

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	1291000147		
法人名	企業組合 房州の家		
事業所名	グループホーム 古茂口の家		
所在地	千葉県館山市古茂口68番地		
自己評価作成日	平成30年11月25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/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ACOBA		
所在地	千葉県我孫子市本町3-4-17		
訪問調査日	平成30年12月12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)】

地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護事業所として力を入れている事を、以下に示す。
 1.認知症ケアの継続を地域社会で展開するために、地域の一人として行事や共同作業に参加する。
 2.認知症ケアの専門職として知識・経験の習得に努め、自己研鑽に励む職員を支援する。
 3.認知症の正しい理解と地域ぐるみで認知症高齢者を支える事の必要性を訴える啓蒙活動を実施する。
 4.上記啓蒙活動を実施する運動として
 ①認知症サポーター養成講座への協力 ②認知症メモリーウォークの開催・企画 を行う。

【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5年目を迎えたグループホームで、併設のデイサービスと連携して運営されている。社会福祉士である法人代表(施設長)は(一社)日本認知症学会に所属し、認知症ケア上級専門士の資格を持つ。職員研修や、地域の認知症の方への支援、啓発活動に積極的に取り組んでおり、ホームは今年、同学会の「認定機関」として認定された。「感謝の気持ち・してあげるから一緒に過ごすケア・地域と関わり合いを持ち全体で支援する」ことを目標に若手職員のリーダーシップの下で取り組んでおり、利用者アンケートでも評価は高い。高齢化、介護度の進行により運営面での困難さにも直面しているが、これまで培ってきた地域や家族との連携と信頼関係を大切に、全職員で次の5年間の運営に向けての決意を新たにしている。

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	事業所で記入 ↓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している (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	理念共有の場として、管理者会議や全体会議等で管理者が直接職員に伝えている。	「すべての人々と共に生き、生きる喜びに共感することです」の理念を制定し、介護で実践されるかを日頃から話し合っている。11月に施設長は5年間を振り返り、原点の思いを共有すべく、「理念と方針」の説明会を実施して、全職員の決意と思いを高めている。	
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	散歩時の挨拶、運営推進会議、地域の清掃活動や地域の祭礼等に参加し、交流の場を設けている。	利用者も地域の住民の一人であり、地域全体で認知症を支えられるような関係づくりを目指している。散歩時の挨拶、運営推進会議への地区委員4人の参加、祭礼時には駐車場を開放して3地区の山車を迎える。納涼祭や敬老会など住民との交流も盛んである。	
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	ハッピーサロンやサポーター養成講座を施設を会場として行ったりして近隣の方々に参加を呼び掛けたりしている。		
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践、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	2ヶ月に1回開催し、入所状況、行事等を報告し、施設の様子を知っていただき、意見をもらっている。また、地域内のお知らせもその際に教えていただいている。	市高齢者福祉課、地域包括ケアセンター、区長をはじめ4人の地域委員の参加を得て、年6回開催した。ホーム状況や課題を報告、其々に意見を頂き、理解を深めて頂いている。今年度設置の身体拘束廃止委員会の内容や、3か月に1回の研修実施を説明した。	
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	運営推進会議に市の職員および、地域包括支援センターの職員に毎回出席していただいている。	運営推進会議での市高齢者支援課や地域包括ケアセンターの参加時の相談以外に、必要があれば、市窓口を訪問し相談している。市からの協力依頼事項でもあった、ショートステイでの受け入れなど協力している。	
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「介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	安全上の事も考え、夜間は玄関・門扉を閉めている。他の時間帯は自由に出入りができるようにしている。	千葉県研修会や館山市の研修会への参加の他に、それらの資料を参考に内部研修を行い職員の、拘束や虐待への意識を高めている。身体拘束廃止委員会を新たに設置し、定期的な確認や対策を実施している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	千葉県の研修や、市の勉強会等に参加している。また、今年度からは、身体拘束・虐待防止委員会を立ち上げ、3ヶ月に一度委員会を開催して話し合いや勉強会の機会を持っている。		

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	千葉県権利擁護の研修に順番に参加している。		
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	契約の締結時の説明と、改定等の際は家族会での報告や、文書の送付にて説明を行っている。		
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	家族会やケースカンファレンス時などに家族に参加していただき、サービスの向上を目指している。面会の際や月に一度のお手紙を通して、入所者様の日々の様子をお知らせしている。	家族へ毎月利用者の暮らしぶりを報告している。訪問頻度もアンケート回答者の全員が1か月に1回以上(週に1回以上が3割)であり、訪問時の面談や、電話報告時等で意見交換は出来ている。要望や意見は職員全体で話し合い、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	毎月全体会議を行い、意見を聞いている。また、職員と管理者の面談も、適宜行っている。今年、施設長より全職員に向けた理念と運営方針についての説明の機会を持った。	毎月開催のホーム全体会議で職員の意見を聞き、欠席者は議事録回覧で確認している。デイサービスとの合同管理者会議や家族会などの意見も参考にし、年2回の賞与伝達時に施設長面談で要望や意見を聞いている。	
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	賞与については、評価基準を設け、それに沿って算定をおこなった。		
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	職員に資格取得の希望をとり、支援の体制をとっている。研修については、施設内外の研修へ積極的に参加を勧めている。		
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	研修や勉強会のお知らせを口頭や掲示によって常に発信している。研修に積極的に参加できるように、支援している。		

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	入所時のアセスメントと、生活支援計画にて3ヶ月ごと、又は、状態の変化が起きた時にモニタリングを実施している。		
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	アセスメントの際や、入所の手続きの際などにご家族とお話している。		
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	アセスメントに基づくニーズを把握しサービスを実施している。3ヶ月ごとのケースカンファに家族や本人のニーズに耳を傾け、対応している。		
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	入所者様個々が出来る事を探し、職員と一緒にやっている。		
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	毎月、日々の生活の様子を手紙にて送っている。また、家族に連絡する時や、面会時に日々の様子をお知らせしている。		
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	友人や知人・親戚の方などの面会は自由に行っている。	月1回以上来訪する家族が多く、寛いで頂ける様配慮している。近所の家の餅つきに招かれてのお供え餅作りは年末の恒例行事となっている。初詣や祭りの山車見物・花見等子どもの頃から馴染んだ行事等に触れる機会を大切にしている。	
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	入所者様同士の相性も考えあわせ、時には職員が会話の間に入るなどして支援している。		

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	他施設へ移られた方への面会や、亡くなられた入所者様のご家族へのフォローを行っている。		
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	日頃生活の中での困った事などの意見を聞き、改善方法を生活支援計画に組み込んでいる。	入居時に家族に記入頂く生活歴等の記録や、入居前のサービス利用のフェースシート等から概要を把握している。また、話しやすい環境づくりに努め、本人からは日常の会話や行動等から困りごとや意向等を汲み上げている。	
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	入所時、面会時に家族から生活歴や、今までの生活の仕方、好きなもの等、ヒアリングをしている。		
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	バイタルチェック、排泄表等で健康観察を毎日行っている。申し送りや記録等で一人一人について、把握できるようにしている。		
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	ケースカンファレンスを開き、職員・家族の意見を聞き、生活支援計画を作成・モニタリングしている。	日々の記録、業務日誌の特記事項等、ケースカンファレンスでの家族の希望や職員の意見等を基に介護計画を作成している。モニタリングは3か月毎及び状態変化時は都度行っている。	
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	日々の記録、業務日誌内の特記事項・引き継ぎ事項欄を活用し、情報を共有している。また、日々の申し送りでも情報を共有している。		
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	夕方不穏になる入居者には、デイサービスの送迎時に同乗し、ドライブに出たりしている。通院などの家族対応が難しい時は、職員が対応し通院の付き添いを行ったり、送迎を行ったりしている。		

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	地域の方、家族の方のボランティアの協力を得て、施設内の行事を盛り上げていただいている。		
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	在宅の頃からのかかりつけ医がいる方は、引き続き受診して頂いている。受診時には日頃の様子がわかるように、受診記録を作成している。	ホームの往診医や看護師、歯科医等の来診がある。入居前からのかかりつけ医希望の方は家族が対応し、その際には本人の日頃の様子が分かる記録を提供している。	
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	週に一回の訪問看護来所の際、相談・アドバイスをいただいている。その他、日常とは異なった事が起きた場合も、その都度連絡・相談をしている。		
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。	入院中は本人の現状や治療について、面会時に担当看護師に聞いている。退院時はケースワーカーや病院関係者と連絡をとり、退院に向けた話し合いを行っている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族には終末期のアンケートにより、あらかじめ意見を聞いている。事業所の方針は、家族会などで説明を行っている。	医療行為の発生が無ければホームで終末期の支援が出来ることを家族会等で説明し、家族にアンケートであらかじめ意向等を聞いている。重度化した時は医療面を含め話し合い、家族に意向の再確認をしている。本年はお二人の看取りをしている。	
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	普通救命講習を行っている。		
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	年2回、避難訓練を行っている。地震・火災・水害を想定し、実施している。夜間想定避難訓練も実施した。また、地域の消防団との話し合いも実施した。	年2回の避難訓練は夜間想定で行った。安全な場所までの避難時間を計り、見えて来た課題等を話し合っている。米・水その他ブルーシートやパイプ椅子などを備蓄している。地元消防団と災害時の対応について話し合った。	

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	職員一人一人が心掛けている。また、不適切な場面があれば、その都度管理者や主任が注意を行う。	「ちゃん」付けはしない・苗字で「さん」付けで呼ぶなど、家族や第三者が聞いても恥ずかしくない言葉掛けや言葉遣い出来るよう取り組んでいる。介護計画等の個人データの外部持ち出しは禁止と、個人情報の取り扱いで決定している。
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	選択が可能な方には、なるべくご自分で選択していただいている。	
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か、希望にそって支援している	食事の時間などはある程度決まっているが、その他は出来る限り、本人のペースで生活していただいている。	
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	月1回理容師による理髪を実施している。好みの髪型の要望に応じていただいている。	
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	梅干しやふりかけ等を活用し、食事が楽しみなものになるよう、支援している。出来る方には、テーブル拭きやおしぼりの準備、食器の片づけ等を手伝っていただいている。	お手伝いの出来る方は、テーブル拭きや食器の片づけ等を職員と一緒にやっている。リクエスト食や、流しそうめん・ホットケーキ・焼き芋パーティーなど食べる楽しみを支援している。状態に応じた食事の提供をしている。
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	身体管理表にて、1日の水分量や食事量を記入し、摂取量の少ない方には、ご本人の好きな果物やジュース・ゼリー等を活用し、摂取を促している。	
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	毎食前に口腔体操を実施している。食後は歯磨きやうがい・義歯洗浄を行っている。	

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	訴えの無い方には、時間でのトイレ誘導等、排泄介助を支援している。排泄表を活用し、排泄パターンの把握をしている。尿意・便意のある方はその都度トイレ誘導を行っている。	排泄チェック表から排泄パターンを把握して、声掛け誘導しトイレでの排泄を支援している。また普段からの声掛け誘導等により、リハパンやパッド使用量減に繋げている。	
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	水分摂取を促したり、朝食に牛乳を提供している。また、その方のできる運動を促す。それでも何日間か出ない方には、服薬でのコントロールを行っている。		
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	週2回の入浴日以外も、本人希望時に入浴を行っている。お誘いした時に拒否が見られるときは時間や日にちを変えてお誘いしている。	併設のデイサービスの浴室を使用し、ひとり週2～3回の入浴支援をしている。冬季は特にヒートショックに配慮し、また湯上りには乾皮症予防の軟膏塗布など支援している。	
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	眠そうな時や疲れているような時は、デイルームのソファや自室にて、休息がとれるように促している。		
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	職員が服薬管理し、誤薬や未服薬が無いように支援している。服薬内容が変更になった際には、その都度職員間で共有している。		
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	出来る方には、洗濯物を干したりたたんだり等の役割を担っていただいている。テレビやDVDにてスポーツ(大相撲等)や、歌番組を楽しんでいただいたりしている。		
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	行事やドライブを企画し、外出が好きな方には参加していただいている。また、家族との外出で、施設では食べられないような物の外食を楽しんで来られる方もいる。	天候の良い日は散歩に出掛け、途中近所の方とあいさつしている。車いすの方も多くなり遠出は年々難しくなっているが、馴染みの初詣・花見・小学校の運動会・紅葉狩り等の近間の名所に車で出掛ける等の外出を支援している。	

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	お金を自由に使うことは、管理上難しい。外出の際や、希望があれば、預り金にて好きな物を購入することが出来る。		
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	本人の希望時にその都度対応している。また、携帯電話を個人で持っている方は、自由に使用している。		
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	玄関には、生花が飾られている。施設の壁等を利用して、施設での行事の写真を掲示したり、季節の装飾を行っている。	玄関には季節の花が活けられ、廊下の壁には折紙などの利用者の作品が飾られている。居間は併設のデイサービスとパーテーション1つで繋がっており、デイサービスの利用者とも馴染みになっている。	
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	ソファーや、日当たりの良い廊下奥で休むことが、いつでもできる。フロアはいつでもテレビを見ることができ、快適な室温になっている。		
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	なるべく自宅で使用していたものや、家族の写真などを持ってきて頂いている。	自宅で使用していた使い慣れたタンスやテレビ、家族の写真などを持ち込み、好みの配置にして過ごしやすいよう工夫している。	
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	デイルームや居室の行き来は自由に出来る。廊下や階段・トイレ等には、手すりが設置されている。車いすでも移動がしやすいように、廊下が広がっている。		