

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)】			
事業所番号	3370300638		
法人名	NPO法人高齢者介護研究会のどか宅老所		
事業所名	グループホームのどか		
所在地	岡山県津山市神戸262-1		
自己評価作成日	平成25年12月14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/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=3370300638-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社東京リーガルマインド 岡山支社
所在地	岡山県岡山市北区本町10-22 本町ビル3階
訪問調査日	平成26年2月1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)】

利用者、職員の立場ではなく人と人の関係が築けているかを常に考えている。周辺症状の方がいる中、スタッフは寄り添って、少しでも気持ちを汲み取ろうと努力している。日々の介護業務の中で情報を共有しながら統一した対応ができるように気を付けている。
又、長く利用している方が多く重度化しているが、家族と話し合いながら最後の時まで支援している。合わせて協力医療機関との連絡調整も密に行うように心がけている。

【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)】

利用者は、落ちついた雰囲気の中で家庭での生活のように思い思いに過ごされている。重度化されている方も多いが、コミュニケーションをしっかりとることで思いを汲み取り、個々のニーズに合わせた生活を支援している。職員は、長年の実績や経験に満足することなく介護計画書に新たな様式を取り入れたり、内部・外部の研修に参加したり、より良いケアが出来るように日々自己研鑽する姿勢で取り組んでいる。医療機関との連携や併設の事業所との連携で総合的介護支援が出来るのも、この事業所の強みと特徴と言える。

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

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	開設以来事業所の理念としている「家庭生活の延長上にある介護」を職員と共通理念としている。又職員は個々の理念を自分で持ち現場で実践している。ケア会議で振り返りながら必要なことを見直ししている。	「家庭生活の延長上にある介護」を理念に職員間で共通意識を持ち、グループホームならではのその人らしく自然に生活を送れる様に一人ひとりとゆっくり関わる介護を大切にしている。		
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	地域とのつながりを特別に意識していない。私たちも自宅に住んでいるときに特別に意識して生活をしていないと思う。散歩で会えば挨拶し、行事があれば参加しごく普通に生活している。その積み重ねが地域の住民としての生活につながる。	地域の中の高齢者として、町内会の行事に参加したり、普段から道で会えば挨拶を交わすなどの自然なつきあいをしていく中で、地域住民との関係を構築している。	事業所の取り組みを地域に広めるような活動を期待する。	
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	近くの幼稚園と祭りなどの行事を通じて交流している。園児も家庭で高齢者と接することが少なくなっているが、施設とか認知症に関係なく世代間の交流が自然にできている。			
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	利用者の日々の生活状況や、事業所の活動の報告をしている。家族、地域、行政の方々から意見をもらい活用している。地域から行事などの情報をもらい参加している。	家族・行政の担当者・町内会長等が参加し、ケアについての情報交換や行事の報告をしている。「重度化しているがどこまで見てもらえるのか」など様々な意見交換の場となっている。		
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に取り組んでいる	運営を行う中で疑問点があれば事業所だけで判断するのではなく、市担当者に相談し運営している。日頃から利用者の生活の向上が事業所と行政の共通目標であるとの考えから、連携は取れている。	介護報酬についてや指定について、家族からの疑問についてなど尋ねたり、行政からの依頼にこたえるなど、日頃から連携を図っている。		
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	開設以来鍵かけなどの身体拘束を行わないことが、当たり前のこととして運営している。このことは介護保険が始まる前から実践している。新規職員にも会議の中で説明し理解してもらっている。	内部研修を実施し、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。身体拘束につながるのではないかとと思われることには、その都度話し合い、気をつけるようにしている。		
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	虐待とは暴力だけでなく言葉や態度など様々な場面で起きることを会議・研修の中で説明している。介護職員としての職業倫理を自覚するように指導している。			

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
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	成年後見人制度は施行されてすぐに家族に説明し活用したこともある。職員への周知は研修などを活用して学べるよう計画している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	改定等がある場合は一人一人に説明し、疑問点があれば納得していただけるまで説明をしている。		
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	家族の方と会うたびに、話の中で要望があれば聞いている。直接言いにくいことは意見を置き対応している。	面会時に家族からの要望を聞く機会を持っている。出された要望や意見を職員が共有し介護実践と運営に活かすようにしている。	
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	会議の中で意見を聞き運営に生かしている。	ケア会議や内部研修時、併設事業所との会議時等に職員からの意見や要望を聞く機会を設けている。	
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	職場を自分たちで作り上げていく喜びの中で向上心を持ってもらっている。残業はなくストレスや疲れがたまらないようにしている。労働安全法に従って健康診断を行っている。		
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	施設研修や外部研修に参加してもらい、必要な知識を得る機会を設けている。		
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	他施設に見学に行き得るものがあれば取り入れている。参加している連絡会で情報交換をしている。		

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	
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	利用開始時の対応が特に重要であるため、利用開始時には必ず本人の暮らしている所で面接を行い、生活状況、精神状態、生活歴などを把握するようにしている。		
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	利用開始前に家族とよく話し合い、その中で意見を聞いている。また事業所の方針や、できること、できないことなどをよく説明して理解して頂いた上で、利用を決定している。		
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	面接時に本人や家族の思いを確認し、スタッフと情報を共有し必要な対応を考える。		
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	多くの方が重度化しているため、生活の中で自分で何かをすることは少なくなっているが、話をしたり、触れ合うことで共に暮らしている。		
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	日中いつでも時間に制限を設けずに面会に来てもらい共に過ごしてもらっている。		
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	家族との時間についてはもちろん継続できるように大切にしている。場所についての継続性はそういう機会がなかったが、常に頭に入れ、対応はできるようにしている。	家族との外出や外泊、職員とドライブを兼ねて自宅を見に行ったりと、これまでの生活の中での馴染みの人や場との関係継続を支援している事が写真等の記録からわかる。	
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	大きな声を出される方もおられるので、利用者どうしトラブルにならないように職員が調整している。お茶の時間を作り、話をしたりテレビを見ながら共に過ごす時間を作っている。		

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
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	サービス利用が終了しても相談があれば支援をする。		
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	職員が利用者、家族の思いをくみ取りケア会議で検討し必要があれば見直しをしている。担当の入所者の想いをアセスメントツールを使って把握していくなど努力している。	心身の情報(私の姿と気持ちシート)を活用し、利用者の思いを言葉に表して把握するとともに、利用者に寄り添い思いや意向を把握している。	
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	体調面、精神状態、言葉、表情などを日々の関わりの中で把握に努めている。家族との会話の中で掴み取っている。		
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	日報、夜勤日誌、バイタルなど正確に記録することで判断し対応している。スタッフ間の日頃の会話や情報交換を密にしている。介護計画のアセスメントにも参加し本人の思いを汲み取れるよう努力している。		
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	ケア会議を開き必要があれば介護計画を見直し、新たな目標を作る。家族からも具体的な要望を記入してもらうようにした。	アセスメントやモニタリングツールを新たにし、利用者・家族の思いや職員からの意見を反映させた介護計画を立てている。	現状に満足することなく、新たなことに取り組む姿勢を今後も持ち続けること期待する。
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	記録は出来るだけ随時に記入し日々のケアに生かしている。排泄、健康状態は記録により把握できるので重要視している。		
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	本人の状態や家族の意向に沿って食事の提供も声かけしたり、宿泊も提案したりしている。突然の入退院の対応等も行っている。		

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
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	運営推進会議には市役所の高齢介護課のかたや、町内の方に参加してもらい、地域の情報を交換したり、協力関係を築くようにしている。		
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	月二回の定期受診を受け状態の把握をして頂いている。緊急時には職員が付き添い受診している。	入所時に希望を聞き、受診の支援を行っている。往診や訪問看護を利用し健康面の支援を行っている。	
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	毎日のバイタルを記録し、変化があれば報告している。		
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。	協力病院の医師、看護師と連絡をよく取っているため入院、退院はスムーズに行えている。必要があれば他の病院も紹介してもらえる。		
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	家族には終末期に事業所として出来ること、出来ないことを重要事項の中で説明し、最後をどう迎えるのか話し合いをしている。	入所時に看取りについての指針を説明し、利用者・家族の意向に沿えるように話し合いを行い終末期に向け取り組んでいる。	
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	施設内外の研修を受けさせ、初期対応ができるようにしている。資料を常時閲覧できるようにしている。		
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回の火災訓練を実施している。スプリンクラーも全館設置し火災に対応している。	年2回、日中と夜間を想定した避難訓練を実施している。消火器やスプリンクラーの使い方の指導を受け、万が一の時に備えている。	

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	利用者として対応するのではなく一人の人として、又その人の生き方を尊重しながら、言葉かけや対応の仕方に注意している。	排泄・入浴時のプライバシーの確保はもとより、利用者のプライバシーに関する話を話す際には声のトーンや周囲の状況などに配慮している。	
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	職員がすべてを判断するのではなく、本人に必ず問いかけをしながら決定している。		
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し、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	日々のマニュアルを決めてしまうのではなく、できるだけその時どきの状況にあわせて対応している。		
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	本人の希望を聞きながら服装などを決めている。		
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	食事作りは重度化しているため今はできないが、食材は国産の物を使い、美味しい食事を提供している。食欲のない方には好みの物を個別に購入しながら対応している。	食材や食器にもこだわり、献立に利用者の希望を取り入れるなどおいしい食事を楽しむ工夫を行っている。また、併設事業所の利用者と共にすき焼きなども行っている。	
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	その人の状態に合わせ普通食、キザミ食、ミキサー食で対応している。カロリー計算や、メニューも考えて提供している。		
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	食後の歯磨き、うがいなど毎食後実施している。提携している歯科医院で健康管理を行っている。		

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
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	排泄記録を付けることにより個人個人の状態を把握しトイレ誘導して排泄の自立を支援している。	排泄記録を使って、一人ひとりの間隔を把握し、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	便秘が原因で問題行動を引き起こすこともあるので、食事に繊維質や乳製品のものを取り入れたりしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	その日の本人の思いや体調をしっかり把握し、気持ち良く入浴に誘導できるよう声かけや関わりを大切にしている。難しい場合は時間をずらしたり、次の日に入浴日を変更するなど臨機応変に対応している。	一人ひとりに合わせて、一般浴と必要な時は施設内にある特浴を使い分けており、状態に合わせて入浴時間を配慮している。また、ゆず湯など入浴を楽しむ支援を行っている。	
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	日中の活動を活動的に支援することにより一日の生活を整えるように支援している。眠れない利用者には職員が会話をしたり、飲み物などを提供して安心できるように努めている。		
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	服薬を個々に管理して誤薬のないようにしている。主な管理は薬局が行い、いつでも連絡の取れる体制になっている。		
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	重度化しているため出来ることは限られているが、天気の良い日には散歩や外出を楽しめるようにしている。		
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	季節ごとに花や山の風景を見に行ったり、近所の買い物へ外出している。喫茶店にお茶を飲みに出かけたりもしている。	ケアプランの中から外出計画を立て、季節ごとにお花見や紅葉狩りなどに出掛けたり、ドライブや散歩など気候に合わせて外出支援を行っている。	

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
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	重度の方については施設対応で行っている。個人でもたれている方については家族と相談の上買い物などの楽しみに使えるように支援している		
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	電話は家族からかかっていたら取次をして話ができるようにしている。		
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	窓に障子を入れたり、光を落した作りにして今まで過ごした環境に近い作りになっている。居間を広くしてゆったりと過ごせるようにしている。	全体的に落ち着いた雰囲気の中で、ゆったりとしたスペースの共有空間を思い思いに過ごせるよう障子から入る落ち着いた明るさの居心地のよい空間作りがされている。温室計や加湿器を置き、感染症の予防にも努めている。	
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	居間を一つの空間にせず畳コーナーや一人になれる場所を作っている。		
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	家庭で従来使ってきたものを持ってきてもらなどして、利用者と家族で部屋を自由に使用してもらっている。	TVや冷蔵庫、タンスや写真など使い慣れたものを持ちこみ、ゆったりとしたベッドが配置してあることで居心地の良い居室となるよう工夫されている。	
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	必要な所には手すりを設置している。キッチン居間の真ん中に設置し、いろいろな作業がしやすいように大きなカウンターを設けている。		