

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	4572100586		
法人名	医療法人社団慶城会		
事業所名	グループホーム仰星台東郷		
所在地	宮崎県日向市東郷町山陰丙1507番の2		
自己評価作成日	令和2年11月6日	評価結果市町村受理日	令和3年1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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_pref_search_list_list=true
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	令和2年12月9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)】

自治会に加入しており、地域とのつながりがあります。避難訓練には近隣の方も一緒に参加していただき、台風の避難時にも協力していただいています。毎月の行事計画の中で利用者様同士・職員とのコミュニケーションを図ることで利用者様の希望や思いを受け止め安心して生活が送れるように支援しています。母体が病院であり、連携が取れています。利用者様とご家族のつながりを大切に思い、施設での生活状況をお便りと写真にして報告しています。

【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)】

利用者が生活してきた地域で地域住民とつながりながら暮らせるように支援をしている。また、職員間でしっかり話し合える関係を築き、働きやすい職場づくりに努め、職員間の連携、利用者とのコミュニケーションを大切にしよう取り組んでいる。

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、活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

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	2年に1回理念の見直しを行い、職員で話し合っている。	利用者や地域の実情に合わせるために理念を二年ごとに全職員で見直し、理念を共有し実践に繋げるよう取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入し、毎年地域のお祭りの時に御神輿・舞踊隊の方々が施設に来ていただく。夕涼み会を開催し近隣の方を招待し、利用者・ご家族・職員・理事長・系列のグループホームも参加して地域とのつながりがある。	日頃から地域の自治会活動に参加している。特に、夕涼み会では近隣の住民や系列のグループホームとの交流を深め、地域とつながりながら暮らせるよう支援している。	
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	運営推進会議を開催し、認知症の方の理解や支援方法を取り上げ報告する。委員は地域の方で構成されており、意見等を取り入れている。		
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	家族代表・地域包括支援センターの職員・市の職員・消防団・区長・民生委員で構成しており多方面からの意見を取り入れている。	運営推進会議の出席率を改善するため日程や時間等を検討し有識者の参加を呼びかけたことでそれぞれの専門的なアドバイスをもらえ(消防・介護・行政関係の情報等)それらをサービスの向上に生かすよう取り組んでいる。	
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	介護保険課の担当職員の方に会議に出席して頂いている。施設の取組の報告・相談等を行い書面で報告する時もある。	市介護保険課には日頃から出向している。ケアプラン作成時や運営推進会議では担当者に相談を行っている。また、地域が洪水避難区域指定を受けているため、取組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。	
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「介護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	3か月に1度身体拘束廃止について会議を行い意見交換を行っている。身体拘束廃止の資料と動画を見ながら、職員研修を行った。	3か月に1回身体拘束をしないケアの研修会を実施している。市が配信している拘束に関する動画を教材にして業務の見直しを行い、言葉や行動・薬の弊害について学習し、ケアの実践に取り組んでいる。	
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	研修に出席する。定例会議で報告し職員間で共有する。虐待チェックシートを活用している。		

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	現在、成年後見人制度を利用されている方はいない。職員も学ぶ機会がなく活用できていない状態である。		
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	契約書に基づいて説明し、理解できるように時間をかけて本人・家族の希望や思いを伺い納得した上で同意を得るようにしている。		
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	定期的に担当者会議を行い、利用者・家族の希望や思いを取り入れ日々の生活に反映させている。	家族からは担当者会議、利用者からは日常生活を通して希望や要望を聞き取っている。担当者は毎月モニタリングを行い、管理者は面会や電話で何でも話し合える関係を築くことに努め、それらを運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	定例会議等で職員の意見や提案を聞いている事務長が来て職員と話す機会がある。	代表者と管理者は普段から何でも話し合える環境づくりを心掛けている。母体からは事務長が日頃から気軽に雑談に加わり、職員の意見要望を聞き、運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	処遇改善加算を取り入れ非正規社員を正規社員とし、定年した退職員にも手当・賞与が平等になった。		
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	研修や勉強会の情報を取得し可能な限り職員が参加できるように努め、職員の質の向上を図っている。		
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	毎月管理者会議行い、その都度電話で連絡を取り合っている。		

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	入所前に本人の話を傾聴し生活歴などの情報を収集し、カンファレンスを行って職員同士で情報を共有し支援方法を事前に決めておく。		
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	入所時に家族の意向を聞き本人・家族に対してどのような支援をできるか伝えている。		
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	面談時に本人の心身の状態と思いを受け止め、家族に話を聞いたうえで必要に応じた支援を行っている。		
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	洗濯物たたみや行事食を一緒にする、皆で出来る活動を共にすることで顔なじみとなり関係ができています。		
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	面会時に日頃の様子を伝える。家族の聞くこと、毎月手紙と写真を送付している。外出支援や他科受診の協力がある。		
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、親戚方の面会がある人もいる・居室に馴染みの方の写真を掲示人もいる。外出支援して下さる家族もいる。	親族の訪問は玄関で距離をとり面会するなど工夫して関係継続の支援に努めている。友人関係にはお便りや電話交流で親交を深められるよう支援を行っている。	
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	活動時には全員集まって話・体操・魚釣り・外気浴等その時々工夫して皆できることを行うテレビの側で集まってみたり会話されることもある。		

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
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	病気治療のため方は定期的に面会を行う。他の施設に行かれたは面会や電話で様子を伺う。		
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	一人ひとりの意向を確認し可能な限り意向に沿った支援に努めている本人の話を傾聴し、困難な場合は家族と相談しながら検討している。	暮らし方の希望や意向は本人や家族・友人から聞き取り、本人本位に検討し、意向に沿った支援に取り組んでいる。	
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	入所前の面談時本人からこれまでの暮らしについてきく・家族からも情報収集・施設からの資料などを参考にして職員と情報を共有している。		
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	バイタル測定や体調の確認を行う一人ひとりできることを無理なくして頂く本人の話を傾聴し希望に沿えるように努めている。		
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	定例会議等でアセスメントを含め、意見交換やモニタリングを行い計画の見直しを行う。担当職員が評価表に実践状況を記録している。	本人がよりよく暮らすための課題分析のため担当者会議録、介護記録、受診記録等からアセスメントとモニタリングを行い、現状に即した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	介護記録・日誌・受診記録を活用し、日々の様子を確認しその都度職員間で対処法話し合い実践している。		
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	その時々状況で必要と判断した場合は病院受診、歯科受診を行っている。本人の希望されること今までにないサービスであっても支援の検討を行っている。		

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	自治会に加入し、訓練を含め、台風接近時、災害時に近隣の住民の協力がある。運営推進会議に地域の方が参加され、意見を取り入れながら支援を行っている。		
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	母体が病院であり、かかりつけ医となっている。職員が送迎して、定期受診・臨時受診を行う。他科受診は家族の意向に沿って対応している。必要とされる場合は主治医から本人と家族に説明を行っている。	利用者は母体の病院をかかりつけ医としている。専門医を必要とする場合、利用者家族の意向を尊重し紹介を行っている。緊急事態の場合の対応など適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	看護師が常勤している。日々の心身の状態を相談し、また、母体が病院であるため、いつでも相談ができ受診や往診で対応している。		
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。	入院時に本人の情報提供と家族の意向を伝える。定期的に面会し主治医・相談員・看護師から情報収集し退院に向けて支援を行っている。		
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、事業所ですべての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	入所時に本人と家族の意向を聞き重度化した場合に事業所としてできることの説明を行っている。病院と連携を図りながら支援している。	入居時に重度化や終末期に向けた場合の方針を説明している。本人と家族の意向に沿い、ホームでできること、できないことを説明し、支援している。	
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	AEDの研修に参加する。定例会で急変時について対処法を話し合い一人ひとりも情報提供カードを作成し急変時に備えている。		
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	年2回消防・洪水を想定した訓練を行い、訓練時には消防署・消防団・地域の方の協力がある。	年2回火災・水害を想定した訓練を消防署、消防団、地域住民の参加の下実施している。洪水指定区域でもあり利用者と住民で避難経路の確認を行っている。非常食や避難時の持ち出しセット等を備蓄するなど災害対策に取り組んでいる。	

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
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	言葉のチェック表を活用した勉強会や認知症の人の気持ちDVDや資料を活用し職員の理解を深める。	接遇研修や身体拘束をしない研修での言葉のチェック表を活用し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応の仕方を学習している。職員は特に「認知症の目線で行う対応を心掛けている。	
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	認知症の本人の思い上手く表出できない方もいる。帰宅願望については家族を交えて話し合っている。		
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	基本的な1日の流れはあるがそれぞれ好きな場所や居室で過ごすなど自由にされている。		
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	起床時に着替え・洗顔・整容の支援を行う。外出時には好みの洋服を準備する。散髪は定期的に職員が行う。		
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	誕生日には本人の好きな物を提供する。行事食は餅つき、おはぎ作りなど利用者と共に作っている。季節の食べ物を献立に取り入れている。	必要な食事摂取量を学習し、健康管理に努めている。利用者の身体状況に合わせた食事形態や水分管理を行っているが誕生日は希望献立にしたりおやつ作りや行事食を取り入れるなど、食事が楽しみなものになるよう支援している。	
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	食事摂取量を記録している。その人にあつた食事形態で対応している。1日5回以上水分補給している。体重測定は月1回行っている。必要に応じて栄養補助食品を活用している。		
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	食後に歯磨きの声掛けを行い、その方の能力に応じて介助を行っている。定期的に歯科医に通われる方もいる。		

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	日中はトイレの声掛けを行い、誘導する。ほとんど自立している方が多い。	一人ひとりの排せつ習慣を把握し声掛け誘導を行い、排せつの自立に向けた支援を行っている。日中はほとんどの利用者は自立している。	
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	排泄チェック表で排便間隔を確認し必要に応じて下剤を服用されている方もいる。きな粉牛乳やゼリー・ヨーグルトを提供している。献立に繊維の多いものを取り入れている。		
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	水曜日・日曜日を除いて入浴ができる。本人の意思を確認し、一人ずつゆっくりととそ人のペースで入浴して頂いている。	水・日曜日を除き対応している。入浴を拒む場合は無理強いせず声掛けを工夫している。湯ぶねには身体状況に合わせた椅子を使用したり入浴剤やゆずを浮かべて入浴を楽しむ支援に努めている。	
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	起床・就寝は出来るだけその人に合わせている。眠前薬服用されている方もいる。日中は、居室やソファ等で過ごされている。		
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	受診記録や薬の説明書を確認し服薬介助を行う、個々の入れ物に氏名を貼って本人の名前を確認・呼称し誤薬がないように努める。変化が見られた時は主治医に報告する。		
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	昔の話を聞き生活歴を把握する。トランプ・色紙・塗り絵・洗濯物たたみなどできること、本人のやりたいことをして頂いている。		
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	お正月・お盆に外出や自宅に帰られるもいる。定期的に花見・初詣・七夕祭りなど外出支援を行っている。	天気の良い日は気分転換を図る目的で敷地内を探索している。年間行事予定では四季折々の花見や家族の協力で初詣など外出支援を行っている。	

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
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	現在お金を持っている方はいない。1名だけお金の管理ができる方がいるので実践してみようと考えている。		
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	家族に電話を希望されるときはその都度対応している、携帯電話を持っている方もいる。		
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	季節の飾りを一緒に作りホワイトボードや壁に飾る。花壇に花を植え、外気浴の時に季節を感じてもらう。共用のスペースは湿度・温度に気を付けて空調で管理している。	共用空間は温度・湿度管理し、定期的に消毒を行い利用者の健康管理に努めている。ホールにはソファや移動式テーブルを用意し、自由に過ごせるよう工夫している。	
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	ホールにソファを設置し時代劇や昔懐かしい歌番組を見たり、テレビを見ない方は別のソファで過ごされている、それぞれの居場所づくりができています。		
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	入所時に本人と家族で配置して頂き、本人の希望を取り入れている。	居室は利用者と家族の希望を取り入れ使い慣れた家具や仏壇、小物等を持ち込み、居心地よく過ごせるよう支援している。	
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」「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	居室に移乗バー設置し、安全に移動出来るようにしている。車椅子を自操される方は、歩行器使用をされる方などその人の能力に応じた対応している。		