

### 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	0270101678		
法人名	有限会社すかい		
事業所名	すかいグループホーム		
所在地	〒030-0966 青森市花園2丁目44-7		
自己評価作成日	平成28年9月23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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成28年10月11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>訪問看護ステーション、協力医療機関と連携し、また介護職員にも医療面での知識を深めてもらうことで、医療的ケアにも力を入れています。ターミナル期の方、透析治療中の方も積極的に受け入れています。</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>事業所が市街地にあり、病院やコンビニエンスストアが徒歩でも行ける環境である。立地の利点を生かして、日常的に外出し、利用者の生活を豊かなものにできるよう支援している。法人の理念だけでなく、ユニットの全職員で理念を作り上げ、共有できるよう工夫している。ユニットの理念は2つのユニットそれぞれで作成し、各ユニットの職員が目指すサービスのあり方を検討し、意識づけしている。医療機関・訪問看護と連携し、透析治療中の利用者・終末期の利用者が安心して暮らせるよう支援できる体制を整えている。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活き活きと働いている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業者理念の他に、ユニット独自の理念を作り、共有スペースに大きく掲げ、迷ったときは理念を振り返り、実践場面に活かしている。	地域でそのひとらしく暮らせるよう、ユニット理念を全職員で一緒につくり、共通認識を持つことが出来ている。また、ケアの方針に迷った際は、すぐに立ち返ることが出来るようにユニットの掲示板に掲げている。	
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	利用者と近隣へ散歩や買い物に出かけたり、地域開催の祭り等に参加している。古紙回収等、町内活動にも貢献している。	毎月の町内の古紙回収、ゴミ拾い等に利用者や参加している。街中の事業所という利点を活用し、地元の盆踊りへの参加や、保育園の訪問など、地域とのつながりを継続でき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	定期的に町内会の昼食会や認知症カフェへ参加し、認知症予防についてのお話や体操、ゲームなど行っている。		
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	行事や取り組みなど、ホームの活動を報告し、話し合いを行い、参加者からの多くの意見を頂くことで、サービス向上へとつなげている。	運営推進会議の議事録を全職員が共有し、閲覧できるようにしている。利用者が離脱し、行方不明になった際に地域がどのように協力できるかを会議で検討し、体制を整えている。情報提供だけでなく、双方での意見交換がされている。	
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	運営推進会議に参加して頂き、活動や取り組みの報告を行っている。また、不参加の場合も、議事録を提出している。	主に運営推進会議の場を活用して、市役所担当者と連絡を取り合っている。また、生活保護利用者の暮らしぶりなども、その都度報告して連携されている。	
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	「身体拘束マニュアル」を使い、勉強会を行い、理解を深めている。また、日々職員間で、身体拘束に当たるか否か話し合いながら、ケアに取り組んでいる。	定期的な社内研修を通して学習を深めるほかに、判断に迷った際、その都度確認できる場所に「身体拘束マニュアル」を設置している。研修に参加できなかった職員には後日、研修記録を用い指導している。	
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逃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	「虐待防止マニュアル」を設置し、社内研修や、職員間で勉強会を行い周知を図り、日々話し合い、ケアを行っている。		

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
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	必要時には制度を活用している。また、制度の内容を職員が理解できるよう研修会も行っている。		
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	契約時は、十分に家族の不安や疑問点をたずね、説明を行っている。		
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	利用者や家族からの申し出や意見があれば、要望ノートへ記載し、職員間で話し合い、対応策を回答するとともにケアに活かしている。	利用者とは日々良く会話をし、その中から要望を聞き取り、ケアに活かしている。家族が直接申し出ることができない場合も想定し、要望ノートを設置し、意見等を気軽に伝えられるようにしている。ノート等での意見は、職員間の情報共有とケアの向上に繋げている。	
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	月1回職員会議を開催し、そのなかで各ユニットから出た意見や要望を聴く機会としている。	毎日の申し送りやカンファレンス及び職員会議で職員からの意見を吸い上げる他に、キャリアアップ面接でも職員の要望が経営者に伝わる仕組みを取っている。また日々、気付いたことは気付きシートに記入し、経営者に提出することができ、経営者、管理者とのコミュニケーションが密に行われている。	
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	キャリアパス制度を実施し、職員一人ひとりの実績や資格、また個人の働き方など面接で話をしている。各自が向上心を持って働けるよう職場の環境整備に努めている。		
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	年間で法人内研修を予定している。法人外研修については、希望を聞き添った研修があれば声を掛けている。		
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	外部研修への参加を促進することで、同業者と交流する機会としている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	安心して入居して頂けるように、入居前から担当者が顔を合わせ、聞き取りを行うことで、信頼関係の構築に努めている。		
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	困ったことや不安なことがないか、十分に時間をかけ、聞き取りを行っている。		
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	現在必要なサービスがグループホームであるのかを常に考え、必要であれば、在宅サービスや他の施設の利用を含め助言を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	料理や家庭菜園など、個々の得意なところは職員が教えて頂き、相談しながら取り組んでいる。		
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	家族・ホームでできることを一緒に考え、話し合いながら、課題が解決できるよう支援している。		
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	本人の希望を聞き、電話等の支援を行っている。また年賀状を使い、これまでの関係が継続できるよう支援している。	電話で家族と本人が会話することで、家族との関係性が途切れないように支援している。また、声を発することが出来ない利用者には、職員が代わりに様子を伝える他、手紙や年賀状などの支援も行っている。	
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	気の合う利用者同士が自然と一緒に過ごせるよう、食席や過ごし場所など配慮している。		

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
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	サービス終了後も、必要に応じて関わりや手助けを行っている。		
<b>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</b>					
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	普段の会話のなかから、何をしたいのか、どのように暮らしたのかを理解し、把握するよう努めている。それが困難な場合には、生活歴や性格、家族からの情報を参考にしている。	会話が出来る利用者からは、普段の会話から意向を聞き取る他、入居前にも家族からこれまでの生活歴などを良く聞き取り、ケアプランに反映させている。会話が出来ない利用者からは仕草や表情、生活歴などから読み取り支援している。	
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	情報提供を参考にしつつ、本人・家族と話し合い、情報を得て、それを職員間で共有し、把握に努めている。		
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	それぞれの生活リズムに合わせながら、コミュニケーションを図っている。日誌・記録の他に、会話や表情のなかから、心身状態の把握に努めている。		
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	モニタリング時には、状況把握と職員間で意見を出し合い、ケアプラン作成に反映させている。また事前に本人・家族から要望などの聞き取りを行い、プランに反映させている。	モニタリングには全職員が参加し、各職員の気付きを取り入れる他に、家族、本人の要望も取り入れ、本人の意向に沿ったケアプラン作成を実践している。また、センター方式を使用し、利用者個人の意向を良くアセスメントされている。	
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	個人記録へ記載、その内容を基に職員間で情報を共有しながら、ケアの見直しなどに活用している		
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	ショートステイの受け入れや、家族と一緒に泊まること、食事することなど適宜対応している。		

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
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	身元引受人のいない方には、民生委員・行政機関などにも協力して頂けるよう働きかけを行っている。		
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	利用者・家族が希望する病院を利用できるように往診・通院介助等の支援を行い、その結果も随時家族へ報告している。	入居前からのかかりつけ医への受診を継続できるように支援している。状態が変化し、通院が困難になった場合は、家族と相談し、往診が出来る病院へ切り替えることも提案している。	
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	利用者の体調不良や、気になることがあれば、その都度かかりつけの病院や、訪問看護師に報告・相談している。		
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、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。	入院した際、職員が病院に出向き、情報交換しながら経過観察する方法をとっている。疑問があれば、看護師に相談している。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	今後変化が予想される時点で話し合い、本人と家族が希望するケアを、医療関係者などとチームで取り組んでいる。	毎日の状態観察の中で、食事量の低下や座位姿勢などを良く観察し、変化が予想される時点で主治医、家族と今後のことを相談している。看取りの段階になった際は、家族から希望を聞き、希望があれば看取りケアまで行っている。	
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	定期的に研修を行い、各ユニットにマニュアルを設置している。		
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	年2回避難訓練をや定期的に勉強会を行い、職員に周知を図っている。運営推進会議において、訓練内容を報告している。	年2回消防訓練を行っている。災害対策についてはマニュアルを準備し、全員が周知している。災害時の利用者の避難場所は、運営推進会議の中で地域住民と相談し、決定している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	声掛けは、十分プライバシーに配慮している。記録などの個人情報に関しても、他者の目に触れないように置き場所を配慮している。	新人職員に対して、居室の入り方、声の掛け方、目線など、接遇を重視して指導している。また、若い年齢の利用者には、本人の尊厳を損なわないような声掛けの仕方やプライバシー保護に十分配慮している。	
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	本人の希望で喫煙したり、食べたいものをメニューに取り入れたりしている。また食事・入浴の時間など希望を聞き、それに添えるよう支援している。		
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	一人ひとりの気持ちや今までの習慣も配慮し、食べたい時間、入浴したい時間、過ごしたい場所等その都度確認し、希望に添えるよう支援している		
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	定期的に近隣の床屋さんが来ることになっている。また外出、行事など定期的におしゃれをする機会を設けている。		
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	献立作成時には、利用者の希望を聞き、季節に応じた食材を取り入れている。また、準備や盛り付け、味見等をして頂いている。	食事を利用者の一番の楽しみとして認識し、嗜好調査や、旬の食材を取り入れたりして楽しい食事が出来るように支援している。ユニット毎に献立表を作り、ユニット毎の特色も良く出ている。	
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	透析治療中の方もいるため、希望通りにいかないこともあるが、医療機関と相談しながら、できる限りは好みの物を食べられるよう支援している。		
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	自分でできる方は声掛けと見守りをし、介助が必要な方はお手伝いしている。		

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
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	個々の排泄パターン、習慣、身体状況に応じて対応している。状態変化時には、本人・家族・職員と話し合いのもと柔軟に対応している。	排泄表を使用し、24時間で排泄パターンを把握しケアプランに反映させている。自力排泄が難しい利用者でもトイレで排泄できるように介護用品を活用して支援している。	
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	透析治療中の方は食物でのコントロールが困難なため、下剤の使用や運動などの生活習慣の見直しを行っている。		
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	入浴日は設定しているが、なるべく個々の体調や希望に合わせている。入浴剤を選んで頂いたり、楽しみとなるよう支援している。	受診で外出しなければならない利用者以外は、希望の時間帯に入浴できるように聞き取りしている。また、入浴剤などを使用し、入浴が楽しみになるように支援している。	
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	日中、夜間問わず、個々の習慣や体調・希望に合わせている。		
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	各職員がお薬手帳、服薬表を見て理解している。内容や用法、副作用等、不明な点は看護師・薬剤師へ相談し、指示を仰いでいる。		
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	おやつ等食べたいものの買い物や家庭菜園などの提案をしている。個々の得意なことを活かす場を作るよう行事や日課を考えている。		
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	近隣のストアへの買い物の他、散歩や外出行事(花見やネブタ、紅葉見学など)希望に添うよう支援している。	事業所が市街地にあるという利点を生かして、日常的に散歩や買い物などの支援を実施している。また、墓参りなどの家族の協力が必要な外出も積極的に相談し、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
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、所持できる方はその方に任せ、困難な方はホームで管理している。その際の出入金は、家族に確認しながら行っている。		
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	要望時には電話の橋渡しや、手紙の投函を支援している。また、家族から電話があった際は、本人に取り次いでいる。		
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	温度や湿度のチェックを定期的実施している。また、季節感を取り入れた装飾を利用者と一緒に作成し展示している。	室温や湿度に十分配慮し、職員の体感ではなく利用者目線で温度などを調整している。1日2回、温度・湿度をチェックし、インフルエンザなどの感染症対策も行っている。	
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	利用者の気分に合わせ、自由に行き来できるよう配慮している。一人の空間を好まれる方には、その空間を持てるよう支援している。		
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	入居前から使い慣れた家具等の持込みを支援している。レイアウトも本人や家族に任せている。	今まで自宅で生活してきたような居室を目指し、馴染みの家具を持ち込んでもらうよう家族に協力してもらっている。また、利用者が作成した作品なども居室に飾り、その人らしい居室に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	視点の高さに目印をつけたり、手すりをつけたり、動線に障害物を置かないなど、安全かつ自立した際活の妨げにならないよう配慮している。		