

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	1990100016		
法人名	社会福祉法人 恵優会		
事業所名	グループホーム 青葉町日和		
所在地	甲府市青葉町14-15		
自己評価作成日	平成21年11月10日	評価結果市町村受理日	平成21年1月13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.kaigo-kouhyo-yamanashi.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	山梨県社会福祉協議会		
所在地	甲府市北新1-2-12		
訪問調査日	平成21年12月9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)】

ご家族、ご本人の意向を尊重し、職員一人ひとりが安心の人となることを努め、その人らしい生活支援をしながら「自分力」「地域力」を大切にしていける。医療との連携をとりながら、地域に密着したターミナルケアを目指している。

管理者と職員が一体となって理念を共有し、利用者の尊厳を保持しつつ、その人らしい1日が送れるよう支援をおこなっている。利用者はそれぞれの役割を果たし、お互いを気遣いながら、ゆったりとした時を過ごしている。各部屋や居間など施設内は、掃除が行き届き清潔が保たれている。居間を中心に飾り付けし季節を感じられるよう配慮している。利用者が持つそれぞれの力が発揮できるよう、職員は支援の前に見守りを心がけている。そのことが全体の暖かい雰囲気を作っている。管理者は利用者が自立した生活を地域社会で営めるよう、町内との交流に努めている。また、災害対策の面からも地域と協力し合えることを目指している。

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	ミーティングなどで周知徹底したり、スタッフルームに貼り出し、いつも目に入るようにして意識づけをしている。	個人の尊厳と地域密着型サービスを基盤とする理念を、ミーティングを中心に職員全体で共有し、理念に基づく行動が出来るよう常に確認している。家族や地域住民にも説明し協力してもらえるよう努めている。	
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	回覧板の活用、自治会長・民生委員さんの協力をいただいて、自治会行事にも参加している。	自治会長・民生委員に運営推進会議に参加してもらっている。地域の一員として回覧板を廻してもらい、納涼会等の行事を把握し、できるだけ参加するようにしている。散歩時の挨拶や会話が増えてきている。	
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	地域の包括支援センターなどで、GHの紹介や認知症の啓蒙普及活動などに携わっている。		
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、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	ミーティングで、内容を説明したり議事録を回覧し、意見をだしてもらったりしている。	家族及び施設代表・自治会長・民生委員・包括支援センターで構成している。事例検討・インフルエンザ予防対策など報告し、話し合った結果をサービスに反映している。地域住民の参加を検討している。	利用者が、その人らしい生活を地域社会で営めるよう支援するには、地域住民の理解と協力が欠かせません。住民が会議に参加することを期待します。
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	毎回、小規模と合同での運営推進会議議事録をメールで送付したり、参加をお願いしたりしている。	施設からの相談等は常に行い、協力してもらっている。運営推進会議への参加を要請しているが実現していない。議事録、は隣接の小規模多機能と共に送っている。	
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	マニュアル等関係書類はいつでも手にとって見れるようにしてある。身体拘束をしないケアについては、周知徹底している。	内部研修等を実施し、マニュアル等関係資料は何時でも見ることができる。玄関の施錠、四点柵もしていない。周辺症状と思われる行為も、見守りによって解決している。声かけの言葉に抑圧感がないか注意している。	
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	虐待防止マニュアルの教育システムの勉強会を行い、理解を深めてもらえるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	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	成年後見制度をすでに利用している。ミーティングの中や勉強会を行なっている。		
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	見学の段階より、契約の内容、利用者の希望・家族の要望や疑問をききながら説明している。		
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	家族会や個別に連絡調整を行ったりしている。アンケートをして、要望や意見もきける機会を設けている。	来所時や行事参加時に、できるだけ話しかけて相談している。利用者・家族ともに意見や要望を聞く時は、例を挙げ選択肢を示して、答えやすい工夫をしている。意見要望が出た時は、できるだけ反映するようにしている。	
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回のミーティングには、施設長、全スタッフが出席している。業務で欠席した職員には、口頭で申し送りをし、議事録も全員で回覧している。	ミーティングのような場は勿論、意見は活発に自発的に出されている。利用者に関係する意見提案は、最優先で運営に反映させている。就業に関わる問題も頻繁に話題になるが、対応できるよう努力している。	
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	定期的に話し合いの機会をつくり、モチベーションアップにもつながっている。		
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	新人職員には、マンツーマンで同行をし、業務やケアを指導している。無理のないように調整したり勤務を変更したりしている。それぞれ個別のケアを教育することを目指し、指導している。		
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	GH協会、介護支援専門員連絡会などに出席をし情報交換したり、事例検討を行なっている。		

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
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	本人から生活歴や人生歴をききとりながら、関係づくりを心がけている。		
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	契約前より、見学をして頂き、本人や家族の不安などをきき、それにそえるように努める。		
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	必要とサービスを見極めその方に合った、訪問マッサージなどを導入し、筋力低下など防ぐようなことをしている。		
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	出来ることはしてもらい、出来ないことは、そっと手を貸せるような支援をしている。(声掛け促しなど)		
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	一週間に一度は電話連絡をしたり、訪問をしてもらえるようにしている。体調によっては、密に連絡をとっている。		
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	近所の方や、兄弟には定期的に来訪してもらい、お茶のひと時を過ごしてもらっている。	本人の希望に従って美容院などは、行きつけの所に行ってもらっている。散歩中の挨拶から馴染みの人ができ、来所して話をする関係ができています。家族や知人も頻りに訪れ、楽しく過ごしている。	
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	ホールで過ごす時間を毎日作っている。出来る人には食器の片付けなど、みんなでおこなっている。		

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
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	契約終了後も、移行した先の訪問をしたり、家族への連絡をとり合ったりし、メンタル面の支援も心がけている。		
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					
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	生活歴をききとり、GHの生活に馴染めるように、話をする時間を作ったり、日々の生活の中で、意向を聞き出せるように努力している。	日々の関わりの中で、会話や行動から利用者の思いを感じ取り、それを個別計画書に載せて共有している。意思疎通が困難な場合も、時間をかけて本人の意向を把握することに努めている。	
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	今までのサマリーや経過記録、様子など訪問をし情報収集をあらかじめしている。		
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	生活歴を探り、心身の状況に合わせ、一日の実行表を個別に作成し実行している。		
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	本人家族、職員と共に話し合い、介護計画を作成し、場合によっては、主治医や訪問看護にも意見をもらって、反映させている。	ミーティングやカンファレンスで各自の気づきや意見提案を検討し、実践に反映している。機会を捉えて家族の都合を聞き、それに合わせて話し合いをしている。職員の意見を反映した計画とそれに沿った支援をしている。	
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	ケース記録も実行表に合わせ作成し、個別に変化があった際には、情報交換しながら見直しや評価を行なっている。		
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	本人の希望や家族の要望により、地域のお店の活用をしとり入れている。		

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	自治会の行事に参加したり、地域包括支援センターの方に情報をもらったり、話をきいたりしている。		
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	本人の以前からの主治医を尊重し、できるだけご家族に受診に同行してもらおう。認知症では、専門医への紹介などして、適切な医療を受けてもらえるように理解をしてもらっている。	本人と家族の意向でかかりつけ医を決め、通院は原則家族に対応してもらっている。リフト車を使って歩行の困難な利用者の通院を支援している。必要に応じて同行もする。24時間往診可能な医師を捜している。	個々の利用者が適切な受診や介護を受けられるよう、緊急時の対応をしてもらえる往診できる医師が見つかることを期待します。
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	主治医の担当看護師と常に連携をとり、相談報告をし、訪問看護ステーションと契約をして毎週体調を把握してもらっている。		
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。	普段から入院の予防に主治医との連携をとり、入退院の際は、情報提供をし、24時間対応できる病院や紹介をもらえるようにしている。		
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	本人や家族には、契約をするときに看取りの指針をつくり説明している。重度化する前からご家族に話をしている。(ご家族会などでもとりあげている。)	以前看取りを行ったが、現在、該当者はいない。入居時に利用者と家族に説明し、指針をもとに話をしている。本人の希望と家族の了解があり、希望者がいる。実施には家族の協力が必要である。訪問看護は確保しているが、24時間対応の医師を捜している。	
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	心肺蘇生法、AEDの基礎研修を事業所全員参加にて行っている。救命救急については、徐々にすませしていく予定である。		
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	年4回行っている。常勤で夜間、事業所に集合したり、電話で連絡網をまわしたりする。	避難訓練だけでなく夜間職員の到着時間を計測し、連絡網も整備している。地域の消防団員が連絡網に参加している。職員が消防団員として登録できないか調整中である。夜勤者は常に避難方法を確認している。	

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
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	普段から、言葉がけや促しに注意し、尊厳を守り人生の先輩として、敬いの気持ちを忘れないように心がけている。	利用者の家は一軒の家と考えて、了解を得て入室している。年長者として尊敬の気持ちを持ち対応している。入浴やトイレの誘導も目立たない声かけと工夫している。馴れ合いのならないよう言葉にも注意している。	
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	衣類やレクの参加、買い物の支援など、本人の思いをくみとり、選択し決定できている。		
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	一人ずつ生活に合ったペース日課も大切に、本人の希望もきいて行なうように努めている。		
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	毎日衣類を2つから選んでもらったり、好きなおしゃれを楽しめるよう声かけし、外出の際はお化粧もしたりする。		
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	月に一回は、好みの物を聞きながら、手作りメニューをしている。お誕生会も大切に、それぞれの好みに合わせている。	配膳を中心に利用者の中で分担し、準備している。照明の明るさや音楽など環境と雰囲気工夫し、たっぷり時間をとり一呼吸置いて見守る支援を実践している。その人の力を活かして片付けをしてもらっている。	
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	栄養士のメニューにより、バランスを考えたり一人ひとりの状態に合わせて、きざみ、トロミ食の対応をしている。		
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	口腔ケアには力を入れ、食事の後は本人からきれいになりたいと思う気持ちになれるよう支援している。		

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むけた支援を行っている	その方に合った促しや、時間誘導を行ない、プライバシーの確保をしながら、リハビリパンツの人はパットへ、パットの人は下着へと自立に向けた支援を行なっている。	時間誘導と利用者の行動や表情から、さりげない声かけや介助を心がけている。リハビリパンツからパットへ、そして下着へと自立を実現させながら、トイレでの排泄を大切にしている。	
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	水分摂取をできるだけするように支援をし、体操や散歩に働きかけ、ゼリーインや野菜ジュースもとり入れ、朝はヨーグルトドリンクや牛乳を全員で摂っている。		
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	一日おきに大体入浴を決めているが、毎日入浴したい方や時間は個別にききながら促している。	1日おき屋の入浴が普通だが、その時々希望で増やしたり減らしたり夜間入ったりしている。入浴時は1対1の対応で、見守り、介助必要なら一緒に入ることもある。	
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	生活習慣に合わせ、就寝時間を決めて遅い時間の方は、テレビ鑑賞や自室で過ごす時間も大切にしている。		
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	内服の変更や、症状については申し送りをし記録に残し、服薬確認もきちんとできるように徹底している。		
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	普段から好んでいたものは、家族に持参して頂いたり、家事のお手伝いや欲しい(花や衣類など)ものは一緒に購入したりしている。		
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支援している	月に一度は、お弁当を作って公園や公共施設に出掛けている。家族の方の参加も年2回は招待をして外出行事をしている。	毎日15分以上散歩する利用者もいる。百円ショップをデパートに見立て、自由に買い物してもらっている。月に一度はお弁当をもって、年2回はイチゴ狩り、もみじ狩りなど家族を交えて外出行事を催している。	

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
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	お金を持てる方には、使えるように100円均一に全員で行って、好きなものを買える支援をしている。		
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	家族には、希望の方はもちろん、遠方の方には電話をしたりしている。(本人から出来る人は少ないが)		
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	大きな音、大きな声、生活音以外は、職員には普段から注意を促している。居心地のいい場所づくりを徹底している。	職員は静かな環境作りに配慮している。居間には四季に応じた飾り付けを行い、季節を感じさせている。廊下には利用者の作品を置き、また自由に飾り付けをしてもらい、落ち着いて過ごせるようにしてある。	
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	自室で自由に過ごしたり、共用空間のホールで一緒にTVをみたり、合唱をしたりする時間を日課とし笑いの絶えない工夫をしている。		
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	使い慣れた物や馴染んだ家具など、家族にお願いし、居心地のいい空間をつくるように心がけている。(季節感を出したり)	居室は家族や友人の協力をお願いし、使い慣れた家具や道具、好きな装飾品、懐かしい写真などを飾り、また、仏壇なども置き、居心地の良い安心した部屋作りをしている。	
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	月に一度は、体重測定を行い表にしている。車椅子の方も、食事の時に椅子に移動したり、トイレ誘導をして自分でできるように努めている。		