

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	1090500206		
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームもみじ		
所在地	群馬県太田市大原町 2236-3		
自己評価作成日	平成29年1月20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)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/10/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	平成29年2月3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)】

もみじ理念である、明るく楽しく笑って生活できるホームを目指し写真の掲載や、季節作品の掲示をする事でアットホームなホーム作りをしている。
 また散歩や地域行事参加の機会を増やし、地域に根強く密着することを目標に地域の方々と交流を図り住み慣れた地域にて生活が継続できるよう支援している。
 運営推進会議を活用し、外部の意見を取り入れながら、認知症やグループホームを理解して頂けるよう努力し、開かれたホーム作りをしている。
 入居者の方に対しては、行事や外出などをし、生活に楽しみや、できるお手伝い等を行って頂き、張り合いのあるホーム生活になるよう取り組んでいる。

【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)】

地域との交流が日常的に実践されている。自宅近くの商店や道場に今でも定期的に通っており、利用者にとっては自信と励みになっており、継続支援の実践による職員の同行等に努力されている。また、管理者は現在ケアが統一されていないと感じており、全職員が統一したケアを提供できるように実践を積み上げていくことを課題としている。現状の事業所の課題を把握しているので今後職員が団結して課題を克服することを期待したい。

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 3. 利用者の1/3くらい 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)	○	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)	○	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、生き活きと働けている (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	○	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
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	理念を設定し掲示及び各自で所有し、その理念をふまえて個別支援を基本としたサービスの提供が出来るよう毎朝の申し送り時と職員会議で唱和、実践に努めている。	法人の理念を下に事業所独自の理念を毎朝申し送り時に唱和している。各職員が理念を考える機会になっている。	
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	地域の清掃活動やお祭りへの参加、地区の育成会や幼稚園児との交流の機会を設けている。	地域の図書館を定期的に利用している。地域のコスモス祭りには4名が参加し楽しんできた。町内清掃に参加している。事業所が子ども神輿の立ち寄り場所になっており、交流が行われている。	
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	運営推進会議にて話し合い理解や支援をお願いしている。近隣の住民の方にグループホームの役割や内覧等の説明会を開催している。		
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	運営推進会議の話し合いにて出された意見や要望をサービス向上に活かしている。会議録を全家族にお渡ししている。	定期的開催され、民生委員・家族・市の関係者が出席し、現状報告や行事・活動報告を行い意見交換がされている。全家族に会議の開催案内を出している。	
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	運営推進会議に出席して頂き事業所の取り組みをお伝えし、意見を頂いている。長寿あんしん課に積極的に接点を取り情報交換している。	法人の担当課長が行政と連携を図っている。定期的な報告や連絡事項は管理者が電話や出向いて報告している。	
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	職員会議や勉強会で取り上げマニュアルを正しく理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	日中玄関は開錠しているが、共用空間は施錠されている。体操等、転倒防止のため見回せる範囲で支援している。スピーチロックや行動の制限に関しては現在の環境において、できることとできないことを見極めて支援している。	
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	職員会議や研修の実施、日々の話し合いにより全員で問題の共有を図り虐待の防止に努めている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、必要に応じて提案や支援を行うようにしている。		
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	重要事項説明書及び、運営規程や利用契約書を基に、契約時・解約時に説明を行い理解や納得を図っている。また、その後の不安や疑問にも対応している。		
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	定期的なアンケート調査の実施、家族面談や意見箱の設置により家族の意見・要望の収集に努め運営に反映させている。	家族の面会時に日常の様子を報告し意見を聞いている。居室が寒いという意見が出ている。本人からは日常の中で希望を聞いている。	日常的に利用者や家族から個別の意見や希望等が気軽に聞けるように、今後も努力して行ってほしい。
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	管理者は職員会議を月に1回実施し、意見交換を行い提案を聞き業務へ反映させている。代表者は管理者会議や人事考課の面談時、意見を聞く機会を設けている。	管理者は申し送りノートで職員間の意見等を記録し、疑問点は意見を言い合いたいと願っている。家族との連絡方法について意見が出て、家族と連絡ノートを作り家族が意見を書いたり、職員は不足品等の依頼を記入している。	
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	各自で目標を設定し、年2回の人事考課の際評価を行い常に向上心を持って業務を行うよう努めている。		
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	法人内外の研修・勉強会への参加を積極的に勧めスキルアップを促している。研修委員会や教育委員会による法人の全体的な研修の機会を設けている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会の研修等の利用によりサービスの向上を図っている。		

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
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	入所時は時間をかけ説明、面談を行い、これからの生活上への不安・要望を聴き取り個別支援に反映できるよう努めている。		
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	定期的又は、要望があった時など、その都度丁寧に面談を実施し、悩みや不安の解消に努めている。		
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	現場職員、ケアマネなどで、サービスについて検討し、必要な支援を提供できるよう対応に努めている。		
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	無理のない範囲でのお手伝いをさせていただきながら、生活歴・心情など傾聴を行い、寄り添いに努めている。		
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	利用者様の状態を緊密に報告し、催しや会議へ出席していただき、意見や要望を出しやすい環境作りに努めている。		
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	面会時は要望に添うかたちで、ゆっくり談話して頂けるよう努めている。図書館や四季の花を見学に外出するなど支援を行っている。	利用料を持参してもらっているので家族の面会が月に1度はある。新聞を購読している人や体操や歌を楽しんでいる。道場や図書館を利用したり、地域に買い物に出かけている。	
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	利用者様の状態や性格を考慮し、状態に応じ職員が仲介する形もと、円滑な関係ができるよう努めている。		

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
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	入院や退所される際、ご家族様が気兼ねなく相談して下さることができるよう声掛けなどに努めている。退所後も要望があった際には対応していく。		
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	毎月のカンファレンスで日々の変化などを議題とし、現在の状態での希望、意向に添うよう努めている。	職員が担当性になっており、ケアマネジャーが週1回の訪問時に利用者との会話やケース記録の中から意向等把握している。家族からは、面会時や電話で希望等確認し検討している。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族面談等での話をもとに、生活歴など職員共有の情報として認識し、支援に活かすよう努めている。		
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	記録、申し送りで生活状況の情報を共有し、状態変化に対応し情報の更新に努めている。		
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	ケアカンファレンスにて現場職員から現状報告を上げご家族様の要望を加味しながら介護計画を作成している。	毎月の職員会議時にモニタリングを実施している。定期的な介護計画は3ヵ月毎にアセスメント及びサービス担当者会議と共に見直しが行われている。また、状態変化時は随時見直しをしている。	
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	生活の様子こだわりなど気付いた事・変化を記録に記し、職員間で情報を共有して介護計画の見直しに活かしている。		
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	利用者様の状態、状況の変化や、ご家族様の希望に添って支援を行っている。		

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	地域の消防署にご協力いただいての避難訓練や地区のボランティアや幼稚園の慰問などを通し交流を図るなどしている。		
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、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	主治医との継続性を大切にしている。月に2回の往診や毎週訪問して下さる看護師と連携し、支援を行っている。	入居時にかかりつけ医の継続か協力医に変更できることを説明している。全員が協力医の訪問診療を受けている。他科の受診は原則家族支援である。必要時に訪問歯科診療の支援がある。	
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	利用者様の体調の変化など、気があれば連絡、指示を頂いている。訪問看護との連携ノートや往診ファイルを使用し情報共有に努めている。		
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。	普段から地域医療と協同し、医療機関と連絡を取っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	主治医・看護師へ連絡・相談し、ご家族様と終末期へ向けての方針を共有し支援していく。	家族に事業所のできることを説明し要望を把握している。協力医の判断で終末期に入る前に段階的に説明していくことを申し合わせている。実際に希望があり、終末期対応を看護師から指導する用意がある。	
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	AEDを設置 職員が救急救命講習を受講し、知識を身に付けている。		
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	毎年2回消防署指導のもと、日中と夜間両方を想定した避難訓練を行っている。その他、毎月職員・利用者様にてホーム内の避難訓練を実施。 運営推進会議において地域の方に協力をお願いしている。	28年10月自主訓練で通報・避難訓練を実施、28年3月消防署立会いの下夜間想定での総合訓練を実施した。月に1度は自主訓練を実施している。備蓄として水と数種類の食料を用意している。	

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
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	個別対応をし、プライドを傷つけないような誘導や声かけを行っている。	自宅近くの店に今でも買物に出かけ、各人のADLによってできることをお願いしたり、声掛けを変え、得意分野で手伝ってもらっている。異性介助では嫌だと訴えがあった時に同性に変更している。	食事時のエプロン着用等について、在宅での生活の様子に沿った支援をしてはかがか。
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	利用者様とのコミュニケーションを大切にし、要望や希望などが分かるように努めている。		
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、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	ひとりひとりの希望を尊重した支援を行っている。		
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	整容支援や、行事前など希望時に支援を行っている。		
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	買物・配膳・片付けなどできることを積極的に行っている。献立にも要望を取り入れている。	利用者と職員と一緒に食事をとっている。利用者の希望を聞き献立やおやつに反映されている。お手伝いの申し出もあり食器拭き等手伝ってもらっている。刻み食の方には都度説明をしている。	
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	水分量、食事量チェックする。摂取量の少ない方には摂取して頂けるよう声かけ・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	毎食後、口腔ケアを行い、義歯は夕食後、消毒を行っている。		

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	自立支援を基本においた対応を行っている。トイレ誘導を排泄習慣に合わせた声掛けで行っている。	トイレでの排泄を支援し、それぞれの排泄パターンに添って支援している。自立している人にもタイミングをみて確認させてもらっている。夜間はポータブルトイレを使用する人やパッド利用や誘導する等各人の力に沿った支援をしている。	
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	無理のない範囲で毎日の散歩・体操を行い、食事面でも野菜を多くメニューに加えている。		
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、個々にそった支援をしている	本人の気持ちを尊重して、いつでも入浴できる体制をとり、週に2回は少なくとも入浴して頂いている。	午後2時から入浴表に沿って、3~4人程度支援をしている。ほぼ入浴する曜日や人が決められている。利用者からこの人に支援してほしいと申し出る人もいて反映させている。	事業所の都合で入浴日や入る人を決めることなく、全員に声をかけて希望があれば支援してほしい。
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	安楽に就寝できるように、日中の刺激を個々の生活習慣に応じた対応を取り、昼夜逆転にならぬよう働きかけている。		
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	職員一同、内服薬における目的や副作用の理解を深めるため徹底し、誤薬等ないように申し送り確認を行っている。		
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	週2日の買物同行や、得意分野を活かし、昔教師の仕事していた方には体操、レクリエーション時に主体的に行って頂いたり、キレイ好きな方に化粧品の提供など行っている。		
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に支援している	毎日の声かけを個別にすることでひとりひとりの希望を読み取り、家族へ伝え外出・外食へ行ったり、地域の人々と協力しながら、地域行事に出かけられるよう努めている。	毎朝のバイタルチェック時に今日は何がしたいかを聞き、散歩は危険のない範囲で職員二人が付き添っている。洗濯物干しやベランダ歩行で陽に当たり、風を感じる機会がある。家族と外食や墓参りに出かける人もいる。	

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	管理はホームで担っているが希望がある際には個々人の意思を尊重して、お金を所持したり、使えるような見守りや代行をしている。		
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	仲介支援として個人の意思を尊重しながら対応している。		
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	季節や行事に応じ装飾などを施すことにより、生活感や季節感を感じるよう努めている。	利用者がモップかけを手伝ってくれる。共用空間は2方向から光が入り、明るく不快な臭いも無く清潔である。食事のテーブル以外にソファのコーナーや畳のコーナーがあり、一人になれる場所も確保されている。	
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	ひとりひとりが自由に過ごせるようにソファの位置や、イスの位置など居場所づくりに努めている。		
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	居室では家庭的な気持ちを活かすために、好みの小物などを持参していただき居心地が良いようにしている。	整理ダンスや本棚・テレビが置かれ、それぞれ自宅から使い慣れた寝具が持ち込まれている。生活用品や化粧品、趣味の物が整理されており、不快な臭いも無い。	
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	安全でなおかつわかりやすいホーム整備に充分工夫・配慮している。		