

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	住み慣れた地域での安心した生活・馴染みの場所・馴染みの人との関係性の支援を理念に揚げ、毎朝唱和し、確認し意識し援助にあたっている。	グループホームあかさきの方針があり事務所内に掲示してある。部署会、職員会議で法人の理念を元に振り返りをしている。事例検討を元に理念に振り返り支援をしている。	
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	地域の催し(商工会行事・小学校の生活発表会・中学校運動会)に参加。地元の商店への買い物に行き、馴染みの方との交流を図る。夏休みの体験学習の受け入れ。	商工会イベント・小学校の生活発表会・中学校運動会に参加している。利用者の親戚の方が野菜を持って来られたり、友達の面会があり、馴染みの付き合いが継続している。秋祭りにはボランティアの方が歌や踊りを披露される。併設のデイサービスでボランティアの方の歌や踊りがある時は参加させてもらう。小・中・高の夏休みの体験学習も受け入れられている。	
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	実施せず		
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ヶ月に1度開催している。利用者の健康面・専門職との連携・外出支援・家族アンケート・防災訓練・研修・事故報告等を報告し、各委員より意見・要望を頂き、援助に反映する様にしている。	2ヶ月に1度開催されている。入所者代表、家族代表、町福祉課、地区代表等参加され利用者の状況、研修、外出支援専門職との連携等の報告をしている。意見や要望を会議後サービス向上に活かしている。	
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	運営推進会議の委員として参加して頂き、助言を頂くとともに、町内の情勢を提供して頂いている。秋祭りの案内を行い、交流を図っている。町内のGH会に参加している。	運営推進会議に参加頂いている。加算等報酬改定の相談もしている。また、ヒヤリハット、事故についての検討や対応などについて助言も頂かれている。町内のグループホームの会も出来、今後が楽しみである。	
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	月に1度、身体拘束廃止検討委員会に参加。自らの援助を振り返り、気づきを報告している。他部署からの助言・事例報告を受け、援助に活かしている。事業所内での研修を実施。言葉の拘束を意識し、事例検討を行っている。	月に1回法人の身体拘束廃止検討委員会に参加。ホームで伝達講習、事例検討を行い職員は言葉の拘束を含めた身体拘束をしないケアに取り組んでいる。老人車使用の方には玄関から出られるようなときを考え老人車に鈴を付け見守り、気配りをしている。	

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
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	事業所内での研修を実施。認知症介護研究・研修センターの『施設における高齢者虐待防止学習テキスト』を使用。		
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	事業所内での研修を実施。面会者・家族にも活用して頂けるよう、玄関にパンフレットを置いている。		
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	4月の利用料の改訂に伴い、資料を作成し、個別に説明を行った。利用料・援助に対する、心配事・不明点を伺いながら、理解し納得して契約をして頂いている。今年度、新規の利用者なし。		
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	”ひまわり会”を毎月1回開催し、利用者の意見・要望を伺っている。家族の面会時には、日常生活の様子を報告すると共に、意見・要望を伺っている。アンケートを実施し、運営に反映させている。意見箱・ノートを玄関に設置。	利用者が司会をするひまわりの会が月1回開催される。生活、食事、希望について話し合われ日々の生活の支援に活かされている。家族は月に1回ほど面会があり意見要望を聞き介護計画にも反映することができている。	名札は付けられないので、玄関等に職員の写真を掲示して家族、他の関係者に職員配置を知ってもらうことも良いかもしれません。
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	毎朝の朝礼・毎月の部署会・日常業務内で気付きや意見を発する場がある。施設長・係長による、個別面談を年2回行い、意見・要望を聴く機会としている。	自己評価は職員ひとり一人が考えリーダーが取りまとめ振り帰りができた。毎朝の朝礼・毎月の部署会・業務内で話し合い個人目標についても振り返りケアに繋げている。個別面談が年2回あり意見・要望が言える。ケア、業務、環境なども話せる環境が整えられている。	
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	平期毎の、職員個々の目標を設定し、成果と課題を明確にし、上司によるOJTに活かしている。年1度、人事考課を活用した評価(本人・上司)を行い、給与への反映を行う事で、努力・実績を認めている。業務内の役割分担をし、やりがいへ繋げている。		
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	苑内研修(月1回)・外部研修への参加・職員間での伝達研修等により、職員の育成に努めている。		
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	県グループホーム協会に加入している。相互研修を通じて、事業所のサービスを振り返り、質の向上へ繋げている。町内の他事業所との意見交換会に参加。法人内でのグループホームとも情報交換を行っている。ケアマネ勉強会に参加している。		

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
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	事前面談で本人に会い、生活状況を把握している。また、本人の何気ない言動を拾い、口頭・記録により職員間で情報提供し合い、共通認識の下援助にあたっている。		
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	家族の不安・困り事を伺い、具体的な対応を提示する事で、不安の解消に努めている。性格・生活歴・サービス利用状況・要望を伺い、援助に繋げている。面会時には、ホームでの様子を伝えている。		
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	家族・本人の思い・実情(人間関係等)を確認しニーズを抽出し、援助に繋げている。他事業所からの意見も聞き、優先順位を見極めている。		
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	季節の行事(干し柿・もちつき等)を共に行う事で、知恵を教えてもらう機会になっている。家事(茶碗拭き・洗濯物・調理)を通し、出来る・役割を持つ喜びに繋げている。また、様々な場面を通して、個々の性格に合わせた役割の提供を行う。		
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	ホームでの言動・出来事を伝えたり、家族よりの情報提供・日用品の補充をして頂く事で、協同としての関係作りに努めている。外食・衣替えも家族との協力により行った。毎月、手紙や写真で近況を伝えている。		
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	行きつけの美容院での散髪の継続。地元の商店・移動販売へ買い物に出掛け、馴染みの方との関わりの継続。実家・故郷への外出支援。知人へ、ホームへの訪問を案内し、面会して頂いた。	行きつけの美容院の利用が2名あり馴染みの継続ができています。自宅の庭に職員と花を取りに行く。自宅を見に戻ったり、自宅の近所をドライブするなど場所の関係が途切れない支援が行われている。地元の商店に出かけたり、鮮魚店、パン、食品など移動販売がホームに連れて利用したりと、馴染みの関係との継続に繋がっています。	
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	利用者同士の関係性について職員間での情報共有に努めている。認知度・ADLの差に合わせ、援助を行っている。挨拶・会話の橋渡しを行う事で、利用者同士の人間関係作りに努めている。また、共に家事を行う事で、協同生活の実感を提供。		
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	退所した家族の方の訪問あり。外出先に出会った際には、声を掛け近況を伺った。		

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
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	家族面会時に、生活歴の聞きとり。ひまわり会・カンファレンス時に本人の要望の確認。生活の中で、選択の機会を設け、趣味・嗜好の発見に努める。関わり時には、ゆっくりと丁寧に対応している。	家族の面会時に生活歴、思い、意向などを聞くようにされている。ひまわり会、カンファレンス、日々の会話や表情等で思い、意向の把握をされている。困難な方には表情、会話の中から汲み取っている。	
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	入所時・面会時に情報収集を行う。また、地域行事・買い物を通じて、知人からも情報を頂いている。言動の観察を行い、次の楽しみへと繋げている。		
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	生活チェック表・個別ADL表を活用し、利用者の心身状態・生活リズムの把握を行い、状況に合わせた援助を行っている。観察点は、伝達・記録により情報の共有をし、統一した援助を行う。特技を活かした役割を持ってもらっている。		
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	月1回モニタリング・カンファレンス(本人同席)を行い、現状に即した計画作成。言葉のみでなく、表情・仕草からも、情報を収集している。作成後には、家族へ説明・同意を得ている。同時に要望の確認も行っている。	月1回モニタリング・カンファレンスを行い利用者も参加され意向、希望に沿った介護計画を作成。家族に説明、同意されている。モニタリング、評価は月1回行なわれている。介護計画に沿った記録も確認できた。	
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	生活チェック表・実施結果表を使用し、生活状況・援助の実施結果を記録。個人記録へは、生活の様子を本人の言動と共に、気づきを記録。個別ADL一覧表を作成し、身体状況の把握を行う。上記の記録を基に、計画の見直しを行う。		
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	医療機関・家族・専門職(リハビリ・皮膚科・精神科)との連携を取りながら健康管理に努めている。定期受診・日々の買い物だけでなく、利用者の希望を汲み取りながら外出を行っている。		

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
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	小・中学校の運動会・学習発表会に参加。商工会主催の催しに参加し、地域の商店・子供と触れ合う。馴染みの鮮魚店・美容室の利用。防災訓練に消防署の立会・助言あり。		
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	本人の希望するかかりつけ医になっている。往診・受診時の付き添いを行っている。その他、症状に合わせ、皮膚科・各リハビリ・歯科・眼科と連携している。緊急時、24時間対応の訪問看護・主治医への報告を行う。日々の様子を報告し、適切な診察が行われる様支援している。	希望するかかりつけ医になっている。現在3名の方の受診に職員が同行している。往診、医療の訪問看護を利用されてる。かかりつけ医と事業所は連携を取り適切な支援が行われている。	
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	訪問看護利用時に、日々の生活状況・バイタル値を報告。併設の特養看護師との連携（点滴除去・緊急時の初期対応）を図っている。		
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、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。	入院時には、本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、頻繁に職員が見舞いに行きたい。今年度は、入院者なし。常時、主治医との連携を図っている。		
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	契約時・状態変化時にターミナル時の意向について家族と確認。希望があれば、ホームでの看取りも行う。今年度、ターミナル該当者なし。	重度化や終末期に向けた方針、文章化あり。契約時・状態変化時に説明される。現在ターミナル該当者なし。重度化や終末期について法人で研修がありホームで伝達研修ある。今までに重度化や終末期への対応、ケアを行ってきた、特養経験の職員もいるのでチームで支援に取り組むことはできる。	重度化や終末期に向けた方針、死生観も含めた研修の実施も良いと思います。
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	法人内研修にて、応急手当・搬送方法を学ぶ。骨折・在宅酸素使用者への対応として、統一した援助が行えるよう、機器の取り扱い・介助の方法について学んだ。図表にする事で、より理解度が増した。		
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	地域の消防署の協力を得て、日中・夜間を想定した防災訓練を実施(4回)。スロープの設置を行った。夜勤就業前には、避難経路・防災機器の設置位置を確認し、迅速な対応に繋げる。	地域の消防署1回、日中・夜間を想定した防災訓練を4回実施される。夜間想定は夜勤対応者は全員訓練の経験がある。地域の協力は運営推進会議で避難場所で見守りをしてもらう役割を話されることで理解を得る。災害時は百寿苑から応援がある。備蓄は特養で対応できる。スロープも備えてある。	

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	法人内研修にて、接遇・人格の尊重について学んだ。身体拘束廃止検討委員会での取り組みとしても、意識している。排泄・入浴場面においては、特に意識を高め、羞恥心に配慮した援助を行う。	接遇・人格の尊重について、身体拘束廃止について共に法人研修で習得している。排泄・支援のとき肌をあまり見せない、大声でトイレと言わないなど、尊厳を保ちながらの支援を心掛けておられます。声かけ、会話のときなど否定せず話を良く聞く等配慮した援助を行なっておられます。	
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	おやつ時の好みの飲み物・入浴後の衣類選択・食材・日用品の買い物時等、都度希望を確認しながら行っている。本・広告を活用しながら、楽しみや、好みの把握に努めている。		
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	食事・離床、臥床時間を個々のペースに配慮しながら援助している。援助を行う際には、目的を説明し、個々の能力・意欲を引き出している。希望に応じ、畑・外気浴に出掛けている。		
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	本人の馴染みの美容室で希望に合わせたカットを行っている。好みの洋服・日用品を買いに出掛ける。日々の整容を能力に合わせ見守り・援助を行っている。		
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	ひまわり会や関わりの中で聞いた希望を献立に取り入れている。畑で野菜を育て、収穫し食材として使用している。盛り付け・片付けを共にしている。職員・利用者共に同テーブルで食事を摂り、会話・観察の機会としている。	ひまわり会や日々の会話から希望を聞きながら献立を職員が作成している。食材の皮むき、盛り付け、片付け、おやつ作りなどを職員と共に行なっておられた。職員と一緒に食事を取り会話や世間話をして和やかな食事時間となっている。	
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	法人内研修にて、高齢者の栄養・食事について学ぶ。食事について、法人内のグループホームで検討し、日々の献立・調理に活かしている。食事・水分量の観察を行い、個々の好み・食事摂取状況に応じて、栄養の確保に努めている。かかりつけ医との連携により、点滴の施行。		
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	毎食後の口腔ケアを個々の能力に合わせて行っている。週2回、薬剤による義歯の洗浄を行っている。口腔ケアの研修参加・STへの相談を行う事で、より効果的な方法を学ぶ。		

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	排泄チェック表を活用し、排泄のパターンを把握し、排泄援助の時間・方法を検討している。オムツ使用中の方でもポータブルトイレに案内する事で、排便出来るように取り組んでいる。	排泄チェック表を活用し、個々の排泄支援を行っている。布パンツ、リハビリパンツ・パッドの方はトイレ排泄で習慣が継続できる、ポータブルトイレを利用してのきちんと排便できる支援を行っておられた。	
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	米飯に麦を混ぜ提供している。きのこ・ヨーグルトを食事に取り入れ自然排便を促している。排泄時の、腹部マッサージ・水分摂取を積極的に勧める事で排便を促している。		
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	年中行事に併せ、柚子湯を行った。日々、体調・医療機関への受診等との兼ね合いを見ながら、本人の希望に添い援助を行う。浴槽内の椅子を検討する事で、より安全な入浴の提供。	利用者の体調や医療機関への受診タイミング等にあわせて、様子を見ながら週2~3回午後に入浴が行なわれている。浴槽内で安全に入浴できるよう足台を置くなどの工夫もされている。	
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	個々の休息パターンを把握している。室温・排泄の確認を行いより落ち着いて休息出来るようにする。日中の活動量にも留意し、関わっている。		
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	処方箋を綴り、効能・副作用について確認出来るようにしている。内服の変更・中止等あった場合には、記録綴り・口頭での伝達により、確実に変化の観察が行えるようにする。主治医との連携を図り、個々の嚥下能力に合わせた服薬の支援を行っている。		
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	個々の能力・好み・特技に合わせ、家事・花活け等の役割を持ってもらっている。知人に会いに外出したり、買い物を楽しんでもらっている。畑仕事・餅づくり・金山寺味噌づくり等、昔の生活習慣を活かした支援を行っている。		
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	希望に添い、散歩・買い物・ドライブに出掛けている。家族の付き添いにて、甥と共に夕涼み会に参加したり、デパートへの買い物外出を行った。	希望によりホームの周りの散歩、買い物、ドライブに出かけている。車椅子利用者は必ず職員が付き添う。併設施設のデイサービス、特養へ外出で面会に出かけている。話ができる利用者は家族に電話をかけ関係の継続も行なっている。	

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
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	預かり金の管理は職員が行っているが、レジで支払う際に支払いをして頂く機会を設ける。家族へは、毎月現金出納報告書を作成し、報告している。		
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	本人が電話をかけたい時、家族より贈り物が届いた時等、家族と会話する機会を設ける。手紙を書き、送付した。年賀状が届いた際には、本人に渡し、能力に応じ読み上げの援助を行った。		
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	廊下・ホールにソファを置き、くつろげる空間にしている。季節に応じた花・飾りをしたり、利用者の差う品を掲示している。湿度・室温の定期的なチェック、換気を行い、快適な環境の維持。	居間に雛人形が飾られ、春らしい生花が玄関、居間に生けてあり季節が感じられた。居間では利用者がテーブルを囲み、口腔ケアの体操を兼ね大きな声で歌を歌い楽しく和やかな居場所と感じた。温度管理も適切で過ごしやすい環境となっていた。	
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	廊下・ホールのソファが、一人で過したり、仲の良い方同士会話出来る空間になっている。静かな環境を好まれる方に対しては、食事席も、個別の空間を提供している。		
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	写真・本・花・音楽等、使い慣れた品を配置している。家族面会時に、写真・花の追加して頂いている。	ベッド、筆筒は備え付けである。家族の手作りののれんが居室の入り口にかけてある。写真や使い慣れた品が持ち込まれ、自宅のように居心地良く過ごせるようにされていた。	
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	PT・OTの助言を受けながら、個々に合った福祉用具・自室の環境・リハビリメニューを提供している。自室の表札・目印の設置により、自室が分かり易い工夫をしている。		