

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	1191400058		
法人名	株式会社ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家・蕨2		
所在地	埼玉県蕨市錦町6-9-29		
自己評価作成日	平成29年8月29日	評価結果市町村受理日	平成30年1月19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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社プログレ総合研究所		
所在地	埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル2階		
訪問調査日	平成29年9月19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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者様の思いを大切に、具現化できるようご支援させていただいております。 ・ご家族様との連携を図り、ご要望や改善に努めております。 ・平成28年7月より1年間、蕨市役所・地域包括支援センターとともにオレンジカフェ(認知症カフェ)の取り組みをしています。 ※今年で2年目
--

【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)】

開設から3年目となった。利用者の思いを大切に、家族からの意見、要望も積極的に聞き、接遇を重視して対応することをホーム独自の介護目標としている。チームワークと家庭的な雰囲気の中で、利用者に寄り添った介護を行っている。リビングは、日差しが入り、明るく居心地が良い。事業所内は、利用者が快適に過ごせるよう清潔を心掛け、清掃が行き届いている。毎月開催しているオレンジカフェでは、利用者が脳トレや体操等を地域の方と一緒にいきいきと交流をしている。また、医療体制は、提携医療機関による訪問診療、訪問歯科、訪問看護があり、そして夜間も提携医療機関が24時間オンコールで対応するなど、充実した安心の体制となっている。
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 利用者や職員が、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、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、安心して暮らさせている (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	・ご利用者様の想いを第一にご支援させていただいている。	事業所目標は、法人理念を基に、開設時に職員と一緒に考えて決めた。利用者の思いを大切に、家族との連携を密に、全ての方に接遇重視で対応することを、日頃から申し送りなどで話して、共有している。	ホーム独自の目標を再認識し、ケアの方針に対する職員の意識統一を図ることで、チームケアの向上につながることを期待する。
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	・オレンジカフェの開催等、地域の方やボランティアの方と少しずつ交流ができるようになっている。	オレンジカフェを開催し、脳トレや筋トレ等で地域の方との交流が来ている。散歩で声を掛けてもらったり、お祭りでは神輿が立ち寄ってくれる。折り紙・傾聴ボランティアの来訪があり少しずつ地域に根付いてきている。	地域住民との交流の機会をさらに増やし、利用者が地域とつながりながら暮らせるような関係が更に強化することを期待する。
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	・認知症の人の理解や支援について、地域に発信できていない。		
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、そこで意見をサービス向上に活かしている	・特に当施設での弱い、地域交流についてご支援いただきサービスの向上につながるよう努めた。	家族や地域包括支援センター職員等が参加する運営推進会議を2カ月に1回開催している。事業所から利用者状況や今後の活動予定等を報告し、行政からの情報などもらいながら意見交換を行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	・当該市役所については、協力を得られている。	行政からの情報はメールである。必要な研修は参加するようにしている。市役所窓口には必要に応じて訪問し状況を伝えている。地域包括支援センター職員や、介護保険課の職員とオレンジカフェで交流している。	
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	・身体拘束廃止に向けた勉強会を1回/月実施。	拘束については、法人の研修及び職員会議を通じて周知している。管理者が事例などの資料を作成して会議前に配布し、個々に考えてから研修に参加している。日常の言葉なども、その都度説明して理解を深めている。	
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	・身体拘束廃止に向けた勉強会を1回/月実施。合わせて、高齢者虐待についても実施。 ・就業前に高齢者虐待をしない3カ条を確認。		

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	・会社主催の研修参加後、参加者から職員へフィードバックする。		
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	・契約書、重要事項説明書の内容についてご説明。特に、金銭的な面でのトラブルが発生せぬよう、繰り返し説明をさせていただく。		
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	・ご家族様のご意見・ご要望は、運営に反映させて頂いている。	利用者には日常の関わりの中で聞き、家族には来訪時や家族会、介護計画の意向表にて確認をしている。利用者の様子を積極的に伝えることでコミュニケーションを深めている。個々の状況に合わせて支援を行っている。	
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	・運営に関する職員の意見は、職場内で、また、直接本社へ発信できるようにしている。	会議で行事等の企画や提案、意見などを聞いている。積極的に会議で課題に上げ、利用者の特徴や状況に合わせて業務改善を行っている。個別の相談には、管理者がその都度対応している。	
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	・本社の掲げる要綱を満たしていれば、給与のUPや昇格をしている。 ・労働基準法を遵守。		
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	・ほぼ、毎月のように、社内研修が多岐に用意され、これに参加するよう促し、出席していただいているが、月によって人員不足で参加できていないことがある。		
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	・現在は、交流無し。		

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	・入居前の実態調査より、その方が、どのような思いがありどのように生活されたいかを具現化するようにしている。		
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	・入居前の実態調査より、ご家族様のお困りな点について、把握し、少しでも解消できるようにしている。		
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	・ご家族様の要望があった場合、できるサービスをご案内する。		
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	・ご自分でできること、支援が必要なことを見極め節度あるコミュニケーションを実施している。		
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	・ご利用者様、ご家族様の関係性から、要望を聞き取り、支援に反映させる。		
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	・ご友人等の面会依頼があった場合、ご家族様への確認後、ご案内しているが、あまり頻度はない。	家族の協力を得て、一時外泊をしたり、お墓参りに出かける利用者もいる。これまで築いてきた馴染みの関係を大切にしてお過ごせるように、可能な限りその関係性が途切れないように対応している。	
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	・ご利用者様の性格や趣向が合う方はコミュニケーションをとられ、孤立しそうな場合は、職員が介在し、一緒にコミュニケーションをとっている。		

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
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	・退居後にどのようにお過ごしか、電話やお手紙等で状況をお聞かせいただいている。例)入院の場合お見舞いし、今後の生活をどのようにされたいかをお伺いし、支援に努めた。		
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	・基本は、ご利用者様が主体となり、その実現に向けご支援。内容によっては、ご家族様とご相談。	日々の係わりの中で、コミュニケーションを図りながら思いや意向を把握している。帰宅願望のある方や意思疎通が困難な方は、家族との会話や利用者の表情、仕草から把握し、利用者の立場を考えて支援している。	
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	・事前調査により、その方がどのような生活をされていたかの把握に努めている。		
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	・日々の生活において、変化があった場合、申し送りや生活記録を活用し、検討する。 ・基本は、残存能力の維持に努めている。		
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	・ご利用者様の変化があった場合、カンファレンスを実施し、アセスメントに反映させ、ご利用者様・ご家族様へ意向をお伺いする。→介護計画へ。	利用者や家族の意向、要望を取り入れ、定期的に介護計画を見直している。利用者の心身の状態に変化が生じた場合は、随時モニタリングを行い、利用者が自分らしく過ごせるような計画を検討し支援している。	
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	・生活記録や引き継ぎ表、連絡帳を活用し、カンファレンス・アセスメントを実施。→介護計画へ。		
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	・ご本人様、ご家族様の要望があった場合や、こちらからの提案により、外部のサービスを利用することがあった。		

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
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	・特に、費用面で節約できることや、様々な行政サービスをご案内することや、代理で申請する事がよくある。		
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	・特にご家族様の要望や専門性が必要な場合、かかりつけ医を変更することがあったが、納得されている状況。	契約時にかかりつけ医の希望を確認し、希望する医療機関への受診を支援している。月2回の内科訪問診療に加え、定期的に歯科・看護師が来ている。希望で訪問リハビリやシニアセラピーを利用することもできる。	
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	・医療連携において、都度、変化があった場合、看護記録や直接話し、情報の共有化を図り、通院等を含めた早期改善に努めた。		
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。	・入院者が出た場合、1回／週のお見舞いを実施。その時の状況を「入院状況報告書」に基づき記入し、本社と情報を共有化し、早期退院へ努めた。		
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	・ターミナルケアについては、ご家族様・医療機関との協議により決定する。 ・重度化の場合は、看護師が常駐し、医療行為ができる施設をご案内している。	契約時に重度化や終末期のあり方、事業所の方針を伝え、事業所で出来ること出来ないことについて説明している。終末期や急変時には、医師・家族・職員で繰り返し話し合い、可能な限り対応している。	
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	・不定期であるが、今後、介護職員の研修等の参加に努める。		
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	・年2回の防災訓練のみならず、消防所OBIによる想定訓練や消防機器等の操作について実施している。	備蓄・災害時マニュアルが整っている。年2回の防災訓練のうち、1回は夜間想定で行っている。事前の地域への案内はしている。利用者全員が安全に避難できるよう、緊急通報装置のセキュリティ体制が出来ている。	

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	・介護職員は接遇重視で対応している状況であるが、個人差があり。	業務繁忙時でも利用者に対して不適切な態度とならないよう、適切な言葉遣いに努めている。一人ひとりの気持ちを考えた声のかけ方や対応方法等を研修や会議で話し合っている。	
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	・ご利用者様の思いは大切に、極力実現する。 ・また、選択肢を多くとれるようにしている。		
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、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	・ご案内が、強制にならぬよう対応している。 ・ご希望が、ADLの低下や健康面に関わる場合は、ご家族様と相談の上、決定・実施。		
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	・基本、誰が見てもおかしくないような服装や整容を支援。 ・化粧品等を使用されていらっしゃる場合、ご家族様と連携。		
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	・配膳・下膳は、職員が対応し、食器洗い・食器拭きはお手伝いいただいている状況。	食器洗いや食器拭き等、できる利用者は一緒におこなっている。季節の食材を採り入れ、行事の時は希望を聞き取りながら提供している。定期的に数人で外出に行ったり、おやつバイキングを行っている。	
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	・医師からの制限がある場合は、その通りに実施しているが、〇〇が嫌いといった場合は、選択肢の幅を広げている状況。		
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	・歯科医師や歯科衛生士と連携し、個人ごとの口腔ケアを実施。		

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	・介助が必要であっても、排泄時は、トイレ外でお待ちする対応をしている。 ・尿意・便意の無い方については、時間を定め、ご案内する。	個々の排泄パターンをチェック表で把握している。体調にもよるが、基本声かけによりトイレ誘導を行っている。立位が安定しない利用者には二人で介助を行い、排泄の援助をしている。	
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	・排泄チェック表を活用し、排便無しの日数をチェックし、医師の処方にに基づき、服薬を実施している。		
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	・男性のご利用者様は男性職員が、女性のご利用者様は女性職員が対応している。 ・夜の入浴希望の方が、いらしやり対応できていない。	基本週2回、昼間の時間帯で入浴を行っている。体調に応じチェア風呂もあり、安全に入浴できる設備が整っている。入浴嫌いな利用者には対応する職員や時間、日を変更し、個々の状態にそって対応している。	
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	・各ご利用者様に合わせ、枕や足の高さを調整し、また、寒さに弱い方については、掛け布団を多くしたりの調整をしている。		
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	・服薬前は、職員二人による確認等誤認防止を行い、体調に変化があった場合、かかりつけ医に照会する。また、ご家族様への報告をしている。		
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	・各ご利用者様とも嗜好が違うため、日々の生活において、レクなのか家事なのか、また食事なのかを見極め、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	・日々の散歩以外は、ご家族様による外出や外泊している状況。	移動距離・時間等が利用者の負担とならないよう配慮の上、近隣公園等へ出かけている。また、天気の良い日は外気浴を兼ねたお茶会など行い、季節を肌で感じてもらえるように努めている。希望を聞きながら、買い物や外食なども実施している。	

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
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	・基本、誰が見てもおかしくないような服装や整容を支援。現金はお預かりしていない。		
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	・ご本人の電話は許可していない状況であるが、ご家族様からの電話は取次している。		
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	・共用スペースについては、壁紙を作成し、季節感を感じて頂けるように支援。 ・ご家族様より、生け花や上木の差し入れ・展示あり。	窓から日差しが入り、明るく、清潔なリビングである。テーブル、ソファなど利用者は思い思いの場で、編み物やぬり絵などして過ごしている。雑誌等がいつでも読めるように置かれている。季節に合わせて、利用者と一緒に壁紙を作成して掲示している。	
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	・普段の生活の中で、ご利用者様間で合う合わないを判断させていただき、ホールでの座席を固定している。		
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	・居室に置いては、基本レイアウトでお過ごしいただいているが、ご家族様の要望が主で、大型テレビの設置やベッド位置の変更を実施。	居室には、仏壇・テレビ・人形等愛着あるものが配置されている。できるだけ使っていた物を持ち込みし、違和感が少なくなるよう工夫している。居室の掃除は、職員が毎日行い、清潔維持に努めている。	
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」「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	・ご自分の居室とすぐ認識できるよう、入口にお名前や写真等を掲出→ご本人様が了解をえた場合。 ・また、トイレやキッチンも表示。		