

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 rows: 事業所番号 (0570313627), 法人名 (有限会社 わかば会), 事業所名 (グループホームきらら浅舞), 所在地 (横手市平鹿町浅舞字道川南77-7), 自己評価作成日 (平成22年12月1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)

Table with 2 rows: 基本情報リンク先 (http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do)

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 rows: 評価機関名 (社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会), 所在地 (秋田市旭北栄町1-5), 訪問調査日 (平成22年12月21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)】

「なじみのある地域社会に包まれながら明るい笑顔で、はつらつと自分らしく安心して暮らすことにお役にたちます」の理念のもと私たち職員は、入居者一人ひとりのこれまでの生活歴を尊重し大切にしながら穏やかな生活を送っていただけるよう支援しています。家族、親戚、友人、地域の方、いつでも気軽に立ち寄り、入居者の方々がなじみの関係を継続していただけるよう家庭的な雰囲気を大切にしながら交流の支援を行っていきます。園芸作業、調理、裁縫など個々の経験や生活習慣の中から得意な分野での力を発揮できるように場面の設定にも気配りし、役割や楽しみごとなど生活に張りのある支援を継続していきます。

【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)】

事業所は、田園風景が広がる住宅地の中にあり、地域に密着した福祉拠点となることを目指し「介護まちかど相談所」を設置したり、利用者の見守りや緊急災害時の協力体制を確保するなど、地域の力を生かした事業所運営に努めている。また、系列のグループホームや有料老人ホームがあるため、合同の行事開催や食材の確保など、法人のスケールメリットを生かし、事業所間で連携しながら利用者のケアにあたっている。

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

Large table with 4 columns: 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). Rows 56-62 describe various service outcomes and staff actions.

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	なじみのある地域社会とのつながりを保ちながら安心と尊厳のある生活を送ることができるよう努めている。毎日のミーティング時に理念を確認しあい日常的に意識して実践に努めている。	前回評価結果を受け、系列事業所と合同で理念を見直し、なじみのある地域社会で、明るく笑顔ではつらつと自分らしく安心して暮らせるよう支えることを理念に掲げている。 また、毎朝のミーティングで理念を唱和するとともに、理念をカードに記して全職員が携帯しながら確認している。	
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	地域の小学校生達のペットボトルキャップ回収行事、祭典の参加等で地元の人々と交流している。日常的には野菜のおすそわけや草刈りなどで関わりを多く持っている。	町内の清掃活動への参加や、地域の高齢者への声かけのほか、「介護まちかど相談所」を設置して地域の福祉拠点としての役割を担っている。 また、近隣の方が事業所周辺の草刈をしてくれたり、近所の小学生が遊びに来て利用者と過ごすなど、日常的に地域と関わっている。	
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	「介護なんでも相談所」という事業所広報を作成し町内に回覧している。民生委員の方から近所の高齢者についての相談があり支援の方法等、話し合いを行っている。		
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	運営推進会議では利用者家族、地域住民、民生委員の方々から意見、要望等だして頂き、サービスの向上につなげている。	2か月毎に開催し、事業所の活動状況や利用者の状態について報告している。 また、地域の「介護まちかど相談所」の活用について意見交換し、地域へのチラシ配布や町内への回覧などにつなげている。	

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
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	毎月、市町村へホームの活動報告書を提出している。その際、助言を頂いたり相談に応じて頂きながら連携を深めている。	毎月、広報や活動状況をまとめた活動報告書を行政に提出しており、介護保険や権利擁護事業について相談するなど情報収集に努めている。 また、介護相談員が毎月訪問しているほか、地域包括支援センター主催の地域ケア会議に参加し、他事業所との情報交換にも役立っている。	
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を開催し「身体拘束禁止の対象となる具体的な行為」について繰り返し研修している。日中は玄関を施錠せず行動を制限しないケアに取り組んでいる。	日中は玄関に施錠せず、職員の見守りにより利用者の出入りを把握しており、近所の方にも見守りを依頼している。 また、3か月毎に身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束について理解したうえで、拘束しないケアに取り組んでいる。	
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	高齢者虐待防止についての勉強会を実施し理解を深め、防止の徹底に努めている。		
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	必要性のある人には活用できるかどうか、市町村へ相談を行っている。関係資料の収集により学ぶ機会を持っている。		
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	契約前に利用者、家族との話し合いの場を持ち、不安や疑問点がないか尋ねながら契約内容を説明している。		
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	二週間に一度、介護相談員の訪問があり利用者が意見、要望等を話せる機会がある。御家族に対しては面会時や訪問時に聞く機会を設けている。要望等あった場合は記録し改善をして業務に反映している。	利用料支払時や自宅訪問時に家族と話し合い、利用者の日常の様子を伝えながら意向を確認するとともに、独自のアンケートによる意向調査を行うなど、工夫しながら意見や要望の把握に努めている。	

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
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	毎日のミーティング時に職員の意見や提案を聞き、話し合う機会がある。日頃からコミュニケーションを多く持つよう心がけている。	毎日のミーティングで職員の意見や提案を聞き、法人代表者の訪問時に管理者が伝えており、職員の意見から歩行不安定な方の居室に手すりを設置するなど、安全性の向上につなげている。 また、前回評価結果を受け、職員の希望や経験を考慮しながら、研修計画を作成している。	
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	代表者は職員との面談等を通じて勤務状況を把握しており向上心を持って働けるよう環境整備に努めている。職員はすべて正規雇用となっており安心して働ける職場となっている。		
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	職員の経験や資格に応じて研修を受ける機会を設けている。		
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	圏域の連絡協議会の研修会や情報交換会を通じてサービスの向上に努めている。事業所間では相互訪問、研修を行い交流を深めながらサービスの向上に努めている。		
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	入居前の面談で本人からの話をよく聴き不安や思いの把握に努めている。		
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	相談から利用開始まで家族との面談や電話等で話し合っている。また入居前には事前にホーム見学をして頂いている。		

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
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	本人の思いを察し、共感しながら個性を引き出すよう努めている。入居者と職員が一緒に何かを行う機会も多く入居者から様々なことを学んでいる。		
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	家族への連絡をまめに行い、話しをする機会を多く持ち家族と共に支援する関係作りに努めている。		
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	地域の知人、親戚等がホームに来訪しやすい雰囲気作りに努めている。面会時には、ゆっくりと会話できるよう配慮している。	行きつけの床屋や自宅に近いかかりつけ医への通院などを支援しているほか、親戚や友人が訪れた際には、周りを気にせず会話できるようプライバシーを保てる空間づくりにも配慮している。	
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	利用者同士の関係を把握し、共に支え合い助け合えるような温かい雰囲気作りを行っている。		
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	サービスを終了された方や家族にも気軽に立ち寄って頂いたり、入院時には面会に伺い相談ごとに応じている。利用中に培った関係を大切にすることを心がけている。		

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
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	本人との会話の中から、思いや希望を察し困難な場合は、家族から話しを伺い本人がより良く生活できるよう検討している。	家族からの情報や日ごろの会話から意向を把握しているほか、耳の遠い方には筆談や身振り手振りを交えて意思疎通している。また、利用者の混乱を防ぐため、職員間で利用者ごとにケアの方法を統一している。	
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	居宅から入居した方は、担当ケアマネからの情報、また利用していたサービスの担当者からも直接、話しを聞くなどして情報収集している。		
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	家族や利用していたサービス担当者からの情報提供をもとにアセスメントし、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	本人の行動障害についての原因を解決するヒントとして、計画作成担当者が自宅へ集金に行った際や面会時などに家族から話を聞いて介護計画に反映させている。	利用者及び家族の意向を踏まえ、ケース記録、申し送り、ミーティング等で職員の見解を集約し、計画作成担当者が介護計画を作成している。また、3か月毎のほか、状態変化時に計画を見直し、職員間で共有している。	
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	介護計画に沿ったケアの実践・結果を介護記録に記入し職員間で話し合いを行いながら介護計画の見直し、修正を行っている。		
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 ※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	民生委員や地域の方々から花の苗や収穫した野菜を気軽に届けてくださったり入居者と一緒に花壇作りにも協力して頂いている。散歩時には気軽に声をかけてもらい入居者と顔なじみになって頂いている。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ受診は、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	協力医療機関、協力歯科医等のほかに本人や家族の意向によって他医療機関の受診も応じている。薬剤師の訪問による服薬指導もあり連携を図っている。	協力医での受診を基本とし、緊急時の連絡体制を整えているが、希望に応じてかかりつけ医への受診も支援している。 また、歯科医の往診や近隣の薬剤師による服薬指導を受けるなど、事故防止や健康管理に努めている。	
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	受診時、なじみの看護職員に気になることを相談し、情報を共有しながら助言を得ている。		
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。	本人、家族、医師、ケースワーカー、看護職員、居宅ケアマネ、民生委員等と連絡を取り合い退院にむけての支援を協議している。		
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	家族と話し合いを行い主治医の協力を得ながら当事業所で可能な最大限の支援をチームとして取り組んでいる。	利用者が重度化した場合は、本人や家族の希望、医師の判断のもと、できる限り事業所で対応することとしているが、事業所での治療が困難と判断した場合は、適切な医療が受けられるよう医療機関に搬送することとしている。	
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	急変時の対応マニュアルを作成し、いつでも確認できるよう事務室に掲示してある。新任職員は応急手当、初期対応の実践訓練を行っておらず今後、救命救急講習等で研修を予定している。		

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
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	消防署職員立会いのもと、年2回の避難訓練を消防団、近隣住民の協力を得ながら行っている。主食を災害に備え備蓄している。	年2回消防署立会いのもと、地元の消防団や地域住民による利用者の見守り等協力を得ながら避難訓練を実施している。 また、非常食を備蓄しているほか、スプリンクラーの設置を予定しているなど、災害時に備えている。	非常口外の段差が大きく、急勾配になっているため、利用者がより安全に避難できるよう段差等の解消や避難方法について検討してほしい。
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	利用者一人ひとりについての言葉かけや対応について、ミーティング時に確認しあい適切な対応に努めている。	利用者の生活歴や性格を踏まえ、誇りや尊厳を損ねない対応を心がけ、トイレ誘導の際や耳の遠い方に対しては、なるべく大きな声を出さないよう配慮している。 また、個人ファイルは事務室内に保管し、個人名が記された背表紙を表に向けないようにしている。	
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	利用者と一緒に話をする事により、本人の思いを受け自己決定できるようにしている。自分の思いを言葉で表現できないときには、行動や仕草により察し思いを遂げられるよう支援している。		
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、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	本人の希望に沿うように情報収集し自分のペースで過ごすことができるよう支援している。		
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	本人や家族の希望で理容師の出張をお願いして地域の支援を受けている。本人のおしゃれや服装の好みを理解し化粧の希望を聞いたりコーディネートと一緒に考えたりしながら支援している。		

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
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	食材をみて調理方法を一緒に考えたり手伝いの出来る方には仕事を分担し無理のない範囲で行ってもらっている。	利用者の好みを踏まえて献立を作成しており、同法人の栄養士が定期的に確認しながら、栄養バランスに配慮している。 また、利用者の状態に合わせて刻み食にしたり、食材を変えるなど配慮しており、それぞれに使い慣れた食器や箸を使用している。 さらに、外食や弁当を持って紅葉見物に出かけているほか、事業所の外で芋煮会をするなど、食事が楽しめるよう工夫している。	
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	一日の食事、水分量をチェック、記録して把握している。また系列事業所にいる栄養士の指導を受けている。栄養が不足している方には医師の指導のもと、栄養補助剤を使用してバランスがとれるよう支援している。		
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	歯科衛生士管理のもと一人ひとりの状態を把握し毎食後の口腔ケアを行っている。		
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	言葉かけに気をつけながら気持ちよく排泄できるよう支援している。利用者の排泄パターンを把握し自立で排泄できるよう声かけや誘導を行っている。	排泄時間や回数をデータ化し、過去のデータから利用者一人ひとりの排泄パターンを把握しており、時間帯や利用者の言動などからトイレ誘導するなど、排泄の自立に向けて支援している。	
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	毎日、ラジオ体操や軽運動を行い自然排便に努めている。その他、医療機関を受診し薬の服用を行っている。食事では乳製品、オリゴ糖、食物繊維を取り入れるなど工夫している。		

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
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	利用者の意向に沿い希望があれば曜日、時間に関係なく入浴支援している。	週2回の入浴を基本としているが、夕方までであればいつでも入浴が可能で、利用者の状態やその日の体調、気分に合わせて入浴を促している。 また、利用者の希望に応じて入浴剤を使用したり、地元の温泉に出かけるなど、入浴が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	居室で過ごされたい方には、出来るだけ本人の休息時間の妨げにならないよう訪室し会話する時間をとりながら支援している。ホールで過ごしている方は、それぞれ自分の居心地良いスペースで過ごしてもらっている。		
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	一人ひとりファイルに処方箋を添付しており変更があった場合は差し替えている。服薬時には内服介助や見守りを行い服薬後の経過観察に努めている。		
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	レクリエーションや趣味等、利用者の生活歴や力を活かし楽しみながら継続できるよう支援している。読書が趣味の方は図書館に行ったり、ドライブ、買い物、外食、花見など気分転換を図っている。		
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	利用者の体調に考慮しながら散歩やドライブ、買い物等、希望に沿って出かける機会を作っている。要望があれば可能な限り出かけられるよう努めている。家族との外出時には安心して楽しめるよう支援している。	散歩や買い物のほか、法人本部からの食材受取やごみ捨ての際にもドライブを兼ねて外出しており、毎日出かけたい方の要望にも応えられるよう工夫している。 また、紅葉を見に出かけたり、系列事業所合同の敬老会に出かけるなど、外出を楽しんでいる。	

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	本人、家族と話し合いながら対応している。本人の希望と家族の了解を得て小銭を所持している方や買い物の際は本人がお金のやりとりができるよう支援している。		
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	電話は希望があれば使用して頂いている。手紙の代筆なども行っている。		
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	共用空間での不快な音や臭いがないよう配慮し、一日数回の掃除や換気を行っている。ホール内に居ても季節を感じられるよう花を飾ったり季節の装飾をして工夫している。	観葉植物や季節の花、置物を飾り、ソファを3か所に設置して、利用者の居場所づくりに努めている。 また、清潔を心がけ、朝、昼、夕に掃除や換気を行い、加湿器を配置して除菌や乾燥防止に努めている。	
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	各コーナーにソファやテーブルを配置し利用者が自分のペースで自由にくつろげるような居場所作りに努めている。		
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	慣れた生活用品、親しみのあった装飾品など、それぞれに持ち込んで使用している。入居時や面会時など家族には持ち込んでもらいたい旨を伝えている。	利用者一人ひとりの意向を確認し、家族の写真やぬいぐるみを飾っているほか、植物を育てている方もいる。 また、利用者の状態に合わせ、マットを敷いたり、居室に手すりをつけるなど、安全で居心地のよい生活空間づくりに努めている。	
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	ホール、居室、風呂場、トイレ等手すりを設置している。一人ひとりの状態にあわせ歩行器や車イスを使用し安全に自立した生活を送ることができるよう支援している。		