

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	1290100039		
法人名	スターツケアサービス株式会社		
事業所名	グループホームきらら都町		
所在地	千葉県千葉市中央区都町1212-4		
自己評価作成日	平成25年10月30日	評価結果市町村受理日	平成26年3月6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/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社アミュレット
所在地	東京都中央区銀座5-6-12みゆきビルbizcube7階
訪問調査日	平成25年12月26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)】

隣に幼稚園がある為、園児との交流にちからを入れている。 また、利用者の希望に沿った個別行事やご家族様が一緒に参加できる行事にも力を入れている。
--

【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)】

「グループホームとしての在り方を考える」を年間のスローガンに掲げ、①職員が全てやらない②利用者獲得③地域交流の拡大を優先順位に掲げ、四半期ごとに達成状況を振り返り目標の達成に向け計画的に運営を進めている。今年度は、近隣幼稚園の運動会に招待されたり、自治会の盆踊り、演舞会に参加するなど、地域との交流が着実に前進している。利用者への関わりについても、利用者の意向を確認しながら、要望する場所に個別でお連れする等、個別支援にも力を入れている。職員間のチームワークも向上し、ホーム全体が明るい雰囲気であり、利用者の笑顔も多く見受けられた。
--

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		

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	きらら都町としての1年間の目標があり、管理者はわかりやすく伝え職員は実践している。	会社の社訓や企業理念、運営理念、訓示等を事務所に掲示している。事業所の年度目標は「グループホームとしての在り方を考える」を定め、全体会議において唱和し、周知し実践につなげている。	
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	自治会に入会し催し物に参加、地域のスーパーやコンビニエンスストアの地域資源を活用している。	近隣スーパーやコンビニエンスストアなど、地域資源の活用や近隣幼稚園の運動会に招待されたり、自治会の盆踊り、演舞会に参加するなど、地域との交流が着実に深まっている。	地域との交流は着実に深まってきているが、ボランティアの受け入れやホーム主催の納涼祭に地域の方を招待する等、より一層地域との交流が深まる事に期待したい。
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	地域の催し物の積極的な参加や散歩や買い物時にすれ違う方への積極的な挨拶を行い認知症の利用者と触れ合って頂く事で理解を得られるよう取り組んでいる。		
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	参加して頂いた方の声を元により良い支援ができるように話し合いを行いサービスへつなげられるようにしている。	2ヶ月に一度定期的に運営推進会議を開催し、家族、民生委員、地域包括支援センターの出席を受け、年間のテーマに沿って実施している。出席者との意見交換を参考にし、サービスの向上を目指している。	今後に向けては、自治会長など地域の住民の方にも参加頂き、地域周辺の現状や課題について話し合いができるとう良いであろう。
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	きぼ一へへの定期的な訪問や連絡会を通じより良いサービス向上に努めている。	市との連携ではグループホーム連絡会に市の担当者が参加しており、連携が深まっている。地域包括支援センターとは新規利用者の紹介や運営のための貴重な情報を供与して頂き、サービスの向上に寄与している。	
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	マニュアルがあり全職員が必読し身体拘束のないケアに取り組んでいる。	身体拘束の廃止に向けては、施設内勉強会でも取り入れ、職員の理解を深めている。日頃互いに行動や言動に注意し合うことになっており、玄関の施錠も含め、身体拘束や虐待につながる事例はない。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止の研修への参加やマニュアルの必読をし虐待防止に努めている。		

グループホームきらら都町(2階)

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	研修にて制度を学んでいる。		
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	利用前にご家族と話をし納得して頂いてから契約や改定を行っている。		
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	面会時や運営会議等にてご家族様に意見を頂き職員で話し合ったうえで反映させている。	家族からの意見については、家族交流会や面会時に直接伺うほか、苦情窓口を設け意見を収集している。家族からの意見や要望については、ユニットミーティング等で共有し、日々の支援に反映している。	
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	全体会議や各ユニットの会議にて職員へ意見をもとめ話し合い共有し取り組んでいる。	個別目標管理シートにより目標や課題提案を行い年2回の定期的面談や必要時には随時面談を行い意見や提案を聞く機会を設けている。また全体会議やユニットミーティング、日常において意見を聞き、検討して、運営に反映している。	
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	職員の特性を見極め各職員にあった役割を与えている。また会社内部にての表彰制度があり頑張った職員に対しては推薦をしている。		
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	社内研修や事業所内研修を行いスキルアップの機会を設けている。		
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	千葉市内の研修やグループ連絡会の定例会へ参加している。		

グループホームきらら都町(2階)

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	利用者様本人の話を積極的に聞き相談や質問に答えている。		
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	面会時等にてご家族様の相談や質問に耳を傾け援助を行っている。		
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	本人やご家族様と話し合いを行い、何を必要としているのかを見極め支援を行っている。		
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	掃除や食事作りなどは利用者様と行き暮らしを共有し同等な関係性を築いている。		
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	面会のすぐにご家族には一報を入れご家族様にも面会等に来て頂くように努めている。		
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	ご家族様やご友人がいつでも面会に来れるような体制作りを行っている。	友人の面会の受け入れや馴染みの美容院、買い物や外出など利用者がこれまで大切にしてきた人や場所との関係が途切れないよう、家族の協力も得ながら関係性の継続に努めている。	
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	利用者様同士の良好な関係を築いていただけるように職員が間に入り橋渡しをしている。		

グループホームきらら都町(2階)

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	利用が終了しても電話等で今現在の状況等を把握できるようにしている。		
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	本人やご家族様から聞き取りを行い本人やご家族様の希望や意向の把握に努めている。	利用者一人ひとりの思いや意向は、日頃の会話から聞き取りのほか、ケアプラン作成時のアセスメント時に利用者の要望や現時点の課題等を収集し、本人本位に検討している。	ケアプラン作成時のアセスメントでは、センター方式を活用し、生活変化の状況等を確認しているが、今後に向け、利用者のADLやIADL等も定期的に確認できると良いであろう。
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	入居前や入居時に得た情報を職員通しで共有し把握に努めている。		
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	介護記録や週間業務表、D-3シート、その他の資料を活用、申し送り等にて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	アセスメントを元に利用者様がその人らしく生活できるよう職員、ご家族と相談して作成している。	アセスメントの結果を踏まえ、担当者会議を実施し、職員の意見を踏まえケアプランを作成している。作成後は家族に説明、同意を得ている。ケアプランの進捗は、毎月のモニタリングで確認している。	毎月モニタリングを実施し、利用者の満足度を確認しているが、6ヶ月ごと実施する仕組みとしている総合評価も確実に実施されることに期待したい。
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	ユニット日誌や申し送り等にて情報を共有しユニットミーティングで話し合っている。		
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	利用者のその日の状態に合わせた柔軟な支援を行うように取り組んでいる。		

グループホームきらら都町(2階)

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	近隣のスーパーやコンビニを活用し本人の欲しい食べ物や飲み物を購入できるように支援している。		
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、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	24時間対応の訪問診療が2週間ごとに往診している。利用者様の些細な状態変化でも相談し指示を仰いでいる。	ユニットごと隔週でホーム提携先の医療機関による往診があるほか、主治医とは24時間の連絡体制が可能であり、緊急時においても迅速に対応できる体制としている。また、訪問看護、訪問歯科とも連携を図っている。	
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	1週間ごとに看護師が訪問看護を行っている。些細な事でも質問しその答えを往診時に訪問医に伝え迅速に対応してもらっている。		
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。	主治医に早期に相談し情報提供を行い利用者様が安心して入院できるように努めている。退院時も同様。		
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	重度化や終末期の迎え方等に関しては契約時にご家族の意向を聞き出来るだけ要望に沿ったケアが出来る様にしたい。	重度化や終末期に向けた方針に関しては「重度化した場合の対応に関わる指針」に基づき「医療連携体制加算同意書」を交わしている。方針については、契約時に説明し、早い段階からホームの方針を伝えている。	
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	事故発生マニュアルを活用し定期的に勉強会を行っている。		
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	各ユニット合同にて毎年2回の防災訓練を行っている。避難経路の確認や誘導方法に関する訓練を行っている。	年2回避難・消防訓練を実施(1回は夜間想定訓練)している。災害時に備え、水、非常食は職員分も含めて1週間程度確保している。ホーム内には、スプリンクラー、階段避難車を設置している。	

グループホームきらら都町(2階)

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	プライバシーには十分に配慮し、入浴や、排せつ介助時の声掛けには注意を払っている。	利用者の自尊心に配慮し、利用者への声かけについては常に注意を払い、ホーム長、各ユニットリーダーが中心となり不適切な対応が発生しないように取り組んでいる。	
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	本人とコミュニケーションを十分にとり本人の希望に沿った支援を行うように心がけている。		
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	利用者様の状態にあわせて声掛けを行い本人の意思をうかがうようにしている。		
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	美容室や床屋に行ったり、ご家族に相談の上本人と洋服を購入しに行ったりしている。		
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	利用者様の食べたい物や旬の素材を取り入れ利用者様と食事の準備や片づけを行っている。	近隣のスーパーへ利用者もお連れし、食材を選ぶなど、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食事の準備や後片付けを進めている。食事を楽しむ工夫では外食や出前など、利用者の要望も踏まえ、趣向を凝らし行なっている。	
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	利用者様の状態を見極め栄養バランスや量の調節を行っている。毎食時に量の記録を行っている。		
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	口腔ケアは毎食後実地出来る様に声掛けを行い介助が必要な方へは介助を行っている。必要時は訪問歯科を受けている。		

グループホームきらら都町(2階)

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	利用者様の排泄パターンを把握し声掛けや誘導を行っている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを「週間経過一覧表」に記録し、一人ひとりの排泄パターンを共有している。利用者の状態に応じ、定時の声かけや誘導により、トイレで排せつできるように支援している。	
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	食事の工夫や水分摂取の声掛けまたは、腹部マッサージなどを行っている。困難な場合は主治医に相談している。		
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	体調に合わせて週に2～3回の入浴して頂いている。拒否がある方へは職員を変えてさいどこえかけするなどの対応を行い無理せずに入浴をおこなって頂いている。	入浴に関しては、利用者のリズムや体調を考慮し、本人の希望も踏まえながら週2～3回を目安とし入浴できるように支援している。入浴中は職員も介助につき、安全に入浴できるよう支援している。	
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	利用者様の体調に合わせて自由に休息を取って頂いている。介助が必要な方に対しては夜間帯に体位交換や排泄介助を行っている。		
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	だれがどんな薬を服用しているかが確認できるように薬情報を観覧できるようにしている。毎服薬を確認して記録している。		
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	本人の意思を確認した上で買い物や家事、散歩へ参加して頂いている。		
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	天気の良い日には散歩や外気欲へ誘い戸外出かける機会を作っている。また希望によっては外食等へも出かける機会も設けている。	ホーム周辺の散歩や行事係を中心に年間行事予定を立て、外食、盆踊り、敬老会、民謡大会、紅葉見学、お花見、初詣などに外出している。また、個別の関わりを重視した外出や外食も多く、戸外に出かける機会を多く提供している。	

グループホームきらら都町(2階)

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	お金は預り金としてホーム管理を行っている。本人が必要時は本人と職員にて一緒に買い物へ出かけている。		
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	利用者より電話の希望があるときはまず職員が対応してからつなげている。		
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	リビングや玄関に季節の花を活けたりしている。 スロープの花壇には野菜や花を利用者様と植えている。	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、家庭的な雰囲気を保ち、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	一人になりたいときには自室へ行って頂いている。食事の時以外は座る場所を指定せず会話等を楽しんでもらっている。		
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	居室内のものは今まで使用して頂いていたものを持ち込んでいただき自分の家と同じように生活が出来る様にしている。	居室は、利用者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、居室内において居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	廊下やリビングはバリアフリー設計。 手すり等も設置している。利用者様の居室には名札をつけ、自分の部屋という認識を持って頂いている。		