

(別紙4-1)

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	0191400134		
法人名	医療法人 鴻仁会		
事業所名	認知症対応型共同対応型生活介護 グループホーム 光風園		
所在地	北海道函館市宮前町11番8号		
自己評価作成日	平成24年10月9日	評価結果市町村受理日	平成25年2月14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	/index.php?action.kouhyou_detail.2011.022.kani=true&JigvosvoCd=0191400134-0
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 NAVIRE
所在地	北海道北見市本町5丁目2-38
訪問調査日	平成24年11月21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)】

入居者様の気持ちに寄り添いながら共に支え合い、張り合いのある生活を大切にし、地域の中でゆっくり暮らしていくことを大切に考えています。また研修には積極的に参加し、職員個々のスキルアップを念頭に日々取り組んでいます。(※ホール内に平行棒・滑車を設置しており、機能訓練に力を入れています。)

【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)】

市内の中心部にあり、以前、病院であった3階建ての建物を改築し、1階が2ユニットのグループホーム、2階が小規模多機能ホームになっています。3階の屋上までは、以前に設置していたエレベーターがあり、車椅子を使用している利用者にとっても屋上での行事に参加でき、そこからは市内が一望できる環境にあります。毎年函館港で打ち上げられる壮大な花火大会を、利用者は地域の方々と一緒に観賞しています。母体運営者は医療法人で市内に併設のグループホームはじめ、介護保険福祉事業を幅広く展開しており、利用者は事業所内にある、平行棒や滑車、職員と一緒に毎朝のラジオ体操、食事前の嚥下体操やマッサージ師による足のむくみ解消など、身体機能低下防止に取り組んでいるのが特徴で、地域住民と交流をしながら、その人らしき生活をしています。

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ます (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、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			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踏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	理念を共用し、日々、連絡、報告、相談して利用者に統一したケアができる様に取り組んでいる。			地域に溶け込んだ暮らしの中で、その人らしく生活ができることを根幹とした理念を、講師を招いて勉強会を実施するなど、職員間で意見の統一を図り、ケアに活かしています。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内会のボランティア活動に積極的に参加し地域住民や町内会との連携を図っている。			町内会活動のクリーングリーン作戦には利用者も参加し、夜間巡回パトロールの「火の用心」は職員が参加、七夕には大勢の子供達が訪れ、敬老会に地区の方々の参加があり、地域との交流は積極的にしています。		
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	運営推進会議等で地域の方々に参加して頂いたり、行事や避難訓練に参加して頂いている。			/		
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	定期的に運営推進会議を行い地域の方や有識者からの意見を頂き、利用者のサービスにつなげる様にしている。			2ヶ月ごとに開催している会議は、包括職員と、地域の方々、利用者、家族、臨床福祉専門学校校長の参加もあり、外部評価結果の公表、屋上での花火大会、和菓子作り、防災訓練協力依頼など内容も豊富で、感想と反省をして次回につなげています。		
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	運営推進会議に市の担当者を招致したり、議事録を送付したりし、連絡を密に行っている。			包括支援センターとは入居情報、宿泊依頼や相談事など常に連絡を取り、介護保険更新時には、市担当者を訪問するなど、連携を密にしています。		
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	研修や勉強会に積極的に参加し身体拘束にならない為のケアの方法を皆で話し合い取り組んでいる。又、身体拘束防止委員会を設立し、話合っている。			身体拘束廃止委員会が内部勉強会を開催しています。職員は、外部研修会にも参加し拘束による弊害と、禁止の対象となる行為を理解し、拘束をしないケアに取り組んでいます。		
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	職員全員で研修など、学ぶ機会を多く持ち周知している。また、絶対に起こらないように虐待防止に努めている。			/		

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	現在対象となる方がいない。日常生活自立支援事業や成年後見制度については、資料等で学んでいる。		
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	時間をかけて、丁寧な説明を心掛け、利用者や御家族の不安や疑問を引き出すようにしている。又、それに対し再度理解、納得を図っている。		
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	施設内に意見箱を設置している。又、日々の会話の中から、意見・要望を拾い上げるようにしている。それらの意見・要望を月に1回あるユニット会議にて話し合っている。	職員は、家族の面会時に利用者の近況を伝え、相談事や要望を聴取しています。表出された課題は、管理者が随時対応したり、ユニット会議で話し合い反映させています。	
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	月に一回必ずユニット会議を開催し職員が自由に意見や提案を表せる機会を設け反映させている。	ユニット会議は職員が気軽に話すことができる会議で、業務担当についてや節電協力の件など、職員と意見交換が活発に行われ、意見の統一を図り、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	職員には個々に入居者担当や委員会になってもらい、責任をもって仕事に従事している		
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	一か月に一度法人全体での勉強会を行っている。研修には積極的に参加を促している。又、働きながらお互いの意見を交換したり指導したり専門性と人間性を深めている。		
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	他施設での行事の参加や他施設での行事に参加している。又、他施設での勉強会に参加している。		

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
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	契約に至るまでに見学等を通じて情報収集し環境変化によるダメージを最小限にしている。又、アセスメント・モニタリングを行い不安や要望に俊敏に対応できるように心がけています。		
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	契約に至るまでに見学や相談等を通じてその間に家族の思いを傾聴する機会を持っている。		
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・家族と計画作成担当者が情報の共有を密に回りアセスメント等で把握しそれに基づき実施している。		
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	食事作りや掃除に参加して頂いたり、毎食時共に食事をしたりしています。		
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	連絡を密に行い近状を伝えたり、家族から情報を頂いてケアプランに反映させる等し共に支えていく様にしています。		
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	家族や友人の面会時には、落ち着いて話ができる様に配慮している。	親類や友人の訪問があり、小規模多機能の利用者が立ち寄るなど、馴染みの関係が断ち切らないよう支援しています。	
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	共同での行事やレク等にお誘いし日頃から関係が円滑になるように支援している。又、お茶やおやつ時には、職員が間に入り会話の橋渡しをしています。		

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	
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	サービス終了後も相談を受けたり、場合によっては他のサービスを紹介したりしている。			
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	馴染みの家具等をなるべく使用して頂き今まで本人が暮らしていた環境に近づける様にしている。又、意思表示が困難な方には、家族からの情報や生活歴や性格から模索し本人主体となれる関わりをもてる様にしている。	利用者一人ひとりには、内に秘めた思いや意向がある事を、職員は理解しており、日々、会話の中や表情から汲み取り支援をしています。		
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	以前の担当ケアマネや本人・家族から情報を出来る限り引き出すようにしています。			
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	介護記録をこまめにつけ一日の過ごし方の分析を行っている。又、リハビリやラジオ体操を毎日行いADLの現状維持に努めている。			
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	月に1度のユニット会議やサービス担当者会議にて今後の課題やケアのあり方について話し合いをしている。	サービス担当者会議で、かかりつけ医の意見書と職員の意見を集約し、家族の意向を伺い、状況に応じて随時見直しをして、現状に合った介護計画を作成しています。プランに添った支援の確認を、介護日誌に記録しています。		
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	個別記録を毎日記録し情報を共有している。又、モニタリングの際に介護記録を参照し、見直しに生かしている。			
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	御家族の都合上、利用者の希望する要件、かかりつけ医の診察など、困難な場合、事業所がかわって柔軟な支援をしている。			
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	町内会で実施している草取りやゴミ拾いに参加している。			
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	主治医は本人とご家族の希望を考慮し決定している。又、毎週訪問診察や隔週での定期受診を行っている。	従来のかかりつけ医の受診は可能であり、家族同行の受診が不可能な時は職員が代行しており、週1回看護師の健康管理チェックがあり、複数の医療機関と連携しています。		

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
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	看護職が配置されており24時間連絡体制が整っている。又、毎週協力医院からの看護師が来所され健康管理指導を受けている。		
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、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。	入院の際は病院との連携を図り早期に退院できるように話し合いを行っている。又、入院が発生した場合、既往歴や薬剤情報がはいたフェースシートを病院に提出している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期のあり方は事前に本人・ご家族の意向を聞き対応している。又、協力医院とも情報の共有を密に行っている。	家族には、契約時に事業所の指針を説明し同意を得ています。外部研修会に参加したり、内部勉強会を実施していますが、管理者は、ターミナルケアについて、全職員の理解には至っていない部分があり、勉強会を実施したい意向を示しています。	事業所として早い段階で、家族の意向を把握していますが、ターミナルケアの対応について、今後、職員と定期的に勉強会を実施する事を期待します。
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	急変時のマニュアルを作成しそれに基づき対応している。急変時は協力医院の看護師や院長に連絡し対応できる体制になっている。		
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	夜間想定・日中想定で消防立会いのもと避難訓練を実施している。又、地域の方との交流をもち協力して頂けるようお願いしている。	年2回消防署の協力で日中、夜間及び自然災害を想定した訓練を地域住民の参加を得て実施しています。夜勤者(小規模1名)3名の訓練は、実践しながら行われ、町内会の防災部がらの参加もあり、終了後の意見交流会で助言や反省点などが話し合われています。	
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	常に人生の大先輩として尊敬した言葉遣いや対応をする様に心掛けている。又、自尊心が傷つけないよう働きかけている。	職員は利用者を人生の先輩として敬う心を持ち、自尊心に配慮した支援に取り組んでいます。特に失禁・漏便・トイレの戸の開閉時には注意しています。	
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現したり、自己決定できるように働きかけている	思いや希望を会話の中から引き出せる様にコミュニケーション時間を多くとっています。		
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	パーソンセンタードケアの信念のもと職員一人一人が時間に追われずに入居者のペースに合わせ、やり過ぎない様に介助する様心がけています。		
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	出来る事は自分で髪をとかしたり、鬚を剃ってもらったり、洋服を選んで頂いたりしている。又、支援が必要な方に対しては、毎日同じ洋服にならない様に介助しています。		

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	栄養管理の基、献立が作成されており、一人一人のニーズに合わせて普通食、ソフト食に分別し誤嚥のない様支援している。食事準備は入居者にも職員付添いのもと参加して頂いています	母体配食センターから1日分の食材が届き、事業所で調理していますが、誕生会やピクニックの弁当など行事に合わせて、特別メニューの対応があり、食前に嚥下体操を取り入れ、芋の皮むきや後片付けを利用者と一緒にするなど、楽しい食事に配慮しています。		
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	定期的にメニュー表が届きメニューを基に作っているため、栄養のバランスはとれている。水分については毎日合計をだし、不足しない様に飲用して頂いています。			
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	口腔ケアの重要性を理解し、毎食後行い入れ歯の方に対しては、ポリドント洗浄を行い本人のできない所は手助けをしている。			
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	日中はオムツ使用者はいなくトイレ誘導にて排泄されています。又、排泄チェック表を使用し個々に排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っています。	個々の排泄パターンを把握し、その人の習慣を理解して、声かけ誘導や歩行介助を取り入れて、自立排泄に取り組んでいます。		
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	水分の摂取量や運動量をチェックし予防している。毎朝牛乳をとって頂いたり、オリゴ糖を使用し便秘対策しています。			
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	午前・午後時間に関係なくゆっくり入って頂いている。介助の必要な方は職員が二名介助にて行っている。	浴室は広く、白い壁には木の絵のタイルが張られ、明るく清潔感があり、利用者は希望する時間にいつでも入浴ができ、歌を歌ったり、会話をしながら、楽しく入浴できるよう支援しています。		
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	消灯時間は決めておらず個々の眠気に応じ就寝介助行っています。			
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	薬事情報を個人記録ファイルに添付し個別に薬の効用、副作用、用法、用量についていつでも確認できるようにしている。			
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	家族からの情報や会話の中で楽しみごと等の情報を得て日常の中で出来るように支援しています。花の手入れや裁縫など			

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
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。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	希望があれば、その日の体調や天候によって戸外に散歩したり、買い物、ドライブと季節ごとに色々な所へ外出している。	利用者はドライブが大好きなので、天気の良い日は外出する機会が多くあり、写真を家族に送ったり、事業所内に提示してあり、ソフトクリームやたい焼きなどの好物を食べるのも楽しみに外出をしています。				
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	職員は家族と話し合い本人に所持して頂いたり、預かったりしている。使用時は本人と話し合いお手伝いしている。					
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	本人の希望に応じて電話をかけたらかかって来た時は、伝えて話をして頂けるように支援している。					
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	季節の花を飾ったりして季節感や温かみを出すようにし、照明も柔らかな物を用いている。又、ソファや簡易の畳も用意しており、気分によって座れる様になっています。	対面式の台所とリビング・廊下は広くてゆったりとして、開放感があり、フロアにある平行棒や滑車は、利用者のリハビリ用具で、屋上の天窓から採光を取っているため明るく、利用者と共に飾った柿の木が飾られ、家具の配置も家庭的な共有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	気の合った方同士お互いの部屋でお茶のみが出来るように配慮している。					
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	施設利用開始前に使われていた物をなるべく持参して頂いています。	居室は広く、在宅当時のタンス、冷蔵庫、テレビ、仏壇などが持ち込まれ、家族の写真を飾るなど、家族と相談して居心地の良い部屋に、創意工夫が感じられます。				
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」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を送れるように工夫している	ADLの状態に合わせて手すりを設置したりシルバーカーや杖を使用したりなるべく自立した生活を送って頂いている。又、ADL維持のため毎日ラジオ体操やリハビリに参加して頂いています。					