

(別紙の2)

自己評価及び外部評価票

[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(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)		
			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。	法人代表が定期的に、法人の理念を職員全員に伝え、理念を理解し、実践につなげている。	事業所の掲示板に理念を掲示しており、日々のサービス提供時に理念が反映されているか、職員同士で確認し合っています。		
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。	法人が地域の中にあり、利用者も地域の方々が多いため、家族の訪問や地域の様々な事情(家族関係や家の片付けなど)に対しての相談に対応している。	自治会に加入しており、管理者は自治会の壮年団の活動として、地域の獅子舞や魚のつかみ取り、子供達の夏休み行事等を事業所で行っています。庭はオープンガーデンになっており、地域の人達に、季節の花々を楽しんでもらっています。		
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。	地域の方々の認知症に関する相談に対応している。また、認知症についての情報をデータ化し、学会や長野県のグループホーム部会等で発表している。			
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、その意見をサービス向上に活かしている。	認知症介護や看取り、アドバンスケアプランニング(本人主体の人生設計)など、サービス内容の実際を報告し、市役所や地域の区長、民生委員などと意見交換を行い、サービス向上に活かしている。	利用者の様子を報告し、委員からのアドバイスを頂いたり、事業所として今後、地域で取り組んでいきたい内容を検討するなど、委員からの意見を活かすよう努めています。		
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。	認知症介護について、介護加算や介護の質の向上に向けた取り組みについて、市町村担当者と常に連携し、介護の質向上に向けて協働している。	介護保険請求やサービス加算、サービスの取り組みなどを、市担当者と相談するなど、行ったり来たりの協働関係が出来ています。		
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「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。	身体拘束をしないケアについて、職員全員で情報共有を行い、やむを得ず身体拘束をする場合は、ケアに関してその都度検討している。	年間の研修計画には、身体拘束に関する研修を位置付けており、事例検討を行うなど、職員が気づきを持つことが出来る研修を行っています。利用者が安心する言葉かけは、管理者が他の職員に共有するよう促しています。		
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。	管理者は、高齢者虐待防止の基本を理解し、職員へ、人に対する権利と尊厳の尊重について指導し、絶対に虐待が行われないように環境を調整している。タブレットに資料提示。			

自己	外部	項 目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	管理者は、日常生活自立支援や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、職員と共有するとともに、介護の主体は利用者や家族であることを周知している。		
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。	契約の締結、解約などの際には、利用者や家族に不利益がないように情報提供を行っている。その後の不安や疑問がないか尋ね、同意のもと書面へ署名を頂いている。		
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。	利用者や家族の意見、要望を常に聞く姿勢を持ち、常に業務改善に取り組んでいる。相談があった場合は、早急に対応するように心がけている。苦情に関しても外部の3箇所に相談できるよう提示している。	鍵の施錠や失禁の事など、日常のケアについて家族等から意見を頂き、対応しています。このような意見等は、管理者及び職員間で共有して運営に活かすよう努めています。	
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。	管理者は、職員が運営へ参画できるよう常に意見や提案を聴く姿勢をもち、業務改善、運営へ反映している。	利用者に関する意見や提案は、職員会や休憩時間等にミーティングしています。研修の持ち方や有給の取得など運営に反映させています。	
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。	管理者は、職員に関して給与水準、社会保障、労働時間、やりがい、向上心、働きやすい職場環境の提供に関心を持ち、子育てや介護をしていても働き続けられる職場環境を提供している。		
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。	年間の教育計画を計画し、実行できる環境を提供している。また、職員が外部の研修が受けられる環境提供を行っている。研修費用の助成も行っている。		
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。	長野県認知症グループホーム部会を2ヶ月に1回開催し、グループホーム同士のつながりと、相互訪問等の活動を通して、サービスの質向上に努めている。		

自己 外部	項 目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
		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。	個々の生活環境や性格、認知症の病態に合わせて、利用者と家族の要望を聴きながら、全身状態をアセスメントし、長く安心して生活できる環境調整に努めている。	
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。	サービス導入段階で、アドバンステープリング(本人主体の人生設計)を実施し、最後の時までどのように生きていきたいか、本人と家族の希望を聴取し、意向に沿えるように環境調整している。	
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。	利用者と家族が必要としている支援に関して、どのような内容でも、できる範囲で、できるだけ早急に対応するようになっている。	
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。	代表者は、その家族と利用者と寝食を共にしており、家族として平等な立場で協力しながら、信頼関係を築くよう努めている。	
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。	家族には、最低でも1回/月の来訪を促しつつ、日々の様子について情報提供を行いながら、予後予測を伝え、どのように生きていきたいか相談するように努めている。	
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。	利用者が慣れ親しんだ家具や人との写真を設置し、今までの思い出や利用者を支えてきた「何か」を大切にするように環境調整を行っている。	職員は「自由にここのホームに訪問してください」と伝えています。訪問された同級生とベンチに腰掛けてお話ししたり、家族や友人との外食や馴染みの美容院に行くなど、関係継続に努めています。
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。	利用者同士の関係性を理解し、お互いの部屋をいつでも訪問でき、話ができる環境提供を行っている。	
22		○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。	看取りや他の施設に移動の希望があっても、葬式の準備や施設の紹介など気持ちよく次の段階へ移行できる様に、その関係性を維持し、いつでも相談や支援を行うように説明し、了承を得ている。	

自己	外部	項 目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	一人ひとりの認知機能を評価し、それぞれに合わせたコミュニケーションから、意思決定支援を行っている。意思決定が困難な場合は、利用者や家族にとって一番利益になる選択肢を提示し、一緒に考えている。	言葉にしづらい利用者には、その場面の表情や行動等を記録して、1人ひとりの日常生活動作を総合的に評価し、思いの把握に努めています。	
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。	入居時に、病歴等の検査記録についてケアマネージャーと情報共有を行い、利用者の生活背景を踏まえた関わりを行っている。		
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。	一人ひとりの認知機能や身体状況、健康状態を評価し、多職種で共有している。多職種は、介護福祉士、リハビリセラピスト、医師、看護師、歯科助手、歯科医、栄養士である。		
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。	毎朝行われる職員会議にてカンファレンスを開催している。利用者の課題によっては時間を延長し、毎日のケアに反映し評価するようにしている。	個々の介護計画について実施したかどうかを電子カルテに打ち込むとともに、利用者や家族から意向を聞き、モニタリングを行って、介護計画の見直し・作成をしています。	
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。	電子カルテを利用し、日々の気づきや利用者の反応などを文字や写真で記録し、適宜介護介入についてチームで検討している。ケアマネージャーとも情報共有し、介護計画の評価修正を行っている。		
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。	昨年は、誕生日を自宅で親戚と過ごしたいとの希望があり、介護職員を派遣し、自宅で誕生日会ができる様にサービスを提供した。		
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。	地域資源として、地域の専門職と多職種連携を行うことで、一人ひとりが自らの持てる力を発揮できる環境調整を行い、支援している。		

自己	外部	項 目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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	(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、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。	かかりつけ医と連携し、毎週のバイタルサインや、健康上の課題などを共有しながら、1回/月往診していただいている。かかりつけ医所属の看護師とも必要な情報共有を行っている。	かかりつけ医への受診は、事業所独自の付き添いサービスを活用して、職員が受診支援を行い、受診後は、家族等に医療情報を伝えています。又、訪問歯科による口腔ケアを行い、適切な医療が受けられるよう支援しています。	
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。	介護職員は、常勤の看護師と密に連携し、健康状態の管理と受診の判断を行っている。また、健康上で気になること、異常時、急変時等24時間連絡が取れる体制をとっている。		
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。	利用者が入院した際には、事前に作成した検査記録とアドバンスケアプランニング(本人主体の人生設計)の内容を、病院関係者と情報共有している。また、常勤の看護師が病院関係者と情報交換を行い、できるだけ早期に退院できるように努めている。		
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。	入所時に利用者や家族に対して、アドバンスケアプランニング(本人主体の人生設計)を実施し、重症化・老衰・看取りについて、説明用紙を用いて説明し、意思決定支援を行い、同意を頂いている。また、住み慣れた地域で看取ることができる体制を整えている。	入居時に、看取り介護に関する指針を説明し、重度化・看取り支援に関する意向確認書、同意書などを作成し、医療関係者・家族等・職員のチームで支援に努めています。看取り時は、居室にて家族の付き添いも出来、グリーフケアや職員へのカンファレンス等も行って、支援に努めています。	
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。	常勤の看護師が24時間、健康や急変時の相談に対応できる環境を整えている。また、初期対応の指導を行っている。		
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。	BCP(事業継続計画)の作成に取り組んでいる。また、避難所として機能するために、発電機の設置や食料、生活必需品についても検討している。避難訓練についても消防署や地域と連携し、実施することを検討している。	事業所併設の建物が地区の避難場所となっているので、避難訓練に参加しています。利用者と共に行う災害訓練は、卓上シミュレーションで話し合いを計画しています。	管理者は、運営推進会議のメンバーや地域の人達、利用者と共に災害訓練を実施することの必要性を感じています。さらに、災害時の対応をスムーズにするため、地域や行政と住民の連携を検討されることが望まれます。

自己 外部	項 目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)		
		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。	利用者一人ひとりの生活背景を尊重し、自分の家族に接すると同様に、大切に接することができるように心がけている。利用者の人権と尊厳を重要視している。	外へ出てしまう、夜遅くまで寝付かない・・・このような時は、利用者の生活歴を知るなど、又利用者はどうして欲しいのか、など本人目線で支援に努めています。	
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。	利用者や家族の、思いや希望を尊重し、直接声を聴くようにしている。また、個々の認知機能や状態に合わせたコミュニケーションを実施している。		
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。	利用者一人ひとりの体調や気分に合わせて、安心して生活が送れるように、本人の意思を尊重したケアを心がけている。		
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。	季節に合わせて、利用者の趣味や希望に合わせた服装が、自由に選択できるように支援している。		
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。	3食手作りで季節の物を積極的に取り入れるようにしている。また、代表者家族も一緒に食事をとり、おいしい食事を提供できるよう努めている。準備や片づけ等も利用者のADL(日常生活動作)に合わせて一緒にやっている。	食事の時間が近づくと、煮炊きする匂いが漂い、四季折々の旬の野菜料理を提供しています。誕生日には、お赤飯や利用者が楽しめる飾り物でお祝いしています。重度化された利用者には、食べられる形状にして、食事が楽しめるような配慮をされています。	
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。	栄養状態、体重、普段の食事摂取量や嗜好、嚥下状態、季節や気温、日中の活動内容なども考慮し、栄養バランスの調整、食事形態、水分摂取の促しなどの支援を行っている。		
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。	歯科と連携し、必要に応じて歯科診療、毎月歯科衛生士による口腔ケア、職員指導を行っている。		

自己	外部	項 目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	個々のADL(日常生活動作)や認知機能、排泄パターンを把握し、できる限り自立した排泄ができるよう支援している。また、利用者の排泄状況に応じたオムツやパットの選択なども、介護職員全員で検討し支援している。	介助の必要な利用者には、時間を見ながら声掛けを行い、個別のパット等の検討も行っています。自分でズボンの上げ下げができるよう、職員は見守り、出来るだけトイレでの排泄が出来るよう支援しています。	
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。	看護師・介護福祉士が共同し、排便に関してアセスメントし、情報共有を行いケアを実施している。また、かかりつけ医とも相談しながら薬の利用なども検討している。		
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。	利用者の気分や体調なども観察しながら、気持ちよく入浴ができるように支援している。また、入浴ができなくても他の方法で清潔が保てるよう、職員や利用者とは相談しながら実施している。	1階と2階にそれぞれ風呂場があり、入浴時には、職員配置を増やして、利用者に合わせた入浴が出来るよう配慮しています。入浴が出来ない利用者には、清拭や足浴で対応しています。	
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。	利用者が安心して、静かに休息し眠れるように、馴染みの物や写真、時計、カレンダーなどを見える位置に設置し、見当識が保てる様にしている。		
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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	常勤の看護師が一人ひとりの薬について把握し、その効果や副作用について観察している。また、介護職員も確実に内服ができるよう服薬支援を行っている。		
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。	利用者一人ひとりの認知機能、ADL(日常生活動作)、生活歴などを考慮し、レクリエーションや家事ができるよう支援している。		
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。	天気や季節に合わせて、草木が豊かな庭の散歩などを行っている。また、認知機能、ADL(日常生活動作)に合わせてバス旅行なども行っている。毎月3のつく日は散歩の日としている。	毎月3のつく日は、散歩の日です。事業所の庭はオープンガーデンになっており、そこを散歩しながら四季折々の草花を楽しみ、行きかう人達と挨拶をしています。歩くことが困難な利用者は、車いすで庭の風景を楽しんでいます。	

自己	外部	項 目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	利用者一人ひとりの認知機能、ADL(日常生活動作)に合わせて、できる限り自由にお金を所持し、使え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。	利用者一人ひとりの認知機能、ADL(日常生活動作)に合わせて、電話や手紙のやり取りができるよう支援している。また、タブレットでのLINEを使用したテレビ電話なども行っている。		
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、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。	共用の空間に関して、臭気、光、温度、音などについて介護職員と共に検討しながら、環境提供を行っている。また、生活空間に季節感を取り入れるよう努めている。	玄関には季節の花々が飾られ、ホールには魚が泳いでいる水槽や本などが置かれています。季節感を感じ、落ち着いて居心地よく過ごせる共有の空間となっています。	
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。	個室や共用空間を、できるだけ自由に行き来することができるよう環境を調整している。また、人と人とのつながりを大切に、社会性の拡大を図り、相互理解を深めるよう環境調整をしている。		
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。	居室には、利用者が慣れ親しんだ家具や物、家族や友人との写真、カレンダー、時計など、安心して居心地よく過ごせるような環境提供をしている。	居室からは見慣れた風景があり、家族や友達の写真、テレビ、位牌などが置かれ、今まで使っていた自分の布団等を使い、安心して暮らせるよう工夫されています。又家族等が泊まれるよう布団も用意されています。	
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。	利用者一人ひとりの認知機能、ADL(日常生活動作)、趣味、嗜好などを考慮しながら、安全・安心して生活できるよう、できるだけ近くで見守り、支え、できたことを共に喜び、感情を共有している。		