

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	0570206789		
法人名	有限会社 クラウド		
事業所名	グループホーム集い		
所在地	秋田県能代市高埜58-8		
自己評価作成日	平成25年11月15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	http://www.kaigokensaku.jp/05/index.php
----------	---

【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25年12月18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>家庭的な環境の中で利用者の皆様が快適で安心した生活が出来るよう心掛けていますと共に、利用者の皆様が生活の中でご自身で出来ることを見出せる支援が出来るよう努めたいと思っております。</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>国道に面したショッピングモールと高等学校が隣接する新興住宅地の一角に位置した2階建てのホーム。家庭的な雰囲気を大切にしており、「その人らしい」人生づくりのお手伝いができるように、利用者の「思い」を汲み取るための様子観察と傾聴に努めている。職員は会議・ミーティングに加え、業務の合間にも情報交換を密に行い、必要な情報をノートや日誌等に書き記すことで共有し、より良い介護サービスづくりに活かしている。また、管理者は利用者サービス・満足度を向上させるためには地域住民の理解と協力、行政機関や社会資源の有効活用が重要であることを良く認識しており、より一層の地域交流に努めようとしている。</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ます (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	全職員が理念を伝え共有し、利用者の皆様が過ごしやすい環境を提供できるよう努めています。	「その人らしさ」を尊重した支援を旨としており、職員はホームの運営理念を意識・共有している。	
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員として日常的に交流している	地域の皆様との交流が、なかなか持ちづらいつころもあり、努力が必要と思われます。	地域資源を利用者支援に活かす取り組みが開所以来の課題となっており、運営推進会議でもより積極的ななかかわりについて意見が出されている。	ホームも地域資源の一つであるという意識を持ち、地域の中心的な役割を担えるよう、具体的な交流計画を作り実施して欲しい。
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	外出やボランティアの受け入れなど、外部世の交流に一層努める必要があると思われます。		
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回のペースで会議を行っており定期的な開催が出来てきています。	運営推進会議のメンバーは利用者家族と市職員以外はホームの関係者である。いろいろな立場や視点からの意見・提案を運営に活かせるよう、地域住民の参加が必要である。	
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	相談事などがあれば連絡が取れる体制ができています。	介護保険制度や請求事務、利用者の個別のケース等で相談し助言をいただいている。また、運営推進会議のメンバーとして防災や行事等に地域資源を活用する助言なども頂いている。	
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	契約書にも身体不拘束を載せ、ホームの方針を説明し、ご家族の皆様・職員等にも理解いただけるよう努めています。	身体拘束をしない取り組みに努めており、防止マニュアルを通じて職員への周知を図っている。身体拘束や虐待防止に関する職員研修で知識と技術の向上に取り組む必要がある。	
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注意を払い、防止に努めている	行政からくる書類等で理解できるよう努めています。積極的に研修等に参加し学ぶ機会が持てるよう努力する必要があります。		

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
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	学ぶ機会を持っていないのですが、行政からくる書類等で理解するよう努めています。		
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	ご理解いただけるよう努力していると思います。		
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	反映したいのですが、ご意見等が上がってこないのが現状です。	苦情受付の窓口を設置し玄関には意見箱を配置。家族からは口頭で意見が出されることが多く、職員で情報を共有し真摯な対応に努めている。意見や苦情をサービス向上に活かすため記録・検討し、改善に努める必要がある。	
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	職員会議や休憩時間等を利用し話し合いの出来る環境づくりをしていますが、反映されるまで時間はかかります。	会議や引継ぎ、ミーティング等の内容はノートに記録され、全職員が閲覧し情報を共有できる。互いにより良いサービスのための工夫点を出し合える雰囲気があり、その実現に努めている。	
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	勤務希望については1ヶ月前に希望を取り本人の希望に添えるよう努めています。勤務条件等については代表者等と話し合いがもてるよう努めています。		
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	研修等の案内が来れば受講できるよう配慮はしていますが、勤務を優先してしまいなかなか受講できないのが実情です。		
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	交流を持てる環境は作れていますが、一層の努力が必要です。		

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
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	ご家族や利用者様から、不安や困っている事があれば相談を伺えるような環境作りに努めています。		
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	ご家族や利用者様から、不安や困っている事があれば相談を伺えるような環境作りに努めています。		
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	気軽に相談事が出来るような関係を築きながら利用者の皆様が自発的に出来ることを見出せる環境作りをしたいと思います。		
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	利用者様とご家族様の関係を大切にしながら強制的にならないような形で支えていけるよう努めています。		
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	入居前にホームの趣旨を説明し、利用者様が普段使っている物をご持参いただく様協力を得ていますが、新しい物を購入されるケースが多く、更にご理解いただける様努力が必要と思われます。	昔馴染みの場所は様子も変わり、人に会いに行くことも難しいが、記憶にある場面や人物を聴き出し、日常の会話に活かすようにしている。職員との新たな馴染みの関係づくりに努めている。	
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ご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	個々の性格等の把握に努めており、また、ささいなトラブルは見守りし、利用者様同士で解決できるよう支援しています。		

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
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	退所後も相談できるような関係づくりに努めています。		
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	なるべくご本人の意思を尊重し、希望等ご本人から話ができる環境に努めていますが一層の努力が必要と思われます。	外出の希望が多いが職員配置や保有車両の関係で難しいとのこと。地域の社会資源を利用したり協力を得ることで、利用者の「思い」や「意向」の実現に近づくための取り組みが必要である。	
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	入居前にご本人やご家族から不快にならない程度に話を聞き、その内容に基づいた支援に努めています。		
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	利用者個人の過ごし方や心身の状態を観察すると共に、日々の変化も把握できるよう努めています。		
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	生活の中で疑問に思ったこと等はご家族様に確認したり、個々の自立度や低下度等を観察し、ご家族の来訪時に最近の状態を報告し、介護計画を作成しています。	介護計画の見直しは特段の変化がなければ6ヶ月毎に実施。計画作成職員が担当職員からの聴き取りと協議により作成している。	長期・短期それぞれの計画に対する評価・モニタリングが記載されていない。計画の成果・効果や次の計画作成の理由・根拠を明確に記すことを期待したい。
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	介護日誌に日々の様子や状態の変化等を記入する事で情報の共有はできており、職員会議等で気づいた事等を話し合い、計画に反映されるよう努めています。		
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	外出等、定期的には出来ておらず、また外出等出来る利用者も限られている為、改善の必要があると思われます。		
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	定期的に個々の主治医への通院、又は往診を受け、利用者の状態を相談し、検査等あれば結果をご家族に報告したり、判断が必要な検査はご家族の判断を仰ぐようにしています。	かかりつけ医との関係継続を大事にし、往診や通院内容はノートに記録して職員間で共有できるようにしている。歯科は往診車による診療を受け入れ、薬局は一カ所にして薬剤に関する相談や指導が受けやすい関係づくりに努めている。	
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	週1回の訪問看護師に利用者の健康状態を相談し、必要時には、主治医への通院または往診をうけています。また、訪問看護師とは常時連絡が取れる体制になっています。		
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。	退院に向け、ご家族と連絡を取り話し合いは出来ていますが、状態が重症化の場合は医師よりグループホームでの生活にストップがかかる事が多々あります。		
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	終末期などについては、ご家族や職員間で話し合いをしていますが、ホームの設備状況から考えると受け入れ判断が限られるため、ライン引きをする必要があります。	家族からは重度化・終末期までの支援要望があるが、ホームの構造や勤務体制などから、どこまで対応可能なか明確な方針・指針が定められていない。	終末期の対応について、利用者や家族の思いとホームの思いに齟齬が生じないよう、明文化して互いに理解を深められることを期待したい。
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	定期的に防災訓練や救命訓練等を実施しております。また、マニュアルを作成し、いつでも閲覧できる環境を作っています。		
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	避難訓練等は定期的を実施していますが地域との連携が取れていない為、働きけが出来る環境作りが必要と思われます。	オール電化の設備。災害パターンに応じたライフライン確保について準備を整えている。2階で生活している利用者の避難路確保や、地域住民を巻き込んだ災害対策の策定などが課題である。	

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
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	個々に対し配慮していますが共に過ごす時間が長いと遠慮が無くなってしまふ為、気をつける必要があります。また、情報提示に関してはご家族にその趣旨を説明しご理解とご協力を得ています。	入浴時の着替え、トイレの利用等については、利用者のプライバシーを傷つけないよう目隠しと職員の声掛け等で対応している。利用者の気持ちを尊重し、よく話を聴き、丁寧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	自己判断が出来る方には判断を委ねますが、自己判断が出来ない方に対し職員側で決定してしまう事がある為、自己決定が出来る方向に持っていけるよう努力する必要があります。		
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	なるべく利用者様のペースで過ごしていただけるよう努めていますが、職員側で優先してしまう事も多少あります。		
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	理美容などについては定期的に専門職に来訪してもらい、ホームで行ってもらいます。		
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	利用者様の誕生日等は食べたいものを聞いて献立を作成しているが、もう少し共同で献立作りが出来る様配慮する必要があり、片付けに関しては個々の状態をみながら願ったりしています。	メニューは1週間交代で作成し、主菜は肉と魚のバランスに配慮して野菜不足・水分不足にならないよう注意を払っている。利用者と自然な会話を楽しむ食卓づくりに努めている。	
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	チェック表を作成し毎食ごとに記入している為、摂取状況を確認する事ができ、職員全員が把握できていると思われます。		
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、自分で出来る方には声をかけうがいを行ってもらい、出来ない方にはケアを行っています。夕食後はポリドントも実施しています。		

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
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	チェック表を作成している為、個々の排泄パターンに合わせたトイレ誘導を行っています。	排尿支援している利用者については排泄のチェック表に記録している。高齢化に伴い排泄の自立が難しくなっているが、プライドに配慮した声掛けと誘導に努めている。	
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	排泄サイクルを確認したり、利用者様本人に確認をしており、便秘になる前に主治医や訪問看護師に相談しています。		
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	他の業務とも係わってくる為決めざるを得ず、1日2~3人ずつ入浴できるように対応しています。	1週間の入浴回数は概ね2回。オムツ使用者には清拭を毎日施している。入浴介助時は「思い」や「意向」を聴く貴重な場面として位置づけ、利用者とのコミュニケーションで得られた情報を支援に活かしている。	
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	昼寝を含め1日の睡眠時間や休息状況を把握し、支援していると思います。		
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	薬の変更等通院ノートに記入し職員が確認出来る様に事務所に処方箋と共にしておき、服用後の観察やご本人への言葉がけをし副作用等に注意しています。		
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	個々の状況に合わせて支援していますが、特定の利用者に限られてしまう為、工夫が必要と考えられます。		
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	希望があれば散歩等出掛けるよう努めていますが、行事等は定期的に行っていない為努力する必要があります。ご家族様と利用者様の交流は保っています。	花見や紅葉狩りなど外出計画は立てているが、高齢化に伴い外出できる利用者は限られてつつある。家族やボランティア、地域の社会資源などを活用して、外出したいという利用者の「思い」に応える必要がある。	

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	一部の利用者様でご本人の希望により千円程度なら個人で持たれておりますが、その他の利用者様はご本人またはご家族様の希望にて事務所内に預かっております。		
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	電話をかけられる体制は整えています。		
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	なるべく利用者様には不快感を与えないよう配慮していますが、不備が出る部分もあり努力する必要があります。	夜間のショッピングモールからの灯りを遮る遮光カーテンを設置するなど、利用者が受ける刺激の除去や緩和に取り組んでいる。	
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	日中リビングで過ごされる事が多いのですが、本人希望で自室にて過ごされる利用者様については、定期的に巡回を兼ね訪室し、雑談等をしています。		
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	入居前にご家族様には利用者様の使い慣れた物の必要性を説明し、ご家族様の負担にならない程度にご持参いただけるように支援しています。	利用者個々の好みにより、使い慣れた品物を持参・使用するよう説明し対応している。ベッドや家具の配置については危険予知対策に努め、居室内の安全に配慮していることが確認できた。	
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	手すりをつけたり段差のない生活空間にしていますが、転倒等ないように注意や観察をしています。また、トイレの場所を忘れてしまう為表示しています。		