

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	4075500316		
法人名	社会福祉法人 笠松会		
事業所名	グループホーム 笠松の郷 (2丁目)		
所在地	〒823-0015 福岡県宮若市上有木320番地	Tel. 0949-33-1255	
自己評価作成日	平成29年02月06日	評価結果確定日	平成29年03月27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/40/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 北九州シーダブル協会		
所在地	福岡県北九州市小倉北区真鶴2丁目5番27号	Tel. 093-582-0294	
訪問調査日	平成29年03月14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>入居者の方々の基本的な一日の流れに寄り添って職員が細かく動くことを重視している。今何をする時間を常に考えながら行動できるように変わってきている。介護度3~5を中心として中重度介護でありながら残存する能力を大切にして個別ケアに専念している。</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> </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.1~57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
58 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:25,26,27)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	65 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:9,10,21)	○ 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
59 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:20,40)	○ 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	66 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:2,22)	○ 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
60 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	○ 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 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
61 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:38,39)	○ 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 職員は、生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
62 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:51)	○ 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	69 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
63 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:32,33)	○ 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	70 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
64 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:30)	○ 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	掲示板を整理し施設理念を掲示している。全職員に名札の裏に基本理念を印刷して常時確認できるようにしている。認知症ケアアドバイザーより施設理念と認知症ケアについて個別面談を実施している。実施後の翌月にはミーティングで面談内容を踏まえ月間目標を掲げ取り組んだ。		
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	運営推進会議にて地域の行事や集会、施設内の行事などの情報交換を行い、迎えるだけではなく地域へ出向く取り組みを行なっている。		
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	現状では運営推進会議にて施設の取り組みや認知症ケアについて伝達はしているが、地域に向けての取り組みや伝達は不十分である。次年度に向けて取り組むべき課題として重視している。		
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	隔月の開催でヒヤリハット・事故報告書の詳細・対応策の説明、ミーティングの検討内容、取り決めごと、ケアの取り組み・実践内容を報告し参加者より意見を頂いたり情報交換を行なって運営の参考にしている。		
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	運営推進会議時や、市役所へ出向いたときに近況を報告したり情報交換しているが取り組みとして不十分である。		
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「介護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	ミーティングで『身体拘束とは』をテーマに情報交換を行ったり月間目標を掲げて職員全体で意識付けをする取り組みを行なっている。		
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	厚生労働省通達の『高齢者虐待防止の基本』を参考に自宅や事業所で起こりうる虐待の内容や現状を伝達している。次年度は外部研修への参加を積極的に促していく。		

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	6	○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	現入居者は該当者がいないため実施していない。次年度は外部研修に参加したり、関係者へ講師の依頼を行っていきたい。		
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	入居時に重要事項説明書、契約書を細かく説明し、納得の上契約をしている。また、改定時はご家族へその都度説明をし了承を頂いている。		
10	7	○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	客観的な意見が頂ける様入り口前にご意見箱を設置したり、ケアプラン更新時や面会時毎にご家族へ近況を伝えたり、不安や疑問がないかお尋ねするようにしている。		
11	8	○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	事前に通達した意見を収集しミーティングに反映させたり取り決めごとは基本職員の同意を得て実践するよう心がけている。また、3ヶ月～半年後毎に認知症ケアアドバイザーや管理者と面談の機会を設けている。		
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	賞与に関して人事考課制度を導入しモチベーションを高める取り組みを行ったり時間外の勤務、会議・ミーティング等が発生した場合は残業手当を支給している。ケアの場面で好ましい対応が出来るときは伝えるなどしている。		
13	9	○人権尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	職員個々の能力が(高齢や障害を持った方等も)発揮できる部署へ配属したり、定期的に面談等を行なって職員のメンタルサポートなどを行なっている。		
14	10	○人権教育・啓発活動 法人代表及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	研修に参加した職員が人権・権利擁護に関する資料を配布し伝達しているが不十分であり今後の課題としている。		

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
15		○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	毎月2回実施している法人内勉強会の参加を促したり、外部研修など積極的に参加できるよう勤務調整を行なっている。また、認知症ケアアドバイザーによる現場での指導やアドバイスをを行いスキル向上に努めている。		
16		○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	毎月1回の連携会議に参加して情報交換を行なっている。28年6月、管理者交代に伴い施設内の環境改善を目的にGH協議会は退会した。今後、施設内の環境が整い次第再度入会を考慮している。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		○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	入居時、1週間～2週間生活の様子をモニタリングしアセスメントを行なっている。ケアを提供する際は本人の了承を得て対応したり気分の優れないときは時間を置いて再度声掛けを行なっている。		
18		○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	入居時の面談でご家族の要望や不安なことをお聞きしケアプランに反映している。また、ケアプラン実践後は取り組めたこと、課題などをその都度説明し納得していただいている。		
19		○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	入居時情報収集をし疾患・ADLを見極めながら残存機能を活かした支援や必要なサービスの提案を行なっている。		
20		○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	「今日の暮らし表」を活用しながら入居者の主体性やこだわり・サポートの必要な項目を重視し担当職員と情報共有しながら、個々の生活スタイルに合わせて暮らしを提供している。		
21		○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	面会時に生活の様子をお伝えしながら、ご家族の支援が必要な事(希望時の電話対応・定期的な外出・必要物品の購入等)を依頼したり協力をお願いしている。		

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
22	11	○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	馴染みのある場所へドライブに行ったり、地域の方をお招きしてレクリエーションを行ったりしながら関係作りを継続するよう友人の面会は特に大切にしている。		
23		○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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	馴染みの関係ができるようテーブルを分散配置しコミュニケーションを図りやすい環境を作ったり仲良しの方だけで気兼ねなく話ができるよう(女子会)居室にソファを設置している。		
24		○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	施設を退居された入居者のところへ定期的に伺ったり施設へ足を運びやすい雰囲気作りを心がけている。		
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					
25	12	○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	アセスメントシート(アセスメントの為の情報収集シート施設Ver.)を活用しながら一人ひとりの課題やサポートの必要なことを抽出し、ご本人・ご家族の意向を汲み取りながらケアに反映している。自分の意思を伝えられない方は安心・安全に生活が出来る環境と受容するケアで取り組んでいる。		
26		○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	フェースシートや他施設からの情報提供書を参考にしたり、ご家族・ご本人へ聞き取り(生活暦・こだわり・嗜好等)や日常生活の様々な場面(食事・入浴・排泄・関わり等)から情報収集をし把握に努めている。		
27		○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	『今日の暮らし表』を活用しながらサポートが必要な事、疾患、体調の変化に関して注意・観察が必要な事を記録したり申し送り等で引継ぎを行っている。		
28	13	○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	毎月1回以上開催のカンファレンスにてケアプラン実践後の評価と課題を検討しモニタリングにつなげている。その後カンファレンスとモニタリングの内容を集約しアセスメントシートに反映し新たなケアプランを作成するように取り組んでいる。		

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		○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	『ケアチェック表』にケアプランの短期目標を添付しており、プランを確認しながら記録できる書式を活用している。また、『ケアチェック表』と『今日の暮らし表』を用いて申し送りを行なっている。まだ記録からケアが見えてこない課題がある。		
30		○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	入居者の残存機能を活かしたり、本人・ご家族のニーズを汲み取り最適なケアが提供できる提案を行なっている。(夜間入浴・フットケア・専門職(連携施設のPT・Dr・訪問看護)の介入やアドバイスを受けている)		
31		○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	連携施設内の喫茶店でお茶をしたり、市内のスーパーやホームセンターなどで買い物へお連れしたり、なじみのある場所(お寺や公園)にドライブへ出かけるようにしている。協働といえる段階へは次年度の課題としたい。		
32	14	○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	定期的に受診の際は有吉病院へお連れしている。訪問看護は週1回行なわれている。突発的な出来事は受診により適切な医療を受けご家族へ説明している。		
33		○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	訪問看護の看護師に受診後の様子や関わる中で気づきや心配ごとなどを相談し観察ポイントのアドバイスを受けている。		
34		○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。	入院時は可能な限りご家族が希望したかかりつけ病院へお連れして。入院後は連係室や相談員と情報交換を図ると同時に、法人内の連係施設に相談をして本人ご家族にとって望ましい方針を話し合うようにしている。		
35	15	○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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	主治医・ご家族・管理者・看護師など専門職の意見を聞きながら終末期をどのように迎えるのか話し合いを行なっている。		

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
36		○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	看護師主催の施設勉強会で緊急時の対応と応急処置について学んだり、消防署主催のAED・心肺蘇生の訓練に参加し実践につなげている。また、いつでも確認できるように、緊急時対応マニュアルを作成しリビングに備えている。		
37	16	○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回の消防・避難訓練を実施している。また、火災時マニュアルをリビングに設置している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	17	○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	ケア振り返りシートを活用しながら声のトーン・視線・言葉遣いを常に意識してケアに携わるよう心がけている。		
39		○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	ケアを行なう前や言葉を掛ける際、本人の意思を尊重し、命令・指示・断定的な言葉掛けにならないよう心がけることでニーズや意思の表出を多くしてもらいたいと思っている。		
40		○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	朝の申し送りの後、入居者のその日の生活を整理し、一日の流れに沿いながら今何をするべき時間かを考えて行動するようにしている。		
41		○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	更衣の際、好みの服を選んでいただく場面を作ったり更衣や身だしなみの手順がうまく組み立てられない方へはお手伝いをさせていただいている。居室からリビングへ出られる時の身だしなみは大切と考えている。		
42	18	○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	調理は厨房で行なっているが米はユニットで炊飯、汁物やカレーなどは鍋で温め、好みの温度に合わせて提供している。また、配膳前の準備や食器洗いなど本人の意向に合わせて一緒に行なっている。		

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
43		○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	委託調理のため管理栄養士がバランスの良い食事を提供している。入居者の疾患・体格・年齢・食習慣・嚥下機能などを考慮し3段階の食事形態を準備したり好みに応じてパン食なども揃えている。摂取量の確認・体重変動の有無などから全体に目を向けようとしている。		
44		○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	毎食後それぞれの口腔内の状況を見極めながら口腔ケアの道具を使い分けている。また、歯科往診時に口腔ケアの方法をアドバイスいただいている。		
45	19	○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	2社のおむつ業者を利用し入居者のADL、残存機能、排泄パターン、蓄尿機能等を見極めながらモニタリングにより、最適な排せつ用品を選定している。		
46		○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	内服や座薬に頼らず出来るだけ自己排便が出来るよう腸内環境を整える食事・飲み物を検討したりご家族と相談することもある。身体を動かす関わりを多くしていきたい。		
47	20	○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	いつでも入浴できるよう浴槽に湯を張って準備をしている。ADLや疾患に応じて個浴とリフト浴など使い分けている。		
48		○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	午前中は全体での関わり、午後は休息と個別の関わりなど一日の中でメリハリをつけながら満足感の持てる生活づくりから良い眠りを支援している。		
49		○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	内服処方後は薬手帳を活用したり薬事情報を個別でファイリングし内服準備をする際に確認しているが、薬の知識としてはまだ不十分である。今後の課題とする。		

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		○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	入居者一人ひとりの嗜好やニーズに合わせて提供できるようホワイトボードやレクリエーションの道具を準備し、その日の気分や好みに応じて支援している。出来ることをして暮らす満足感とマンネリ化しないレクのあり方などさらに追求していきたい。		
51	21	○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	施設内だけの生活にならないよう積極的に戸外へお連れする支援を心がけているが、次年度はより外を使って楽しんでいただきたいと考えている。また、職員だけでは対応できない場合はご家族の協力も依頼してる。		
52		○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	『預かり金』としてお小遣いをお預かりしているが使うチャンスがまだ少ない。ドライブや買い物へ出かける際はお小遣いとして手持ちして頂き、本人が支払うよう支援していきたい。		
53		○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	本人が電話を希望されることがあるため予めご家族へ了承を得ている。手紙はほとんどの方が失書であるが希望があれば十分にサポートする。		
54	22	○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	共用空間は食事の場、くつろぐ場などの環境を使い分けている。TVは点けたままにはせず入居者の希望時やニーズのある場合のみとしている。日中は出来るだけ自然光で暮らすように計らいソファーや季節の花を配置して心地よさを助力している。		
55		○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	各ユニットごとに離れて過ごせる環境(テーブル・ソファー)を設置したり入居者の居室にソファーを置いて女子会が開催できる環境をつくっている。		
56	23	○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	居室はなじみのある家具や道具を持ち込んで頂いたり写真や絵を飾ったりし、心地よく過ごせる環境をつくるよう心がけているが、まだ不足であり今後積極的にご家族に働きかけていく。		
57		○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	入居者が分かりやすいような表記『トイレ・便所』にしたり、長い距離を歩くことが出来るよう廊下に手すりやソファーを設置している。また、残存機能を活かすことが出来るよう支援バーや電動ベッドを使用している。		