

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要・事業所記入欄】			
事業所番号	0790400972		
法人名	株式会社ビジュアルビジョン		
事業所名	けあビジョンホームいわき 1		
所在地	福島県いわき市小川町上小川字川原28－1		
自己評価作成日	平成31年2月12日	評価結果市町村受理日	令和元年6月25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.mhlw.go.jp/07/index.php>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県福祉サービス振興会
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31年3月14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)】

職場において、悪口・陰口禁止を実践している。 職員間の関係が良くなければ介護の現場において、良いサービスが出来ない。 また、そのような雰囲気は入居者様にとって良い環境ではないと考えています。

【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)】

1. 開設1年目を迎えた事業所であるが、徐々に入居者の増加もあり安定的運営が見込まれるまでに。自治会に加入し、ボランティアを受け入れる等地域との関わりを大切にして取り組んでいる。また、職員募集を地区のスーパーに協力を依頼し呼びかける等して雇用できた。
 2. 利用者の持ち味を活かし、畑づくりや食事づくり、干し柿づくり、掃除等に参加して頂きながら、役割を持って生活に張り合いが出るよう支援している。
 3. 医療機関(内科・歯科等)と連携した往診や緊急時体制が取られ、利用者と家族が安心して医療が受けられるよう支援している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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(1ユニット)

[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	毎日の朝礼、夕礼で理念の唱和を行い、理解に努め、実践出来るように取り組んでいる。	法人理念・ビジュアルビジョン10ヶ条等を、朝礼・夕礼で唱和し、共有しながら利用者へのサービスが提供出来るよう取り組んでいる。初年度につき、事業所の理念は作成されていない。	地域密着型サービスの意義・役割を踏まえた、事業所独自の理念を、作成する事が望まれる。	
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	開設から1年足らずで、散歩に出る機会も少なく、実践できていない。	地域自治会に加入しているため、広報紙等が配布され地域情報が把握され、また、地区区長・民生委員・地域包括支援センターの方から、地域の情報を頂きながら交流が持てるよう取り組んでいる。また、散歩の際に挨拶を交わし、慰問や子ども御輿運行の際に来訪して頂き、地域との交流が持たれている。		
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	実践できていない。			
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、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	2カ月に一度開催する中で、出席者が少なく、意見を運営や支援に反映できていない。	運営推進会議は定期的に行われ、地区区長、民生委員、地域包括支援センター職員、利用者家族が選任されている。事業所の現状や利用者状況、今後の予定について報告しているが、委員の参加率が低い。	様々な意見がもらえるよう、イベントと合わせる等参加しやすい日程に設定して出席率の向上を図ってほしい。	
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組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	2カ月に一度開催する運営推進会議や、地域包括支援センターが主催する連絡会に積極的に参加し、連携に努めている。現在認知症予防カフェの設立に向けて準備している。	市担当者へは、報告書提出等の関わりが主なものとなっている。現在、地域包括支援センターを通じて、事業所の地域交流スペースを活用した「認知症カフェ(オレンジカフェ)」開設に向けた取り組みを行い、協力関係を築くよう努めている。		
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	職場研修にて資料を用い、職員の理解に努め実践している。	身体拘束廃止委員会が中心となり法人の「身体拘束廃止に関する指針」等を資料に研修を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠は夜間だけとしている。		

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
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	職場研修にて資料を用い、職員の理解に努め実践している。		
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	実践できていない。		
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	契約時における重要事項説明書や利用契約書の説明に時間をかけ、納得いただいたうえでサービスの提供を始めている。		
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	細かなことも、ご家族様と連絡を密にとり、ご家族やご本人様の意向が伺えるように支援している。	日常生活の中での会話や言動から、利用者の意見や意向を把握するよう努めている。家族からは、面会時や電話連絡等の際に、意見や要望等を聞くよう努め、サービスに活かせるようにしている。	
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	現場においては、職員から意見や提案を吸い上げ、反映させるようにしている。また、毎月個人面談を行っているが、全員と面談を行うまでは出来ていない。	管理者は、会議や日常業務の中で職員の意見や要望を聞くよう努め、個人面談も始めたところである。法人へは、「夢会議」という職員が自分の夢(「〇〇して欲しい」「〇〇したい」)を要望として提案するシステムがある。	
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	社員については、目標管理を徹底し、努力を毎年の評価に反映している。パートについても、努力を評価に反映する等、向上心を持って働ける様に努めている。		
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践と力量を把握し、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	毎月の職員会議際に、研修を実施している。社員は毎年2回、1泊2日の社内研修を実施している。		

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
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	管理者は、介護支援専門員連絡会に参加しており、地域の同業者と交流を図っている。		
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	実践している。		
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	特に入居初期には電話にてご家族様と連絡を密にとり、報告に心掛けている。		
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	実施している。		
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	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	実践している。		
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	面会以外で、馴染みの人と会う機会は殆どなく、場所についても外出の機会が少ない為、十分な支援が出来ていない。	家族や知人の来訪時には、お茶を出して気兼ねしないで過ごして頂けるよう配慮している。また、家族の協力を得て、墓参りや結婚式、告別式等に出掛け、関係が継続出来るよう支援している。	

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	日常の介護支援の中で、一人ひとりに目を配り孤立していないか、注意をしている。		
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	現在、サービス利用(契約)が終了したケースは、他ホームへの転居及び死亡がなく、関係を継続する状態にない。		
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	ご本人の希望を考えた支援に努めている。意思表示の困難な方に対しては、性格や生活歴、ご家族から得た情報を踏まえ、本人主体となるよう努めている。	日常生活の関わりでの会話や言動から、利用者の意向や希望を聞き逃さないよう努めている。困難な場合は、行動やしぐさ、家族からの情報等から本人の意向等を汲み取り、会議で本人本位に検討している。	
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	初期の段階だけでなく、継続的にその方を知る為に、ご本人、ご家族から情報収集を行えるように努めている。		
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	現状把握に努めているが、十分な支援を実践出来ていない。		
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	職員は日頃の関わりのなかで、ご本人に必要なニーズの把握に努めており、介護計画を作成する際には吸い上げている。	入居時は1ヶ月後に介護計画を見直し、その後は3ヶ月ごとに見直ししている。日常生活の関わりの中で、利用者のニーズの把握に努め、家族の意向を反映した介護計画を作成しているが、職員全員で意見やアイデアを出し合った計画内容にはなっていない。	職員全員で意見を出し合い、モニタリング、アセスメント、カンファレンスを実施し、気づきやアイデアを反映し、現状に即した介護計画作成に努めて欲しい。
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	個別の介護記録、介護日報、送りノートを利用し、職員間で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	本人のニーズに対応出来るように努力しているが、すべてのニーズには応えられていない。		
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	管理者が地元出身ではないこともあり、地域資源の把握は十分ではない。開設から1年が経ち、今後更に外出や地域の行事に参加する機会を増やしていきたい。		
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	ご家族の理解・了解を頂き、提携医の往診に切り替えている。	利用者及び家族の希望するかかりつけ医としているが、殆どの利用者が協力医による訪問診療を受診している。かかりつけ医への通院は家族が行い、急を要する場合は事業所が支援している。	
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	往診前に、状態の変化や相談したい内容についてまとめ、ファックスし、指示、助言等共有できるようにしている。		
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。	入院時は、病院の看護師、ワーカーと確認を行いながら、円滑に退院までの流れを作れるように努めている。また可能な限り面会に行けるよう心掛けている。		
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、事業所の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	入居契約時に今後どのような形を望んでいるのかを確認している。重度化及び看取りに関する指針について説明を行うことにより、方向性を共有できるようにしている。また、重度化した際には往診医から終末期の対応について、確認を行っている。	入居契約時、「看取りに関する指針」を、利用者や家族に説明し同意書を得たうえで、意向調査を行っている。また、支援に当たっては、随時意向確認をしながら、主治医から家族に説明があり、家族・職員が話し合い、安心して最期を迎えられるよう取り組んでいる。	
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	実践できていない。		

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
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	実践しているが、十分ではない。火災については年2回の(内1回消防署立会いの下)避難訓練を実施している。参加できない職員もいるため、日頃から意識してもらえるよう取り組みで行きたい。	消防署への通報訓練と、消防署立ち会いの下で、消火器の取扱いと消火訓練を実施しているが、火災等を想定した避難訓練は行っていない。災害に備えて飲料水や食料は備蓄されているが、防災用品は準備していない。	火災や地震、風水害等の災害を想定した避難訓練も実施し、昼夜を問わず利用者が安全に避難できる方法を全職員が身につけて欲しい。また、地域との協力体制を築くとともに、消防計画書の規定に定めた防災備品の整備をして欲しい。
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	過去の性格や生活歴、また入居されてからの様子などを踏まえて、日々の生活の中で関わりを持つよう努めている。	職員は利用者の人格を傷つけないよう、「さん」付けを基本とし、目上の方であることを意識し、丁寧な話し方や対応に心掛けている。入浴やトイレ介助の際は、声掛け等羞恥心に配慮し、注意を払っている。また、個人情報に関わる書類の管理は、事務所内で適切に管理されている。	
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	「本人はどうしたいのか」「何をのぞんでいるのか」という本人主体となる考え方を念頭に、可能な限り本人の思いや希望を表現できるような関わりを意識している。		
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	職員の配置の関係や、何かが重なってしまった場合の時間の関係から職員の都合になってしまうこともあるので、可能な限り希望にそえるような支援をしていきたい。		
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	整容や衣類の乱れ・汚れなどは気を付けているが「おしゃれ」という意味では十分ではないと感じる。		
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	十分ではない。メニュー決めや食事の準備等は職員が決めているが、入居者の好みを把握し、好きなものを取り入れるように努めている。	利用者の嗜好等を把握しながら、献立担当者が献立表を作成している。食器洗いや拭き方、片付け等利用者が出来る範囲内で手伝ってもらっている。また、ケーキや干し柿作りを楽しんだり、誕生会やクリスマス会、ドライブでの外食等、季節に応じた楽しめる食事の支援をしている。	
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	食事や水分の摂取量については毎食(おやつも含め)記録し、把握している。		

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	訪問歯科医と連携をとり、相談、指示を仰ぎながら口腔ケアをしている。		
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	排泄の記録は24時間管理しており、パターンの把握に努めている。	一人ひとりの排泄パターンを把握して、羞恥心等配慮しながら声かけや誘導を行い、出来るだけトイレでの排泄を支援している。	
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	可能な限り身体を動かして頂き、水分の摂取に気を付けているが、便秘が続くと処方された下剤を使用している。		
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	夜間を除き、実践している。	週2回以上の入浴支援が出来るよう努めている。同性介助も希望される人には対応している。入浴を拒否される人には、時間を遅らせたり、職員を替える等して入浴支援をしている。	
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	一人ひとりの状態や休息を希望された場合は、時間帯にこだわらず、お休みいただいている。夜間安眠できなかったり、昼夜逆転にならないよう注意は常にしている。		
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	看護師が中心になって、服薬管理をしている。また、職員も誤薬には細心の注意を払い、症状の変化にも気を付けている。往診医とも連携している。		
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	一人一人、出来ることはやって頂いて、役割を持っていただくようにしている。		

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	日々の生活のなかで、散歩等を取り入れ戸外に出掛けられるようにしている。また、外出行事を行い、地域の有名施設等に出掛ける機会を作っている。	事業所周辺の散歩や、家庭菜園での野菜作り等を支援している。事業所行事として、花見や紅葉狩り、大型娯楽施設等に出かけている。また、家族等と墓参りや外食等に出かけている。	
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	お金(おこずかい)の管理は職員が行っており、現金の所持等はさせていない。		
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	入居者様の状態により、可能な限り支援をしている。		
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	共用の空間は衛生面に気を付け、安心安全に過ごせるように努めている。	雛飾り等季節毎に飾り付けを行い、季節を感じられるようにしている。温度や湿度を適切に管理し、換気や消毒・消臭等も毎日行っている。家族からも、不快を感じる臭い等がないか聞き取っている。	
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	共用空間において、お好きな場所で過ごして頂いているが、独りになるには居室に入る他なく、もっと居場所の工夫は必要と感じる。		
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	入居時に、なじみのものを可能な限り持ち込んでいただき、環境の変化が最小限になるように努めている	利用者が落ち着いて生活が出来るよう、これまで使用していた物を持ち込んでもらうよう、家族にお願いしている。居室には、寝具や衣装ケース、ラジオや家族写真等が持ち込まれ、その人らしく暮らせるよう配慮している。ベッドや家具等の配置は、利用者が動きやすいようにしている。	
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」「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	入居者様の状態により、可能な限り支援をしている。		