

### 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	0572709558		
法人名	株式会社 和幸		
事業所名	グループホーム 寿敬庵		
所在地	秋田県横手市十文字町腕越字山道端79-11		
自己評価作成日	平成26年1月16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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/05/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/05/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	平成26年2月8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)】**

平成16年に1ユニット寿敬庵棟、平成18年に隣りに1ユニットを開設しました。それぞれの特徴を活かし、利用者のその人らしさを引き出して支援しています。建物の周りには、畑があり、できる方には畑仕事をしていただいています。利用者には家庭的な雰囲気の中で、ゆっくり過ごしていただいています。

**【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)】**

運営推進会議が定期的に開催され、地域住民の方々の参加については、固定しないで出来るだけ多く参加していただき、ホームに対しての理解と協力が得られるよう工夫した取り組みが行われている。また、運営推進会議の議事録を家族や会議の参加者に送付しているほか、2ヶ月に1回、手紙や写真などでホームでの生活の様子を報告し、家族から好評を得ている。

**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 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広がったり深まり、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、生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させている (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

[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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	本人、家族とのコミュニケーションを大切に、入居者の立場で「安心して普通の暮らしができる」ように見守り、支援している。	採用時の研修で説明を受け、職員間で理念を共有し安心して生活ができるよう、入居者の立場に立った支援を心掛けている。	ホーム内に掲示し、採用時の研修でも教育されてますが、再度理念を確認し合える機会がないことから、申し送りの時や合同会議などで理念を確認する機会を設け、実践につなげることを期待する。
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	運営推進会議を利用し、地域の方1名を呼び事業所を知ってもらうようにしている。	地域住民の運営推進会議への参加や地域の中学生のボランティア活動の受け入れ、法人の祭りなどで交流が図られている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	運営推進会議の度に地域の方に参加していただき、認知症の人の理解や支援の方法を地域の人々に伝えている。		
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	運営推進会議に地域住民・家族・利用者・市職員の参加を仰ぎ、意見や要望を聞きサービスの向上などに役立てている。	運営推進会議には、入居者代表、行政や地域住民に参加いただき、定期的で開催している。地域住民の代表者については、固定せず少しでも多くの方々にホームを理解してもらえるよう工夫した取り組みが行われている。	
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	運営推進会議の時だけでなく、普段から市町村と連携を取り、サービスの質の向上に取り組んでいる。地域包括主催の地域ケア会議にも参加している。	運営推進会議に市町村担当者も参加しており、ホームの取り組み等について報告しアドバイスを受けている。地域のケア会議への出席のほか、月2回の市包括支援センター職員のホームへの訪問などで話し合いが行われており、連携が図られている。	
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	身体拘束委員会を設置し、職員全員がその内容について理解し、身体拘束のないケアを心がけている。	入居する際に、家族や入居者に説明しているほか、ホームに設置している身体拘束委員会を定期的で開催し、身体拘束のない支援に努めている。また、身体拘束に関しては、家族から同意書を得ている。	

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	虐待対策委員会を設置し、定期的に会議を開き会議の内容も職員全員が把握しており、防止に努めている。		
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	実際に成年後見人制度を利用している方がいて、制度の内容を理解し、個々の必要性を関係者と話し合っている。		
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	入居する際に、説明し納得した時点で、契約書2部に割印して頂き、家族に1部渡しホームで1部保管している。		
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	意見、要望箱をホームに設置している。管理者が窓口になっているので、職員会議の場で話合っている。	運営推進会議時や面会時に意見を聞いているほか、遠方の家族については電話で伺っている。また、2ヶ月に1回手紙での近況報告で関わりを持ちながら意見や要望を聞く機会を設けている。	
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	職員会議で意見や提案が出たときに、管理者は事業所会議で話し合い、代表者に伝え反映している。	合同会議などで出た意見や要望は、その場で回答が可能なものについては常務が答えている。即答できない要望については、検討した後、回答している。	
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	代表者は管理者や職員の勤務状況を把握し、向上心を持って働けるように職場環境や条件の整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	日々のケアを通して良いサービスが出来るように、職員に研修を勧めレベルアップにつながるよう努めている。		

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
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	他のグループホームとの勉強会や情報交換を定期的に行い交流を図っている。また、他のグループホームとの人事ペアリングにより長所を取り入れサービスの向上に努めている。		
<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	事前面接の際、今現在困っている事や要望等を把握し、見学などで他利用者とのコミュニケーションを図り安心感を持っていただき関係づくりに努めている。		
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	家族が困っていること、不安な事や要望等を把握し、家族の意向に沿えるよう職員間で検討し、家族との関係づくりに努めている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	本人の訴え、要望を出来る限り聞き入れ出来ること依頼するなどして、信頼関係の構築に努めている。頼られる存在だと思える事が出来る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	2ヶ月に1回本人がどのように過ごしているか様子を、細かく手紙に書き伝えている。少しでも安心できるよう努めている。		
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	本人が可能な限り外出や電話での会話、面会にきてくれた方とゆっくり、会話を楽しむことが出来るよう支援している。昔の思い出を大切に出来るよう努めている。	面会の受け入れや、今まで利用していた床屋や美容院への送迎など、希望に沿った支援を行っている。	

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
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	利用者同士の関係を職員が把握し孤立するような状況に陥らないよう努めている。利用者同士のトラブルがあった場合には、職員が積極的に関わり良好な関係を保つことが出来るよう努めている。		
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	入院などにより終了しても、その後見舞いなどで、これまでの関係性を大切にしている。		
<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	今までの暮らし方を基本に、本人との話し合いなどから一人ひとりの希望・意向に沿うことが出来るよう努めている。	家族や入居者本人から意向を確認したうえで、刺し子や食器拭き、畑仕事など、可能な限り利用者の思いに沿えるよう支援している。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人や家族からの情報やバックグラウンドを元に、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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	本人や家族からの情報を元に、実際の生活を見ながら、自立と介助が必要な部分など現状の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	本人の考え方や意見は、日常生活の中から家族が面会時に可能な限り収集に努め、ケアカンファレンスにおいて職員の意見やアイデアを出しあってケアプランを作成している。	毎月のカンファレンスで入居者の情報を共有し、家族の意見を伺いながら、3ヶ月毎に見直しが行われている。大きな変化が見られた時はその都度見直している。	
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	食事量・排泄チェック表・介護管理日誌・個々の介護記録等に記入し情報を共有しながら、介護計画の見直しに活かしている。		

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
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	地域の道の駅や、スーパーでの買い物・歯科医院の往診・出張理髪、自立されている方は理髪店へ出かけて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ます。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	受診は、本人や家族の希望を大切にし納得のいく医療を受ける事ができるよう支援している。かかりつけ薬局との関係を築きながら、適切な医療を受けられるよう支援している。	入居者本人や家族の意向を確認し、かかりつけ医などへの付き添い支援を行っている。また、歯科については、往診に来てもらうなど入居者のニーズに対応する取り組みが行われている。薬局については、薬に関する相談にのってもらうなど、良好な関係が築かれている。	
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	定期的に、デイサービスから看護師が健康チェックに来訪、状態に変化があった場合は相談できる体制になっている。		
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。	定期的な面会をすることで、安心して入院治療が受けられるよう努めている。その際、病院側も情報交換や相談することにより、早期の退院ができるよう心がけている。		
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	終末期や重度化に関して対応できない部分、家族に相談し他施設機関の紹介などで取り組んでいる。	現在は、終末期医療については行われていないため、ホームで生活できなくなってきた入居者については、家族や医師を交えて話し合いを行い、希望があれば他の施設を紹介している。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	年1回、消防署主催の救命講習に全員が参加する場を設けている。		

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
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(春・秋)消防署へ依頼し、立会いのもと防災避難訓練を、日中と夜間を想定し少ない人数でも出来るよう訓練している。	年2回、防災避難訓練を実施している。訓練には毎回消防署からも参加してもらい、指導を受けながら次回の訓練に活かしている。運営推進会議で結果を報告し、地域住民の理解を得ながら協力体制作りにも努めている。	
<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	言葉がけには十分配慮し、危険な行動以外否定せず、プライドを傷つけないように支援に努めている。個人情報の取扱いにも細心の注意を心がけている。	失禁時や食事の際の食べこぼしの対応では、さり気ない言葉掛けや周りに気づかれないように処理するなど、入居者の人格を尊重した支援が行われている。	
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・要望を出来るだけ多く聞きだすことができるように傾聴し、意思を尊重している。(外出や買い物)		
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	入居者に合ったケアについて、常に考え本人のペースが保たれるよう心がけている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	外出の際、理容院へ送迎又は出張してもらい、本人が着たい服と一緒に選び意見を尊重した支援を心がけている。		
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	季節の野菜や果物を取り入れて、目でも食事が楽しめるように心がけている。介護員と一緒に食事をし、食材・味付け・採れた場所などを話しながら好みを把握し活かしている。	季節感を味わってもらうために、ホームの畑で採れた野菜を食卓に出したり、正月料理や恵方巻など季節の料理を楽しんでもらっている。食器の後片付けについても、入居者ができることを一緒に行っている。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養のバランスを考えて献立を決めている。又1日の水分摂取量を記録し十分な補給ができるよう努めている。		

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
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	歯科医師の指導で本人が出来る方には見守りし、清潔が保持できるよう食後のケアの援助と定期的な義歯の消毒を行なうよう努めている。		
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むけた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンを把握し定期的な声かけ誘導によりトイレでの排泄が可能になるよう支援している。	チェック表を確認しながらトイレ誘導し、可能な限りトイレでの排泄ができるよう支援している。リハビリパンツやパットを使用し、できるだけ紙おむつを使用しないで生活できるよう努めている。	
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	医師・看護師に相談し、便通の良い食事や飲み物を提供し予防に取り組んでいる。		
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や健康状態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	一人ひとりの健康状態・体調を把握し本人の希望に沿った介助に努めている。	入居者本人の意向と健康状態を確認し、一人ひとりの生活リズムやタイミングを見ながら声掛けし、曜日は定めず入浴支援を行っている。	
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	一人ひとりのペースに合わせて声かけし休んでもらい、夜間は巡回し安心して気持ちよく眠れるよう支援している。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	申し送りを確実にし、処方内容も介護記録の中に閉じてあり、全介護員が把握し、疑問点があれば薬局に相談できる状態にあり、服薬の支援と症状の変化に努めている。		
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	本人の生活歴を把握し、生きがいのある生活ができるよう支援している		

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
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	買い物・ドライブなどの外出の機会を増やすよう支援している。又、本人の希望に沿うよう努めている。	季節を感じる事が出来るよう、菊まつりやダリア園への外出、名水と一緒に汲みに行くなど工夫した外出支援が行われている。天気が良いときは、できるだけ外出するよう心掛けている。	
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	外出の際など、出来る限り本人がお金を所持し支払いが出来るよう努めている。		
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	希望があった場合は支援が必要な部分を介助している。		
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、臭い、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	季節の草花を配置したり、行事の写真等を皆が見られるように廊下に貼って季節感を採り入れて工夫している。	季節を感じる事ができる草花を飾るようにしているほか、行事などでの楽しかった思い出の写真を廊下に掲示している。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	ホールでは、テレビを観たり会話を楽しんだりソファで居眠りしたり思い思いの時間を過ごせるような居場所を工夫している。		
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	使い慣れた物に囲まれ安心して生活できるように、本人の動きやすさなど考慮した環境作りに努めている。	入居者の使い慣れた家具等を持ってきてもらっているほか、家族の写真を飾るなど、安心して生活が送れるよう配慮している。	
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	段差のない床、廊下には手摺りを設け自立した歩行ができる環境の整備に努めている。トイレには「便所」と書いてわかりやすく工夫している。		