

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	0590300018	
法人名	社会福祉法人 相和会	
事業所名	ビハーラ横手 グループホームぬくもり(東ユニット)	
所在地	横手市上境字谷地中136番地	
自己評価作成日	平成25年1月28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25年2月25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)】

利用者個々の在宅生活の延長上の支援を念頭に置き、可能な限り家庭的な雰囲気となるよう、関わり方や環境整備に努めている。また、アセスメントやモニタリングについて、本人、家族を含めた話し合いを行い、要望を十分に聞き取りし、介護計画に反映できるように努めている。

【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)】

法人は、複数の事業所を持ち、ビハーラ横手(サンスリット語で心身の安らぎ、くつろぎ、休憩の場所)を名称に掲げ運営している事業所である。事業所のそばに小学校や市のデイサービスセンターや支所があるが、周りの多くが田畑で近隣の住宅は比較的少ない地域である。地域への協力や連携を構築するにあたり、事業所単独での働きかけだけではなく、法人の運営する事業所間で連携を図り、行事や地域活動に取り組んでいる。職員は事業所の理念を毎朝唱和し、その日の支援活動に活かすよう努めている。また、職員間でよく意見交換がされており、業務の調整や改善に繋がっている。

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拡がったり深まり、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、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. 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、その時々々の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
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	各ユニットに理念があり、毎朝唱和し共有・実践につなげている。	事務所前に各ユニットの理念が掲示されており、毎朝、ユニット毎の理念を唱和し、共有し、日々の支援活動の実践に繋がるように努めている。	
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	調理ボランティア、アニマルセラピー、保育園児たちとの苗植え・芋ほり、コンサートなどがあり、事業所全体が地域の一員として交流できている。	法人は複数の事業所を持ち、互いに協力し合いながら地域との交流に努めている。保育園の園児たちとの交流や、地域ボランティアによるコンサートの他、地域で行事がある際には事業所の道具を貸し出すなど、地域との交流を行っている。	事業所の地域は学校や公共の施設があるが、周りが田畑で住宅が比較的少ないこともあり、地域とのつながりが一層深められるよう工夫することが望まれる。
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	広報を年2回発行をしているものの、認知症の人の理解や支援の方法を地域の人々に伝え、貢献しているとはいえない。2月中旬に地域のボランティアの方々と職員とで認知症介護の勉強会を開催する予定である。	/	/
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	利用者、第三者委員、施設長、管理者、各ユニット代表職員、看護師より報告・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。	運営推進会議では事業所の状況や取り組みについて報告をしているほか、委員からは感染症等への対応についての意見がサービス向上等に活かされている。また、利用者を委員に加えており、前回の外部評価からの改善が図られている。	
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	介護相談員の方が定期的に来られたり、行政担当者が運営推進委員会に参加いただいたりと、事業所の取り組みを積極的に伝え、協力関係を築くよう取り組んでいる。	運営推進会議を活用し、行政担当者との連絡を行うと共に、介護相談員の月2回の定期的な訪問を受けており、行政との連携や協力関係が築かれている。	
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	身体拘束廃止委員会で定期的に研修会を開催している。事業所全体で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員に身体拘束・虐待防止に関するアンケートを実施し、研修会を行うなど身体拘束をしないケアについて正しい理解を深め、その実践に努めている。	

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
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	虐待防止委員会(上記委員会と同じ委員)で定期的に研修会を行い、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	管理者が主な手続き等行っている。職員は施設内研修で学ぶ機会があっても、十分に理解しているとはいえない。		
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	契約に関する十分な説明を行い、理解・納得を図るよう努力している。		
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	利用者への面会時やモニタリング時、家族会等で意見・要望を聞くことができ、それらを運営に反映するよう努めている。	年2回の家族会や面会時、モニタリング時などに意見や要望を聞く機会を設け、意見を反映するよう努めている。	
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	ユニット会議や職員会議にて意見や要望を集約し、必要に応じて全体の会議にて意見・提案をしている。	ユニット会議や職員会議で意見を集約している。職員の業務分担の調整や職員の補充等、職員の意見が反映されている。	
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	努めていると思われるが、実感があまりない。		
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	施設内外の研修を受ける機会が設けられており、働きながら個々にトレーニングしていくことができている。		
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	研修会等で同業者との情報交換・意見交換ができ、サービスの質の向上につなげている。		

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
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	本人の要望に積極的に耳を傾け、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	面会時やモニタリング時に要望を聞き、それを取り入れることで、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	暮らしを共にする者同士の関係とは言えないように思うが、支えあう関係を築けるよう努めている。		
19		○本人と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	家族の意向を把握し、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けるよう努めている。		
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	地域の敬老会に参加を希望される利用者の支援を行っているが、ほとんどの利用者は馴染みの人の面会はあるものの、出向くことはない。	毎月家族へ手紙を添えて、事業所の様子や利用者の近況を報告し、家族との関係の継続を意識的に行っている。馴染みの人の面会や訪問を活用して、関係を継続できるように支援に努めている。	
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	利用者同士の関係を把握し孤立しないよう、職員が見守り・声掛けを行い、支えあうような支援に努めている。		

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
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	契約終了後は家族との交流はほとんどない。		
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	本人の意向を聞き把握できている。意思表示の困難な場合は家族に相談し、本人本位に検討を行い、一人ひとりの思いや暮らし方を見つけ出している。	職員は日常的な会話で「健康で生き生きと生活できるようお手伝いします」の理念に基づき、健康や利用者の思いをさりげなく聞き出し、支援に努めている。	
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、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	入所前に書いて頂いた生活暦を参考にしたり、本人に聞いたりしながら把握に努めるようにしている。		
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	毎日の状態観察や、アセスメント・モニタリングを行い状態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	家族の都合のよい日に来所して頂き、本人・家族・職員でモニタリングを行い、意見や要望が反映された介護計画を作成している。	介護計画の作成に当たり、家族の参加を求め、本人や職員の参加のもとにモニタリングを行っている。意見や要望を踏まえながら、家族を含めたチームで、現状に即した介護計画を作成している。	
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	ケース記録やアセスメント・モニタリングで気づきや工夫を個別記入し、職員間で情報を共有しながら見直しに活かしている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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
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	介護券などの利用されている方おり、部分的には知っていても、十分は把握できていない。		
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し、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	本人・家族の希望を尊重し、かかりつけ医がある場合は受診介助を行っている。	多くの利用者は、入所時に事業所の嘱託医である主治医の説明を受け、主治医の受診を希望している。主治医は週2回の往診を行っており、事業所は適切な医療を受けられるよう支援している。また、事業所は本人や家族の希望を尊重し、以前からのかかりつけ医への受診の支援も行っている。	
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	利用者の状態の変化に気づくよう努め、変化があれば迅速に看護師に報告ができています。		
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。	入院時は主に、管理者・看護師が病院関係者と連絡を取っている。		
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	重度化する前に、本人の状態を見ながら、家族・管理者・計画作成とで終末期のあり方について話し合いをしている。	早い段階で、利用者の状態等について家族・職員と話し合いを行い、主治医などと連携しながらチームとして支援するよう取り組んでいる。	
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	研修会やマニュアルはあるものの、実践力があるかといえば不安である。新しい職員もいるので、定期的に行うようにしていく。		
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	避難訓練は年2回行っている(昼夜を想定した)。地域との協力体制はまだ取れていないと言えない。	スプリンクラーが設置されている。年2回の避難訓練を実施している。また、3日分の食料飲料水等の備蓄がされており、災害時の対応に備えている。	避難道にスロープによる段差が生じており、車いす等の利用者が利用しやすいよう段差の解消の工夫が望まれる。また、地域との協力体制の構築に努めることが期待される。

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
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	馴染みの言葉を使いながら声掛けをしている。禁止用語を使わないよう心掛けているが、余裕がない時は使っているときがあり、反省している。	事業所では毎朝、理念の唱和を行うと共に、「介護の心得10箇条」が掲示されている。職員は日常の会話の中で、丁寧な方言での会話がなされ、一人ひとりの意見を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないような対応に努めている。	
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	自己決定できる利用者は少ないが、本人の思いに耳を傾け、自己決定できるように働きかけている。		
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	どのように過ごしたいかを希望する利用者はほとんどいないが、職員側を優先せず利用者のペースや体調に気をくばりながら支援している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	馴染みの美容院へ行く利用者もいる。ほとんどの利用者は定期的に床屋や髪染めに行ったりとその人らしい身だしなみやおしゃれができるよう職員が支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の盛り付け・おしぼり準備・箸配り・お盆拭きなど、自分からやってくださったり、お願いすると快く引き受けてくださっている。	利用者の食事介助をさりげない仕草で行っている。また、婦人会の調理ボランティアによる昔懐かしいメニューでの食事を定期的に行い、食事を楽しむことが出来るよう支援している。	
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	主治医・看護師・管理栄養士に相談し、一人ひとりの状態の把握や栄養のバランスに努めている。年一回栄養調査があり、管理栄養士より栄養のバランス等の指導を受けている。		
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、口腔ケアを行っている。自分でできない利用者には職員が介助している。利用者の状態に合わせて、舌ブラシを使用したり、仕上げ磨きを行ったりしている。		

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	定時の声掛けでトイレを使用して頂くことで、できる限り失敗を防ぐことができおむつ(パット)の使用を減らすことができている。また夜間おむつ類を使用している方でも、日中は綿パンツを着用されている方もいる。	排泄の自立支援として、排泄チェック表や声掛けで排泄の失敗を防ぎ、おむつやパットの使用を減らすよう努めている。利用者一人ひとりに合わせた対応に努め、支援を行っている。	
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	利用者の状態に合わせて、ミキサー食や刻み食を提供している。便秘傾向の方には主治医に相談し、下剤が処方されている。また1日最低1回は乳製品を提供したり、軽体操・散歩など体を動かすことでの予防にも取り組んでいる。		
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	曜日や時間帯は決めているが、他にも週2回希望入浴日を設けている。入浴前にバイタル測定や日中の健康状態に合わせて入浴していただいている。	週2回の希望入浴日を設けている。利用者の入浴の順番等は利用者間での話し合いで決め、入浴を楽しめるよう支援している。	
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	利用者一人ひとりの生活習慣や状況に応じて、昼寝される方や夜はしばらくホールで過ごされる方もおり、本人の希望に添った入床時間を観察・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	処方箋用紙を個別ケースのファイルに入れ、確認・理解に努めている。変化があれば都度新しいものを確認したり、看護師に聞いて覚えるよう努めている。		
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	役割や楽しみなどをケアプランに反映し、行っていただいている。利用者によっては役割を持つことで張り合いになっている方もいるように思うが、喜びのある日々となるような支援とはいえない。		
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	その日の希望にそって戸外へ出掛けられる支援はできていないが、かがやきサロンやドライブ、食材の買い出し等には行けるよう支援している。また、家族の支援で出掛けられる利用者もいる。	当日の急な外出希望には支援できない場合があるが、日常的な食事の買い出しやドライブの支援を行っている。	

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
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	自分で管理できる方にはしていただいているが、ほとんどの方は理解が難しく、施設で管理している。必要なものがあれば家族に相談したり、職員が代わって購入している。		
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	電話をかけたいと希望される方には使っていただいている。ほとんどの利用者は電話をかけたり、手紙のやり取りを希望されることはない。		
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	居心地のよい共同空間となるよう日々掃除を行っている。季節を感じられるような装飾も工夫している。	加湿器が居間の上部に設置され、穏やかな風を通じて心地よい湿度を保っている。限られた空間の中、ソファやテーブルの配置に工夫されている。併設されている他の事業所との交流も図れるように工夫されている。	トイレの中に介護用品等が置かれていることや、洗面台・便器等の衛生面への配慮が期待される。また、不特定多数の方が利用することや、プライバシーの観点からも、内鍵の設置についても検討することが望まれる。
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	ソファや食席、和室など一人ひとり好みの場所で過ごしていただけるようにしているが、共同空間で独りになれる場所はない。		
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	家族から使い慣れた物や好みの物を持ってきてもらい居室の目に付く場所に置くことで、居心地よく過ごせるようにしている。	利用者の好みの物が、それぞれの方法で、居心地の良い居室になるよう工夫して設置されており、家族写真や趣味のものを飾るなど居心地良く過ごせるよう配慮されている。	
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	利用者によっては居室に目印や名前を貼って分かりやすくしたり、トイレに目印となるよう暖簾をかけたり、安全かつ自立した生活が送れるよう工夫している。		