

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	0270700222		
法人名	医療法人仁泉会		
事業所名	グループホームにこにこプラザみさわ		
所在地	青森県三沢市松園町3丁目2番1号		
自己評価作成日	令和2年9月10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20-30		
訪問調査日	令和2年10月19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)】

理念に掲げている「心のケア」をもとに、利用者様一人ひとり無理のない過ごし方を工夫しながら行っている。声がけを大切にし、心地良い生活環境になるようにしている。地域に根付いたホームとして、地域の協力委員や近隣との協力、共存に努めている。
--

【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)】

商店や公園等が近くにあり、交通の便が良い街中に立地している。地域の小・中・高校の体験学習や専門学生の実習受け入れ、認知症に関する啓蒙活動、米軍基地からのクリスマス訪問等、日頃から地域の一員として交流が図られている。職員間のコミュニケーションを大事にし、悩みや情報を共有することで風通しのよい関係を保っている。介護ロボットを導入しており、利用者の状態把握と職員の介護負担の軽減が図られている。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らせている (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	ホームの理念と月間目標を掲げ、理念に沿った支援を心掛けて実践している。	地域密着型サービスの役割を反映させたホーム独自の理念と月間目標が作成されており、毎日唱和して、理念の意味を理解している。年長者を敬いながら、利用者一人ひとりに合わせた対応を行っている。		
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	町内会に加入している。町内行事として春の清掃活動等に参加している。また、クリスマス時期に家族様による訪問とプレゼントがある。	町内会に加入し、例年夏祭りや秋祭り等の行事に参加している。また、クリスマス時期には、家族のほか米軍基地からのプレゼントや訪問等、地域との交流がある。小・中・高の体験学習や専門学生の実習を受け入れている。		
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	街中に立地しており、買い物時に訪問できると喜ばれている。町内の行事で外出したときは、外部の方々と会話が盛り上がる。			
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	地域運営推進会議で近況や状態報告、支援内容を報告している。また、認知症の援助手腕等で交流が図られている。	町内会長や家族に積極的に関わってもらえるような工夫をして会議の案内状を配布している。会議では、行事や防災訓練、事故報告、職員研修状況、外部評価結果等を報告して意見交換を行っている。当日欠席者には、会議録を送って情報共有を行っている。		
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	ホーム長が窓口となり、包括支援センターや市介護福祉課に相談する等、行政機関との連携を図っている。	運営推進会議には、市職員の参加があり、情報提供やアドバイスを受けている。また、不明な点等があればすぐに電話で質問したり、相談できる体制となっている。		

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
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	身体拘束をしないケアの委員会を設置して、話し合っている。会議内容は全職員と情報交換を行っている。また、介護ロボットを使用して身体拘束をしない工夫をしている。	マニュアルが整備されている。また、職員は身体拘束についての委員会や職場内外の研修会に参加し、身体拘束の内容やその弊害について理解して、ケアを提供している。転倒防止のためのベッド低床化や事務室内のモニターでチェックする等、介護ロボットを使用して身体拘束をしない工夫を行っている。	
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	小さな発赤やうっ血等は写真で保存して、訪問看護師に情報提供している。職員間でコミュニケーションを持ち、一人で抱え込まない環境作りをしている。		
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	権利擁護に関する勉強会を行っている。また、市担当者への相談や助言を受けながら、制度活用に努めている。		
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、利用者様と家族様の希望や不安な点を確認し、説明を行っている。退去時についても関係性を大切にしている。		
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	ご意見箱を設置している。利用者様の意見や施設運営の問い合わせは、会議で報告している。また、家族様からの相談は速やかにお伝えしている。	苦情相談窓口等について、重要事項説明書や運営規程に明記するほか、ホーム内に苦情受付窓口を掲示している。意見や苦情は、職員会議や運営推進会議で話し合い、改善する体制を整えている。ホーム入口に意見箱設置し、面会時には家族から意見要望等を引き出すように働きかけている。	
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	運営会やグループホーム会議、ユニット会議で報告している。意見や対応方法、対策を全職員に周知徹底している。	月1回グループホーム会議やユニット会議を行い、具体的ケースについて各担当職員から出されて意見を検討している。会議終了後は会議録にまとめ、欠席した職員も会議録を確認することができる。	
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	自己目標を設定し、職場環境の働き方改善を有意義に活用している。評価と昇給は個人面談で報告、相談している。		

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
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	職員一人ひとりのレベルと照合して、研修を 受講している。受講後は、伝達講習を行い、 職員のレベルアップに活用している。		
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	外部研修や地域ケア会議に参加して、同業 者との交流を図り、知識向上と利用者様へ のサービスに繋げている。		
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	利用者様と家族様と面談を行い、不安を取り 除けるようにしている。職員間で情報共有 も行っている。		
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	入所後に家族様から相談があった場合は、 迅速に改善できるように努めている。		
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	入居時に不安や悩みを抱えることがないよ うに、相談しやすいように声掛けを行ってい る。情報交換をして改善に努めている。		
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置かず、 暮らしを共にする者同士の関係を築いている	常に利用者様の立場に置き換えて、過ごし やすい環境を整えている。		
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	利用者様や家族様の思いを大切にして、利 用者様の本意に添えるように支援をしている。		

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
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	利用様の友人や知人と関係が途切れないように、面会や外出支援等で交流関係を維持している。	入居時に、担当者がアセスメントシートで一人ひとりの経歴を把握するとともに、家族から聞き取りを行い、馴染みの人や場所の把握をしている。デイサービスを利用している友人との面会やタブレット端末を使用して話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	日頃の様子を観察し、トラブルを防いでいる。利用者様同士、良好な関係を築けるように職員が仲介している。		
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	退居や入院となった場合は、必要に応じて了解を得ながら情報提供を行っている。		
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	理念として掲げているように、一人ひとりの個性を重視した「本人らしい生活」が送れるようにしている。アセスメントの段階から利用者様を主体とした支援を検討している。また、必要に応じて家族様から情報収集を行っている。	入居前にアセスメントで利用者の生活環境や趣味、意向を把握している。定期的に家族からの聞き取りや日々の状況をモニタリングしている。利用者本位の視点に立ち、利用者の思いが叶えられるようにサービス提供に努めている。	
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	入居前から利用者様と家族様から情報をいただき、アセスメントシートを作成している。援助内容や情報を共有できるように更新している。		
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	「本人らしい生活」を重視して残存能力を発揮できるようなケアを行っている。		
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	3ヶ月に1度モニタリングを行い、ケアプランの検討をしている。状態変化に合わせて、ケアプランの見直しもを行っている。	利用者の担当職員を中心に気づきを集め、チームで介護計画作成に反映させている。介護計画は、一人ひとりに合わせ、生きがいや自立が最大限に図られる、きめ細かい内容となっている。	

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
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	計画に沿った実施記録と日々の変化等を詳細に記録している。		
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	利用者様と家族様の状況にあわせた支援やサービスを行っている。外出や通院、外泊、入退所時の送迎等は、家族様と相談して提供している。		
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	ニーズに対応できるように、地域住民やボランティアの受け入れを積極的に行っている。また、必要に応じてホーム以外の介護サービスを受けられるように支援している。		
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、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	入居前からのかかりつけ医師を継続して利用している。家族様に受診対応をお願いしているが、緊急時や日程が合わない場合は、ホームで対応している。	入居前の受療状況を把握しており、受診継続できるように支援している。訪問看護ステーションによる健康管理や協力医療機関との緊急時対応等、24時間体制で連携する体制となっている。	
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	医療連携体制加算Ⅰを算定しているため、訪問看護ステーションと連携して24時間の連絡体制となっており、相談や助言を受けている。		
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。	医師と相談しながら退院時期を決めている。入院中、病院から情報提供を受けており、関係が保たれている。		
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	契約時に「重度化した場合の対応に関する指針」をもとに説明を行っている。また、身体レベルの低下が見られた場合は、都度報告と相談の機会を設けている。	「重度化した場合に係る対応指針」によりホームとしての看取りの方針を明確にしている。状況の変化に応じて、治療を望むか、ホームで終末期を望むか等の方針についての話し合いを行っている。	

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
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	救急時や事故発生時のマニュアルを整備し、可視化している。救急救命講習や訓練、研修を定期的に行っている。		
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	避難訓練マニュアルを整備して、2ヶ月に1度夜間と日中を想定とした避難訓練を行っている。また、設備点検や食材等の備蓄、消費期限の管理を行っている。	避難訓練マニュアルにより、2ヶ月に1回日中と夜間を想定した避難訓練実施している。消防署立ち合いのもと、総合防災訓練を年1回実施している。災害時に備えて、保存食料や飲料水を確保しているほか、発電機を備えている。	
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	利用者様一人ひとりの人格を尊重して、居室に入る際は了解を得ている。トイレ利用については、利用者様に説明しながら支援をしている。	利用者一人ひとりに合わせて、羞恥心やプライバシーに配慮しながら、体調や場面に合わせた支援を行っている。声掛けについて、利用者に届きやすい言い方にする等の工夫をしている。	
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	利用者様が思いを伝えたり、自己決定できるような環境等を作り支援している。		
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	一人ひとりのペースに合わせたケアができるようにゆとりを持って支援している。		
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	好みや希望を尊重したおしゃれができ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	季節の行事や身体状態に合わせた食材や献立で、楽しい食事ができるように工夫している。	季節を意識した行事食や旬の食材を使う等の工夫をしている。残食を記録して、利用者の体調を確認している。配膳の盛り付けや食器片付け、お盆拭き等、利用者の能力に応じた役割を提供している。	

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
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	一人ひとりの摂取量を把握し、必要量が確保できるように支援している。		
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	利用者様に合わせて、義歯洗浄や一部介助、全介助等の支援を行っている。義歯の損傷で口腔内の炎症がないか等を職員で情報共有している。		
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	季節でパッドの使用方法を変えたり、夜間のみおむつを使用する等の取り組みを行っている。	日中はトイレ誘導し、夜間はおむつを使用する等、利用者の残存機能を維持するようにしている。また、家族の金銭的負担も考慮に入れて、できるだけ排泄の自立が維持できるよう取り組んでいる。	
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	食事量と水分摂取量を把握して、自然排便を促すように支援している。		
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ず、個々に応じた支援をしている	入浴を楽しめるような声掛けを行っている。入浴を拒否する場合は、時間や日にちの変更を行っている。	利用者の羞恥心に配慮して同性介助で支援している。車いす使用者にはシャワーチェアを導入している。入浴を拒む場合は、時間や職員を変更する等してアプローチを工夫している。また、音楽を流し、快適に入浴できるように配慮している。	
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	不眠や不穏等で体調が優れないときは、休息を促したり、状態に応じて医療機関に相談している。		
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	誤薬や飲み忘れがないように声出しをしてチェックし、確実に服用されたか見守りを行っている。服薬内容や副作用がないか等の情報共有をしている。		
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	一人ひとりに合った 喜びのある日々を過ごせるように環境作りを工夫して取り組んでいる。		

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
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	天候や体調のほか、利用者様と家族様の希望に配慮して、外出できるように支援している。	日常的な会話などから利用者の希望の把握に努め、過去の行事を参考にしながら、外出行事を企画して、車いす専用車を使用するなど、安全な外出支援に取り組んでいる。	
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	家族様と相談して決めており、自身で金銭を所持している利用者様がいる。面会時に家族様に預かり金の照合をさせていただいている。日常生活自立支援事業を利用して社協で金銭管理している利用者様分は、月毎に確認している。		
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	プライバシーに配慮しながら、電話をする支援をしている。		
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	季節を感じられる装飾になるように工夫している。清潔を保ち、居心地よく過ごせるように環境を整えている。	ホール天井から明るい日差しが差し込み、適切な温度管理がされている。テーブルやソファの他に、小上がりがあり、家庭的で利用者がリラックスできる空間となっている。面会者用に広く明るい談話コーナーが配置されている。	
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	ホールの席交換を時折行い、楽しく過ごせるようにしている。		
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	使い慣れた物や好みの物を使用して、居心地よく過ごせるようにしている。	入居時に、愛用の茶碗や椅子等の馴染みの物を持ってきてもらっているほか、利用者を確認した上で居室内に行事の写真を飾る等、居心地の良い空間作りに取り組んでいる。	
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	一人ひとりのIADLに合わせて、事故がないように安全で安心して生活できる環境作りをしている。		