

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	4074000219		
法人名	株式会社 相即		
事業所名	グループホーム いやしの家		
所在地	福岡県糟屋郡志免町別府2丁目1番8号		
自己評価作成日	平成25年7月18日	ユニット名	安心の里

※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。

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 アーバン・マトリックス 福祉評価センター		
所在地	福岡県北九州市戸畑区境川一丁目7番6号		
訪問調査日	平成25年8月2日	評価結果確定日	平成25年11月5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)】

職員が利用者残存機能をアセスメントし、機能維持のための介入を個別に実践し最後までそのひとらしく暮らせるように支援している。スタッフとの信頼関係のなか利用者、利用者家族は安心して看取りまで希望をされ、協力医療機関との連携の元日常的な健康管理、急変時の対応を行っている。より質の高いケアの提供、看取りのケアを実践するため職員はスキルアップの為、施設内外研修に積極的に参加しており、利用者、利用者家族に安心と満足していただけるよう努めている。運営理念でもある地域住民の健康増進のため、また認知症専門の施設として情報の発信をしていきたいと思ひ、認知症サポーター養成講座にも職員は積極的に参加している。地域住民との交流や地域の学校の体験授業等の受け入れも積極的にを行っている

【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)】

--

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
58	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:25,26,27)	65	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:9,10,21)
59	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:20,40)	66	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:2,22)
60	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	67	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)
61	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:38,39)	68	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
62	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:51)	69	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
63	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:32,33)	70	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
64	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:30)		

自己評価および外部評価結果

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	地域密着型サービス事業所として、福祉サービスを通して、地域住民の健康増進に寄与し、“お互いに癒し、癒やされる関係”作りを目指すという理念のもとに、職員は定期的に理念を確認しあうとともにミーティング等で実践についても話合っている。一人一人が実践目標を定め、取り組みを行っている		
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	町内会で開催されているサークルへ参加し、地域で行われる運動会や文化祭に参加したり、地域の学校の体験授業の受け入れもしており子供たちとの交流も行うなど地域の一員としてできるだけのことを実践し、交流を図っている		
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	職員がキャラバンメイトとして地域の方に認知症サポーター養成講座の開催の働きかけを行い、認知症理解の為に貢献している。また体験学習等の地域の学校や認知症に関する研修希望の学生を積極的に受け入れることで、認知症に対する理解を広めていく機会としている		
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回の運営推進会議の場で利用者の状況を伝えるとともに、外部評価や情報の公表での結果を提示している。また地域の方や家族のご意見、行政の方の意見をサービス向上のための参考にさせてもらっている		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議に加え、会議のない月は「地域密着型サービス事業者連絡会議」を行い、管理者は町役場へ赴き、連絡を密に事業所の実情を伝えるようにしている		
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	毎年必ず「身体拘束」について学ぶ機会を施設内研修の中で作り、研修の中で”身体拘束となる具体的な行為”「身体拘束をしないケア」についても伝え、日中は施錠せず、徘徊者にはスタッフが寄り添い、利用者の不安要因を考え、拘束をしないケアの実践につなげている		
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	施設内研修において高齢者虐待防止法について学ぶ機会を作り、身体拘束同様に虐待となる具体的な行為等を伝えている。日常のケアの中で外傷や小さなアザ等も見逃すことがないように注意深く観察し、ヒヤリハットや事故報告書の提出を徹底することで防止に努めている		

福岡県 グループホーム いやしの家

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	(6)	○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	毎年、施設内研修で地域福祉権利擁護事業や成年後見人制度について職員全員が学ぶ機会を持ち、各フロアに資料を配布し、いつでも見ることが出来るように、また必要時に支援できるようにしている		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約に関しては事前の面談や説明により、不安や疑問等が十分な話し合いを重ねることにより少しでも理解、納得していただけるように時間をとっている。契約締結前に見学をしていただき安心して契約していただけるようにしている		
10	(7)	○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	年に1回の家族会に加え、6ヶ月に1回のケアプラン評価時のカンファレンスにご家族に来ていただき、現状をお伝えするとともに意見や要望を必ずお聞きするようになっている。また意見や要望に関してはできるだけ聞き入れ、その後の経過報告までできるよう心掛けている		
11	(8)	○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	管理者は職員一人一人と個人面談を行い、運営に関する提案を聞き、またフロアミーティングで意見を聞き職員の声として主任会議の場で代表者に伝えている		
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	職員個々の努力や実績、勤務状況等を把握し昇格、昇給、賞与の考査を行っている。また能力、意欲のある職員には新しいポストを設け、向上心を高め、他職員の模範となるように工夫している		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	職員の募集や採用にあたっては性別、年齢に関係なく、人格や意欲を重視している。また、定年後も希望者については勤務延長の制度を設けている		
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	年に1回は人権教育として職員全体に研修の機会を設けるとともに、施設内研修の機会に入居者の人権尊重に関して触れ、職員一人ひとりが意識をもって取り組めるようにしている		

福岡県 グループホーム いやしの家

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		○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	管理者は管理者研修、リーダー研修等を経てスタッフ教育のスキルアップを図るとともに、実際の現場で職員が知識、技能を身に付け能力が活かせるように年間教育を計画するとともに個人の自己目標を明確にして達成課題や達成度を評価するシステムを導入している。また職員の介護経験や知識等を動員して新人研修、実践者研修その他の研修を受けてもらいレベルアップを図っている		
16		○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	グループホーム協議会やホスピスネットワークに参加し同業者とのつながりや交流する機会をもち、他G・Hの職員研修も受けておりサービスの質の向上へつながっている		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		○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	入居前から十分に話し合う機会を持ち、不安なことやニーズの把握に努め、どのように対応していくかをその都度明確にしできるだけ安心して利用していただけるよう努めている		
18		○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	本人を含め、家族の抱える不安やニーズも相談から利用に至るまで十分に聞く機会を作り、最善の方法の検討を行い必要な資源を駆使しながら対応し、安心して利用していただけるように努めている		
19		○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	相談時、その状況に応じて本人及び家族が何らかの解決の糸口を見つけてくるように具体的な支援方法について提示し、誠心誠意対応している。また必要時他の施設や事業所等への連絡調整も行っている		
20		○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	基本理念である“癒し癒やされる関係づくり”を実践できるようにコミュニケーションを密にとり、入居者の方から色々なことを学んだり、入居者お一人お一人を職員のみならず、他入居者が一緒になり、いたわったり声を掛け合ったりとお互いが家族のような存在になっている		
21		○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	面会時や家族会時は一緒におやつを食べていただいたり、食事時に介助にきていただいたりして本人との関わりの機会を作り、スタッフも一緒に昔の話をしたり、施設での様子をお伝えしたりと情報の共有をしながら関係を築いている		
22	(11)	○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	ご家族の了承を得ながら知人の面会や外出等にてなじみの人と会う機会を作り、支援している		

福岡県 グループホーム いやしの家

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
23		○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	入居者の性格や機能等を考え、食事時等座る場所を工夫したり、レクリエーションやサークル等関わりあえる場を作り、お互いが友好的に関係が持てるように支援している。またフロアのみ関係だけでなく他フロアとも交流できるような場の提供もしている		
24		○関係を断ち切らない取り組み 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	施設で看取りをした方は特に、契約終了後も懐かしく施設を訪ねてこられたり、地域でお会いすることもあり親しくお話しさせていただき、良い関係性が保たれている。またご家族が経過を報告して下さることもある		
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					
25	(12)	○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	入居時に本人の生き立ちや暮らし方、うれしいと思うことや趣味、嗜好に関してできる限りの情報を集め、個々に合った対応に努めている。入居後も「私の気持ちシート」で定期的に本人のニーズの把握に努めており、情報の共有をしながら自由な暮らし方の選択をしていただいている		
26		○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	ご家族や本人、関係者からの情報を収集、また本人との会話の中からも情報を収集して把握に努めている		
27		○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	入居前、入居後の過ごし方の変化等も踏まえ、睡眠パターン、排泄パターンの把握やアセスメント、健康診断から現状の把握に努めている		
28	(13)	○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	入居後3ヶ月、6ヶ月に家族も交えてケアカンファレンスを行っている。また介護計画作成後は実施状況の把握と評価を報告、話し合い現状分析を行い介護計画の内容の改善につなげていっている。また状態に変化が生じた場合も見直しを行っている		
29		○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	日々の記録の中で、細かな変化や気づきを記入するとともに、申し送りやミーティングで職員間の情報の共有化を図っている。毎月介護計画に関する実施報告を行い、話し合い、現状分析を行い介護計画の見直しを行っている		

福岡県 グループホーム いやしの家

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
30		○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	健康管理上必要な受診や通い慣れた病院への受診等なるべく個々のニーズに対応できるよう支援している。個別的なニーズについても時間の工夫をしながら対応できるようにしている		
31		○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	活用できる地域資源を把握しながら本人の豊かな暮らしにつながるものを選択している		
32	(14)	○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、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	入居時にかかりつけ医の確認や必要な医療の継続について十分な話し合いをし、希望に沿うように主治医を交え支援している。月に2回の往診と年に2回の定期健康診断に加え、必要時は専門科を受診し適切な医療が受けられるよう支援している		
33		○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	常勤看護師が毎日、健康状態の把握をし必要な指示を出すと共に適切な受診が受けられるように常に主治医や看護師と連携を取りながら、訪問看護介入時も同様に情報の共有をしながら支援している		
34		○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。	利用者が入院した場合は入院時より病院関係者との連携を密に行い、本人や家族のニーズに応じて早期に退院できるように努めている。また常日頃から病院と連携し、		
35	(15)	○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	入居時に重度化した場合や終末期のあり方について話し合いをし、必要時また希望時に看取りに関する同意書と療養計画書を主治医、本人(家族)、施設の三者で作成し訪問看護も介入しての事業所でできることを十分に説明しながら家族の不安への介入と看取りに向けた支援を行っている		
36		○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	マニュアルを整備するとともに研修会において応急処置や急変時対応についての実践に即したシュミレーションを行い、備えている。また職員個人で救命救急講習に積極的に参加し実践力を身に付けている		

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
37	(16)	○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	年に2回の消火訓練、避難訓練によって避難方法や避難場所、誘導方法を身につけるとともに月に1回のミーティングで利用者の状況と避難方法の把握を共通認識がもてるようにしている。運営推進会議で地域の方に声かけし避難訓練に地域の連絡網で連絡し実際に参加をしていただいている		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	(17)	○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	入居者一人一人のパーソナリティや生き方を十分に情報収集し日々の生活場面での状況や不安をスタッフ全員が共有し、人格を尊重した言葉かけや対応につなげている		
39		○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	認知機能の状態をアセスメントし、本人の意思を確認できる方法の工夫や働きかけを行い、意思や希望をできるだけ取り入れることができるようにしている		
40		○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	個々によってADLやベース、ニーズや体調も違うためその日その日の状態をみながら、また本人の希望を聞きながら一人一人のペースに沿った生活が送れる様支援している		
41		○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	近隣の美容院へ家族やスタッフが同行して対応したり、月に1回のカットボランティアを利用したりとその人らしい身だしなみができるよう配慮している。衣類等は担当がチェックし個々にふさわしいものを季節に応じて準備していただけるようご家族に協力をお願いしている		
42	(18)	○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	一人ひとりの好みや機能に応じてスタッフとともに準備や片づけを手伝っていただいたり、パースデーケーキの飾りつけをお願いしたりと楽しみとなるような工夫をしている		
43		○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	栄養バランスに関しては栄養士が献立をたて、栄養管理を行っている。水分摂取量を毎日チェックし飲水量が少ない方には飲みやすい水分の工夫やお茶ゼリーで提供したりと水分量が確保できるようにしている。食事形態も個々に合わせてその都度加工をして提供している		

福岡県 グループホーム いやしの家

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
44		○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	毎食後の歯間ブラシやスポンジも併用しながら丁寧な口腔ケアと口腔内のチェックを行うとともに汚れや口臭のある方は歯科受診や歯科往診をしていただき口腔内の清潔保持を支援している		
45	(19)	○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	排泄パターンを個々にチェックし、個々に合わせたトイレ誘導を行っている。便意、尿意がない全介助の方でも本人の負担にならない範囲でポータブルトイレやトイレでの排泄を心がけている。トイレでの排泄の為に立位保持や座位保持等を機能訓練の場ととらえ、出来ることはなるべくやっていただく、自立支援を行っている		
46		○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	便秘予防の為飲食物の工夫や水分摂取の促し等で個々に応じた予防を行うとともに、腹部マッサージや下剤の調整を主治医にお願いしたりと便秘予防への取り組みをおこなっている。また食事バランスでも野菜中心の食物繊維を多く摂取できるような献立の工夫をしている		
47	(20)	○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	基本的には曜日、時間の設定をしているが一人ひとりの状況に応じた対応に努めている		
48		○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	座位の耐久性や身体機能のアセスメントを行い、適宜休息をとっていただいたり、安心して眠れるように環境設定や声かけを心がけている。また空調管理や室温管理にも気を使いながら快適な環境づくりを心がけている		
49		○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	薬に関しては一人一人がどんな薬を飲んでいるかを把握し、何を観察すればよいかを看護師が職員に伝達し、日々観察している。また確実な服薬ができるように毎食、個々の錠数をチェックし口腔内投与と口腔内確認まで行っている		
50		○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	一人ひとりが役割を持って生き生きと生活ができるように家事役割を持っていただいたり、趣味活動として短歌を詠まれ、毎月の町の広報誌に投稿したり、大好きな踊りのDVDを鑑賞されたりと一人一人の楽しみごとを支援している		

福岡県 グループホーム いやしの家

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
51	(21)	○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	日々の散歩や買い物を実践的に、定期的に車でのイベント見物の外出やドライブを行い、戸外に出かけられるように支援している		
52		○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	お金の自己管理は不安要因になられる方も多いため、事務所で管理しており、聞かれたときには事務所で管理していることをお伝えすると安心される方も多。買い物の希望があれば、いつでも買えることをお伝えし、希望があれば一緒に買い物にお連れしている		
53		○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	レクレーションとして絵手紙や季節ごとのあいさつのはがきなどを書いていただいたりしている。本人の希望があれば家族への電話等の支援もしている		
54	(22)	○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	フロア内に季節を感じられる飾りをしたり、なじみのある音楽やお好きなテレビ番組やDVDを流したりと居心地良くリラックスできるよう工夫している		
55		○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	共有スペースでも一人ひとりに合った椅子の高さや居場所を確保し、利用者同士もお喋りできるように配慮している		
56	(23)	○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	居室は家具や寝具、写真やぬいぐるみ、仏壇等個人のなじみの物や思い出の品を自由に持ち込まれ落ち着いて過ごせる場所となっている		
57		○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	リビングや廊下、トイレには手すりを設置し洗面台は入居者に合った高さに設定している。テーブルや椅子は一人ひとりの機能や高さに合わせて選択し、自立して行えるように工夫している。また一人ひとりの機能に応じて方法や環境を工夫するとともにケアプランに沿って混乱や失敗のないケアの統一を図っている		