

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	0272300831		
法人名	医療法人みらい会		
事業所名	グループホームなごみ		
所在地	青森県平川市柏木町藤山30-35		
自己評価作成日	令和6年7月29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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	令和6年10月23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>平川市ねぶた祭りや保育園児達の行事を見学する等、地域住民との交流を図っている。</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>ホームでは地域行事に積極的に参加したり、日頃から地域の社会資源を活用し、地域住民との交流に努めている他、施設は福祉避難所にもなっており、地域密着型サービスの役割を十分に発揮している。 また、母体法人が病院であることから、利用者の重度化や終末期に対応することが可能な体制を整え、医療が必要になっても、利用者が安心して暮らすことができる環境となっている。</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りや深まりがあり、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	誰もが安心して地域と共に暮らせることを理念の中心に置き、作成している。会議や申し送りの中で、職員へ理念の周知徹底を図る他、見やすい所へ掲示し、いつでも見ることができるようにしている。	「明るく楽しく和やかに地域と暮らせるマイホーム」を理念とし、玄関等に提示している。また、毎日の申し送りや職員会議の際、不意に職員に確認する等、日頃から理念の共有化を図り、日々のサービスに反映できるように取り組んでいる。	
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	市のねぶたや保育園の行事を見学したり、また、市の図書館より選書をして本を借りる等、地域住民との交流を図っている。	ホームでは地域との繋がりを大切に考えており、日頃から市の図書館を利用したり、地域の保育園との交流を行っている。また、近隣を散歩することで、地域住民と気軽に挨拶を交わし、交流をしている。	
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	買い物の他、市の図書館へ行って選書や配本サービスを活用したり、月1回、近所の床屋さんへ依頼して出張散髪に来てもらう等、地域住民との交流や認知症高齢者の理解を深めている。	/	/
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	令和6年4月より対面式での開催となり、当施設では5月より、施設にて通常の運営推進会議の開催となった。そこでの意見はサービスの向上に繋げるよう、活用している。	2ヶ月に1回の運営推進会議を開催し、利用者やホームの運営状況を報告している。また、メンバー全員に問いかける等、意見を出しやすいようにしており、会議で出された意見は、今後のサービス向上に役立てるように取り組んでいる。	
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	運営推進会議に参加して意見交換をしたり、毎月の施設新聞を郵送し、活動状況を報告している。	行政職員が運営推進会議のメンバーとなっており、日頃からホームの状況を理解していただいている他、ホーム便りや外部評価結果等も提出している。また、各種報告書や施設の指定更新書類の作成について相談する等、日頃から行政と連絡を取り合い、連携を図っている。	

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
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	施設内研修で身体拘束廃止を理解してもらい、行動制限や身体拘束に代わる介護方法を考えて実施している。	マニュアルや指針、やむを得ず身体拘束を行う場合の同意書等を整備している。また、委員会や勉強会も定期的で開催し、職員は身体拘束の内容やその弊害について理解を深めており、身体拘束は行わない方針で日々のケアを提供している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	施設内研修で高齢者虐待防止法について学び、理解を深めている。		
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	施設内研修で、成年後見制度や日常生活自立支援事業所について理解を深めている。		
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	入居時に家族に説明をして、十分に理解し、納得を得た上で契約をしている。また、入居後の疑問や不安がある場合は、電話や面会時に話を聞き、納得してもらっている。		
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並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	入居者や家族からの相談には、管理者が対応し、内容は職員へ報告している。内容によってはミーティングを行い、対応策を検討している。	日常生活の会話の中で、利用者の意見等を把握できるように努めている。利用者の暮らしぶりや健康状態、受診報告等は介護記録として毎月の家族に送付しており、意見等を出しやすいようにしている。また、重要事項説明書にホーム内外の相談・苦情受付窓口を明記し、入居時に説明している。	
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	申し送りや普段から、職員からの意見があれば話を聞き、解決に向けて話し合いをしている。	毎日の申し送りや月1回の職員会議等、ホームの運営に関する事や業務の改善策等について、職員が意見等を出せる機会を設けており、職員から出された意見等は、できる限り反映させるように努めている。	

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
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	当施設では資格取得のために普段から声かけを実施し、資格取得後は法人本部へ報告して、給与に反映してもらっている。また、独自にリフレッシュ休暇を設定し、働きやすい環境を目指している。		
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	必要な研修には参加してもらい、現場で実践できるように援助している。		
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	以前は施設見学があったが、現在はケアマネジャーが訪問するのみである。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居契約時に、必ず家族に施設見学を勧めている。その際、心身の状況や不安、思う事を聞き、少しでも入居に対する不安を払拭できるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居契約時に、必ず家族に施設見学を勧めている。その際、心身の状況や不安、思う事を聞き、少しでも入居に対する不安を払拭できるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居相談時に、入居者や家族の意向を確認し、できるだけ本人に合ったサービスを提供するように心がけている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居年数が長期になるにつれ、介助量が増加し、心身状態に変化が見られる。その状態に合わせて、他の入居者と今まで通りの生活ができる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
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置かず、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	日頃の入居者の状況を面会時に報告し、緊急時は電話連絡をしている。また、月初めに介護状況報告書を各家族へ郵送し、生活状況を報告している。		
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	できるだけ、かかりつけ医への通院や近隣への買い物をしたり、行事で暑中見舞いや年賀状を作成し、家族へ出している。	ホームでは面会制限は行っておらず、利用者がこれまで関わってきた人との関係を継続できるようにしている。また、馴染みのスーパー等へ買い物に出かけたり、家族の協力を得て、外出や外泊ができるように支援している。	
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	職員は入居者同士の関係を把握し、トラブルを未然に防ぐように努めている。また、入居者同士で交流が図られるように支援している。		
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	通所介護利用者がグループホームへ入居した場合等、友人関係が切れないよう、面会をしている。		
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	できるだけ入居者一人ひとりの習慣を崩すことがないよう、職員間で情報を共有し、連絡を密にしている。	職員は日々の関わりの中で利用者に寄り添い、利用者の視点に立って、思いや希望、意向を把握するように努めている。また、家族からも情報収集し、より良いケアに向けて反映できるように取り組んでいる。	
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、家族より生活歴を聞き、その情報を基に介護計画を立てている。また、入居後も家族より情報収集し、把握している。		
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	入居者の状態変化を捉えるよう、日頃から観察している。状態変化があった時は、協力医療機関と情報共有をしたり、職員間で連絡を密にしている。		

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
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	事前に家族より聞き取りし、意見や要望を把握するようにしている。状態変化時にも介護計画の見直しをしている。	利用者や家族の意見、職員の気づき等について担当者会議で話し合い、個別で具体的な介護計画を作成している。また、実施期間を明示し、期間終了時にはモニタリングを行って見直し、現状に即した介護計画を作成している。	
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	気がついた事やケア時の様子をカルテに記入するようにし、職員間で情報共有できるようにしている。		
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	その時の状況を考慮し、できるだけ家族や入居者の要望に応えられるよう、柔軟に対応している。		
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	2ヶ月毎に市の図書館へ行き、選書、配本サービスを利用している。		
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	家族から本人のかかりつけ医を聞き、継続できるように支援している。	利用者や家族の希望する医療機関を受診できるようにしており、希望があれば、協力医療機関の往診を受けることも可能な体制である。また、利用者の体調不良時や急変時は、かかりつけ医からの指示にて対応している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	協力医療機関の看護師が、介護からの相談を受け付けている。主治医や担当看護師は認知症を理解しており、受診時や往診時に協力してもらっている。		
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、また、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。	入居者が安心して入院できるように情報提供し、退院間近には担当者会議に参加して、退院後のサービス提供がスムーズに進むようにしている。		

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
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、事業所ですることが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	入居時に家族と、今後予想されるリスクや終末期の対応について話し合い、理解を得ている。また、主治医との話し合いを勧めており、場を設定し、今後の方針について調整している。	指針を作成し、利用者が重度化した場合や終末期の対応について、ホームの方針を入居時に利用者や家族に説明している。また、早期から話し合いを行い、意思統一を図っており、協力医療機関や法人の看護師と連携できる体制を整えている。	
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	緊急時にはマニュアルや緊急連絡網に沿って対応している。		
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	災害時には迅速に避難ができるよう、定期的に訓練をしている。災害時の業務継続計画書も作成し、職員へ周知している。	避難誘導策が作成されている他、いざという時に適切な対応ができるよう、年2回、避難訓練を行っている。また、年1回はデイサービスと合同で訓練を行っており、災害発生時に協力体制を構築している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	入居者の尊厳を尊重し、丁寧な対応を心がけるよう、教育指導している。	個人情報やプライバシー保護に関するマニュアルが作成されている。職員は利用者一人ひとりの人格を尊重し、羞恥心とプライバシーに配慮したサービス提供に努めている。	
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	意思疎通を図ることのできる入居者には意向を確認し、本人に決めてもらっている。意向確認ができない入居者は、家族へ確認を取っている。		
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	入居者一人ひとりの生活習慣をできるだけ守るようにし、また、柔軟に対応するように心がけている。		
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	身だしなみを整えることができる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
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	手伝いができる入居者には手伝ってもらっている。	献立は法人の栄養士が作成しており、利用者の好き嫌いや禁忌食も把握して、その都度、代替品で対応している。また、利用者の状況や意思に応じて、茶碗拭きやテーブル拭きを職員と一緒にやっている他、職員は利用者の摂取状況を見守り、さりげなく食事のサポートを行っている。	
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	毎食事、入居者の食事摂取量をチェックし、把握している。摂取量が低下している場合は原因を探り、補助食品等で栄養を確保できるようにしている。		
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	食後に口腔ケアを実施し、うがいができない入居者には、専用の口腔ケアシートで拭き取りをしている。		
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向けた支援を行っている	排泄チェック表に毎回記入し、排泄状況を把握している。	排泄表にて、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握している。夜間は安眠を考え、交換の回数等が少なく済むように排泄用品を選定する等、利用者の精神的・身体的負担軽減や、排泄の自立に向けて取り組んでいる。	
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	内服薬でコントロールをしている他、水分補給を強化したり、普段より乳酸菌の摂取を心がけている。		
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、個々に応じた支援をしている	入居者の入浴日は決めている。また、入居者の状態に合わせて行っている。	利用者の入浴の時間や順番、こだわり等を把握し、一人ひとりに合わせた個別の入浴支援に取り組んでいる。基本的に週2回は入浴できるようにしているが、利用者の意向により、週4回入浴している方もいる。	
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、運動を取り入れたり、見守りセンサーを導入し、巡回の度に居室に入ることでの睡眠の妨げになることを防ぐようにしている。		

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
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	主治医の指示や薬剤情報をもらい、薬の目的や用法、用量の把握に努めている。		
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	日中の掃除や趣味活動(絵を書く、観葉植物等)を継続できるように支援している。		
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。また、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	外出行事の他、散策等、自由に出かけている。家族の要望にも柔軟に対応している。	外出先には利用者の希望も取り入れながら、季節に合わせ、月1回、外出行事を行っている。また、天気の良い日は散歩をすることを日課とし、戸外に出る機会を日常的に設け、利用者の気分転換を図っている。	
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	お小遣い程度は自分で持っている。その他、金庫でもお小遣いを管理している。		
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	希望時には、電話をかけられるように支援している。		
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	共有スペースはできるだけ不快感を与えないよう、飾り付けや家具の配置に配慮している。	利用者はソファに座ってテレビを見たり、テーブルを囲んで会話する等、ゆっくりと穏やかに過ごしている。また、ホーム内は日差しや照明により適切な明るさで、温度や湿度も管理されている他、季節が感じられる飾り付けも行われている。	
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	リビングには入居者が自由に使えるテーブルや椅子、ソファを設置し、ゆったりと過ごせるようにしている。		

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
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	入居時や入居後に慣れ親しんだ物を持って来てもらうよう、家族へ依頼し、可能な限り自分の部屋になるように工夫している。	居室にはできる限り馴染みの物や愛用品を持ち込んでいただき、その人らしい居室となるように支援している。	
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」や「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	入居者の状態に合わせて、環境整備や支援をしている。		