

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	2470700713		
法人名	(有)会社 ころ		
事業所名	グループホーム ころ		
所在地	三重県松阪市八重田町485-2		
自己評価作成日	平成26年6月1日	評価結果市町提出日	平成26年9月5日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	http://www.kaisokensaku.jp/24/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JigvosvoCd=2470700713-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 26 年 7 月 22 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)】

- ①毎日行っている体操やレクリエーションがメリハリのある生活を組み立て、入居者同志のコミュニケーションの場にもなっている。
- ②ケアマネージャーと共に職員全員が入居者個々のケアプランを共有して介護実践につなげている。
- ③認知症講座の講師を勤め、認知症の啓蒙活動に協力している。

【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)】

ホームは平成16年に開設し10年が過ぎ、経験豊かに成長しているがその反面、利用者の介護度や認知症は進み、重度利用者の居室にはリフトを搬入するなど、刻々と状況は変化している。それでもホーム長、管理者、職員は、一人ひとりの気持ちを汲み取り、利用者のレベルに合わせて日々取り組んでいる。地域の資源も受け、併設の住宅型有料老人ホームと共有し各種ボランティアや習字教室などで行き来している。またホーム長自ら認知症講座の講師となり地域に貢献している。名前の由来であるNHK連続テレビ小説「ころ」の心意気を感じる事業所である。

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
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	理念は来訪者にも目につく場所に掲示している。 ケアカンファレンスにて確認し合い「その人らしい生活」を意識してケアプランに生かしている。	理念「その人らしい生き方を尊重して生活の援助を行う」の一人一人の「自分流」を常に考えて、ケアカンファレンスで話し合い個々の介護実践に取り組んでいる。	
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員として日常的に交流している	地域の自治会に加入しており、夏祭りや行事の誘いがある。地元の農家から農産物を買っている。地域の方が傾聴ボランティアとして入っておりコミュニケーションをとっている。	地域の行事に参加している。また、ボランティアの方が来訪したり、講座の講師として地域に貢献している。近所は、農家が多いので野菜を購入し日々の食材としている。	
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	在宅介護をしている方から介護の問題を相談され、アドバイスをしたり、認知症研修会は継続している。		
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ヶ月に1回会議を開き、活動状況や症例報告などを行い、委員から頂いた意見を参考にしている。地域でおこったニュースを聞き、情報としている。	二ヶ月毎の運営委推進会議では、DVDの鑑賞や体操などを取り入れて実際に体を動かしたりして、工夫している。地域の情報を得たり、意見交換している。	
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	運営推進会議で日頃の介護の実情を報告し、市や包括の方から介護保険制度に関する情報を話してもらっている。実地指導の際には特に詳しく情報交換や指導を受けている。	日頃から、書類や事務手続きで密に連絡を取りアドバイスを受けている。市の要請により認知症についての講座を自治会の集まりで実施している。	
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	対応困難な事例はケア会議で話し合い、拘束をしない工夫を考え、徹底して守るよう毎月のカンファレンスで検証している。	身体を拘束しないケアは、県のマニュアルで確認し、カンファレンス時に全員で話し合っている。玄関は施錠せず、レクリエーションも玄関の近くの場所で毎日実施している。	
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	虐待は犯罪であるという認識を職員全員が持つよう繰り返し話し合っている。		

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
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	制度を利用している入居者がいるので、仕組みを学ぶ機会がある。		
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	家族や利用者の話を十分に聞き、納得のいくまで管理者が説明している。		
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	家族会の時には自由な意見交換ができ、家族の悩みを聞き取ることができた。常時の面会時には実情を説明し、個々の家族から意見や要望を聞いている。	家族会があり、一年に一回食事をしながら自由に話し合っている。面会も頻繁にあり、その都度話しやすい雰囲気づくりを心掛けている。	
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	毎月のケアカンファレンスでは活発に意見交換をしている。代表者と管理者は常時現場に居るので個々の職員の意見を聞く機会があり、参考にしている。	ホーム長、管理者が常勤しており、ホーム長は看護、介護経験が豊富で随時対応している。また、毎月全員参加のケアカンファレンスで職員の意見を聞き運営に反映させている。	
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	実績や経験を考慮して、個々のやりがいにつながるよう努めている。		
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	資格取得などスキルアップする為の研修は内外に求め、費用は会社で負担し、機会をとらえて参加している。		
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	市、グループホーム連絡協議会において研修会や委員会を通じて交流を図り、学び合う機会を持っている。		

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	見学や体験を行ったうえで入居し、入居者は慣れるまで細かく気を配り、信頼関係を築く為の努力をする。		
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	十分な説明を行い、慣れるまでは密な連絡（電話、面会など）をとりながら進めて行く。		
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	問題があれば利用者、家族、ケアマネージャー等、関係者と話し合い早く解決する。		
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	本人の主体性を重んじ、その人らしい生活を組み立てていく。		
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	利用者の様子を詳しく報告し、家族と共に支えて行く姿勢で支援している。		
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	家族や知人の面会は毎月あり、なじみの場所へ出かける機会もある。 家族や知人が気軽に来もらえる雰囲気作りにも努めている。	毎日午前中の日課で新聞記事の読み合わせをし、利用者の住んでいた地域の話や昔の回想話をほぼ全員としている。来訪者も多く、馴染みの関係継続の支援をしている。	
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	利用者同士がふれあえる関係づくりに努め、居室にこもることのないよう声かけする。		

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	病院入院の際には、毎日職員が病院へ見舞い、なじみの関係が維持できるようにしている。		
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	認知症の進行と共に本人が思いを表出できないことが多くなり、家族からの聞き取りや毎日の暮らしの中から情報を集め本人の思いや意向を把握するように努めている。	利用者の重度化に伴い思いや意向の把握が難しくなっている。一人ひとりの思いを考え、その人の事を知り、心を読み取る「寄り添うケア」を心掛けている。	
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	家族やケアマネージャーから、これまでのサービス利用などの様子を聞いている。		
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	個々の体調や精神状態を把握しケアプランにそって一日の過ごし方を考えている。		
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	ケアプランはケアマネージャーが作成し、ケアカンファレンスで共有し家族に説明して承諾を得る。実践結果をモニタリングし変化を把握し、常に現状に即したケアプランにつなげている。	介護記録を基にモニタリングし、ケアカンファレンスで家族の意向もふまえて全員で話し合っている。ケアプランも、変化のないときも家族と話し合い承諾を得ている。	モニタリングは職員参加で総体的に話し合われているが、介護計画書の支援内容の項目毎に確認出来るように工夫して評価し、見直し後の介護計画書に反映する仕組みが望まれる。
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	介護記録は客観的に詳しく記入し、職員間の情報共有に活かしている。		
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	突発的に起こる不穏状態の対応など、日々の変化に応じ柔軟に対応している。		

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	民生委員やボランティアなどの訪問を受け、自分のもてる力を発揮している。		
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し、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	本人及び家族の希望により、かかりつけ医受診を継続する。依頼があれば通院援助も行き、医師との連絡調整をして安心して医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医受診を支援し、家族対応が無理なときも依頼があれば対応し、急な発熱・体調不良時は、連絡調整をし適切に医療が受けられるように取り組んでいる。月一度の定期的な往診もある。	
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	看護師が常駐し夜間も連絡体制がとれており、医師と家族の連絡を密にとっている。		
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。	入院の際、職員が毎日病院に出向き、馴染みの関係を保つ努力をしている。病院のケースワーカーとも連携をとっている。		
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	ホームの方針を家族と入居者に説明し、重度化の状態に応じて話し合いを重ね終末期の過ごし方を選択してもらい、協力医、家族と共に方針を共有する。	事業所としての「重度化」「看取り」に関する指針、同意書があり入居時に説明している。状態に応じ話し合いを重ね、方針を共有し、協力医・家族と連携し支援している。家族同然の気持ちで対応している。	
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	利用者個々の事故発生リスクを事前に共有し、事故防止に努めている。救急法の研修を受け実践力を身につけている。		
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	毎月1回、夜間想定避難訓練を行って常に防災の意識付けをしている。伊勢寺合同消防訓練に職員4名が参加し、今後の協力をお願いした。	毎月の夜間想定訓練は職員一人対応なのでしっかり身につけてきている。緊急連絡網の実施訓練や年二回の消防訓練は地域との協力体制ができている。	

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
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	個々の認知症を理解した上で人格を尊重し、その人らしく生活できるように気を配り支援を工夫している。	認知症特有の行動で、言葉で相手を攻撃したり、鋭い目つきで睨んだりすることがあり、相手が傷つかないように、職員が間に入りたえず対応している。	
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	個々の話を十分に聞き、寄り添っていると希望や考えが把握できるので、思いを受け止めて自己決定につなげていく。		
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	その人のペースで生活できるよう趣味や運動、レクリエーション、脳トレなど組み合わせで行っている。		
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	本人が楽しみとして理解できる間は、好みの衣類を選んだり化粧の支援をする。		
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	簡単な調理の準備を一緒に行い、メニューを話題にして楽しい話をする。いやしの音楽をかけ、落ち着いて食事できるように職員が側に付き添い、介助しながら和やかに一緒に食べる。	嚥下体操後はテレビのスイッチを切り、癒しの音楽の流れる中、利用者は集中して和やかに食事している。食事は地元の食材で彩り良く調理されていて利用者も食欲がある。	
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	個々の食事量は体重を目安にして考慮し、栄養に気を配り、四季を通して水分摂取にも気をつけている。		
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	毎食後の歯磨き、入れ歯の手入れは全員に支援している。		

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
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	個々の排泄のリズムを記録で把握し、個々の実情に応じた下着を使用し、清潔を保つようにしている。排泄全介助になっても出来る限りトイレ使用に努めている。	介護度が進み寝たきりにさせない為、排泄時は全介助であっても出来る限りトイレでしている。排泄のサインを見落とさず、排泄のチャンスを見逃さないように支援している。	
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	常時、水分補給を欠かさず、食材の工夫、運動の工夫、腹部マッサージ等行い、解決できない場合は医師の指示を受ける。		
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、個々にそった支援をしている	個浴で、その人に合った介助の仕方できりりと入浴を楽しんでもらう。基本は週3回、午後入浴としているが事情に合わせて柔軟に対応している。	利用者に合わせて個浴で、午後に週3回入浴している。重度の利用者は浴槽に入る時は二人介助で、その後は一人介助でゆったりした気分になれるように心掛けている。	
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	昼間は個々に合った活動的な生活を目標し、昼寝で休息したり、メリハリのある生活することで夜間は安眠でき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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬剤師の指示を受けて、看護師と職員が服薬支援を行っている。症状の変化に気がつけば医師に報告し指示を受ける。		
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	レクリエーションや手伝いをする事で、個々に張り合いや楽しみを見つけられるように支援している。		
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	季節の花見(桜、菜の花、芝桜、ルピナスなど)には少人数ずつ出かける。散歩は職員が1名～2名付き添い、利用者1名ずつ出かける。疎遠になっている家族の面会を手助けし、外出先で久しぶりの再会を果たした。外食に出かけ、非日常的な雰囲気ですべて楽しんでもらった。	全員揃っての外出は減ってきているが、季節の花見や、公園・外食・外気浴など定期的に出かけて支援に努めている。併設の住宅型有料老人ホームへの行き来がある。	

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
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	被害妄想のある方にはトラブルの原因になるので、可能な方のみ持っている。		
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	外からの電話は子機を渡し会話をしている。本人の希望により外部にかける支援もしている。		
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	ホーム内には季節ごとに共同制作した貼り絵や外出した時の思い出写真や習字の作品を展示し、生花を飾り、落ち着ける雰囲気配りに配慮している。排泄物を随時屋外に出すしくみがあり、ホーム内に臭いを残さないよう配慮している。職員の穏かな声かけで居心地の良い空間になるよう心がけている。	玄関に手洗い用洗面所があり、外出から戻りすぐに手が洗える。空気清浄器も設置されている。排泄物を随時外へ出す仕組みもあり清潔感がある。また、写真や習字、作品が飾られ、居心地が良くゆったりしている。	
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	居室以外に、玄関から外が見える椅子やサンルーム、テレビの前など、それぞれ居場所をもっている。		
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	テレビや好みの家具、飾り物、仏壇、寝具など、なじみの物を置いている。片付けを手助けし、清潔を保つ支援をしながら、身体状況に応じて居室内の工夫をし、安全で居心地良く過ごせるように配慮している。	居室はスッキリされている方が増えてきて、以前はテレビや家具やぬいぐるみがあったが、介護度が進むと興味が無くなり撤去を希望される。本人の身体状況にあった安全で居心地を追求した部屋になっている。	
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	ホーム内は個々の動きが見渡せるような構造になっており、手すりを使って安全に動けるようにしている。		