

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	0791300163		
法人名	メディカル・ケア・サービス福島株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム伊達保原1		
所在地	福島県伊達市保原町字京門23番1		
自己評価作成日	平成29年2月20日	評価結果市町村受理日	平成29年5月8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/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	平成29年3月13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)】

一人ひとりが、それぞれのペースで、日々楽しく安心して過ごせるように支援している。

【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)】

1. 職員は利用者一人ひとりに寄り添いながら思いを大切にしてお応じており、利用者が落ち着いて、ゆったりと自分のペースで生活している。
2. 町内会に加入し、地域行事に参加したり、事業所行事に地域のボランティアの協力を得たりしている。地域貢献出来るよう地域で開催されるサロンで認知症の対応方法を説明する等、地域との関わりを大切に地域に根ざした事業所運営に取り組んでいる。
3. 利用者家族アンケートを毎年行い、把握した意見や要望等を運営に活かすよう努めている。

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 ↓該当する項目に○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	愛の家グループホーム伊達保原 運営理念【地域の人との暮らしを育み、心から幸せを生む良質なサービスを提供します。】全職員と理念を目指して、日々実践している。	昨年の外部評価で改善が期待される項目となったことから、理念の見直しを行い、事務所等に掲示しながら毎月のユニット会議の際に唱和しており、職員間で理念の共有を図り、実践に努めている。	
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員として日常的に交流している	町内会や地域イベントなどに参加させていただき交流を持っている。	町内会に加入し地域の秋祭りの際に神輿が来てくれたり、地区の優遊サロン等に利用者に参加している。大正琴のボランティアの訪問もあり日常的に地域交流が行われている。また、サロンで認知症の対応方法等を地域の人達へ説明する等地域貢献にも取り組んでいる。	
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	保原地域包括支援センター主催のケア会議に参加し認知症の人の理解や支援方法を発信している。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	各種報告を行い貴重な意見や要望アドバイスを頂くことによりサービス向上に活かしている。	運営推進会議は定期的で開催されており、事業所からは実情を伝え委員からは地域の情報や質問・意見が出されている。委員の意見を受けて外出先を検討したり、日常のケアや事業所運営に反映させている。残念ながら1年間、家族に参加を依頼したが、協力が得られなかった。	利用者・家族に開かれた事業所となるため、利用者・家族の代表が運営推進会議に参加することが求められており、早急に参加できる委員の選定をして欲しい。
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	伊達市高齢福祉課と連携を図り問題などが発生した場合、相談し協力を頂いている。	介護保険の認定更新手続きや生活保護の利用者の定期的な状況報告、事故の報告をしたり、運営上の疑問点を相談する等市の担当者と協力関係を築きながら取り組んでいる。	
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	年に1回、身体拘束についての研修実施。具体的な行為をしっかりと理解し身体拘束をしないケアを実施している。	毎年、身体拘束廃止に向けて研修会を実施し、職員一人ひとりが身体拘束をしないケアを心掛けている。入居者の思いを大事にしながらも、それに伴うリスクを考え警察署にも協力を仰いでいる。しかし、建物構造上、玄関はオートロックとなっている。	玄関のオートロックについては、法人やハウスメーカーの協力を得ながら、改善策を検討して欲しい。

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
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	年に1回、高齢者虐待防止法の研修を受けている。事業所内で虐待が見逃される事の無い様にスタッフ同士注意しケアを行っている。		
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	各種制度の研修や説明会などに参加している。必要な制度の利用については、活用できるように支援している。		
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	契約時に利用契約書と重要事項説明書を用い解りやすく説明をし、同意の上契約を行っている。疑問、相談事には、随時受け付けている。		
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	年に1回、家族アンケートを実施している。頂いた意見に関しては、対応し結果を掲示している。	日頃の関わりの中で利用者の意見や要望は把握している。3ヶ月に1回ケアプラン見直しの際や家族会で家族の意見を聞いたり、毎年実施している家族アンケートで家族の意見・苦情・要望等を集計・分析し、結果は、運営に反映させている。	
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	月1回、ユニット会議を実施。ユニットの責任者が意見を統括し管理者と検討する。	管理者は、2ヶ月に1回職員ヒアリングを実施し、職員の意見を聞き取っている。また、職員会議、申し送り等日頃の関わりの中で、意見や業務見直しの提案を聞き、運営に反映させている。	
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	人事考課制度があり職員一人ひとりへ評価結果を伝え、やりがい、向上心を持って働ける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	福島エリアでは、新人研修・介護職員研修・ユニット責任者研修などの立場に応じた研修を実施。またホーム内研修も月1回行っている。		

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
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	月に2回程度、地域の事業所に訪問し活動情報を共有している。情報、意見などを交換することによりサービスの質向上に努めている。		
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	入居前に実施調査を実施し、困っている事・不安に思っている事などを把握している。孤立しない様にコミュニケーションをとり、安心を確保するための関係づくりを行っている。		
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	入居相談の時から、家族の不安・心配事・要望等をお聞きしご本人様と家族が安心して過ごせるように行っている。		
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	本人の意向と家族の要望を把握し安心して生活を送れるようにすることを考え必要な介護サービスの提案を行っている。		
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	ご自身で出来るところは行って頂き出来ないところは、一人ひとりの必要なサポートを行い環形を築いている。		
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	ケアプラン更新時に本人の状態や課題について御家族と一緒に相談、話し合い共に支えていく関係を築いている。		
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	家族や知人などの面会は、自由に来て頂いている。馴染みの場所などにも外出して頂き関係が途切れないようにしている。	家族や友人・知人等の訪問を受けた時は、お茶を出し、ゆっくり過ごしてもらうよう配慮している。また、家族の協力を得ながら外食、自宅や墓参り、馴染みの床屋に行く等、関係が途切れないよう支援している。	

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
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	一人ひとりの個性を把握しスタッフが間に入ることで信頼関係を築き支え合える支援が出来ている。		
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	退去後も必要に応じ、いつでも来て頂ける様に相談や支援を行っている。		
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	半年に1回、または身体状況や精神状況の変化に伴いセンター方式を用いて御本人様の思い願いを把握している。	毎日のケアの中で思いや意向を把握し職員間で共有している。把握が困難な時は、家族の意見や意向を聞き、利用者本位に検討をしている。	
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	入居前の調査時に暮らしの把握を行っている。日常会話時に一人ひとりの生活歴や昔の話などを聞き把握に努めている。		
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	一人ひとりの心身状態や身体状況を記録に残し現状把握に努めている。		
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	全スタッフがモニタリング表に記載し意見を反映。また月に1回のスタッフ会議にて現状を話し合いケアプランに反映させている。	毎月、利用者の担当職員を中心に介護サービスの実施状況や目標の達成状況をモニタリングし、利用者・家族の思いに沿って3ヶ月に1回介護計画を見直し、利用者の現状に即した計画を作成をしている。	
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	日々の様子や実践結果などを記録に残し情報を共有している。		

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
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	食べたい・行きたいなどのニーズを出来る限り対応できるように努めている。		
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	一人ひとりの情報ファイルを警察署に配置、万が一単独で外出してしまった場合でも早期に発見できるような体制を整えている。		
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	御家族、御本人のかかりつけ医の受診が出来るように支援している。体調の変化に応じ御家族へ状況を説明し早く適切な対応に努めている。	利用者・家族の希望に沿ったかかりつけ医の受診は往診を利用する人が多い。通院の際は日常生活や症状の変化を家族に伝えている。受診結果は口頭で家族から報告を受け、職員間では病院診断・服薬記録簿に記入し情報の共有を行っている。	
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	訪問看護師と24時間連絡可能な体制が整っている。週1の訪問時には情報を共有し適切な指示を頂いている。		
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。	定期的に入院先の病院へ連絡、訪問し病院関係者との連携を図り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	契約時に重度化した場合の対応指針と併せて看取り介護の指針の説明を行い同意書を頂いている。御家族の希望する看取りの場所の意向など再確認し、都度説明を行っている。	入居時に利用者・家族に対し事業所の重度化対応指針の説明を行い同意を得ている。また状況変化に応じて利用者や家族の意向を再確認し、協力医療機関や関係機関と連携を図り、安心して終末期を迎えられるように支援している。昨年は3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	年に1回、緊急時の対応についての研修を全スタッフが受け、急変時の対応が行えるようになっている。		

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
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1回消防自主訓練、年1回総合訓練の実施。	火災想定で年2回、防災訓練を行っている。訓練実施について町内会長と民生委員には個別に連絡し町内会には回覧板で周知をしたが訓練への参加はみられなかった。災害時に備え水・乾パン・粥・缶詰・懐中電灯・乾電池・車用充電器等の備蓄がある。	火災(夜間想定を含む)・風水害・地震等様々な災害を想定した防災訓練について年間計画を策定し、職員全員が昼夜を問わず利用者を避難させられるよう数多く訓練して欲しい。また、早急に地域の協力体制の構築が望まれる。
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	プライバシー、権利擁護の研修を年に1回ホーム内にて実施。理解したうえで、その方に合った言葉掛けや対応を実施している。	研修委員会が年間計画に基づき「プライバシー保護と権利擁護」について事業所内研修を行い、利用者一人ひとりに合わせた声掛けや対応を行っている。個人情報利用や写真の掲載について利用者・家族の同意を得ており職員は守秘義務の遵守に努めている。	
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	水分補給時の飲み物の選択、何かやるかやらないかなど本人の意向を尊重し自己選択・決定の機会を設けている。		
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	一人ひとりのペースを大切に起床・就寝・入浴時間など本人の希望に応じて生活して頂いている。		
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	日常的にその人らしい、おしゃれが楽しめるような支援をしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	能力に応じて調理の手伝いなど作る楽しみを感じていただく支援を行っている。	法人の管理栄養士が作ったメニューを基に地域性や利用者の嗜好を取り入れた食事が提供されている。買い物・食事の支度・後片付け等利用者に手伝ってもらい一緒に行っている。職員も一緒にテーブルを囲み食事が楽しめるよう支援している。	
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	食事量、水分量に関しては、生活チェック表に記入し把握している。一人ひとりに合った食事形態や栄養、水分が摂れるように対応している。		

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
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、声掛けをし口腔ケアを実施している。義歯に関しては、入床時に預かり消毒を行っている。		
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むけた支援を行っている	排泄チェック表を基に一人ひとりの排泄パターンを把握し声掛けや誘導を行う事で支援している。	利用者の排泄パターンを把握しトイレで排泄出来るよう支援している。入居後、トイレへの誘導・声掛けでリハビリパンツから布パンツとパット使用に改善された利用者もいる。	
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	排泄チェック表にて排便コントロールが出来るように運動、水分補給の他に食べ物などで自然排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日声掛けを行い、希望に添った時間に入浴して頂いている。拒否する方には、声掛けなどに工夫をし支援している。	利用者の入浴希望を確認しながら、これまでの生活習慣に併せた入浴支援を行っており、毎日入浴する方もいる。職員はお風呂への誘導方法の成功例を話し合い、共有している。地域からのいただき物でユズやリンゴがある時は変わり湯も楽しんでいる。	
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	一人ひとりの好みや身体状況を考慮し布団を敷いたりベッドを使用したりと安心して眠れるように支援している。		
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	服薬チェック表を用いて薬の把握を行っている。症状の変化に応じ医師や看護師に相談し適切な対応を行っている。		
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	その方に合った出来る作業・掃除・洗濯類・調理・畑作業などを提供している。		

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
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	買い物や散歩など外出支援を行っている。御家族様の協力により外出する機会を設けている。	日常的には食事の買い物や散歩、戸外のベンチで外気浴、気候が和らいできたら事業所内の畑作業やプランター栽培など各自の好む戸外での生活も楽しめている。家族と外出したり、友人・知人とカラオケに出かける利用者もいる。年に数回、事業所での遠出や地区のお祭りにも参加している。	
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	個人の能力に応じ現金を所持し好きな物を自由に購入して頂いている。		
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	御家族様の承諾を得て電話を掛けたり出来るように支援を行っている。		
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	清潔を保ち季節感を採り入れた装飾や思い出しの写真を飾り居心地よく過ごせるように工夫している。	共有空間は広く明るく温湿度管理もされている。フロアには利用者と一緒に作成した季節感が感じられるような作品が飾られ、玄関前にはプランターに季節の花を植えている。利用者は一人ひとり好みの場所で過ごしている。	
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	テーブルでは、気の合う入居者様同士が座れるように配慮しているが、ソファなど自由に過ごして頂いている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている	御本人様のタンスやテレビ、こたつなどを持ち込んで頂き安心して過ごして頂ける様にしている。	利用者が使い慣れた家具等を持ち込んでもらい、好みのカーテンを取り付け利用者本位の部屋作りがされている。壁やタンスや戸棚の上には家族の写真や利用者の作品も飾られている。利用者個々が気持ちよく過ごせるよう工夫された居室になっている。	
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	一人ひとりの能力を把握し生活の見守りを行っている。食事・入浴・排泄なども、その方の状態に応じ安全を考慮しながら自立支援を行っている。		