

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	0570112342		
法人名	有限会社ケアランドあきた		
事業所名	グループホームうららか		
所在地	〒010-1414 秋田市御所野元町四丁目2番3号		
自己評価作成日	平成23年1月27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://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	平成23年2月10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)】

気ままにゆったりマイペース、を理念のひとつとして、家庭的な雰囲気と街の一員として生活を続けていくこと。ホームドクターによる定期往診や看護師の配置により入居者、ご家族、職員とも健康管理面での不安を軽減し、安心して共同生活介護を継続していただけるよう体制をとっている。また人員配置も日勤帯および早朝、夜間に増員配置し職員の業務負担の軽減と突発事案への対処にあたりると同時に、より入居者と接する時間、対話の機会を生んでいる。入居者の家族の見舞い、死別の対応もホーム外生活支援を試みている。

【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)】

事業所は、「利用者の尊厳を第一に、利用者本位の暮らしへの支援」をサービスの基本としている。細部にわたって考察して、体系的に築かれた運営により、職員は理念である「笑顔と厳しさ」を、日々の実践に着実に繋げている。特に、利用者のあるべき姿をつかむため、「ミーティング議題用メモ」を活用し、課題、改善点を把握し、全職員が共有し取り組んでいる。また、家族もチームケアの一員として捉え連携を図っている。職員の育成にも積極的に取り組んでおり、研鑽された職員の感性は、各種研修等に積極的に参加している成果でもあると史料できる。

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、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				

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
(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、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「理念」に常に目が届くことで、意識してケアの実践に取り組むことができている。	管理者は、毎月のミーティングや朝礼等を通じて理念に即した指示等を行っており、職員は、日々の実践につなげている。	
(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	地元神社の祭典、かまくら、などに参加。今年度は老人クラブの発足にも関わり、顔が見える関係を構築している。	事業所は、老人クラブへ加入しており、季節ごとに開催される行事等へ参加している。また、管理者は、町内会の総会の議長を務めたこともあり、地域の一員として充実した関係が築かれている。	
	○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	運営推進会議を通じ最新の動向を伝える機会をつくるとともに老人クラブ世話役、民生委員とも随時面談している。施設長自身が町内会の会合等に積極的に出席している。		
(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	評価を配布し意見を伺う機会があるが具体的な向上の取り組みにつながっているとは言えない。	運営推進会議は、老人クラブ員、町内会長、民生委員、地区社協会員で構成され、年6回開催している。情報交換等が主であるが、マンネリ化しないよう心掛けている。来年度は、地域包括支援センター職員の参加を強く要請していくことにしている。	来年度は、地域包括支援センター職員の参加を要請することにしており、更に、行政との協力体制を深めていくことが期待される。
(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	施設長が県、市の連絡会、および日本認知症グループホーム協会ケアパートナーズの役員を務めていることもあり情報交換の機会は増えている。	管理者が市の連絡会や会合等を通じて情報を交換するなど、密接な関係作りが行われている。	
(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	やむを得ず、片側ベッド柵2本使用し、身体拘束を行っている方がいる。	やむを得ない理由により、ベッド柵を片側に2本使用しているケースがあるが、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」を市長に送付し、家族からも同意を得ていることが確認できた。	
	○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	施設内研修を実施しているほか、ミーティング、ケアカンファレンスの場でも議題としている。現在やむを得ず身体拘束を行っている1件のケースについても身体拘束を行わないケアの方策を定期的に見ている。		

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
	○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	一人の入居者のご家族が成年後見制度を利用しており、担当の司法書士と会う機会もある。研修については今後の課題である。		
	○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	管理者、計画作成担当者、主任それぞれと入居者本人と家族の要望や注意点について面談している。		
(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	外部評価を機会として、浮き上がったテーマを計画と支援の手段に反映できるようミーティングおよびケアカンファレンス、担当者会議の議題にしている。	利用者の様々な変化に対して、ミーティングやケアカンファレンス等で話し合い、問題の把握に努めている。また、家族とは電話等で随時連絡を取り合っている。意見等を運営に活かせるように、利用者、家族、職員が一体となり取り組んでいることが確認できた。	
(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	ミーティングおよびケアカンファレンス、担当者会議の議題にしている。	全職員が、ミーティング議題用メモ(意見を出す様式)に、テーマ・課題・改善点等について事前に記入し、毎月のミーティングで話し合っている。	
	○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	努めているが、より公正な判断基準として職員の自己評価と相互評価、所属長の評価を総合した体系づくりが課題である。		
	○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	内外の研修は積極的に参加している。		
	○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	施設長が県、市の連絡会、および日本認知症グループホーム協会ケアパートナーズの役員を務めていることもあり研修事業も企画にも携わっている。		

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
	○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	ご家族と職員がケアチームとして全力で取り組んでいる。		
	○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	双方向で気軽に連絡を取り合える関係づくりを心掛けている。		
	○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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
	○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	利用者、職員としての関係だけではなく、人生の先達として敬い、一つ屋根の下で共に生活している間柄としての関係性もできるよう努力している。		
	○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	毎月一回、居室担当者が本人の日頃の様子を「お便り」として書面で家族に郵送している。 情報を共有することで、家族と共に本人を支え合っているという意識・関係が築かれるようにしている。		
(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	親類・友人・職場の元同僚等、関係が継続できるよう、気安く面会や電話の取次ぎができるように配慮している。	利用者の元同僚等との関係の継続を支援するなど、馴染みの関係が途切れないように配慮している。	
	○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	入居期間が一年以上の利用者が多いため、馴染みの関係ができています。状況により、職員が介入し会話の取次ぎや場の友好を取り持つこともある		

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
	○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	他業種および医療機関への移行にも動向し情報提供を中心とした継続支援を行った。感謝の言葉を頂いている。		
(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	本人の意向を反映できるプラン作成は無論の事、状態により意向が確認できない利用者には、日々のコミュニケーションや生活歴、家族からの情報を下に本人本意のプランとなるように心掛けている。	利用者の尊厳を第一に、一人ひとりを深く知ろうとする取り組みが行われている。利用者の生活歴や日々のコミュニケーション等から、思いや意向の把握に努め、支援に活かしている。	
	○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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントを作成して個別ファイルに収め、全職員が閲覧し把握できるよう努めている。		
	○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	日誌と共に個別記録も作成し、全職員が心身状態やプランに沿ったケアの実践を把握できるようにしている。		
(10)	○チームでつくる介護計画 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	本人との話し合いの場としては特別に設けてはいないが、日々の会話の中で気兼ねなく話がなされるよう配慮している。毎月のミーティング時に、職員からケアについての意見を出してもらい、共有の確認を行っている。	利用者の課題を、「心身の情報(私の姿と気持シート)」から把握し、ケアミーティング、担当者会議に活かしている。利用者が望む生活に向けた介護計画となるように努めていることが確認できた。	
	○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、日誌の記入はされている。情報共有も、毎月のミーティングで活かされている。		
	○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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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
	○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	可能な限り利用している。		
(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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2回かかりつけ医の往診があり、かかりつけ薬局より処方してもらっている。訪問歯科は状態により利用している。	週2回かかりつけ医の往診がある。紹介状により、利用前からの医療機関への継続した受診も支援している。内科以外では、主に家族の付き添いで、希望する医療機関を受診しており、要望があれば訪問歯科も利用している。薬局との、連携体制も築かれている。	
	○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	施設看護師への申し送りでかかりつけ医との連携を図れるよう心掛けている。		
	○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。	ホームドクターの紹介状で円滑に医療機関を受診している。入院の際も入院先とホームドクター、ホーム間における連絡体制をとっている。		
(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	ミーティングおよびケアカンファレンス、担当者会議の議題にしているほか家族とも協議している。これに関しては地域の関わりはない。	終末期の支援については、家族の希望に応じて、十分な話し合いを行いながら、対応を検討していくことにしている。	
	○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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	救急持ち出しカードを準備するなど救急搬送に備えている。防災訓練も随時行っている。		
(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	今後も訓練を重ねていくとともに地域への協力要請と手法を練っていく。	年2回、避難訓練を実施している。二階建ての事業所は、消防署や警備会社への直通の通報装置を整備するなど安全に配慮しており、来年度は、スプリンクラーの設置も計画している。地域との協力体制についても、更に、連携を図っていくことにしている。	

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)	○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	特に入浴時・排泄時においてはプライバシーの確保と羞恥心について、共感を持って対応している。記録も個人情報記載物については、取り扱いに留意している。	職員は、利用者一人ひとりの、人格を損ねない支援に努めている。特に、入浴や排泄の支援の際は、プライバシーに配慮している。	
	○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	理解力に合わせ、選ぶ対象を目の前に提供したり平易な言葉で説明したり、自己決定ができるだけ叶えられるよう支援している。		
	○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	一日の流れとしてある程度のスケジュールは作られているが、利用者の状況を考慮しながら柔軟に対応できるよう努めている。		
	○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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	定期的に出張理容の利用と、希望により美容院への外出援助を行っている。 本人の好む洋服、アクセサリーを身につけて、本人らしさが保てるように心掛けている。		
(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	その日のメニューに使う食材の簡単な下拵えや、盛り付け・配膳・食事・片付け・食器洗いを一緒に行っている。	献立には、利用者の要望等が取り入れられ、カロリー計算は職員が行っている。盛り付け、配膳、下膳、片づけ等は、可能な限り利用者と一緒にいき、残存機能の保持にも努めている。	
	○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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	カロリー計算されたメニュー表の作成と、毎食量、一日の水分摂取量を個別に記載している。極端に摂取量が少ない場合は、回数を増やして嗜好品で補ってもらったりしている。		
	○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	毎食後、口腔洗浄を実施している。 できる部分は自分で洗ってもらい、不十分な所を職員が介助を行っている。		

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
(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	一定の誘導時間は設定されているものの、行動や表情でも排泄パターンを把握し、できるだけ不快にならないうちに誘いを行っている。	利用者一人ひとりの排泄集計表を活用して、排泄状態を把握し、早目に対応する支援を行なっている。便秘等についても、個々に合わせた配慮をしている。	
	○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	食材の工夫と乳酸菌飲料を摂取してもらっているまた状況を看護師に申し送り、便秘薬の調整を行ったりしている。 施設独自の体操を取り入れ、体を動かす働きかけを行っている。		
(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や健康状態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	曜日・時間帯・週3回入浴実施の設定はあるものの強制はせず、その日の状態に応じて気持ちよく入浴できるよう心掛けている。	基本的に、週3回の入浴を実施している。入浴を好まない利用者には、強いることなく、「足だけ洗いましょうか」等とさりげない会話から浴室に誘導するなど状況に応じて支援している。	
	○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	生活習慣や現状に合わせて個別対応を行っている。		
	○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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方箋の綴りがあり、職員が閲覧できるようになっている。看護師からの申し送りを受け、全職員が服薬介助を行っている。		
	○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	生活歴、趣味、特技などを把握し、今出来ていることが継続できるよう支援している。		
(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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	出来る限り好天時には戸外に出掛けるよう心掛けているが、人員やその日の状況により希望に応じられないこともある。家族対応で外泊・外出される利用者がある反面、車椅子使用者の外出機会は限定されてしまっている。散歩時、近所の方から声掛けは頂くが、連携までには至っていない。	利用者の平均要介護度は3であるが、できる限り希望に応じて、外出支援を行っており、利用者は外食を楽しみにしている。大湯村の菜の花ロード見学等、遠方への外出も支援している。	

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
	○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	一部の利用者に限られ、額も小額の買い物に限られているが、希望する買い物に付き添い、自分の持っているお金から支払ってもらっている。		
	○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	家族・親類からの電話への取次ぎや年賀状、手紙のやりとりは実施できている。		
(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、臭い、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、行事、意識させる工夫をしているとともに時間帯を意識させる調光、音量を心掛けている。	エレベーター、トイレ等々の場所を、大きい文字で見やすく表示し、わかりやすく配慮されている。リビング内は、行事の写真や手習いの習字等を飾り、落ち着いて過ごせるように工夫されている。清掃は、利用者、職員で行なっている。	
	○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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	試行錯誤の連続である。		
(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	ご家族の協力を得ながらおおむねできている。	使い慣れた家具や調度品が持ち込まれているほか、事業所での行事の写真等が壁いっぱいには貼り付けているなど、その人らしい居室となっていることが確認できた。	
	○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	限られた条件の中、安全を考慮しながらも自立を見守り、かつゆったりした時間を保てるような対応を継続している。		