

自己評価および第三者評価結果

グループホームふるさと桜

評価機関:CS神戸

自己 者 第 三	項 目	外部評価	
		自己評価 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	法人理念である「みつめあう目と目、つなぎ合う手と手、ふれあう心と心、人と人との絆を大切に」をもとに、入居者様が地域との関わりを持ち、グループホームでの生活を送ることが出来るように、地域行事や清掃活動、買い物などへの参加を支援しています。	法人理念と事業所基本方針を踏まえて平成30年度事業計画を策定した。7項目の年間目標の中で、「ノー事故を目指す、『どこにも負けない、ふるさとらしいホスピタリティ』を目指す」を重視している。事業計画は職員に配布、説明し、共有化している。
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人として日常的に交流している	地域行事や清掃活動、買い物などへの参加を支援しています。また、地域で活動されているボランティアに協力して頂き、ホーム内での活動をいただいている。運営推進会議を2か月ごとに開催し、地域の代表の方の参加もいただいている。	近隣の二つのふれあいまちづくり協議会と協力関係を保ち、法人が参加する夏祭り、ひな祭り、餅つき大会等の地域行事に職員と共に出かける。塩屋キッズ音楽隊は毎年3回訪ねてくれる。8月の納涼祭には近隣の方々も招待する。近隣清掃活動は継続努力中である。
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	地域ケア会議や運営推進会議において認知症ケアの取り組み内容を報告させていただいている。	
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	2か月ごとに開催しており、運営状況や入居者様の生活状況、地域貢献の報告をするとともに、事故の対策や支援の内容のご意見をいただいた場合は支援の内容に活かすようにしている。	入居者及び家族代表、地域住民代表、地域包括支援センター職員、地域密着型の知見者等をメンバーに隔月に開催している。運営及び入居者の生活状況は、グラフや写真で分かり易く説明している。出された意見、提案には検討経過と結果を報告して理解を得ている。
5	(4) ○市町村との連携 市町村担当者や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	地域ケア会議や運営推進会議において区の担当者やあんしんすこやかセンターの職員と情報交換を行っている。また、垂水区医療介護サポートセンターの委員会へ管理者が参加している。	運営推進会議のメンバーの地域包括支援センター職員とは連絡を取りあっている。垂水区の地域ケア会議、在宅医療介護連携支援センター、社会福祉法人連絡協議会等に参加して垂水区職員や関係者との協力関係を維持できるよう努めている。
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	高齢者虐待の研修の内容に身体拘束の内容が含まれており、職員への周知はしてる。日々の対応の中で身体拘束につながる内容がないか担当職員によりケース会議において振り返りをしている。	虐待防止研修と合わせて法人全体で毎年研修を行う。事業所内においても同様に年2回研修を行う。1回目は、今年度、策定した「身体拘束廃止に関する指針」の共有化を徹底し、2回目は、半数を占める離床センサー付きベットの功罪等を職員間で議論する。
7	(6) ○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	法人全体で年2回高齢者虐待の研修を実施しており、グループホームの会議においてミニ勉強会を開催し、不適切ケアについても話をしている。	法人全体で毎年研修を行っている。事業所内においても年2回研修を行う。今年度は、入居者との接し方、言葉遣い、車いすの利用等において「入居者の思いや意思を否定していないか?」、「ケアの手抜きをしていないか?」等の観点から振り返りを行った。

自己	者 第 三	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	(7)	○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	高齢者虐待の研修の内容に成年後見制度の内容が含まれており、全職員が研修を受講している。	虐待防止等と合せて研修を行っている。成年後見制度等については繰り返し学んでいる。入居者の1人が被成年後見人であり、必要な購入品がある場合には、管理者が後見人とその旨の了解を取っている。実体験により学んだところを職員と共有化している。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、解約時の説明は管理者が行っており、説明の中で不明な点がないか確認しながら進めている。	管理者が入居者及び家族に重要事項説明書の内容を項目ごとに確認しながら丁寧に説明する。中でも、医療受診、入院時の対応と取り扱い、重度化した場合の対応に係る指針等について、出来ること、出来ないことを明確化し、丁寧に説明している。	
10	(9)	○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	家族会や運営推進会議においてご家族様の意見をいただき、その内容は議事録、グループホームの会議において職員へ伝えている。ご意見の内容にそった対応が出来るよう都度検討をしている。	運営推進会議には家族会代表、副代表が参加している。年2回の家族会は、家族から意見等を聴く機会となっている。家族の意見により、毎月の行事予定を配布することにした。連絡を「メールで欲しい」との要望があり、希望者を調査している。	
11	(10)	○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	会議において職員の意見を出してもらえるようにしている。年に2回職員の面談を実施しており、各職員の意見を確認するようにしている。また、日頃よりユニット職員との意見交換を実施している。	毎週の各ユニットのミーティング、毎月のリーダー会議及びグループホーム会議で職員の意見を集約できるようにしている。年2回、管理者が職員の個人面談を行っている。年度事業計画策定時に職員アンケートを取って課題を確認した。	年度事業計画に年間目標を掲げ、これを実践計画に展開して実行しています。これらの目標及び計画は、実情に即して毎年の見直しが必要ですが、現場を直に知る職員の意見や提案が活かされることを期待します。
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	人事考課制度を取り入れており、職員の経験年数だけではなく能力や働く姿勢なども評価基準としている。また、支援内容において、職員からの提案があれば取り入れ、認知症の研修にも希望があれば参加出来るようにしている。		
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	法人内の研修を開催しており、全員が参加できる環境を整えている。また、認知症ケアや認定介護士など外部研修への参加も促している。		
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	法人内の他部署との交流を研修や法人行事において図っている。また、グループホーム連絡会や地域ケア会議などへの参加を管理者へすすめている。		

自己	者三	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	入居の面談時に希望や不安に思っている内容を聞き取り、その情報をもとに、入居後すぐの時期には寄り添った支援を心がけている。		
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	入居の面談時にご家族の希望や不安に思っている内容を聞き取り、入居後もご家族の不安がないかを管理者から確認するようにしている。		
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	入居の相談時に、ご本人、ご家族の状況を確認し、違うサービスが適正と判断した場合は、提案するようにしている。		
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	職員は、介護をする立場で接するのではなく、共に生活を送る立場として寄り添った支援を心がけている。		
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	グループホームの支援を考える場合でも、ご家族の意見を聞き、一緒に考えていくよう取り組んでいる。また、外出や行事などの時には出来る限りの協力を依頼するようにしている。		
20	(11)	○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	以前通われていた教会や良く買い物をしてきた店舗への外出を支援している。	毎週、教会の礼拝に参加してきた入居者の状態が変化したため、継続の方法を関係者と相談している。毎月、地域のボランティアの方々と交流している。季節の地域行事に複数の入居者が職員と出掛けている。法人が行う納涼祭には家族と近隣の方々の参加もある。	
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ユニット内の入居者様が共同で生活を送って頂けるよう、生活の中にそれぞれの役割を提供している。入居者様の人間関係を考慮し、食事の席を検討している。		

自己	者	第三	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	入院や退去になった方も、面会に行かせて頂くようにしている。運営推進会議に以前入居されていた方のご家族も参加していただいている。		
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	(12)		○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	入居面談や支援内容を検討する時には、ご本人ご家族の意向を確認し、支援内容に取り入れるようにしている。また、ご本人の表出が困難な場合は、今までの生活習慣を踏まえ、ご本人の立場になり検討をしている。	訴えのできない入居者ほどしっかりと支えたいと考えている。その方の嗜好や意向などをつかみたい時は、本人の何気ない言葉や動作、表情から思いを汲み取りよう努めている。また、代弁者である家族と一緒に考えてもらったり、生活歴などから推察している。	
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	入居の面談時に今までの生活に関する情報を収集するようにしている。また、入居後も同様に情報収集に努めている。		
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	各担当の職員により、定期的なアセスメントを実施。また、日々の支援においてもご本人の状態に合わせた援助を提供できるよう、状態の把握に努めている。		
26	(13)		○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	介護の担当職員によるアセスメント、モニタリングを実施したのち、介護計画の作成を計画作成担当者により実施。担当者会議においてご家族への説明を行い、意向の確認も同時に行っている。	計画作成担当者は、入居者の状態や要望をアセスメントを通して把握し、職員は目標を共有している。3か月毎にモニタリングを行い、状態の変化に応じて担当者会議を開いて、入居者及び家族、居室担当者等の意見を確認し、集約して介護計画を見直している。	
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	日々の様子をケース記録に記録するとともに、毎週のミーティングや毎月のケース会議において支援内容について話し合う場を作っている。		
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	ご本人、ご家族の希望に対して、個別の対応が出来るように管理者も含めて援助を検討している。今までの方法にとらわれない方法がないか検討も行っている。		

自己	者	第三	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	地域の教会や福祉センター、地域の店舗を活用することで、地域資源との関わりを持った生活支援を提供している。また、地域で活動をしているボランティアにも定期的に協力をしてもらっている。			
30	(14)		○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	ホームへの往診協力をしてもらっている診療所以外にも、もともと主治医であった医院への受診や総合病院への受診支援をしており、必要に応じてご家族の付き添いも協力して頂き、医師からの説明と一緒に聞いていただいている。	協力医院の内科と精神科医師による往診が、それぞれ月2回行われている。入居前からの主治医の受診や眼科・皮膚科などの受診は、家族が付き添うか都合が悪い時には管理者が付き添うこともある。希望すれば歯科医の往診を受けられる。		
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	週2回訪問している、訪問看護師へ入居者様の状態を報告するとともに、体調の変化が見られれば、訪問日でなくても電話での報告相談をしている。			
32	(15)		○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。	入院後は定期的に面会へ行き、ご本人の状態の把握に努め、医師からの説明時には管理者が同席させていただくことで情報の共有に努めている。	緊急時にはすぐに家族に連絡し、救急車に管理者が同乗することもある。入院中は1週間に1回は面会し、容態を確認する。医師から家族への説明には同席させてもらう。退院の際には病院から看護サマリーや診療情報を得ている。		
33	(16)		○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	入居契約時に重度化の指針の説明をし、重度化した場合のホームでの対応について理解して頂けるよう努めている。また、状態の悪化が考えられる場合は、担当者会議や面会時に話し合いをしている。	入居契約の段階で看取り介護は行っていない旨を明確に説明し、納得してもらっている。入居者の容態が重度化し終末期ケアが必要との医師の診断があった場合には、病院の地域連携室等と協力して、入居者の転入先を探し出す協力、支援を行うことにしている。		
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	日頃よりマニュアルに沿った対応を心がけている。また、急変時の心臓マッサージやAEDの操作に関しては定期的な勉強会を設けている。			
35	(17)		○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	年に2回避難訓練を実施しており、地域の方にも参加をいただいている。また、訓練の状況を運営推進会議などで報告している。地域の防災訓練に管理者が参加している。	地域住民の参加を得て、年2回、消防訓練を行っている。避難訓練は、1回は昼間、他は夜間を想定し、車椅子の方を含めて、避難先を隣接の特養として、全員参加で行う。今後は、裏山の土砂災害想定訓練も行う。災害時の水・食料は3日分を備蓄している。		

自己	者	第三	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	(18)		○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	入居者様に対しての言葉遣いに関しては、丁寧語を使用し、尊厳を傷つけないよう対応をしている。	一人ひとりの尊厳を守るため、職員にはいい言葉遣いを求め、入居者の行動とその理由を洞察する力がつく研修をしている。例えば、離れた所からは本人の思いを顧みず「危ないから立たないで」でなく、「どうしました？」と聞くべきだと教えている。	
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	生活の中において、外出やレクリエーションの内容など入居者様の希望をふまえた内容を検討している。		
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し、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	ご本人の生活のスタイルを尊重し、共同生活ではあるが、ご本人のペースで生活を送ることが出来るよう支援を提供している。		
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	普段の服装や髪形など、今までの習慣を尊重できるよう、援助をしている。ご自宅の服を持参して頂くようご家族へも協力を依頼している。		
40	(19)		○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	調理や後片付けなど、入居者様もできる内容に関しては、職員と一緒に実施している。また、鍋などの食事レクを利用し、職員も一緒に食事をする機会を作るようにしている。	ケーキ屋さんやファミレスへのおやつ外食を、今年から週1回に増やした。月1回の昼食外出では、鍋やバーベキューを職員一緒に楽しむ。昼食時等の調理への参加も、包丁が使えなくなった人には鍋の番やお皿洗い等に役割を変えて継続してもらっている。	職員と入居者が一緒に食事する機会は、行事食・外食の時だけとなっています。普段の食事の時にも、可能な範囲で、職員が同じものを、一緒に食事する機会を持つことを検討されてはいかがでしょうか。
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	毎日の食事、水分摂取量を把握している。水分に関しては1日に1500cc摂取して頂けるよう提供をしている。また、昼食、夕食のメニューは管理栄養士に依頼しており、栄養管理に努めている。		
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	毎食後、口腔ケアの機会を持ち、介助の一般的な方に関しては介助を提供している。また、専門的なケアが必要な場合は歯科衛生士に協力して頂き、毎週ケアしてもらっている。		

自己	者 第 三	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	(20)	○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	個別に排泄の有無を確認し、ご本人に合った排泄支援を提供している。できる限り昼夜ともにトイレでの排泄が出来るよう援助をしているが、負担や安全面を考慮し、ポータブルトイレの活用もしている。	排泄自立度の高い人は4人で、殆どの入居者はリハビリを着用しているが、できるだけトイレで排泄が出来るように、様子を見て便意を察し、トイレに誘導している。一人歩行が困難な方には、理解を得てポータブルトイレも活用している。	
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	排便の有無を確認し、定期的に排便があるように支援をしている。水分の摂取量、歩行などの運動量が少なくならないよう、援助をし、定期的に排便があるよう支援をしている。		
45	(21)	○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	3日に1回は入浴して頂けるよう援助をされており、ご本人の希望や皮膚の状態によっては、頻度を多くしている。また、入浴だけではなく足浴、陰部洗浄も取り入れ、清潔の保持に努めている。	3日に1回の入浴を予定しているが、薬を塗る必要がある方には毎日入ってもらっている。入浴拒否の方には機嫌を見極めて声かけに工夫したり、次の日には必ず入浴してもらう等の工夫をしている。白癬の人は、入浴日以外は足浴で清潔を保つようにした。	
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	就寝時間はご本人の希望に合わせた時間で提供。また、日中であっても、ご本人の疲労や体力の状況で休息を促している。		
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	服薬の管理は介護職員が行っている。服薬の内容、効果などは薬情で確認をしている。また、副作用が考えられる場合は、どのような症状が出ているかを往診時に医師へ報告をしている。		
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	日々の生活の中で、ご本人の趣味や希望を取り入れた援助を提供しており、買い物や散歩なども気分転換として提供をしている。また、ごみ出しや食材を取りに行く事などを役割として持ってもらっている。		
49	(22)	○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	定期的な外出や希望時の散歩などを提供しており、職員が対応困難な場合は、ご家族の協力を得て外出支援をしてもらっている。	外食と外出でそれぞれ週1回、計週2回は外に出ている。入居者の歩行能力が低下し車椅子の人も増えているため介助の人手が必要なので、1回3人ずつの外出にして管理者が同行したり家族の力も借りるなどの工夫をして、外出機会を確保している。	目標達成計画に取り上げ外出支援のレベルアップに取り組んでいますが、家族アンケートの評価には現れて来ません。家族との外出は勿論、日常のホーム周辺への外出や散歩も外出です。家族への報告内容などを検討されてはいかがでしょうか。

自己	者 第三	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	金銭の管理が出来る方に関しては、ご自分で所持してもらい、買い物などを行って残金がいくらあるかは定期的に職員が確認を行っている。管理できない方はホームが立替をすることで、買い物が出るとは把握されている		
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	希望のある場合は、ホームの電話を使用してもらったり、手紙を準備し書いてもらっている。		
52	(23)	○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	各フロアー共に、穏やかに過ごしていただけるような環境づくりを心がけている。また、飾りなどで季節感を感じて頂けるように配慮をしている。	広々とした居間と食堂は随所に花が活けられ、壁には絵や写真・入居者の貼り絵作品等が適度に飾られて、ゆったりと過ごせる空間である。空調の風が直接当たらないよう天井扇を後付けしたり、冬季は感染症予防に日中2回換気するなど、快適な環境作りをしている。	
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	入居者様同士がくつろいで過ごせるように、環境を整えている。また、入居者様一人一人が、自分の居場所を持っているように配慮をしている。		
54	(24)	○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	居室内の環境については、ご本人ご家族へ、馴染みの家具などを持参して頂いても問題がないことを説明している。	居室は電動ベッド・タンス・洗面台が備え付けのほか、入居者が使い慣れた馴染みの物を持込んでいる。数人の方が仏壇・位牌を毎日拝んでいる。転倒が心配な人には離床センサーですぐ駆けつけられる。快適で安心できる居室空間になっている。	
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	安全に過ごしていただくことを第一に、出来る限り自立をした生活を送って頂けるよう、各所への手すりの設置やバリアフリーの環境を整えている。		