

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	0770402592		
法人名	有限会社 矢吹薬局		
事業所名	グループホーム羽音 ユニット音		
所在地	福島県いわき市常磐水野谷町千代鶴176-1		
自己評価作成日	平成25年9月27日	評価結果市町村受理日	平成26年1月16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.kai gokensaku.jp/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
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25年11月25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)】

<p>①常に笑顔で接する事。「ダメ」と言わない介護を目指す事。 ②ゆとりの時間を自由に使い、外出したり、コミュニケーションを図ったりしている。 ③家族参加が増え、協働の形に成りつつある。 ④医療連携されていて、利用者・家族様・スタッフの安心へと繋げている。</p>

【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)】

<p>1「重度化対応、終末期ケア対応の指針」に基づき、最大限支援することを利用者・家族に伝えており、全職員が情報の共有をして真摯にターミナルケアの実践に取り組んでいる。 2 事業所では2名の医師の往診体制を構築しており、毎週看護師の訪問を受け入れ、利用者の健康管理に努めている。 3 玄関にAEDを設置し、応急手当普及員2名を配置しており、緊急時には近隣住民の利用も可能であることを広報している。</p>
--

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、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、安心して暮らさせている (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	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	「出会い」「触れ合い」「関わり合い」の3つの愛を理念とし、スタッフルームに掲げている。月1回のミーティングの中でも再確認し合っている。	理念には出会った全ての人々がふれあい、関わり合いながら絆を結び合ってゆくことを基本にうたっており、ミーティング等で全職員が統一した意識のもと利用者本位の支援に努めている。
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	町内会に属し、地域の清掃などにも参加。ホームの行事を回覧版を利用して知らせている。子供達のホーム行事への参加。ボランティアの出入りも自由になっている。	地域の清掃活動への参加や小学生の「町探検授業」では事業所へ受け入れ交流している。ボランティア(語り部・傾聴・歌や踊り等)も多く受け入れ地域との交流に努めている。AEDを備え応急手当普及員を配置し、地域住民へ利用の広報をしている。
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	入居者のレベル低下の為、近所への散歩や買い物なども難しくなっている為、入居者と地域の方との交流はボランティアの来訪程度となっている。	
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、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	定期的開催し、議事録を家族様に送付している。回覧版で地域の方にも報告している。	運営推進会議は定期的開催している。会議の内容は事業所の状況報告のみとなっており、委員からの提言等の記載がされていない。利用者の個人情報に配慮しながら、会議の議事録は利用者の家族や近隣住民に配布している。
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組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	地域包括支援センターのスタッフも運営推進会議に参加。入居希望者の相談を受けたり、個人で来訪された方の相談を取り継いだりしている。	市の担当者とは必要に応じて事業所の状況報告や利用者の相談等を通して情報交換しており、協力関係を築いている。
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	身体拘束のみならず、言葉による拘束にも気を付けている。「ダメと言わない介護」をスローガンに掲げ日々実践している。	身体拘束の弊害については、研修を重ね事業所として「拘束をしないケア」を徹底している。「言葉の拘束」についても全職員が十分気を配り、意識を共有して日々のケアにあたっている。日中玄関の施錠はなく職員の見守りにより対応している。
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	月1回のミーティングで勉強会としてテーマに取り上げたり、日々の中でスタッフ間での観察や入浴時の入居者の身体チェックを行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	月1回のミーティングで勉強会としてテーマに取り上げているが制度の利用とまではなっていない。		
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	入居前に管理者と計画作成担当者より説明している。		
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	面会時などに直接家族様と話し合い、希望に添える努力をしている。苦情箱も設置している。	家族からの要望や意向は面会時(家族の面会が多い)や行事開催時及び利用者の状況報告等あらゆる機会を捉え把握している。収集した意見等は「月例合同ミーティング」で全職員で話し合い運営やケアの実践に活かしている。	
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	月1回のミーティングの中で互いに意見を出し合い、総意に沿うよう努力している。	職員の意見や提言は「月例合同ミーティング」で把握している。また、日頃から管理者と職員間のコミュニケーションが円滑に行われており、常にケアの向上や事業所運営について話し合っている。	
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	事業主は昇給や手当の増額など対応している。スタッフ間ではミーティングの中で業務の負担軽減の為、話し合っている。		
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	月1回のミーティングの中で毎回テーマを掲げ学ぶ機会がある。書籍の購入もされており、自由に借りたりできる。		
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	交流は現在はない。外部研修に出る事で機会を作っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	入居前に管理者と計画作成担当者より説明している。情報を共有し、入居者の想いや過ごしやすい環境作りを心掛けている。		
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	入居前の書類説明の際に家族様の希望や心配事を聞き取り、入居後のサービスに繋げている。		
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	入居前の書類説明の際に家族様の希望や心配事を聞き取り、入居後のサービスに繋げている。		
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	命令や指示にならないよう言葉遣いに気を付けている。その日の体調に合わせ、対応している。		
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	面会時間に制限はなく、家族様と入居者が過ごせる様努めている。月1回、日常の様子を伝える為、はのん通信を送付している。		
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う、支援に努めている	家族様同様、友人関係の方なども自由に面会し過ごせるようにしている。	家族と連携して墓参りやなじみの理美容院の利用や買物の支援をしている。外出困難な利用者が多くなり、訪問理美容院を受け入れており、入居後新たななじみの関係を築いている。また、友人等の訪問がありこれまでの関係が継続できるよう支援している。	
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	毎日のレクリエーションや毎月のイベントで入居者同士の交流を図っている。スタッフから働きかけ、一緒に作業したり、会話を持つるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況		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	死亡時は必ず葬儀に出向き、退去後も家族様からの相談を受けたりしている。		
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	入居前、入居後のデータや本人・家族様からの情報を生かせるようスタッフ間で話し合い、共有出来るよう努めている。	利用者は高齢(90歳以上が過半数)となり、意向把握が困難になってきているが、全職員が利用者の些細な言動やしぐさを見逃さないよう細心の注意をしている。さらに家族と十分話しあい利用者本位のケアとなるよう努めている。	
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	入居時の生活歴や情報をスタッフ間で共有し、把握している。		
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	利用者一人一人の支援経過に、その日の出来事を記録している。ささいな変化も必ず記録に残し、口頭でも申し送っている。		
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	月1回のミーティングの中で話し合い、対応を変更したりしている。その旨、家族様にも面会時などに説明している。	利用者・家族の希望及び利用者の身体状況を踏まえ「月例会」で検討し、利用者の現状に即した介護計画を作成している。また、個別記録をもとに定期的にモニタリングを実施し、サービス計画の見直しをしている。	
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	申し送りと支援経過、スタッフ間の情報交換で共有している。		
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	家族様の要望や、スタッフ間の話し合いで現状に合ったケアを実践している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	語り部ボランティアさんや地域のボランティアを受け入れ、入居者の生活に変化をつけている。		
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	医療連携として毎週、正看護師が医療相談を受けている。2名のDr.による往診体制を作り、体調の変化については、すぐに報告し、指示を受けている。	外出困難な利用者が多くなったことに伴い、かかりつけ医2名による往診体制が確立されている。現在は全利用者が往診により受診している。さらに毎週看護師の訪問もあり、利用者は適切な医療を受けられる体制となっている。	
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	往診メモを利用し、Dr.やNSへの報告にもれが出ないようにしている。医療連携として毎週、正看護師が医療相談を受けている。2名のDr.による往診体制を作り、体調の変化については、すぐに報告し、指示を受けている。		
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。	往診Dr.に紹介されている。入院中は出来るだけ面会し、情報をもらっている。		
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、事業所ででき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	看取りについてのホームの指針を説明し、家族様・Dr.・管理者で話し合っ家族の意向に沿えるようにしている。	利用開始時に「重度化対応・終末期ケア対応の指針」に基づき、利用者・家族に説明し同意を得ている。利用者が重度化した場合には家族及び医師等の関係者で十分話し合い、家族の意向をもとにターミナルケアの実践に努めている。	
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	往診Dr.と緊急連絡が取れる環境にある。AEDの設置、心肺蘇生の研修も行っている。		
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	消防署員立ち会いのもと、避難訓練を年2回実施。日常のミーティングの中でも災害対策について話し合っている。	消防署立会いの避難訓練を年2回実施している。事業所独自では初期対応・緊急通報等の訓練を実施している。災害時の緊急備品として水・食料品・衛生品・カセットコンロ・ラジオ等を備蓄している。	多様な災害を想定し、事業所独自の訓練(災害時の初期対応・避難訓練・伝達訓練等)を数多く実施されることが望ましい。全職員(特に新入職員)が必ず参加できるよう年間計画されることが望まれる。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	1人1人の個性に合わせての言葉かけや、一方的なケアにならないよう気を付けている	全職員が利用者の人権を尊重し、言葉かけ等には十分注意して対応している。トイレや入浴の誘導には利用者の気持ちを大切にさりげない声かけを工夫して実践している。	
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	レベル低下により自己決定は難しくなっているが、出来るだけ本人の想いを引き出す努力をしている。		
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	1人1人のペースに合わせて対応するよう努めている。		
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	髭剃り、爪切りなど整容に努めている。自分で服を選んでもらったり、居室の鏡を見てもらって自分で整髪などしてもらっている。		
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	レベル低下の為、調理への参加は難しくなっているが、食材を説明したり献立について話題にしたり、興味を促している。スタッフも同じ食事を同じテーブルで食べながら介助している。	献立は栄養バランスを考慮しながら利用者の好みを取り入れ、管理者(調理師)が作成している。利用者の状態によっては刻み食やおかゆなどで対応している。職員も一緒に食卓を囲み、会話をしながら食事を楽しんでいる。	
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	水分補給の時間をきっちり決めている。個人の身体レベルに合わせ、食形態も変更している。Dr.の指示で栄養補助食品も利用し、栄養面を考慮している。		
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に、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、口腔ケアを行う。個人のレベルに合わせて、口腔内をガーゼで拭き取ったり、歯みがきを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	排泄チェック表を確認して、個々のパターンに合わせている。	トイレでの排泄を目標に職員は利用者のチェック表等を活用して排泄の誘導支援をしている。おむつ利用で退院された利用者には排泄パターンを把握し適切な誘導により、リハビリパンツ等に改善された例も多い。	
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	レクリエーションに運動を取り入れたり、個々に合わせて歩行のリハビリメニューを実施している。		
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	日曜日以外、毎日入浴できる。身体レベルに合わせて入浴回数など考慮している。	浴室は広く浴槽が中心に配置され両側からの入浴介助が可能であり、重度化が進んでいる利用者の入浴には有効である。入浴は利用者の希望により支援しており、洗髪拒否者にはドライシャンプーで対応している。	
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	個人の身体レベルや日々の体調を見て対応している。AMとPMに臥床タイムを作ったりしている方も居る。		
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	支援経過に処方内容のレジメを入れ、いつでも確認できる。誤薬のないよう二重にも三重にもチェックしている。		
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	AMのレクリエーションやPMのふれあいタイムで個々の入居者が楽しめるよう工夫している。		
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	レベル低下の為、外出も困難になってきているが、家族様と温泉に行ったり、外食したりしている。家族様の協力を得ている。	利用者全員が外出時には車椅子利用のため、外出の機会は減少してきているが家族等の応援を得てお花見等を楽しんでいる。また、外出希望者には家族の協力のもと外食や買物に出かけている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			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	自分で金銭管理する事は難しくなって来ているので事務所にて家族同意のもと預かっている。		
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	本人から家族様宛の年賀状を出したり、電話が入った時はゆっくり話せる環境を作っている。		
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	季節の飾り物で変化をつけたり、常に湿度・温度をチェックしてエアコンの調整・除湿機・加湿器の使用を行っている。日曜日を清掃重点日とし、清潔な環境を保っている。	共用空間は広く明るい、ソファコーナーと一段高い畳スペース(炬燵設置)もあり、利用者が思い思いの場所でくつろげるよう配慮されている。壁には利用者の作品や行事の写真が飾られなごみの空間になっている。好天時には中庭でお茶会なども楽しんでいる。	
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	ホールで過ごされる方が多く、ソファの席なども個人の好みで選んでいる。仲の良い入居者同士が過ごせるよう工夫している。		
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(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている	馴染みの物品を持参していただいたり、家族写真や家族様からの手紙などを居室の壁に飾っている。	居室にはトイレ、電動ベッド・サイドテーブル・椅子・洗面台・クローゼット・エアコン等が完備されている。利用者は自宅で使用していた品を持ち込み、それぞれ個性的で居心地のよい居室となっている。	
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	全館バリアフリーで手すりも多用している。トイレや浴室がわかるようなのれんを下げたり、本人が迷わないよう工夫している。		