。		
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	契約時の説明又契約後に出された不安や疑問点について説明し理解・納得を図っている。		
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	要望しやすい雰囲気づくり又意見箱設置により機会を設けている。	居室担当者が毎月、健康、生活、サービス内容、連絡事項を記載した「まごのてレター」（月1回）で家族へ利用者の状況報告と連絡をしている。薬の変動・必要な物・食べたいもの等記入してお知らせすれば家族からも利用者や職員に反応がある。また、運営推進会議には、家族全員に出席の案内を出し、通常は、2～3家族が出席している。	
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	定期的に職員会議を行い、業務に反映させている。必要に応じては、臨時に行う。	月1回のミーティングやカンファレンス会議で話し合っている。怪我、転倒等があった時は随時開催する。カンファレンスやケアマネの報告なども併せて行われる。会議では業務全般について幅広い内容が取り上げられ、日々の業務改善にも活かされている。	
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	環境や条件の整備に努めているが、向上心は職員個人によって差がある。		
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	研修やセミナーへの参加を奨励、新人研修・法人内の研修を実施するなどしている。		
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	グループホーム協会の会員となっているため定期的な勉強会、情報交換を行っている。		

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
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	適切なコミュニケーションや傾聴にて、情報収集し信頼関係づくりに努めている。		
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	本人と家族のニーズを見極めケアプランに反映させるよう努めている。		
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	生活の主は利用者であるため、一方的な介護にならないようサポートしながら一緒に行い、コミュニケーションを図っている。		
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	共に支えあう、生きるということを基盤とした介護を行い、傾聴や観察や個々にあった声掛けにて信頼関係に努めている。		
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	体調管理、リスクマネジメント対策等、細かい部分にも家族の意見や同意を得ながら、ケアの情報を共有している。		
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	家族と連絡をとり支援に努めている。職員と新しく馴染みの関係になるよう努めている。	家族と連絡して、お墓参りや帰宅をしている。友人・知人が2・3か月に1回程度来て下さる方がいる。手紙のやり取りをなさって、喜んでいる方もいる。家族と馴染みの美容院へ行かれる方もいる。	
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	レクや行事を通じて、利用者同士の交流に努めている。意思疎通が困難な利用者は職員が間に入り配慮し、スキンシップ等でコミュニケーションをとっている。		

岩手県 認知症対応型共同生活介護 ケアホームまごのて

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	本人や家族からの要望や必要に応じて相談や支援に努めている。		
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	利用者と家族からの希望・意向を把握。検討しケアプランに反映させている。	毎日の介護の中で利用者の希望、意向などを把握するとともに、ケース記録などを通じて職員が認識を共有できるようにしている。カードックス(介護記録)は家族の方も見るので、用語に配慮しながら記入している。又、丁寧に記入するよう心がけている。	
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	個々の生活歴や性格、環境に応じその人らしく生活できるよう、それぞれのペースに合わせたケアに努めている。		
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	定期的なアセスメントを行い、利用者の特性を理解し、できることを見つけ本人の望む生活ができるよう努めている。		
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	定期的なモニタリング、サービス担当者会議を行い現状に即したケアプランを作成している。	部屋担当制(1年交代)を敷いており、月1回サービス担当者会議にかけ、3ヶ月に1回モニタリング会議に計る。急なことがあれば随時会議に計る。本人、家族、関係者からの意見も聞きながら、長期目標、短期目標などを含めケアプランを作成している。	
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	個別記録や申し送りにより情報を共有し、介護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	本人や家族の状況やニーズに対応し、柔軟に支援できるよう取り組んでいる。		

岩手県 認知症対応型共同生活介護 ケアホームまごのて

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	地域の行事に参加。近隣にて習い事をする、散歩しながら買い物など安心して地域で暮らせ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	主治医と相談し連携をとりながら支援している。必要に応じては電話で相談し指示を仰いでいる。	かかりつけ医の継続が3人、協力医の受診が4人いる。往診が2人おり、歯科医受診等、スタッフが受診を応援している。	
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	看護師を配置することにより、医療連携がスムーズになった。終末期ケアを希望している家族からは安心という言葉を受けた。		
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。	受診、入退院時に情報交換に努めているがさらに深い関係づくりが必要である。		
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、事業所の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	家族の意向を聞き主治医を相談しながら家族と情報を共有して支援していき、その都度話し合い支援に取り組んでいる。	入居の際に家族からの希望が多い。昨年、通院されていた方が往診となり、その後、家族がターミナルケアを希望されて医師、家族の協力を得ながら看取りを経験した。その後「看取りケアマニュアル」を作成した。	
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	応急手当や初期対応の知識はあると思われるがマニュアルを作成している。実践力向上の取り組みとして、救命講習を受けた。		
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	施設内の避難訓練を実施している。又マニュアルも作成している。訓練の反省点は職員で話し合い改善に向けて取り組んでいる。自主防災組織にて協力体制を築いている。	地区の自主防災組織に加入しており、昨年は夕食後に夜間訓練を実施した。又、マニュアルを自主防災組織が作成する予定である。	

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
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	人権を尊重し、人生の先輩という意識を持ち対応している。	県の認知症介護実践者研修に参加中に、自施設での実習として、この項目についてまごのて全体で取り組み、レポート提出して理解を深めた。また、法人内の事例研究的研修や、グループホーム協会の研修なども受講して人権を尊重する意識に留意している。	
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	本人の思いや希望を聞き、自己決定できるよう働きかけている。		
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	本人のペースに合わせて細やかなプログラムは組まずに支援している。		
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	個々の希望に沿った支援ができるよう努めている。		
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	食事を共にすることは難しいが能力に応じ、準備・片付けを毎日一緒に行っている。	献立は、その日の担当者が在庫を確認し、買出ししながら検討している。また、その時々の利用者の希望や、季節の食材などを勘案しながら調理している。テーブルのスペースや食事介助の必要性などから、全職員が利用者と食事を共にすることは難しい。少々ご飯中心の感が見受けられる。	献立は食事を楽しむ機会である。利用者の方々は米が主食の方が多いかと思うが、蕎麦やうどんも好まれる世代でもあるとおもう。週に1、2度程度、献立に変化を設けることを検討されることに期待したい。
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	食事や水分量を確保できるよう利用者の嗜好にあわせる。自ら手がつけられるよう彩の工夫に努めている。		
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	個々に応じた支援をしている。		

岩手県 認知症対応型共同生活介護 ケアホームまごのて

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	細やかな排泄記録によりサイクルを把握。自立に向けた支援に努めている。	利用者ほとんどリハビリパンツ使用しているが、全員トイレを使用している。介助で1対1の会話ができるので、コミュニケーションが取れる機会だと思っている。自立支援により、介護度3から介護度1に改善した例がある。	
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	個々に合わせて下剤の調整、飲食物で予防に取り組んでいる。		
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	入浴日や時間帯を決めているが希望時間に入れるよう支援に努めている。	原則として火、木、土、日曜日のうち、週2回入浴する。午前、午後の時間帯を決めているが、午前9時30分から、午前中にほとんどの方が入られる状況である。夜間希望者はいない。	
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	個々の生活習慣により休息したり安心して眠れ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	主治医と相談し服薬支援ができるよう常に変化の様子観察、記録に努めている。		
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	趣味や気分転換、役割などケアプランに組み入れて支援している。		
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	希望があった場合沿えるようにしている。ケアプランに組み入れ外出支援を行っている。	利用者の思いのままに、日常的に事業所の周囲を歩いたり、近くのコンビニへ買い物に行ったりという形で散歩をしている。そのほか、温泉旅行、お祭り、チャグチャグ馬っこ、花見、神社へ初詣など、行事や季節に応じて外出を楽しんでいる。	

岩手県 認知症対応型共同生活介護 ケアホームまごのて

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	個々の能力に応じ、現金を所持したり使えるよう支援している。		
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	自力で電話できる利用者に必要な応じ、出来ない利用者に対し取次を行っている。		
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	毎日掃除を行い、不快感を与えないよう取り組み季節などの花を置き季節感の演出に工夫している。	毎日の掃除は、利用者も一緒に掃く、拭く、の作業を行う。ゴミ箱も、気がついた利用者がゴミを捨てるなど、清潔を心がけている。利用者の自発性を尊重した日常があり、共有空間の居心地の良さに繋がっている。	
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	通路にベンチを設置するなど工夫している。談話したり、一緒にテレビを見る場所を確保している。		
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	馴染みのある品や家具を使用させていただくことで、対応している。花や写真など個々の好みで飾っている。	居室は個人の趣味や思い出に繋がる写真や絵が飾られ、その人らしい生活空間がある。床はフローリング張りで、ベッドを持ちこむ人が多い。また、畳を入れたり、なじみのタンスなどの家具を置いている。共用の居間で過ごす時間が長く、居室のドアは開放されている。	
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」「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	一人一人のアセスメントを行っていくことは行っていたり自立した生活が行えるよう対応している。		