

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	1090100163		
法人名	有限会社ハンドツーハンド		
事業所名	グループホームここあ前橋		
所在地	前橋市朝倉町947-1		
自己評価作成日	24年1月9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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成24年1月25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)】

本人や家族が希望した場合はターミナルケア実施も検討する。
ゆったりと一人一人のペースで暮らしている。当たり前な生活をしようと職員も心掛けている。

【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)】

ホールの天井は高く空間が広く開放感が感じられる環境であり、ホールの掲示物も整理されている。管理者はじめ職員の一人ひとりが利用者向き合い、よく観察し、援助し、利用者が何をしたいかを敏感に把握しようと努力している。職員に実施している年2回の「自己評価シート」作成により、自己の目標設定を行い動機づけをしていることは、個々のスキルアップに繋がっている。また、業務や自己の介護を振り返る指標にもなっている。運営上においても、職員から介護等の提案もでき管理者が気づかせるなど、より良い方向性に導けるように取り組んでいる。ターミナルケアも2例取り組み、家族・職員との信頼関係もあり前向きな取り組みがされている。

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	職員は理念を共有し利用者が地域の一人として生活出来るよう実践している。	開設時の理念に加え、今年度新たに職場会議で話しあい、地域にホームを知ってもらい理解され、地域に根ざし、住民に愛されることを盛り込んだ理念を作成している。その内容は毎朝唱和し、困った時のよりどころとして実践している。	
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人として日常的に交流している	毎年、町内会の納涼祭に参加。外気浴や散歩をする事が多く、近隣の住民に挨拶を交わしている。年度末にGHで尺八、三味線の演奏会を予定住民参加を呼びかけている。	ホームのイベントは利用者中心に行い、町内の方の参加も受け入れている。年度末予定している三味線演奏会は、回覧板で案内をしている。また、町内の行事にも積極的に参加している。見学者にホームを理解してもらうため受け入れて説明を行い、地域とのつながりを更に強化するため日常的に交流している。	
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	ハローワークの施設見学会を開催している地域にも見学や認知症についての説明も行っている		
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践、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	運営推進会議では市職員、町内の自治会長、利用者に参加して頂いている。活動報告や運営の状況を報告し外部評価や実地指導の結果も報告させて頂いている。	運営推進会議は3ヶ月に1回実施しており、家族に声をかけているが特に遠方の方の協力が難しい状況にある。事業所からは、近況報告や活動報告を行い、意見交換を行なっている。家族には手紙やお会いした時に情報交換を行っている。	民生委員や家族にも参加を呼びかける等運営推進会議の構成員を増やすなど、更に内容を深められるように期待したい。
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	市の会議や研修会には参加。懸案事項についても常に相談させて頂いている。	空室が出た時や利用者の認定更新時・困難事例発生時は、市や包括支援センターへ出向き担当者へ相談したり連携をとっている。	
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	身体拘束をしないケアを実践。マニュアルや職員会議で徹底している。夜間以外は施錠しない。	会議で、身体拘束については繰り返し伝えていく。帰宅願望の方には、その時に一緒に戸外の空気に触れて気分転換を図るなどの対応をしている。夜間は玄関のみ施錠するなど、一丸となって拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	会社内での研修に参加機会があれば会議で相談している		

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	必要性がある時には計画作成担当者を中心に相談している。		
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	入所前に見学をしてもらっている。 契約時には家族に説明を行い、納得して頂いてから契約・解約をしている。		
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	訪問時に訪問カードに記載してもらおうが用紙に家族の意見欄を設けている。 家族とは密に接し、何でも言えるような関係を築いている。	家族とは何でも言える関係を築くよう努めている。面会時に訪問カードを用いて、家族の意見を聞いている。今後、記名となっているため改善して家族の意見が反映できるように検討したいと考えている。また、外部の苦情受付機関を、契約時に説明している。	
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	意見・不満・苦情を気軽に話せる関係作りをしている。課題があった場合は会議で話しあう。	全職員が目標を持ち意識を高めて仕事に従事していくために、年2回の上期・下期に「自己評価シート」を記載している。「自己評価シート」は、研修や介護の内容等が盛り込まれ、代表者や管理者は検討し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	人事考課制度を導入している。代表者へ意見や希望を聞き反映出来るよう努めている。		
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	法人内の研修を定期的実施している。 また連絡協議会に加入しており研修に参加している。		
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	連絡協議会に加入しており、会議や研修に参加している。グループホームの交換研修にも受け入れや派遣を行った。		

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
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	入所前に面談し状況を把握している。早く馴染んで頂けるような工夫をしている。		
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	事前に家族と会い、施設の見学をして頂いてる		
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	相談の際に必要なとする支援の把握に努めている。満床の場合はお持ち頂くか他のサービス検討への対応もしている。		
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	職員が一方的にサービスを提供するのではなく日常の中で必要な事も利用者と一緒にいき、学んだりする関係も築いている。		
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	面談した時や必要時には状況の連絡をしている。		
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	家族の対応で友達や親戚の家に行かれる利用者はいる。関係が途切れるような事はこちらからしていない。	家族や親戚の面会もあり、なかには農作物の収穫や墓参りを希望する方がおり、家族に協力して頂いている。老人会の誘いもあり、馴染みの方との関係が途切れないように支援に努めている。	
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	活動や季節行事などで利用者同士の関係を把握。利用者が孤立し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	違う施設へ入所されてしまった入居者がいますが退所後に継続して関係を保てていない。		
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	日々の生活の中で何気なく思いや希望を聞いている。	入居時に、家族より生活歴や三味線等の趣味等を確認している。自分では語れない方には、日々の生活の中での表情や行動の変化をキャッチし、トイレトペーパーを常に持っている方については、なぜ持っているのかを検討するなど、生活歴の把握の大切さを学ぶと共に、本人本位に検討している。	
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	入所前に生活歴や暮らし方などを把握している。		
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	日々のケアを利用者の状況に合わせて行うよう努めている。		
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	本人と家族の意向を反映した介護計画を立てている。変化があった場合は現状にあったプランに変更。	受け持ちの職員がカンファレンスノートに整理しており、カンファレンスで話し合い介護計画を立てている。毎月1回評価し、家族や医師からの情報も計画に反映している。	介護計画立案や修正時に月日を記入し計画やモニタリングは一元化して誰でも簡単に見られるよう工夫をし、介護計画を職員が活かせるよう期待したい。
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	サービス利用時の様子や気付いた事を個別記録に記入。会議等で情報を共有しながらケアするよう努め介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況で柔軟に対応しようと努めている。		

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
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	地域の交番に利用者表を提出し何かあった場合でも対応して頂くよう要請。地域住民にも散歩や行事などで顔をさせて頂いている。		
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し、納得が得られたか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	本人や家族の希望を優先している。緊急な場合は事業所のかかりつけ医を受けられるよう支援している。	かかりつけ医の受診は、家族や本人の意向を大切に希望通りとしている。協力医の往診は月2回あり、看護師が対応して急変や状態変化ある時は適宜対応できる体制が整備されている。利用者の状態は申し送りで情報の共有を行い、安心して医療が受けられる支援ができています。	
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	看護師を配置している。介護職との相談や情報交換で健康を維持し適切な医療に繋げている。		
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。	入院をした場合は早期に退院できるように情報交換や相談に努める。退院時にはスムーズに受け入れるよう体制を整えている。		
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	入所時に緊急時の対応や終末期に対して説明を行っている。本人や家族が望みGHでも可能であればターミナルケアも実施する。	急変や状態変化ある時は、主治医に適宜対応できる体制を整備している。入居時に看取りまでのケアの希望を、確認している。医師が心電図を装着し状態のサインを確認しながら、過去に2例看取りを行い、家族の思いを大切に支援がされている。	
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	緊急時の心肺蘇生やAEDの使い方は講習会や研修で習得している。定期的に今後も行っていく。		
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	避難訓練の実施。近隣住民への協力体制は整っている。	年2回昼夜を想定して、避難訓練を行っている。地域の方の参加もあり、協力体制が築かれている。備蓄は、最小限に用意している。	

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	一人ひとりの思いや気持ちを尊重した声掛けやケアを心掛けている。	呼称は、苗字を「さん」づけで呼んでいる。トイレ誘導時は、さりげなく声をかけ誘導したり、居室に入る時はノックをしている。利用者一人ひとりの尊厳を大切にされた対応を行なっている。	
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	自己決定出来る様に働きかけている。意思表示の難しい利用者には表情や仕草で読み取るようにしている。		
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	一人ひとりの希望や体調、ペースに合った過ごし方が出来るように支援している。		
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	定期的に理容師が訪問。自分に合ったカットや髪染めを行っている。今後の予定だがエステなどの利用も検討している。		
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	職員も利用者と一緒に食事を楽しみ、食器の片付けやテーブル拭きを手伝って頂いている。	利用者が重度化しているが、食器拭きや食材前準備等の出来る方には職員と共に行なっている。また、ホットケーキ作りもしている。食事中は、職員と一緒に食べながら、食べやすいように食器を入れ替えたりして支援している。また、食材は利用者に合わせて提供している。	
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	食事摂取のチェック表により職員が食事量を把握している。水分はいつも誰でも飲めるようにしている。		
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	毎食後、ご自分で出来る方には声掛けや見守りで対応。介助が必要な方には一人ひとりに合わせたケアを行っている。		

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
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	職員が一人一人のパターンを把握。失敗があってもさりげなく処理をしている。	基本は、トイレに行けるよう排泄チェック表にて排泄パターンを見ながら支援している。常に残尿感があり頻回にトイレに行く方には、主治医へ相談して指示を得ている。また、オムツやオムツパットは、その人にあった物を検討し支援している。オムツ交換時は、不快な思いをしないよう臭いに対して消臭剤を使用している。	
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	水分の摂取や繊維質の食物に気を使っており、毎朝のラジオ体操を行っている。医師との連携で薬を使う事もある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	今まで夕食後の入浴をしていたが利用者の要望や体調などで昼間に変更した。入りたい人には拒否をせず入浴して頂けるようにしている。	入浴は、利用者の思いを優先して支援している。機械浴や大風呂の利用時は、入浴剤を用いたり最近ではゆず湯を楽しんでいただき、個々に合わせた支援を行っている。	
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	夕食後、ゆったりとした時間を設け安心して休めるようにしている。日中も希望や状況に応じて休めるようにしている。		
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	服薬は飲むまで確認している。変更があった場合などは全員が共有出来る様に申し送りノートを活用している。		
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	個々に合った役割や楽しみを利用者と一緒にさがしている。		
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に支援している	どんな事をしたいか、どんな場所に行きたいか希望を把握。夜間でも行きたい場所があった場合は希望に添えるようにしている。	近隣の散歩を行い、ゲートボール見学や保育園へ出かけている。また、利用者が新聞の写真を見て希望するところへ出かけ、花見・買い物・イルミネーション等ヘッドドライブをかねて出かけている。	

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	現在お金の所持はしていない。管理出来る利用者が今後いた場合には自分で使えるように支援をする。		
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	希望があった場合、電話をして頂いている。		
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	座敷に掘り炬燵がありテレビを見ながらくつろげるようになっている。季節の花や飾りつけを行い季節感を感じて頂けるようにしている。	玄関を入ると天井が高く、間接的に採光も入れられている。共用の空間が広く、利用者にとっては生活しやすい工夫がされている。エントランスから延長で掘りごたつがあり、寛げる環境づくりになっていて、居心地良く過ごせるよう工夫されている。	
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	自分のテーブルの席は半数の利用者が把握している。声掛けにも配慮している。		
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	使い慣れた家具を持ち込んでほしいと入所時をお願いしてるが現実には殺風景になってしまっている。自宅での延長上で生活を考えている。	各居屋とも広く、空間があり任みやすい環境になっている。ベッドと寝具はホームからの提供であるが、使いなれた家具は個人で持ち込みカレンダーやハンガーに衣服などが掛けられている。帰宅願望の強い人は、ベッド以外は床面には物を置かないよう工夫している。	
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	トイレや居室に表札を掲示している。		