

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1)

事業所番号	0171401045		
法人名	有限会社ウィズ		
事業所名	グループホームそよかぜ		
所在地	北海道函館市松風町14番7号		
自己評価作成日	令和1年8月15日	評価結果市町村受理日	令和1年10月1日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の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URL [http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_022\\_kihon=true&JigyosyoCd=0171401045-00&ServiceCd=320](http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0171401045-00&ServiceCd=320)

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	企業組合グループ・ダイナミクス総合研究所 介保調査部		
所在地	札幌市手稲区手稲本町二条三丁目4番7号ハタナカビル1階		
訪問調査日	令和1年8月27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)】

入居者様の出来る能力を生かしたケアの実践と、その人らしく過ごせる空間作りにも配慮している。また、医療との連携を密に計っており、最後の住家としても安心していただける看取りケアにも力をいれている。

【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)】

当事業所は、函館市の中心市街地にあり、2階建て2ユニットのグループホームである。函館駅から近く、市電の停留所から徒歩3分の位置にある利便性の良い地区である。法人は、介護保険制度が始まって間もない2001年4月に設立し、函館市内や北斗市、七飯町、森町、木古内町に訪問介護や訪問看護、小機多機能住宅介護、居宅介護支援など20数か所以上の介護サービス事業を展開しており、最近では社会福祉法人を設立し地域密着型特別養護老人ホームを運営するなど地域での信頼が厚い。「心接介護」という全事業所統一した理念で、利用者毎に個別に対応するケアの理念である。当事業所は、職場体験の中学生や高校生の実習生なども受け入れており、七夕には30名程の子供が来訪するなど地域との関わりが多い。ホーム内は1階2階各ユニットの職員の交流もあり、利用者や職員が明るく笑顔で、犬の「こめこ」が癒しを担当しているアットホームなグループホームである。これからも地域の認知症高齢者の事業所として期待したい。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項目	取組の成果		項目	取組の成果	
	↓該当するものに○印			↓該当するものに○印	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (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 3 利用者の1/3くらい 4 ほとんどつかんでいない	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)	○	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 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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、活き活きと働いている (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している (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: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			

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念を作り、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	企業理念として全事業所統一した「心接介護」を理念として、社是を掲示し、ケアに迷った時の指針にし、取り組んでいる。	法人の理念として、全事業所統一で「心接介護」としており、会議で毎回説明して職員間で共有し実践につなげている。また、名刺の裏に記載し、事業所内にも掲示して、利用者や家族にも周知するよう努めている。	
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人として日常的に交流している	町内の行事参加や商店街への買い物、散歩などを通して地域との関わりを持っている。	港まつりのイカ踊りに参加したり、近所の自由市場や商店街で買い物などしている。中学生の職場体験や高校生の実習生受入れ、七夕に大勢の子供達が来るなど日常的に地域との交流をしている。	
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	運営推進会議などで、家族や町会の方へ認知症の方に対する理解や支援に対する助言を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組状況等について報告や話し合いを行い、そこの意見をサービス向上に活かしている	利用状況、待機状況、ひやりはつと、事故報告、行事報告をし、意見を頂き、速やかに検討し、次回推進会議にて取り組み報告をしている。	運営推進会議は、家族や地域の方、地域包括支援センター担当者などが多数参加して、定期的に関催し、運営状況の報告や意見交換、情報交換などを行い、サービス向上に活かしている。	
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取り組んでいる	包括支援センターとの情報交換を日々行っており、協力関係を築いている。	地域包括支援センター担当者が運営推進会議に参加しており、定期的に情報交換や意見交換をしている。また、保護課担当者も3ヶ月に1回来訪しており、情報交換するなど協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	本人がしたい行動を安全にできるよう環境を整え、身体拘束の検討会を定期的実施し、拘束行為は一切行っていない。	身体拘束防止委員会を設置して、指針やマニュアルを整備し、3ヶ月に1回検討会を開催している。法人全体の研修会や内部研修を年2回行っており、学びながら身体拘束を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、高齢者虐待防止法等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逃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	全社学習会などで、虐待についての正しい知識を習得し、どうしたら虐待と見られるのかを色々な角度からの視点を都度検討しながら全職員防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	後見人制度を活用している方について、包括支援センターや病院の相談員より相談を受け、互いの協力により、入所することができ、職員は後見人との関わりの中から学ぶ機会があった。		
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	必ず、利用者や家族の理解を得てから契約・解除を行っている。		
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並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	玄関に意見箱を設置し、いつでも投函できるようにしている。また、意見を言って頂けるように日頃よりコミュニケーションを図っている。	そよかぜ便りを毎月発行して、運営状況を家族に報告している。玄関に意見箱を設置しているが、家族の来訪時に意見や要望を殆ど聞き取り運営に反映している。	
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	個人面談や、定期的なユニット会議にて意見が発言しやすい機会を設け、意見が反映できる様取組んでいる。	ユニット会議を月1回開催し、管理者がそれぞれ参加している。個人面談は、随時行っており職員からの意見や提案は運営に反映している。また、現在、全社で改革の検討中である。	
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	日頃より職員の状態を把握し、生き活きと仕事ができるように配慮している。		
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	個人面談等で職員の現状を把握し、法人内外での研修案内をし、参加できるようシフト調整しており、先輩によるOJTを行っている。		
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組をしている	認知症ケア研修等に参加できる機会を設け、同業者との交流を図り、取り組み状況等の情報交換を行っている。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	安心して生活ができるよう入所前には必ず訪問し、要望等を聞いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	安心して生活ができるよう入所前には必ず訪問し、要望等を聞いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人のリロケーションダメージを最小限に抑えられるよう馴染みの家具等の搬入や必要であれば医療サービスが受けられる様支援している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	できる事できない事のアセスメントを行いできる事はいつまでもできる様環境を整え、擬似家族を目標にしている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族とはこまめに連絡を取り合い、共に支援できるよう取り組んでいる。		
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	友人や家族がいつでも訪問し、楽しい時間を過ごしていただけるよう努めている。	利用者が殆ど地元出身の為、家族や友人・知人が多数来訪している。近所の床屋や美容室が来たり、元の自宅やお墓参りは家族と一緒にっており、関係継続の支援に努めている。	
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	全てにおいて職員が支援してしまうのではなく、能力を勘定し助け合えるよう環境づくりに取り組んでいる。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	契約が終了しても、家族より相談があり支援に努めている。また近況確認や、ホームへ遊びに来ていただいている。		
<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	センター方式でのアセスメントをし、利用者本位を大切にマネージメントしている。	センター方式を活用しアセスメントをして、利用者の日常生活のなかから思いや意向を把握するよう努めている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	リロケーションダメージを最小限にするために、馴染みの暮らし方が必要であるため、センター方式のアセスメントツールを使用し、把握している。		
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	センター方式のアセスメントツールを利用し、全職員でアセスメントをし、カンファレンスで検討会を開催し、把握している。		
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	介護計画検討会を関係者参加で行い、都度計画の見直しをしている。	管理者が利用者や家族、主治医の意見や要望等の情報収集を行い、原案を作成し、モニタリングして全体で検討し、現状に即した介護計画を作成している。見直しは3～6ヶ月毎に行っている。	
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	介護記録に記載し、申し送りや職員間の伝達にて小さな変化の情報を共有し、つど検討している。		
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	常に変化への気づきを全職員で共有し、これで良いではなく、経過を申し送りで確認し、より良いを目指している。		
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	一人ひとりの馴染みの暮らしを把握し、地域資源を活用し、安全に趣味ごとができる様支援している。		
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	馴染のかかりつけ医との関係を途切れないようにしており、入所時には主治医との情報交換をして受診への支援を行っている。	かかりつけ医は、以前からの主治医を継続している。重度化した場合は、往診可能な協力医療機関に移行し、月2回～1回の受診をしている。訪問看護師は週1回定期的に訪問があり、24時間対応で適切な医療を受けられるよう支援している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携をしており、定期的に訪問看護師へ相談し助言をうけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、また、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、又は、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。	入院時には同席し早期退院に向けての相談をしている。また、長期入院になっても主治医・相談員との連携も図っている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	入所時にご家族を含め、看取りの有無を確認し、主治医より、病状の悪化を告げられてから、再度看取りの説明をさせて頂いた上で本人の希望に添えるようご家族を含め検討会を開催している。	入居契約時に看取りについての説明をしている。重度化した時に、主治医と家族、事業所と打ち合わせして、看取りの意向の場合は同意書を交わし、主治医の指示の下、連携して支援に取り組んでいる。	重度化した場合の看取りの対応について、事業所として経験は豊富だが、経験の浅い職員もいる為、過去の事例をマニュアル化して研修資料として活用す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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	全社学習会にて看護師より学ぶ機会があり、また訪問看護師から日頃より助言を受けている。		
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	避難訓練を年2回開催している。また、地域への協力依頼も運営推進会議をとおして発信している。	火災の避難訓練は、消防署の指導の下、地域の方の参加協力により、年2回定期的に実施している。備蓄や備品も整備し、避難先も確定しており、地域との協力体制を築いている。	火災の避難訓練は、地域との協力体制を築いているが、地震や津波のシミュレーションや避難訓練など自然災害への対策も期待したい。

#### IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格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	本人の自己決定を尊重し、安全に過ごせるよう環境を整えている。	人格の尊重とプライバシーについては、接遇研修を年3回定期的に行っており、声掛けや言葉使いには特に指導をしている。	
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	適切な判断が困難になっても自己決定はできる事を認識し、希望が表現し易い様環境を整えている。		
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、希望に沿って支援している	個別ケアの徹底をし、ケアに対するマニュアルを作成していない。		
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	朝や、入浴時、行事参加時には本人と一緒に洋服を選んだり、希望時はお化粧品やマニキュアへの支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	ひとり一人の能力を勘案し、職員と一緒に準備や片付けを行っており、一緒に食事をしている。	献立は法人グループ内の特養ホームと同様だが、料理は事業所毎である。利用者は、料理の下準備や片付けなどを行っている。行事食は、回転寿司やバーベキューなどで、食レクは、ホットケーキや焼き芋、クッキーなど楽しみな支援をしている。	
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	ひとり一人の病状も考慮し、管理栄養士による献立を使用し食事量や水分量の把握をしており記録している。		
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	本人のペースや状態に合わせて口腔ケアの支援を行っている。		
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向けた支援を行っている	排泄パターンのアセスメントをとり、本人に合わせて排泄支援を行っている。	利用者個々の記録簿を職員間で共有して、一人ひとりに合わせて、声掛けや誘導をして、トイレでの自立した排泄に向けた支援をしている。	
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	排便の確認を行いながら、服薬のみに頼らず水分や運動への取り組みを行っている。		
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ず、個々に沿った支援をしている	入浴の思いお越しができる方には思い起こした時に支援を行い、最低週2回は入浴ができる様支援している。また、入浴を拒否した場合は無理強いせずタイミングを見計らいながら再度声かけを行っている。	浴室はユニット型である。入浴は週2回で、それ以上の方もいる。主に午後からの入浴だが、拒否する利用者もあり、何時でも入浴できるように個々に沿った支援をしている。	
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	いつでも自分の居室に戻り休息できるよう支援している。また馴染みの家具を設置し、馴染みの寝具を使用している。		
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	医療機関からは都度説明を受け、お薬情報を必ず確認し、服薬支援を行っている。病状の変化などは、主治医や訪問看護師に相談し指導を受けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の趣味活動が出来るように家族と連絡を取りながら行っている。また、誕生日には本人の好きなメニューで昼食を楽しんでいる。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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	外出したいところへ出掛けられるように支援しており、花見や紅葉狩りなどの行事を家族にも案内し共に行っている。回転寿司へは事前に店主と打ち合わせを行い、安全に楽しめるよう支援している。	日常的に近隣の散歩や外気浴をしている。外出行事は、お花見や紅葉狩り、法人内事業所が集めた家族も参加する温泉バスツアーやそよかぜ夏祭りなど季節に合わせて楽しみな外出の支援をしている。	
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	利用者様本人が金銭を所持することを禁止しておらず、いくら所持しているのかを家族と連絡を取りながら把握できるようにしている。		
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	家族や友人に電話をかけたいときは電話をかけられる様手紙を書きたい時は書ける様支援し、郵便局へも同行している。		
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	ある物はある様に、家庭的な雰囲気が自然と出せる様環境を整え、壁や家具の汚れが混乱の材料になる事を認識しており、気付いた時速やかに清掃している。	共用空間は、採光や風通しもよく、行事の写真や季節の飾り物が掲示され季節を感じる。リビングや食堂はゆったりしており、1階2階ともピアノがあり、2階には避難階段を設置している。利用者は、日中の殆どをリビングで寛いで過ごしている。	
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	2階のサンルーム、玄関のベンチなどいつでも利用できるよう空間作りをしている。		
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	本人の馴染の寝具や家具を持ち込んで頂くよう、本人やご家族に伝えており、希望の日用品なども持ちこんでいる。	居室には、一間程の大きな収納とベッドが設置されている。利用者は、使い慣れた家具や馴染みの物を持参して、居心地よく過ごすよう工夫している。	
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」や「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	家具の配置等を工夫し、歩行不安定な入居者様が自立して歩行できるように工夫している。また、できる事はできるよう環境を整えている。		