

(様式2)

平成 25 年度

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	1572400628		
法人名	株式会社 倉友		
事業所名	グループホーム 大空		
所在地	新潟県南魚沼市目来田86-4		
自己評価作成日	平成25年7月31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.jp/15/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成25年9月21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)】

ご利用者様の出来る事を継続して行けるように、個々の生活パターンに合わせて、声掛けや見守りする事で自分で出来る大切さを感じて喜んで頂ける様に、必要に応じた援助をしている。
この地域の自然や資源を最大限活用して、美味しいご飯や散歩、ドライブ等で、普段の生活の中に楽しい時間が提供できるように努力している。
ご利用者とご家族との関係を大切にする為に、外出、外泊の働きかけや自由な面会等を行っている。

【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)】

事業所は国道に面しているが、建物の裏手からは田園風景と魚沼の山々を眺めることができ、利用者の癒しの場となっている。国道沿いには大型スーパーや食堂があつて生活の利便性も良く、利用者は日常的に散歩や買物、外食やドライブに出かけている。
開設して9年目になるが、民家改修型の建物の内部は明るく、家庭的な雰囲気の暮らしやすい広さのリビングと、居室が用意されている。
地域の自然が育んだ、美味しいお米や山菜などを使い、食事を楽しむことを支援している。
また、管理者・職員は、日々利用者と温かく接することに努めている。

自己評価および外部評価結果

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	ホームの玄関、事務所に運営理念掲げ職員がいつでも確認できる状況になっており、常に頭に入れて業務に入っている。	常に職員が意識しやすいように、理念を玄関や事務所などに掲示している。職員は理念を念頭に置き、地域の中でその人らしく暮らすことを大切にしたいケアを実践している。	開設から9年目に入り事業所も増えていく中で、法人全体の理念とともに、事業所の理念も改めて検討することを期待したい。
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人として日常的に交流している	お祭りや地域の行事などに参加している。地区の自主防災組織に加入し避難訓練などに参加している。散歩時など出会った方には気軽に挨拶や話をしている。地域交流祭を行い地域の方が訪れてくれるようにしている。	1年を通して、地域の行事に参加したり、隣接の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で地域交流祭を開催して地域の人を招いたりしている。また、傾聴ボランティアの人にも毎週来てもらい、意見をもらっている。	
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	地域への啓発活動はやっていない。相談等には都度対応している。		
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	2ヶ月に1回年間6回の会議を開催し参加者の意見をサービス向上に活かしている。	利用者、家族、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、両隣の住民など幅広い方々に出席してもらい、防災や地域交流について話し合いを行っている。会議は、仕事をしている人が出席しやすいように夜の時間帯に開催している。	
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に取り組んでいる	月に1回サービス事業者連絡会に出席し市担当者だけでなく、他の事業者の方とも情報交換している。	地域内の事業所連絡会、困難事例の受け入れ、徘徊SOSの訓練、認知症サポーター養成講座の講師協力など、行政とはこまめに連絡を取り合っている。	
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	夜間帯以外は施錠はしていない。日中は自由に入出入りできる環境になっている。階段やエレベーターにも施錠はしていない。	日中は施錠せず自由に入出入りできるようにしている。毎年、地域振興局主催の身体拘束防止・虐待防止研修に参加し、そこで出された課題に事業所全体で取り組んで職員に意識付けをしている。	

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
7	(5-2)	○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	虐待防止研修会に参加し内容を報告し、センサーの使用を減らしている。	管理者向けの虐待防止研修会を受講しその内容を伝達しながら、職員のケアが不適切なケアになっていないか確認をしている。センサーやベッド柵の使用も減らす努力をしている。	
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	対象となるご家族と対応について話し合ったり制度の理解努めている。現在は成年後見制度を利用されている方はいないが常に情報収集に努めている。		
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	契約時は時間をかけて説明を行なっている。契約内容改定時も文書、口頭でも説明し理解していただくよう努めている。		
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	苦情、相談窓口やご意見箱の設置及び利用者の隠れた想いを外部者に話せるようなボランティアの受け入れも行なっている。	面会時や受診の付き添いの際に、直接意見を聞くようにしている。また、遠方の家族には電話や広報誌で利用者の様子を伝えるようにしている。	遠方の家族には情報が伝わりにくいため広報誌に利用者の様子を書く欄を設けて知らせるとともに、定期的にアンケートをとるなど意見を吸い上げる方法の検討を望みたい。
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	月に1回のホーム会議時に事業者代表、管理者も参加し意見などを聞く機会を設けている。実行可能なものについては迅速に対応している。	日頃から、管理者は職員が何でも話せる雰囲気をつくって意見を吸い上げており、また、年に1回は職員と個別に話す機会を持っている。毎月行われる会議でも、職員から出された課題は迅速に検討するようにしている。	
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	取得資格や勤務状態の把握により評価している。子育て中は夜勤無しの非常勤勤務となり本人希望で常勤に戻れるなど働き続けられるよう柔軟な対応をしている。		
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	研修会参加への補助など自己の能力向上ができる環境作りに取り組んでいる。介護福祉士など資格取得に意欲が持てるよう資格手当を導入している。		

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
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	任意の集まりの三魚沼地区のグループホーム連絡会に参加し、管理職の会議、合同の研修会などの機会を持っている。		
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	入所判定会議に上がったときは本人と面接し時間をかけて聞き取りを行なっている。入所に当たっては家族から本人に説明してもらうようにしている。		
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	入所申込書に「今困っていること」の記入欄があり、話し合いを行い家族の思いを汲み取るように努力している。		
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	本人、家族の思いを確認し必要な支援を見極めることと、家族ではできなかったことでもサービス利用により可能となることを見つけるように努めている。		
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	昔のやり方を聞いたり、教わったりしながら一緒に生活している。		
19	(7-2)	○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	家族関係の悪化で入所に至った家族もいるのでなかなか難しいが家族と連絡をとりながら本人の状態を共有できるようにしている。遠方の家族や近くでも面会が遠ざかっている家族は電話で会話してもらおうなど関係が遠ざからないようにしている。	家族との絆を継続させたいという方針のもと、利用者の写真を入れた広報誌を発行したり、受診介助や面会、お盆や正月の外出などへの協力をお願いしている。	
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	ご近所の方や親戚関係の面会も自由に行ける。住み慣れた地区へのドライブ等を行って、近所の方との出会いの場面を作っている。	利用者の住んでいた地域の敬老会などの行事へ参加したり、自宅やお墓参りに行ったり、行きつけのお菓子屋さんに行ったりしながら、思い出や馴染みの関係継続を支援している。	

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
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	気の合う方との同席ができるように声をかけたりしている。関係が悪化しそうときは職員がさりげなく間に入り話を聞くようにしている。		
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	退所後の様子を確認したり、面会が可能なら行って会ってくることもある。家族の相談にも応じている。		
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	利用者の希望に添うことができるよう会話や行動などから意向の把握に努めている。	入居前に収集した情報だけでなく、入居後も日々一緒に生活する中で利用者の意向を確認している。意志の疎通が難しくなっても、表情や態度から意向を読み取るように努めている。	
24	(9-2)	○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	在宅時の担当ケアマネ、在宅サービスの担当者、入院時の看護師などそして家族、本人からも情報を得て職員全てが共有できるようにしている。	家族や近所の方から利用者の暮らしぶりや生活歴を聞いたり、以前利用していたサービスの担当者や居宅介護支援専門員などからも在宅での生活の様子を聞いて、その情報は職員で共有している。	
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	有する力は介護する側からの思い込みや経験にとらわれず試みている。結果は連絡ノートや介護記録で確認している。		
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	本人や家族の意向を確認しそれに添った介護計画となるように作成している。ホーム会議で職員の意見も聞きながら介護計画作成を行なっている。	利用者や家族に意向を確認し、職員全員で話し合っって介護計画を作成している。定期的な評価も職員全員が集まって実施し、家族や地域との関わりを意識しながら検討している。	
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	介護計画の見直しに活用できるよう個人記録に日常の様子や本人の言葉を記録し、ホーム会議では援助方法などの検討をしている。		

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
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	家族等の急な外泊や外出に対応している。本人からの外出希望時はユニットスタッフだけでなく管理者や他のユニットスタッフにも協力して対応している。		
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	地域の情報収集に努め、運営推進会議メンバーである地域の民生委員からも意見を頂いている。積極的にボランティア受け入れをしている。		
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	在宅時の主治医を継続することが多く、新たな身体状況により本人、家族の理解を得て専門医に変更することはある。家族付き添いで受診時はホームでの様子等を伝えている。	多くの利用者が、これまでのかかりつけ医を継続しており、受診時には医師へ書面で情報提供している。必要に応じて職員も同行し、医師との関係を築く努力をしている。	
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	職場内に看護職の配置はなく、訪問看護を利用する状態の利用者もない。身体的な変化などは管理者、主任に報告、相談をし急ぐ場合は直ちに受診に結っている。そうで無い場合は定期受診や往診時に直接医師に伝えている。		
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。	本人、家族の要望に応じ洗濯物や消耗品の補充など積極的に面会に行き担当看護師より状態を聞きスタッフ全員が情報を共有する。入院が長引くほどレベルの低下が心配されるので看護師、医療相談員と連絡を取り合い早期退院、受け入れの態勢をとっている。		
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	現段階では重度化や終末期の利用者を支える体制は整っていない。入所申込時、契約時にはこのことを説明、納得し同意を得ている。また緊急時、急変時における延命等に対するの意思確認を書面で行なっている。	入居申込の際に、事業所では重度化や終末期の対応が難しいことを口頭で家族に説明している。また、本人の状態に応じて他の施設や病院への移行支援を行っている。	管理者は事業所での看取り支援の実践に前向きであり、本人・家族の希望や意向を踏まえて事業所としての支援のあり方を検討したいと考えている。重度化や終末期への対応について、今後、事業所としての方針を明文化し、それをもとに、本人・家族、関係者等との話し合いを深めていくことを期待したい。
34	(12-2)	○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	消防署の協力を得て救急法、緊急時の対応の講習会を行なっている。連絡網も整備し職員も周知している。AEDの設置もある。	職員は毎年、消防署の協力のもとAEDの操作を含めた心肺蘇生法の講習を受け、知識・技術を身につけている。	さらに身近に起こりうる怪我などについても、応急手当・処置方法を学ぶ機会を定期的に持つことを期待したい。

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
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、消火、通報、総合訓練を行い、地域防災組織に入り支援窓口を設けている。年に1回行なわれる地域防災訓練に参加している。	火災・地震・水害などを想定したマニュアルを整備している。避難訓練の際には、消防署はもちろんのこと、運営推進会議の委員や、地域の消防団にも見学に来てもらい、アドバイスをもらっている。	
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	自室の施錠など本人に任せており、訪室時はノック、声かけで入室している。排泄の誘導や汚物の処理なども気を配り行なっている。	職員は常に丁寧でさりげない対応で、利用者に関わっている。居室の施錠についても、希望があれば本人にお任せしている。また管理者は、職員の言葉が馴れ馴れしくならないように、日々注意している。	
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	「～しませんか？～していただけますか？」などの誘い方で本人に決めていただいている。そばで過ごし表情や行動を見て想いを把握するようにしている。		
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	基本的に食事時間はあるものの遅れて食べたり、体力的なこともあり自室で過ごすことが多かったり、一日数回の散歩に出かけたり、自宅方面に歩き出すのに同行するなどそれぞれの方のペースに合った支援をしている。		
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	散髪や毛染め、化粧品などの要望があれば直ぐに対応し、衣類の補充はご家族に確認後購入なり持参していただくなどしている。食べこぼしや着方がおかしいときはさりげなく伝えて着替えていただくようにしている。		
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	好き嫌いの把握をし(よく変わるが)食べたいものや季節感のあるものを提供するようにしている。山菜の始末やちまき作りなど一緒に行ったり、料理方法なども話題にしている。盛り付けや、テーブル拭き、下膳なども願っている。	職員は利用者のできることを把握して、日々の調理の下ごしらえ、盛り付け、片付けなどを一緒に行っている。また季節に合わせて山菜の下ごしらえをしたり、ちまき作りなどの機会を持ち、食事を楽しく取り組んでいる。	
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	咀嚼の状況により刻むなど形態を変えて提供している。冷たい水分なら摂取するなど個々にいろいろ試みて情報を共有し水分不足にな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
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	声かけのみ、義歯外す、義歯を洗う、義歯をつける、歯間ブラシを使用する、舌ブラシを使用する、などできないところを支援し口腔内を清潔に保つようにしている。毎夕食後は義歯洗浄剤を使用している。		
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	「排泄はトイレで」を基本に自室でのポータブルトイレの使用はなく、それぞれの方に合ったパット類の使用をトイレに行ったり誘導したりしている。本人の様子や動作を見ながら	日中・夜間ともに利用者一人ひとりの排泄リズムに合わせてトイレに誘導している。状態が低下しても、ポータブルトイレを使いながら、再びトイレでの排泄につながるよう排泄の自立にむけて支援している。	
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	朝食の乳製品や野菜食材を多く使用している。食事時や入浴後、午前、午後のお茶など水分を摂っていただいている。散歩や買い物など身体を動かす機会も得るようにしている。		
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	日曜以外毎日午後に入浴を行なっている。入浴剤を使用し入浴時間は個々の希望に合わせている。	週に3回は入浴できるようにしているが、毎日入浴したい希望にも対応するため日曜日以外は毎日入浴を実施している。入浴を拒否する利用者には、時間を工夫するなどしてお誘いし入浴してもらっている。	
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	就寝時間や起床時間は個々に違うので本人の状況に応じて自由にいただいている。夜間日中間わず休息されるときは冷暖房や採光なども気を配っている。		
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	処方箋は個人記録に綴じてあり薬についても用量も把握している。薬が増えたり、減ったりしたときは変化の確認を行なっている。手の上に薬を入れる、口の中まで入れる、等それぞれの方に合った支援をしている。		
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	食事の準備、配膳、盛り付け、テーブル拭きなどできることを行なっている。好きなテレビ番組を知らせたり、一緒に新聞やチラシを見て話題にしたりしている。		

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
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	ドライブ、祭り、外食、カフェ、お花見など出かける機会を多く持つようになっている。毎日数回の散歩に行かれる方にも同行し安全に気を配っている。	日常的に、散歩、外食、ドライブなど利用者の希望に合わせて、少人数での外出の機会を持っている。また、家族にも協力を働きかけて外出や外泊の支援を行っている。	
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	お金を所持している方はいない。お一人所持していたが盗られ妄想がひどくなり、このことにより日常生活に支障が出てきたので、ご家族と相談し所持しなくなった。		
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	希望時はダイヤルして子機を渡して会話していただいている。		
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	正月飾り、雛飾りなど季節ごとに飾っている。ホールには職員が持ってくる季節の花を飾ったりしている。	リビングは広く、大きな窓からの採光で明るく、自然の風景を眺めることができる居心地の良い環境である。また、畳スペースも用意されており、利用者は思い思いの場所で自由に過ごしている。	
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	ソファを2ヶ所設置し、畳の空間には座テーブル(冬季はコタツ)を準備しお茶を飲んだり会話したり横になったりしている。		
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	ベッド脇に本人の使用する道具をいつでも取り出せるよう置いたり、家族との写真を壁に貼るなどしている。本人が塗った塗り絵カレンダーも壁に貼っている。	居室には家具や写真、位牌など好きな物を自由に持ち込んでもらっている。また、ベッドの向きも自宅での配置を参考にしたり、利用者が希望すれば、畳での生活も可能であり、利用者が居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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	トイレは3カ所設置し自室からは手すりにつかまり移動できるようにしている。歩行状態により室内にも手すりの取り付けを行い安全に移動できるようにしている。ホール内の椅子も肘付きイス、低床のものなど居心地や安全に気を配っている。		