

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	0270301385		
法人名	有限会社 ゆき		
事業所名	グループホーム そら		
所在地	青森県八戸市大字大久保字西ノ平25-207		
自己評価作成日	平成26年10月12日	評価結果市町村受理日	平成27年2月23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"> ・事故、感染症、身体拘束・虐待委員会による活動、研修を行っている。 ・旅行、新年会、食事会、バーベキューと、利用者と職員と一緒に楽しめるイベントがある。 ・毎日1人で散歩に行く利用者がいる。 ・地域への認知症の啓蒙活動をしている。 ・シニアボランティアや民生委員によるリズム体操や、いきいきサロン等、町内会の協力が多い。 ・雛人形、兜、クリスマスツリー等、季節に合わせて飾っている。
--

※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	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成26年11月26日		

【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)】

--

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りや深まりがあり、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

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	理念は事業所独自で作成しており、見える場所に掲示し、日々のケアを確認しながら行っている。職員は地域密着サービスについて理解している。		
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	買い物・散歩・回覧板の届け物等に関わり、花見やいきいきサロン等、町内の行事にも出かけている。避難訓練や毎年開催している家族の集いに、地域の方々にも参加していただいている。また、町内のボランティアを受け入れ、リズム体操を行っている。町内に「そら」の歌と踊りを作ってもらい、行事や活動に活かしている。		
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	キャラバンメイトによる認知症サポーター養成講座を行い、働きかけている。専門学校の実習生やボランティアの受け入れをしている。その際、利用者のプライバシーに十分な配慮を行っている。		
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	2ヶ月に1回行い、町内や家族に参加を促している。報告や情報交換を行い、意見を出してもらい、それを事業所で話し合い、改善・実行して、次の開催時に報告している。また、外部評価等の結果を報告・説明している。		
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	運営推進会議や家族会に市の職員が参加している。重度化していく利用者への医療行為について話し合っている。実地指導でケアプランの好事例を提出した。		
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	玄関、居室には施錠せず、自由に出入りできるようにになっている。出入りが分かるように入口にドアチャイムを付け、見守りをしている。また、GPSを使用して行方不明対策をとり、町内の方にも協力をしていただけるよう、運営推進会議でお願いしている。全職員で身体拘束をしない姿勢で日々のケアに取り組んでおり、やむを得ない場合の体制を整えている。具体的な内容について研修を行っている。		

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
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	研修で虐待防止法について理解を深めている。職員は虐待をしない意識を持ち、ケアを提供し、発見した場合の対応方法、報告の流れについてマニュアルがある。委員会で「それって虐待」について、ケアの振り返りを行っている。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見人制度の概要について理解し、必要に応じて情報提供できるよう研修を行っている。		
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	利用者、家族に対し、理念等、ケアの方針や取り組みについて説明している。契約を改定する際は十分に説明し、同意を得ている。退去の際も同様に行い、不安等を与えないよう退去先の情報提供を行う等、支援している。		
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	意見や苦情を出しやすいよう、意見箱を設置している。また、運営推進会議や家族会で、家族から意見を出しやすいように働きかけている。		
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	各ユニット会議での意見が月末の全体会議に反映されるようになってきている。勤務体制や異動について、利用者、職員間の馴染みの関係を保てるように配慮して行っている。		
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	代表者は毎日定期的に見回り、職員の勤務状況等を把握している。各職員のレベルに合ったキャリアパスのガイドラインを周知して、やりがいを育てるように目標を立て、面談も行っている。健康診断は年2回実施し、就業規則は各ユニットに置いてあり、いつでも確認でき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
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	年間の研修計画を作成している。採用時、研修後にOJTを行っている。研修内容については職員の意向を参考にし、より実践に活かされるように、グループワークやロールプレイを取り入れている。法人内に認知症ケア専門士の上級者がいる。		
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	全国グループホーム協会等で発表や交流の場を設け、サービスの質の向上へ向けて話し合っている。		
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	本人の相談にはその都度対応し、身体面、希望や不安から、ニーズを導き出せるように努めている。		
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	本人への不満等も含め、家族の相談には、家族の立場になって話を聞くことで、信頼関係づくりのきっかけとなるように意識している。家族としてのいろいろな思いを表出させ、課題の整理に努めている。		
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	ニーズに対し、何が必要か、できる事、できない事、楽しみややりがい等、身体面、認知面と分けて見極めるように努力している。また、必要に応じて他サービス機関の紹介等を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員の知らない料理や昔の出来事等を利用者から聞いたり、教わったりして、家事等をお互いに助け合いながら生活している。介護者として行う排泄等の身体的な介護の場面でも、利用者の感情やプライバシーを優先した関わり方に努めている。		

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
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	家族としての形がどのような繋がり方でも肯定的に捉え、本人らしく生活していくために、家族として、事業所としてできる事を話し合っている。家族会で直接意見交換できる場面を作っている。		
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	友人や知人等の来訪時は快く受け入れ、時間に合わせて食事を提供している。電話はいつでも使えるようになっている。		
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	利用者個々の生活歴や性格等、今できる事をお互いに共有できたり、家事等を自然に助け合える場面につながるよう、その都度調整している。		
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	サービス終了後、退去先の関係者に、今までの環境や暮らし方を継続できるよう情報提供をしている。また、退去後に相談に応じたり、家族から近況の情報をいただいている。		
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	利用者と、何をしたいのか等をきちんと相談し、話し合っている。発語が困難な利用者は、全員でケース会議等で話し合い、希望や意向について受け取り方の統一を図っている。		
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	プライバシーに配慮しながら、その情報がいかに大切であるか十分に説明し、情報を得られるように努めている。一つひとつの情報が本人にどのような感情をもたらしているのかを見極めてから、使うか使わないかを決めている。アセスメントシートへの記入等で、その情報の共有、統一に努めている。		
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	生活歴から日課表を作成、記録しながら、できる事、できない事、分かる事、支援すればできそうな事等の把握に努めている。		

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
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	一人ひとりの言葉や行動、表情からニーズを導き出し、職員の受け取り方、関わり方を話し合い、統一した上でケアプランを作成し、家族にも意見や要望等を相談している。受診時には主治医や看護師より、日常生活等で注意する点や必要な事のアドバイスも受けている。		
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	日課表は身体面と生活面に分けて、一日の様子がわかるよう個別にしている。ケース記録はケアプランの具体策に沿って、アプローチした内容を具体的に書いている。申し送りを行い、カーデックスやヒヤリハット、申し送りノートから、情報を共有しやすいようになっている。		
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	介護保険サービスの医療連携体制を整えている。自主サービスは家族への手紙の投函や入院時の見舞い、洗濯支援を行っている。		
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	民生委員や婦人部等の協力を得て、集会所での催し物や敬老会、病院の夏祭りに参加している。地域の方の来訪でえんぶり等も行っている。利用者の意向で選挙の支援も行っている。運営推進会議には消防署の方にも出席していただいている。		
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	協力医療機関の他に、個別に本人や家族の希望に合わせ、受診介助を行っている。利用者の身体面を考慮し、訪問歯科も利用している。受診結果について、特変がない場合は毎月発行のたよりで、その他は随時連絡し、その後の状態についても連絡している。		

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
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	看護師の資格を持った職員を配置して、医療連携体制を整えている。また、24時間連絡でき、相談にもり、緊急時にはホームに駆け付けてくれる。情報交換して、利用者の健康管理には十分に気をつけている。利用者の身体状況に変化があった時に伝えるポイントを作成し、職員は理解できている。		
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。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、安心されるように毎日見舞いに行き、状態の変化について病院関係者と情報交換し、家族へ報告している。退院後のホームの受け入れや相談についても、家族と話し合いをして、介護計画等も見直している。		
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	契約時に説明し、同意を得ている。重度化した場合や終末期についての明確な方針があり、家族との取り決めもある。重度化した場合の事前調書を取っている。		
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	緊急、救急対応マニュアルがあり、応急手当普及員を受講した職員により、市役所よりAEDと人形を借りて、毎年、心肺蘇生法、搬送法、止血法、誤飲時の対応等の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	避難訓練は自主訓練も含め、年6回行っている。内2回は夜間を想定し、出火場所や避難場所等、柔軟に対応できるように努め、ほとんどの利用者職員が行っている。他4回は全職員が避難訓練に関わるよう、日中を想定して行っている。緊急連絡網に町内の連絡先も加わり、訓練にも参加していただいている。		

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	声かけは年長者であることを踏まえて、気をつけているが、本人の馴染みの呼び名がある場合はその呼び方で行っている。委員会が中心となり、ケアの場面(食事、入浴、排泄等)の振り返りを行っている。記録等の個人情報につながる書類は外見上は見えないよう配慮し、管理している。		
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	職員が一方的に行うのではなく、利用者が自己決定できるよう、選択肢を複数提示している。		
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	食事、入浴の時間、外出等、できる限り本人のペースに合わせるようにしている。		
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	家族の情報から、以前のおしゃれが保たれるように支援している。衣類も本人の希望を取り入れながら、季節に合った服装を心がけている。髪型は利用者の好みに合わせ、訪問理・美容を利用している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に買い物に行き、献立を考え、調理をしたり、片付けをしている。食事は会話を楽しみながら一緒に食べている。本人の好みや苦手な物を把握し、柔軟に対応して提供している。		
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	献立はおやつを含めて記録に残し、バランスを考えている。水分量は研修で学び、時期やその時の利用者の体調、食事摂取量に合わせ、ゼリー等の補食も取り入れて記録に残している。食器の大きさ等もその人に合わせた物にしている。		
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	口腔ケアは毎食後、一人ひとりに合わせたアプローチを行っている。記録に残し、義歯等の物品の管理を行っている。合わなくなった入れ歯の作り直しや、歯石を取ってもらう等の受診介助も支援している。		

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
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向けた支援を行っている	誘導方法やオムツ使用はケアプランに記載し、見直しもしている。失禁時はプライバシーが保たれた空間で、声がけよりも手早く行うことにしている。尿取りパットや着替えを運ぶ時も、他者に気付かれないようにしている。		
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	下剤等、一人ひとり、医療機関や看護師と相談して調整している。運動や食事等、工夫に努めている。		
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、個々に応じた支援をしている	曜日は決まっているが、仲の良い利用者同士で入れるように調整している。血圧や心疾患等の他、当日のバイタル、体温、表情等を把握し、行っている。長湯や洗身等に対して適切な支援をしている。受診等と重なった場合は受診後に入浴したり、散歩から戻った時にシャワーを浴びる等、柔軟に対応している。		
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	2ヶ所小上がりがあり、日光浴をしたり、コタツで休めるようになっている。起床、就寝時間を記録している。睡眠に影響する原因(窓、明かり、カーテン)等を調整している。服薬は医療と相談し、調整している。夜間眠れずに起きてくる方には飲み物を提供したり、話を聞いている。		
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	内服の変更時はカードexに種類を記入し、分かりやすいようにしている。分包、服薬時はダブルチェックをして、ミスのないよう、朝と夕の内服に色違いのマーカ-をひいている。服薬による症状の変化は記録に残し、家族、医療機関に相談し、薬の調整を行っている。		
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	生活に沿った掃除・裁縫・買い物・畑仕事・塗り絵・調理・飲酒等、一人ひとりの生活歴を把握した上でケアプランに記載している。また、趣味の花摘みや、一人で散歩、編み物等、利用者の楽しみを支援し、公民館祭で作品を展示して、本人の張り合い等になるように支援している。		

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
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	回覧板を届けたり、畑、花摘み、散歩、外気浴、買い物、他ユニット等へ、利用者一人ひとりの希望で自由に外出している。		
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	家族と相談の上、能力に応じた管理や支払い等、個別に支援している。		
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	電話はいつでも使えるようにしており、操作等の介助をしている。また、手紙と一緒に投函しに行ったり、届いた手紙を本人の希望で読む等の支援をしている。		
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	テレビや音楽等の音の調整や、明かり等を食事や掃除等の場面に合わせ、調整している。また、居室の日差しをすだれで調整したり、グリーンカーテンやクーラーで温度を調整している。ホール、居室に温・湿度計を設置し、管理している。		
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	小上がり、コタツを設け、一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士が色々な場所で過ごせるようにしている。食席も利用者同士や職員の座る位置を配慮し、状態の変化に合わせ、見直しをしている。		
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	入居前に家族と相談し、馴染みの物(テレビ、タンス、布団、鏡台、小物、仏壇、位牌等)を持ち込んでもらえるように努めている。入居後も状態の変化に合わせて、本人や家族と相談の上で調整し、安心できるような環境づくりを工夫している。		
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」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が送れるように工夫している	手すりは場所や高さにも配慮している。テーブルや流しの高さ、階段の高さ等も調節している。重度化に対応できるようエレベータを設置している。本人の状態の変化に伴うヒヤリハットについては、自立が保たれるよう随時話し合い、改善に努めている。		