

### 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	1171300187		
法人名	社会福祉法人 大樹会		
事業所名	グループホームこむろん家		
所在地	埼玉県北足立郡伊奈町小室10145-1		
自己評価作成日	平成30年 3月 1日	評価結果市町村受理日	平成30年 4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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	有限会社プログレ総合研究所		
所在地	埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル2階		
訪問調査日	平成30年 3月29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>本年度目標「生活力を引き出し、心と体を豊かにします」 出来ることを一緒にいき、役割を持って生活をしています。 家族とのコミュニケーションを取っています。</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>当事業所では、認知症の周辺症状を和らげ、利用者の生活力を活かした支援の充実を図っている。活動の1つとして、以前おこなっていたインターネットでの食材購入をやめ、利用者も職員と一緒にお店に買い物に出掛けている。利用者は、お店で子どもに話しかけたり、旬の野菜を話題に誰かと立ち話をしたりと、とてもいきいきとしている。調理が好きな利用者は、自ら包丁を持って夕食用の野菜を切ったり、盛付をすることもある。その傍らで、調理に加わらない利用者は、別の職員と話をしたり、別のことをして過ごしている。職員は、利用者が一人では難しくなったことをサポートしながら、出来ることを継続できるよう支援している。毎日、昼食が乗ったワゴンを隣の通所介護事業所まで取りに行き、返すことも利用者の日課であり、日常的に地域の人と交流する機会となっている。</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 3. 利用者の1/3くらい 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、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

[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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	お年よりの心と体を豊かにするために地域に出ている。運営推進会議や各種事業会議の際、声かけをしている。	利用者の生活力を引出し、心と身体を豊かにすることを目標としている。認知症についての勉強を重ねてどうやって関わるとよいかを話し合い、管理者は「こうしてみたら」とアドバイスをしている。	
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	運営推進会議、オレンジカフェ、ボランティアなど地域の方に来ていただく。また、散歩や地域のお店に出かけるようにしている。	月に1回開催するオレンジカフェは、回覧板、伊奈町の広報等で地域に周知し、参加者を募っている。オレンジカフェには、利用者も参加し、地域の人と一緒に作品作りやカフェ、体操などをおこなっている。	
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	オレンジカフェを月1回実施している。		
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	役場職員、民生児童委員、家族、包括他参加にて、施設の活動報告等話し合いを行っている。(年6回実施している。)	事業所からの状況報告後、民生委員から地域の高齢者の様子を聞いたり、時には利用者の様子を直接みてもらっている。伊奈町の高齢者の分布について話題となり、イベント参加を促すには、交通手段を検討することが課題となっている。	現在の運営推進会議には、役場職員、地域包括支援センター職員、民生委員、家族が参加している。地域の方にも参加を呼び掛ける等、参加メンバーを増やすことで、地域との関わりがより深まることを期待する。
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	市町村職員、包括支援センターの方々と情報交換、連携を取っている。	役場の担当者が、運営推進会議に参加し、その時に出た話題について説明してくれる。事業所の理念、方針について積極的に説明し、その特徴を理解した上で選んでもらえるように伝えている。こむろんカフェの開催に協力してもらっている。	
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	法人運営方針とケアの実践にて、身体拘束はない。	家族には、契約時に身体拘束をしない方針であること、およびそれ故のリスクについてわかりやすく説明をしている。職員は基礎研修として毎年身体拘束について学び、拘束をしない対応策を考えている。	
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	社内研修等、虐待は決して行わない決意で取り組んでいる。		

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
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	外部研修や社内研修にて得た情報をグループホーム会議等で報告し伝達を図っている。		
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	契約時に説明するとともに、その後も機会のある毎に疑問などないか確認している。		
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	サービス担当者会議で意見を求めると共に、来訪時に出来るだけ時間を取り意見を求めている。	家族からは、運営推進会議や面会時に話を聞くことが多い。家族から要望が出た場合は、会議で検討して反映できるようにしている。遠方の家族から消耗品の買い物依頼があり、小口現金からの支払いについて検討した。	
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	グループホーム会議や連絡ノートを活用している。 日常会話も積極的に取り入れている。	職員の意見、要望は、会議で聞いたり、管理者が直接聞いている。以前はインターネットで食材の購入をしていたが、職員の提案により利用者と一緒に買い物にできる方法に変更している。	
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	年一度の面接等で、各自の目標を明確化している。		
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	年2回の全体研修へ、全員参加してもらう。各種研修、外部研修の参加や資格取得も協力している。		
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	全体研修の中で、他施設の見学や他部署の体験の機会を作り、サービス向上に取り組んでいる。特にデイサービスとの交流を行っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人の意見に耳を傾け、各種資料から個人の情報をスタッフ全員が共有し把握している。		
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	契約前の実地調査の段階から、家族の意見を十分に汲み取る努力をしている。		
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	実地調査から十分な情報収集を図ると共に、サービス担当者会議を行う時に情報を共有し、支援の方向性を確認することに努めている。		
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	生活行為やレクリエーションを通して、お互いに協調できる場を提供している。		
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	常にコミュニケーションを通して、情報を出し合い共有している。		
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よう、支援に努めている	親しい方(親戚、兄弟、姉妹、家族)へ頻繁に連絡したり、訪問の受け入れを積極的に行っている。デイサービス利用者との交流をしている。	家族や友人の面会が多い。ボランティアの来訪時等、隣の通所介護サービスを利用する友人との交流もある。家の周りをドライブしたり、桜の花見や初詣は、地域の人がよく訪れる場所を選んで、昔話も楽しめるようにしている。	
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	定期的に座席の位置を変更したり、共に出来るレクリエーションを考えたり、スタッフも関わられる様チームケアに努めている。		

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
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	法人内施設に移った方を訪問したり、退居後の相談の連絡などもある。		
<b>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</b>					
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	日常会話の中で希望を聞いている。特に困難な時には、家族を交え検討している。	利用者の意向は、主に日常会話の中での把握に努めている。言葉からの情報の他に、その時々様子、特に楽しそうかどうかを重視して判断している。利用者の言葉は、連絡ノートに記録して職員間で共有している。	
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	今までの日常生活の中で、家族や本人から馴染みの暮らしを聞き出す努力をし、個性を生かした環境作りに努めている。		
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	日常の生活の中で、掃除、洗濯、料理、レクリエーションを共に行うことで、変化を見極めている。一人一人のコミュニケーションを大切に現状の把握に努めている。		
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	カンファレンス(ケース会議)等、話し合いの中で実施している。	介護計画は、利用者、家族の意向と状態を把握した後、必要に応じて医師の意見もとりいれて作成している。毎月の会議で、利用者の状態が現在の計画と合っているかを話し合い、そぐわない場合は変更をしている。	
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	日常の生活で、体調、精神面を観察し、細かなことでも個別記録に残し情報を共有している。		
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	チームケアにて常に変化を意識し、スタッフ間の話を行い、情報の共有化を元実践している。		

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
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	日常的に行われている散歩や買い物等の外出を楽しんでいる。		
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	本人、家族の希望で往診、受診を決定している。 受診時には、日々の様子を家族に伝えたり、職員が付き添う場合もある。往診時には職員が付き添い医師の様子を伝えている。	在宅中のかかりつけ医を受診するか訪問診療を契約するかは選ぶことができる。家族と受診の際は、情報提供を行い、家族の都合が悪い場合は職員が同行している。夕方のうちに医師から指示を受け、早めの夜間対応をしている。	
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	体調不良時等、隣接しているデイサービスの看護師と連携している。		
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	ソーシャルワーカーとの連携。 入退院時の情報交換(サマリー等)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	契約の段階で指針を提示して理解を求め、共通の認識を持つよう努力している。	契約時に「重度化対応、終末期ケア対応指針」の説明をしている。重度化した場合の生活についていろいろな例をあげながら、メリット、デメリットを話し、移動する場合にも、次の生活場所が決まるまではしっかりみていくことを約束している。	
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	定期的に勉強会や研修会を実施している。 デイサービスの看護師と連携を取っている。		
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	定期的(年2回)に、全職員参加の消防訓練(日中・夜間)を実施している。	水害はない地域であることを確認している。 年2回避難訓練を実施し、そのうち昼想定での火災時避難訓練は、同じ建物内の通所介護事業所と合同で実施している。地域との協力体制構築に関しては、今後の課題としている。	避難訓練は、同じ建物内の通所介護事業所と合同で実施して連携を図っている。今後、近所とのおつきあいが広がり、互助の関係が築けるようになることを期待する。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	日々の生活での自己決定を大切にしている。他の入居者に聞かれたくない事等、場所を変えたり、傾聴する姿勢を大切にし人格を尊重するように努力している。	個人の居室には、必ず声を掛けて許可をもらってから入る。利用者の状態に合わせた声掛けに努め、無理強いせず自分で選ぶことを大切に考えている。排泄、入浴介助等では、羞恥心への配慮をしている。	
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	個々の会話や態度、表情に気を配り、自己決定出来るよう努めている。		
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	起床、就寝時以外は、入居者のペースで過ごされている。		
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	季節に合った好みの物を、職員と一緒に話をしながら選び、着て頂いている。理美容も定期的に行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る事を全員で分担して実施している。時には食材を切ったり、調理に参加している。食卓には、明るくなるように花を飾ったり工夫している。	利用者の希望と能力に合わせ、調理や配膳等を職員と一緒にこなしている。買い物も一緒にでかけ、季節の野菜をながめたり、立ち話をしたり楽しそうに過ごしている。誕生日にはその人が食べたいものを出している。	
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	健康状態に応じて、個々に合わせた栄養バランスや量を工夫している。規則正しい生活にて水分量が確保できている。		
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	毎食後、口腔ケアを実施している。訪問歯科によるケアも実施している。		

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むけた支援を行っている	自立の方以外は、排泄チェック表を使いパターンを把握できるよう努めている。	会議で利用者個々の排泄の習慣、介助が必要な部分について情報共有し、支援方法について話し合っている。もぞもぞした様子やトイレの間隔があいている等から声をかけ、できるだけトイレで排泄できるよう支援している。	
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	飲み物を工夫したり、適度な繊維質が取れるよう食材にも気配りしている。 適度な運動や散歩も実施している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴剤を使用したり、楽しめる空間づくりをしている。 入居者の自己決定も大切にしている。	入浴は、前日の入浴状況を確認して声をかけ、最低週2、3回は入れるようにしている。浴室内の窓に男湯女湯ののれんをかけて雰囲気を出し、入浴剤や季節にそった菖蒲湯、柚子湯等も温泉気分を楽しんでいる。	
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	行動についての制限はしていない。 今までの生活習慣を大切に照明やベッドの位置等、本人希望に応じた支援をしている。		
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	服薬管理ファイルにて、全員が共有できるよう努めている。		
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	食事の際の準備、片付けや掃除に至るまで、役割分担が出来ていて、自主的に行われている。 日々のレクリエーションも、個々に合わせて行っている。		
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支援している	外出できるよう、支援している。 家族や知人の来訪も多く、散歩や食事、買い物などに出かけている。	月、水、金曜は食事用の買い出しに利用者も一緒に出掛けている。出かけるメンバーは、毎回希望をきいて決めている。居間から縁側を通して庭に出ることができ、庭の草木をみたり、椅子に座ってひなたぼっこをすることもできる。家族と外食に出掛けることもある。	



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	物品等、必要時には、家族に連絡し対応している。		
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	積極的に対応している。		
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	出来るだけ、家庭的で居心地の良い空間づくりに気を配っている。 季節を感じて頂くよう、花や飾り絵等工夫している。	窓を開けて空気の入替えをしている。和風の建築にこだわって造られた居間には、和紙を使った照明、無垢の板を使ったテーブル、障子が目を引く。椅子には座り心地を考慮した座布団を敷き、個々に合わせた足置き台をおいて楽に過ごせる様にしている。	
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	数人用ソファーや、座席位置を替えるなど個人の時間を大切にしている。		
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	特別な物以外、好きな物を持ち込んで頂き、居心地のいい居室にして頂いている。 家具の配置や模様替えを自由に行い、職員が手伝っている。	利用者が1人で居室内を移動できるよう、ベッドからの動線を考えて椅子やポータブルトイレ等の配置を決めている。ダンスやテレビ、仏壇等、利用者、家族の好みで持ち込みしている。	
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」「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	共用スペースを広く取っている。 必要な個所には、手すりを設置している。		