

### 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	1293600076		
法人名	医療法人社団 寿光会		
事業所名	グループホーム いきいきの家印西		
所在地	千葉県印西市吉高3139		
自己評価作成日	令和6年1月23日	評価結果市町村受理日	

**【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)】**

理念である「いつまでも自分らしくいられる生活」を常に視野に入れてご家族と連絡を取りながら個別ケアに重点をおいています。

※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	<a href="https://www.ikiiki-inzai.com/">https://www.ikiiki-inzai.com/</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人NPO共生
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15
訪問調査日	令和6年2月26日

**【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)】**

ホームの運営方針は「その人らしさを尊重する」ことに重きを置き、利用者一人ひとりの生活スタイルを尊重した介護サービスを提供している。開所から10年程度経過しているが、施設全体は清潔で綺麗な状態が保たれている。居室の前には利用者の似顔絵が掲示され、個々の個性が尊重されている。自治会との繋がりも強く、自治会長宅に施設長が挨拶に行ったり、自治会集会所でのフラダンス教室への参加や認知症カフェへの参加など、地域に密着した運営が行われている。利用者は地域とのふれあいを継続できている感覚がある。施設では季節ごとのイベントや利用者個人の誕生会の開催など、日々の生活に変化と良い刺激がある。壁面に飾られている作品は丁寧に整えられ、完成度が高く、幼稚さは感じられない。

**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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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)
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)
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)
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
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
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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	玄関に理念を掲げ職員が見えるようにすることで理念の実施に取り組んでいる。事務所内に理念の掲示をして、朝礼でもみんなで確認している。	ホームの目的や運営方針に基づき、利用者一人ひとりの生活スタイルを尊重している。早朝に起きる利用者や遅めに起きる利用者に対しても、朝食の時間を調整するなど、一人ひとりの生活スタイルを尊重している。その人らしさを大切にする理念は、毎朝の朝礼で職員全員が唱和している。	
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	コロナの影響で交流はほとんど取れていない。認知症カフェに参加したり、消防署と連携して施設に来てもらい一緒に避難訓練をした。	自治会が開催するフラダンス教室に参加したり、認知症カフェに参加したりしている。地元の自治会に加入していた利用者もあり、地元の人々との接触が頻繁である。火災警報装置の誤作動が起きた際には、近隣住民に説明をし以後、地元の消防署とも連携している。	
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	地域のボランティアとの関りは対面ではなく電話で続けている。		
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	感染対策の為実施できず書面を郵送している。郵送での開催だったためよりご家族と連絡を密に取るようにしている。	1月には書面ではなく、実際に市役所の関係部署の職員と利用者家族6名で会議を開催した。今後は2か月ごとに開催予定である。内容は行事の開催状況、職員の入退職、ヒヤリハット報告、利用者の入居状況など多岐にわたる。結果報告は書面にまとめ、利用者家族と関係者に郵送している。	
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	介護保険の改正に伴い不明点はその都度市役所の担当者に確認を取り協力関係を築いている。施設での解決が難しい案件については、市役所や地域包括支援センターに相談している。	印西地域包括支援センターでは利用者の入居状況の相談を行い、市役所の高齢者福祉課には施設のパンフレットを置いている。さまざまな問題解決に向けた相談も頻繁に行っている。誤作動以来、地元の消防署とも安全装置についての相談を行っている	
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	玄関の開放、身体拘束ゼロの為の研修会を開催している。身体拘束委員会と研修を行っている。	利用者の心理的な圧迫感を避けるため、玄関の施錠は行っていない。職員は3か月ごとに身体拘束に関する研修を受けている。転倒してけがをしても手術が受けられない利用者もいるが、その利用者が身体能力を失わないよう、立ち上がったら鈴が鳴るように配慮している。	
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	不適切なケアがないか各々が気を配り、研修会は市の配布物を利用して行った。		

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	成年後見制度を利用している女性が昨年入居したので身近に接することができている。		
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	契約時に必ずご家族に契約書を見せながら説明している。		
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	契約時に苦情相談に関しては管理者が対応する旨を伝え、意見が有った場合はケアマネ、リーダーを始め職員と検討している。施設内での解決が難しい時は、ご家族様にもご協力いただき解決できるように努力している。	ケアプランの見直しや変更修正点は家族と相談し、報告を行い、同時に家族の意見や要望も収集する。利用者の日常の写真はインスタグラムで家族に共有する他、職員は毎月、家族レターを作成し、利用者の日常の様子の写真と、職員からの手紙を同封して郵送している。	
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	意見や提案が出た際は本部の職員に対応を相談して反映できるように努力している。職員会議で出た案について積極的に運用している。	朝礼時には職員の意見や提案、話し合いが行われる。職員は自由に意見を述べ、フラットな雰囲気も保たれている。多くの意見は利用者へのケアに関するものである。改善案は職員全体の賛成があれば実現可能であることが多い。施設の運営は、職員各員が積極的に参画し、開かれたフラットな雰囲気で行われている。	
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	職員の意見を取り、要望を出来るだけ取り入れ、働きやすい環境づくりに努めている。		
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	社内外の研修を受けるよう推進。		
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	法人内でのグループホーム管理者同士の会議を開催し、又、ケアマネ会議を実施し、情報交換の場として提供している。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に見学、面談を行い、ご本人の意見、要望を聞き取るよう努めている。		
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	ご家族とも面談を行い、意見要望を聞き取るよう努めている。		
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	その都度ご本人、ご家族などに必要とする支援を確認し、対応努めている。		
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	利用者の人権を尊重し日常生活の家事にも参加できるよう支援している。		
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	本人の希望に沿うよう、ご家族と連絡を密に取り合うよう努めている。		
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	現在は馴染みの場所や人との関係保持の希望は出ていないが可能な限り対応したい。面会時に昔からのご友人に会っていただいたり、地域のボランティアサークルに参加して地元のご友人に会う機会を設けている。	利用者のご家族が馴染の友人も連れてくることもある。近くの白鳥の郷に白鳥が飛来した日には、利用者を誘って見に出かける。希望利用者には、2か月ごとに2日間の美容サービスが提供されている。買い物に出たい利用者に対しては一緒に買い物に出かけて、服や嗜好品を選んでもらうこともある。	
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	部屋に引きこもらないよう、ダイルームで皆とコミュニケーションを取りながら過ごせるよう、一人ひとりに声掛けし、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
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	退居後、相談があれば必要に応じて対応している。		
<b>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</b>					
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	ご家族、ご本人より希望を聞き、出来るだけ希望に添えるよう努めている。ご本人の希望する生活が送れるように傾聴している。	利用者の意向は、コミュニケーションで図るほか、表情やしぐさなどから把握して、支援につなげている。家族からは、それまでの暮らし方や考え方などを聞いて利用者の立場にたって希望に添えるようにしている。また、朝礼やフロア会議で職員間で支援方法を話し合い利用者の意向の情報共有を図っている。	
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	入居時や面談の時に、ご本人の生活歴や趣味などを伺っている。		
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	個々に合わせ、変化があった場合は柔軟に対応している。		
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	ご本人やご家族から要望を伺い、作成し、作成後は家族に了承を得ている。生活歴やご家族との関係を深く知り、より良い生活が送れるように話し合っている。	介護計画は、半年に1回居室担当者とフロアリーダー、ケアマネ、管理者で原案を作り、フロア会議及び家族に提示して意見を聞いて作成している。利用者に変化があるときは随時計画の見直しを行い状況に即した計画を立てて支援している。	
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	日常生活状況は記録し、状況の変化にすぐに対応出来るようにしている。		
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	その時々問題などに対応出来るよう、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
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	ボランティアの訪問や介護相談員を受入れている。		
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	入居時にかかりつけ医を伺い、出来るだけ希望に沿うようにしている。希望があるご家族様には往診時に一緒にいていただき、処方相談を実施している。	2週間に1回24時間対応の協クリニックの医師及び看護師の訪問診療・看護があり、職員と連携して利用者の健康管理を行っている。眼科や整形外科等往診で対応できない疾病には、家族の希望やかかりつけ医の紹介等で他の病院を受診するが、その際は家族と協力して受診支援を行っている。	
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	日々の様子を訪問医師、訪問看護師に話し、意見を伺い、指示を受けている。		
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。	入院した際は、経過を伺いに病院に訪問している。		
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	契約時に書面で説明し、都度ご家族と話し合いながら希望に沿うように努めている。	重度化や終末期のケアについて、入居時に利用者及び家族にホームの方針を説明している。終末期になるとかかりつけ医から説明があり、再度希望を確認し、ホームでの看取りを希望した場合は誓約書を交わしている。終末期には訪問診療と訪問看護、家族、職員で連携し、看取りを行っている。看取り時の家族の面会には制約を設けていない。昨年は2名の看取りを行った。	
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	急変時のマニュアルを作成し、夜間でも対応出来る様にしている。		
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	避難訓練を行いどの職員でも分かるよう、申し送りを行っている。消防署の協力を得て避難訓練を実施した。自治体の方にも協力の依頼をしている。	昨年7月に避難訓練を行い、来月3月にも消防署の協力のもとで避難訓練を行う予定である。消防署からホームの見取り図の提出の指示があり、来月はそれらを参考に具体的に指導を行ってもらう予定である。特に夜間帯は職員が1名なので、夜間帯の対応について指導してもらう予定である。	自治会に加入しているため、地域の行事に参加したり認知症カフェの手伝い等を通して地域との関係を築いている。夜間帯に災害が起こった場合の対策について、消防署からのアドバイスを、地域にも周知されることが望ましい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	リーダーが常に職員の接遇に気を配り対応している。個室でのケア、お一人お一人に合わせた対応をしている。 買い物希望の方には職員が1対1でショッピングに行き、セルフレジの経験もしてきた。	法人全体でユマニチュードケアに取り組んでおり、映像等を使って定期的に研修を行っている。その中で利用者一人ひとりの人権を尊重したケアの重要性を学び実践している。	
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	常に声掛けし、自由にコミュニケーションが図れるようにし、希望を自己決定出来るよう努めている。		
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	本人の希望を聞き、少しでも実施出来るよう、職員間で協力を図っている。		
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	起床介助の際、入居介助の際にご本人の希望を伺っている。		
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	ご本人の希望を伺いながら利用者にも参加して頂いている。パン食がほぼないので、行事食に取り入れている。 透析食の方については、病院の管理栄養士と協力してなるべく皆様と同じ食事ができるように工夫している。	食材はほかの法人施設でも活用している食材配達業者から入手して、ホーム内で調理し利用者に暖かい食事を提供している。利用者の食事の希望は、行事食やおやつで対応している。食事の準備や後片付けに参加してもらっている。	
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	チェック表で管理し、おやつのご希望に沿う、甘い飲み物を提供したり努めている。		
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、口腔ケアへの促しをしている。		

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	日中は一人ひとりの排泄リズムを把握し、誘導している。変わらずに個別ケアを継続している。	排泄チェック表を用いて一人ひとりの排泄パターンを把握して自立に向けたトイレ誘導を行っている。入所して間もない失禁の多い利用者には職員全体が見守り、失敗のないようにトイレ誘導を行っている。	
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	日々の体調の変化を観察し、便秘にならないように体を動かすよう、又、水分摂取を促している。		
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	個別での入浴介助を行っており、ゆっくり入浴出来るよう努めている。	利用者は週に2回入浴支援を受けており清潔な身体を保っている。入浴支援ではゆっくりと入浴を楽しめるように努め、季節ごとにゆず湯やしょうぶ湯などを準備し、利用者に喜ばれている。2人支援の必要な人には職員2人で対応し安全に配慮して支援している。	
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	布団を干したり、部屋の温度管理をし、睡眠頂けるよう努めている。		
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	配薬チェックをし、訪問看護師、訪問医に意見を頂いている。		
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	自分で出来る事は行ってもらようよう支援している。		
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	感染状況に合わせて対策をした上でお願いしていきたい。	天気の良い日には利用者と職員が1対1でホーム周辺を散歩している。また、ホームの駐車場にあるプランターの水やりを行うために外に出て外気浴を行っている。桜やチューリップなどの花の時期には、感染予防に配慮し交替でドライブを楽しんだ。また、時々スーパーにおやつの買い出しに職員と出かけている。	



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
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	現在はお金をなるべく所持しないよう、お願しているが、外出の際には事前にご家族にご相談している。		
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	現在は、希望者はいないが、希望が出ればいつでも対応できる。		
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	入居者と共に作品を再作し、馴染みを作るよう努めている。掲示物で部屋をわかりやすくしている。	広い居間と廊下、トイレなど共有部分は明るく清潔に保たれ居心地よく整えられている。壁には季節ごとに職員と利用者が製作した作品を飾っている。その他、行事の写真やレクリエーションで作った作品なども飾られていた。換気は随時行い、加湿器は3台用意して環境を整えている。	
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	不穏な場合、希望がある場合は和室にて、リラックスして頂けるよう努めている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人の希望を伺いご家族と相談のもと、対応している。持ち込み不可の物はなく、慣れ親しんだ物品に囲まれて生活できる環境。	居室は担当職員と家族が考えて、使いやすいテーブルや家族の写真など置いて利用者が過ごしやすいように設えている。居室には危険性のないものであればなんでも持ち込み可である。	
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	家事支援を行い、又、安全にも気を配るよう努めている。		