

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	0270500390		
法人名	株式会社大五舎		
事業所名	グループホームひまわり2		
所在地	〒037-0061 青森県五所川原市雛田141-7		
自己評価作成日	平成24年10月19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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成24年12月1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>家庭的な雰囲気大切に、ゆったりと生活できるよう心掛けている。当ホームでは猫を飼っており利用者様の心の癒しになっています。</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>既存の住宅をそのまま利用しており、部屋数に合わせて定員を7名とし、構造上の不便さはあるものの職員全員が利用者ひとり一人の行動パターンを把握し、安全で細やかな支援がされている。日中全員が集まる居間から四季折々に変化する手入れの行き届いた庭を見ることができ、それぞれの居心地の良い場所でまったりとしている光景は一家団欒を感じさせる家庭的な雰囲気があった。住宅地に位置し、町内の一員として防災や行事参加への協力体制がしっかりとられており、地域に溶け込んでいるホームである。</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りや深まりがあり、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
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	『その人らしく 楽しくゆったり 笑いじわが増える』というホーム独自の理念を今年の1月に新しく作りあげました。基本理念を玄関に掲示してます。半年に一回、各担当者が日々の暮らしの中でケアの指針としている。	平成24年1月に、職員全員の話し合いのもと、新たな理念を構築した。理念を基本にしたチェックリストを作成し、半年に1回振り返りの機会を設け、しっかり遂行されているか確認している。	
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	町内会のイベントに参加し地元の皆さんと交流しています。ホームでの催し物に参加して頂いている。	町内の老人会に登録し、職員と共に日帰り旅行に参加した利用者もいる。インターンシップの受け入れや、地域住民が事業所主催の行事に参加されるなど、事業所が地域の一員となっており、積極的な交流が図られている。	
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	中学生・高校生のインターンシップの受け入れを行っている。その際は、利用者の個人情報をお口外しないように文書で伝え同意書を得ている。		
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	2か月に一回運営推進会議を行っています。ホームの行事や出来事を報告し参加者と意見交換を行っている。ご意見を頂きサービスの向上につなげる。	家族・地域住民・市役所職員等の参加のもと、2ヶ月に1回開催されている。議事録からも建設的な意見交換・アドバイスがされており、サービス向上に対する積極的な姿勢が見られる。	
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	2か月に一回の運営推進会議に毎月出席している。分からないことがあれば、市の窓口へ足を運ぶようにしている。	運営推進会議以外にも、ケアプランの記入法の確認に出向いたり、行事参加の招待状を出している。市のメールアドレスがH24年9月に開設され、更に協力体制の強化が図られている。	
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	帰宅願望があり、外へ行こうとする利用者には職員が付き添って外へ散歩に行く等の工夫をしている。身体拘束についての研修や勉強会を行っている。	施錠に関する意識は有り、日々職員間での確認がされている。	身体拘束に関する具体的な行為の理解に期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	外部・内部研修を行い職員に周知し虐待防止に努めている。		

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
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	内部研修において、権利擁護についての理解を深めている。必要に応じ、利用者や家族に事業について情報を提供し事業利用につなげるよう支援している。		
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	契約時は、時間を十分に設けるよう努め事業所の理念やケアの方針・取り組みについて説明を十分に行っています。疑問・不安を尋ねている。		
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並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	利用者には日常生活ではもちろんのことケアプラン作成時にも個別にお話ができる機会を設けている。また家族にはケアプラン作成時、担当者会議を行い家族の意見・要望を伺っている。	毎月1回発行している「お便り」で、苦情や意見を募っている。事業所内に意見箱を設置したり、運営推進会議への家族参加等、積極的な意見の吸い上げに取り組み、意見があった際は速やかに対応している。	
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	半年に一度、代表との個別面談を行い職員一人ひとりの意見を聞く機会を設けている。その他に、月2回の全体会議の中で意見を求め反映するよう努めている。	月2回の全体会議には、事業所の代表の出席や、半年に1回の個別面談のシステムが設けられ、職員の意見が表出される様な取り組みがされている。	
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	勤務シフトは、職員の希望を聴取し作成している。 日勤者は年に1回、夜勤者は年2回の健康診断を行い、職員の健康管理に努めている。		
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	年間の内部研修を計画して実行しており、研修後は報告書を提出してもらい研修報告は、会議で発表している。		
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	外部研修の積極的参加により他事業所との交流が深まり意見交換によりサービスの向上に繋がっている。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用希望者には、一度ホームへ来て頂きホーム内の様子を見たり話を聞く機会を設けている。サービス開始前にはそれまで関わっていた居宅から情報を得た上で家庭訪問をしてゆっくりと話をしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居の話が出た時点から何度かの面談により安心して利用できるよう話し合いを持つてる。家族との信頼関係を築けるように対応を心掛けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	家族・本人と充分話をした上で家庭訪問をしたり以前のケアマネージャーと話すことにより見極めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	スタッフが利用者に相談して教えてもらったり、物事を決めることが随所にある。		
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置かず、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	入居にあたって家族の立場の重要性を説明し、時にはホームに足を運んでいただけるような行事を企画することもある。		
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	知人の所へ電話をかけたり、出掛けるなど要望により支援されている。	家族の協力のもと、入居以前からの行きつけの美容院の継続利用があったり、墓参りに出掛けている。また、家族と携帯電話で毎日連絡を取り合う方もおり、関係が維持されている。	
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	それぞれの役割を持ったり助け合えるような促しをしている。席を工夫する等、楽しく生活できるように支援しています。トラブルが生じたらスタッフが間に入り影響が残らないようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	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	退所後も相談出来る旨をご本人や家族に伝えています。退去先に対しケアの情報を送っている。		
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	ご家族・知人等がホームを訪ねた時は情報を収集しています。日々のコミュニケーションの中から本人の意向を聞き取り、利用者の思い・希望を把握するよう努めている。	家族からの聞き取り、利用者の言動・生活歴等、日々の気づきを綴ったトピックスノートを作成・活用し、本人本位のサービス提供に努めている。	
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	プライバシーに配慮しつつ情報収集に努めている。前機関の担当ケアマネージャーや医療機関等から情報収集を行い、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	ご本人の出来る事と出来ない事、苦手な事を把握しています。生活パターン・リズムを把握する為センター方式等を活用している。		
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	毎月モニタリング実施。ケアプランは月2回の介護会議でご本人・ご家族・スタッフが参加し作成されている。	センター方式のアセスメントシートを活用し、モニタリングは毎月されている。ケアプランの見直しは、基本3ヶ月に1回実施され、可能な場合は本人・家族も参加している。担当職員のアセスメント・モニタリングをもとに、全職員が係わり、現状に即応した介護計画の作成がされている。	
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	一日の記録を書くのはスタッフ一人だけでなく、いろいろな職員により記録されている。共有が必要な事柄に関し送りノートに記入している。		
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	必要に応じ人員配置を多くする事や遠出の支援もされている。		

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	運営推進会議を通じてご家族・民生委員や行政相談員等の周辺地域の方々と意見交換をする機会を設けてる。		
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	事業所の協力医のほか利用者前からのかかりつけ医と、ご家族との相談希望に応じた受診を実施し行っています。受診結果はその都度家族へ連絡しています。	同法人の医療機関がかかりつけ医である。月1回の定期受診のほか、地域の総合病院・専門医等、本人・家族の意向に沿い受診している。受診結果に関しての情報交換・共有が図られ、家族の安心に繋がっている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	日頃の健康管理・医療面での相談・助言・対応・連携を図り受けています。週2回、中村整形より看護師来所して健康管理しています。		
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、また、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。	ご本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、様子等を確認するように行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ターミナルケアの取決めがあり、入所時に伝えていきます。 ご家族・医師・看護師を交えて話し合いを行うチーム体制を整えている。	契約時に「看取り指針」の説明を行い、本人・家族の意向に応じたターミナルケアの実践に取り組んでいる。医療体制の整備の他、利用者への精神的フォローも含めた話し合いを持ち、方針の共有化に努めている。	
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	緊急対応マニュアルに応じて対応している。急変・事故発生した場合は直ちに対応してもらえるように医療機関等と連絡し指示対応している。		
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	月一回の避難訓練実施。年に一回は、夜間想定訓練も行っており地域住民にも声を掛け行っている。	毎月避難訓練が実施され、記録に残されている。夜間想定訓練の際は、地域の消防署の協力も得られている他、地域住民も参加されている。前回の外部評価を受け、2週間分の備蓄も整備されていた。	

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)	○一人ひとりの人格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	利用者の意向やプライバシーを配慮した上で呼びかけや声掛けを行っている。スタッフには、守秘義務を徹底している。	排泄誘導の際の声掛けの配慮や、法令遵守に関するマニュアルが有り、研修会も実施している。定例会議の際に職員間で日々のケアの振り返りがされている。	
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	力量に応じて自己決定を促す場면을積極的に働きかけている。		
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	利用者のペースやその日の希望・身体・精神状況に合わせた支援を行っている。		
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	利用者の好みで衣服を選んだり希望により他の美容室に行ったりお洒落が出来るよう支援している。		
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	調理の下ごしらえ・後片付け等を一緒に行なっている。スタッフも利用者と一緒に席に着き食事を摂っている。	その日の食材に応じ、利用者と相談しながら日々のメニューを決めている。栄養バランスが偏らないように工夫され、利用者と職員は共に準備や後片付けを行い、共に食事をすることで家庭的で楽しい時間の共有が図られている。	
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	食事摂取状況を把握し、毎日、個人の記録簿に記載している。		
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、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	口腔ケアの習慣のない方には毎回声掛けする。ケアの不十分な方には手を貸すなど、その方に応じて支援している。		

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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握している。時間を見ながら、声を掛けて誘導している。	排泄パターンを把握することで、時間誘導を実践しオムツを使用しないケアに取り組み、排泄の自立支援が行われている。	
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	体操・散歩等で体を動かし食事や排泄のチェックを行っている。 毎日、ヨーグルトを食べている方もいます。		
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、個々に応じた支援をしている	体調を考慮しながら、利用者の好みの温度で、楽しく入浴できるように支援している。	週3回の入浴体制が整備されており、個々の希望に応じた入浴支援がされている。毎日の足浴や、状況に応じた清拭の提供もされている。	
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	一人ひとりの就寝時間を把握し支援している。眠剤の服用については医療機関と家族とで相談しながら眠剤の服用調整を行っている。		
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	職員は全入居者の服薬の内容を理解している。変更があった場合、その都度、お薬連絡ノートに記入している。		
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	入居者一人ひとりの役割があり自信につながるよう支援している。 (台所仕事・料理・買い物・裁縫)		
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。また、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	利用者の気分転換につながるよう、買い物やドライブ、外に出る機会を作り外部の方々と関わりを持っている。また、納涼祭、クリスマス会には家族、地域の方を招き交流を深めている。	年間行事での四季に応じた外出の他、近隣への買い物・散歩に出かけたり、個々の要望に応じた支援がされている。また、地域の老人会主催の外出行事への参加も、職員付き添いのもと参加するなど、柔軟な対応がされている。	

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
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	一人ひとりの希望や力を把握し支援している。		
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	家族などに本人自らが電話できるよう支援している。		
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	共用の空間には花や折り紙を飾り、庭を見ても季節感を感じられる様工夫しています。	民家を有効活用した共有空間は、壁一面に桜の木の織物があったり、雪見障子越しに庭園の四季を感じられる空間になっている。民家ではあるが、温度・湿度への配慮もされ、畳・ソファ等、個々の好みに応じた居心地の良い空間が工夫されている。	
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	居間のソファは、一人ひとり決まっておあり、ゆっくり過ごせるよう工夫してる。		
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	馴染みの物や、好きな物を取り入れ安心出来るよう工夫しております。必要な物の要望があったら家族への相談・働きかけを行っている。	間取りが多種多様である。個々に馴染みの物が持ち込まれており、家庭的な雰囲気の中にも個性的な居室となっている。	
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」や「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	一人ひとりの出来ることや分かることを把握し、手すり、つかまり棒、リフトを設置し工夫しています。個室・トイレ等に目印をつけている。		