

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	4590300291		
法人名	株式会社 ビジュアルビジョン		
事業所名	けあビジョンホーム延岡 ユニット2		
所在地	宮崎県延岡市櫛津町3320-1		
自己評価作成日	令和2年1月22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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 宮崎県介護福祉士会
所在地	宮崎県宮崎市原町2-22 宮崎県福祉人材センター人材研修館内
訪問調査日	令和2年3月17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)】

・ご利用者様から買い物や自宅へ行ってみたいとの要望が聞かれた場合でも、調整をして出かける事ができている。
--

【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)】

グループホームは多様なサービスを展開している埼玉に本部のある事業所の一つである。国道から入った住宅地に位置し、共用空間からは車や自転車に乗った地域住民の往来が見られる。若い職員が多く、自分なりの芯となる考え方を持っており、資格取得にも積極的である。近隣の幼稚園との交流や、市管理の市民農園を借り、住民からの声掛けや野菜作りの方法を教えてもらったりとの交流がある。

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	・朝礼、中礼にて経営理念の浸透、共有に向けて働きかけを行っているが理念を実践につなげるには、まだ時間を要する	全国組織としての理念やビジュアルビジョン基本動作10か条が、1階、2階の事務所に掲示されている。しかし、外来者には見えない。また、「けあビジョンホーム延岡」としての理念はない。	職員全員で「けあビジョンホーム延岡」独自の理念や行動指針を作成することで、理念の大切さを共有し実践に繋げる努力に期待したい。又、ホームの大切にしていることを多くの方に理解してもらうために、掲示の場所も皆で考えて欲しい。
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	・地域との繋がりをもつため、地域行事(地区清掃や市民農園の利用)を行っているが市民農園には稀にしか出かける事が出来ていない。	区費を払い、年2回近くの神社の掃除に入居者と出かけている。近くの幼稚園生の演技発表の場として一階のフロアを開放して交流を図っている。市民農園を借り、そこに入居者と出かけることで地域住民と交流ができている。	
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	・認知症についての理解や支援方法などの情報発信は、まだまだできていない。		
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	・運営推進会議では苦情や事故の発生状況を報告し、構成員からの提案や意見を基にサービス向上に努めている。(所在確認表、新聞の発行)	運営推進会議では、苦情や事故報告を細かく行っている。委員からの提案をサービスに活かしている。入居者が今まで住んでいた地域での買い物等の提案を実行し、本人の想いの把握に努めている。	
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	・市町村担当者ととの連絡を密にとる事はできていない。事故発生の報告や運営推進会議での情報交換のみとなっている	運営推進会議で困難ケースの報告を行い、市介護保険課・地域包括支援センターと連携し、課題が解決した事例がある。介護保険課の提案で、入居者が以前利用していたスーパーや、通った小学校等へ出かけることで本人の想いを知るきっかけになるとの指導もあり、実践している。	
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	・身体拘束ゼロへの手引きを配布。勉強会の実施や朝礼、中礼などにおいて身体拘束にあたる行為などについては随時確認、発信を行っている。	職員が集まる機会を作ることが少なく、研修や情報交換の場を持つのが困難な状況にある。資料等は配布しているが、職員間の情報交換の場が少ない。	身体拘束のみならず、虐待について等も含めて、職員が正しく理解するための研修会や、情報交換の場を作ることにより具体的なケアの方法を学ぶ努力に期待したい。
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	・勉強会の機会を持っていない。皮膚状態、全身状態については入浴の際に確認を行っている。		

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
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	・権利擁護に関する制度の理解について学ぶ機会などを設ける事ができていない。		
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	・契約の締結、解約の際には書面を用いて説明を行った後に「説明がわかり難い処はなかったですか？」との確認を行っている		
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	・ご家族様やご利用者様からの意見主に苦情に関しては、運営推進会議にて内容やその後の対応について情報を発信している。職員には申し送りにて情報を発信している。	ご家族からホーム内でのクレームや事故発生に対して、全家族に知らせてほしいとの意見があったので、月1回の請求書発送に合わせて、要望のあった件と近況を報告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	・職員からの意見については、随時要望を受けているが、提案や意見を聞く機会としての時間を設ける事はできていない。	管理者・ホーム長は、随時職員からは要望等を聞くように努めている。今回初めての外部評価で、その用紙を全職員に渡して、意見をもらい職員の意見の把握に努めた。	
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	・個々の働きや考えは職員個々がメールにて毎日本部へ発信する事となっている。ホーム長も個々の働きを上司へ報告し、評価が給与に反映されるシステムとなっている。		
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	・認知症実践者研修など外部研修への参加を会社が費用負担し推奨している。年2回の職員研修がある。施設内での研修、勉強会の機会が不足している。		
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	・同業者とのネットワークづくりに向けての取り組みはできていない。		

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	・施設に入居する前には看護師と共に訪問、挨拶に向かい本人の意向聴取に努めている。サービス利用後、およそ1カ月～2カ月以内に再度担当者会議を行う事で、意向の再確認を行っている		
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	・施設に入居する前には看護師と共に訪問、挨拶に向かい家族の意向聴取に努めている。サービス利用後、およそ1カ月～2カ月以内に再度担当者会議を行う事で、意向の再確認を行っている		
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	・入居する際に御本人様やご家族様御家族様の意向確認を行っている。		
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	・職員個々にて働きかけに違いがみられる。利用者様のペースに合わせ動く職員もいれば業務を優先し、職員主動となっている人もいる。		
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	・過剰なサービスの提供にて家族様の役割や関係性が途絶えてしまう事のないよう報告や相談の連絡をいれている		
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	・1階のご利用者様は買い物などでかける機会があまり持っていない人がいる。	運営推進会議での提案から、入居者の暮らしていた地域のスーパー等に出かけている。友人、知人の面会がある。誕生日には、本人と一緒に刺身等を買って出かけることもある。	
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	・ご利用者様同士の関係性は、職員間にて情報を共有し、トラブルとにならないよう支援している。洗濯物の仕分けや菜園の手入れなどに関わり合いが持て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
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	・退去までの引継ぎなど行っているが、その後は積極的な働きかけなどは行っていない。		
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	・ケアプランの作成にあたっては、本人の意向確認に努めている。意向の聞き取りが困難な場合は、本人の状況を家族へも説明を行い、本人本位の支援ができるよう努めている。	意思疎通困難な方には、本人の態度をみて、都度対応している。今月からユニット別々にケア会議を行い、本人の意向をくみ取ることとしている。	
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	・生活歴や自宅での生活環境についてご本人や家族様から聞き出す事もしている。		
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	・毎日のバイタルチェックにて心身の状態把握に努めているが、有する力などについては職員個々にて把握ができていない範囲に違いがある。		
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	・ケアプランの作成にあたっては、職員より聞き取りを行っている。ご家族様にも電話にて連絡を取り、近況を報告意向の聞き取りを行いケアプラン作成を行っている。	担当職員やその他の職員にも意見を聞き、ケアマネジャーがケアプランに活かせるようにしている。プランはユニットに持ち帰り、連絡帳に要点を書いて周知している。	
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	・介護記録は、前後の状況が分かるように記録が必要。本人の発した言葉などを残していない事がある。		
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	・状態の変化がみられる時は、管理者や看護師に報告している。		

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	・地域資源の把握や利用はあまりできていない。		
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し、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	・体調の変化がみられる際は、ご家族様へ連絡し、受診する旨を伝えている。受診した際は、かかりつけ医からの説明やその後の報告を行っている。	全職員が記入した申し送りノートを看護師がまとめて、かかりつけ医に誰でも持って行けるようになっている。	
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	・排泄状況や健康状態など、朝礼、中礼での申し送りやその都度、看護師に相談を行えている。		
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。	・健康状態の変化がみられる際は看護師を通じ、かかりつけ医に報告、相談ができています。入院の際には看護サマリーにて日々の様子や経過を報告している。		
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	・看取りもできる施設である事は契約時に書面を用い説明行っている。重度化した際は、家族と面談を行い、施設でできる事、できない事を説明している。	看取りについてのアンケートを入居時に取り、希望を確認している。「緊急搬送マニュアル」「重度化した場合の対応マニュアル」「看取り介護にかかる指針」が整備されている。	
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	・利用者の状態変化や転倒があった際には、管理者や看護師、双方に連絡を入れ、判断を仰いでいる。		
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	・避難誘導について1年に2度、訓練を行っているが、夜勤時など人手の少ない場面で安全に誘導できるか不安がある。	ホームは津波のハザードマップ内に入っている。避難場所には階段があり、移動することが困難なため、近くの公園に避難することとし、消防団と共に入居者も参加してタイムを図る等具体的な取り組みを行った。	

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	・声掛けや介護を行う際は気を付けている。	職員アンケートで「もっと優しい声掛けをして欲しいと思うこともある。」との記載があり、排便の有無や静止の声掛け等について、都度指導を行っている。	
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	・職員個々にて働きかけに違いがみられる。利用者様のペースに合わせて動く職員もいれば業務を優先し、職員主動となっている人もいる。		
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	・入浴の促しなど、拒否がある場面では時間を空けて再度誘導するなど工夫している。食事時間などもある程度、本人のペースを尊重できている。		
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	・衣服の調整に支援を必要とする方に対しては、職員が衣服を決めている事が多い。		
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	・何を食べたいかなど、ご利用者様の意向を確認している。食事の準備は職員が中心となって行っている事が多い。	1階、2階の入居者の自立度の違いがある。2階の入居者は下膳等、できることを行っている。誕生日等には、新鮮な刺身の希望があれば一緒に買いに出かけ、食事を楽しんでいる。	
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	・水分摂取量など記録を残し、水分の摂取が少ない人には小まめに水分摂取を促すようにしている。糖尿病など持病がある人については食事面にも配慮している。		
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	・訪問歯科を利用して口腔環境を整えるなどしている。 ・拒否なく口腔ケアができるよう誘導する際は声のかけ方など工夫している。		

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	・自立に向けての支援はできていない。 ・拒否なく排泄誘導ができるよう声のかけ方や誘導の仕方など工夫している	排泄のパターンを把握して、オムツ外しにも取り組んでいる。トイレ誘導の声掛けには気を付けている。	
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	・排泄の状況は記録に残し、便秘の際は緩下剤の利用や看護師による排便を行うなどしている。牛乳や繊維物を摂ってもらうなど食事面にも工夫をしている。		
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	・入浴は拒否がある場面では時間を空けて再度誘導するなど工夫している。	着替えの準備は本人と共に行う。同性介護を望まれる方には配慮している。熱めのお湯を早めに入れ部屋を暖める等の工夫をしている。入浴拒否のある方には無理強いをせず、時間をずらして対応している。	
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	・午睡の導入や体調不良の際には、自室で休息がとれるように支援している。		
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	・薬の詳細までは理解していないが、内服薬に変化があった際は、状態の変化の有無について観察、報告を行っている。		
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	・個別的な趣向や楽しみ事の提供はあまりできていない。		
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	・希望に沿って出かけるよう支援したいが人手が不足してできない事がある。落ち着かない時はドライブに出かける事がある。	インフルエンザやコロナウイルスのために最近外出できていないが、本人の以前住んでいた地域のスーパー等買い出しに行く。ドライブ等で外出することもある。	

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	・買い物の際は、職員が精算を行っている。		
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	・ご本人様から訴えがある場合は、家族へ電話をかける事もしている。家族にも協力を依頼している。		
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	・季節に合わせた環境設営を行っている。	共用空間からは、自転車に乗ったり、車を運転している地域の人を眺めることができる。洗面台等は清潔に保たれている。さりげない形で写真や絵が飾られている。	
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	・ご利用者様の行動をできるだけ制限せず自由に過ごせるよう見守っている。事故が起こる不安から過剰に声をかけている職員もいる。		
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	・御本人様が自宅利用していた物や写真を持参して頂くよう家族へ依頼する事ができている。	ベッドは自分が使っていた物を使われている場合と、ホームで準備する場合とあり、柔軟に対応している。ご主人の遺影を飾られている入居者もいる。	
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	・部屋を間違えないよう扉に名前を貼る、部屋の前に目印を付けるなど工夫している。		