

### 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	2772500639		
法人名	特定非営利活動法人リライフ		
事業所名	むつみ庵		
所在地	大阪府池田市古江町4番地12		
自己評価作成日	平成25年11月9日	評価結果市町村受理日	平成26年1月7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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・古き良き日本の田舎生活で生きる力を活性化。</li> <li>・古民家改修型の特性を大切にして、地元地域ネットワークによる介護サービスを。</li> <li>・目指すは「里家」</li> </ul>
---

※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	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8		
訪問調査日	平成25年12月4日		

【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>ホームは、平成15年3月に、伝統的な純日本家屋の民家を改修して、木造り、2階建ての、1~2階部分に、1ユニットで開設された。ホームは、池田市郊外の小高い山の高台に位置し、五月山の豊かな自然の緑が眺望できる。300坪の広い庭には、元造園業を営んでいた民家の当時そのままに、各種の植え木や果樹の木々の緑や花が咲き、四季折々の彩りを見せている。庭には菜園も在る。利用者は、日々自然に親しみ、「家」としての安らぎや温もりを感じながら、信頼のある人と人との絆を結び合い、住み慣れた町でその人らしく暮らし続ける環境が在る。「お帰りなさい」と言える里家を目指した、全職員の真摯な実践の姿が見られる。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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、安心して暮らさせている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	地域の豊かな関係性に活力を与えるお手伝いをするように管理者と職員は共有している。	理念を、「それぞれの人が自分の生活や人生を見直すことへのサポート、地域の豊かな関係性を賦活させるお手伝い、この町で暮らしたい、人生を全うしたい、そう思えるような場を創造する」として実践に取り組んでいる。	
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	スタッフが地域の方が多く、毎日の散歩等で交流している。	理事長が近くのお寺の住職であり、ホームの開設は地域の雇用促進の一つに考えられた。職員は、お寺の檀家を含めて地元の人々で構成されている。地域の自治会、老人会、保育所、福祉施設とも密に交流をしている。	
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	地域の方達との交流を心がけ、理解していただけるようにしている。		
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	池田市、町自治会、職員が話し合っ、サービス向上に活かしている。	平成24年度は、6回開催し、延べ31名の参加があった。参加者は、市高齢介護課、自治会員、老人会員、理事長、管理者、計画作成者の参加で、各種の運営に関する報告が、双方向的な会議の下に実施した。	
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	窓口が池田市になり、気軽に担当者の方達にも相談できるようになった。	日常的に、市の高齢福祉課を訪問又は電話での事業所の状況報告や相談・情報交換をしている。月に1回第2金曜日には、介護相談員2名が派遣されて、事業所で利用者の各種の相談に応じる取り組みがある。	
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	玄関には鍵をかけておらず、自由に庭へ出入りしている。研修に出るようにしている。	全職員は身体拘束をすることの弊害は理解している。身体拘束に関するマニュアルを作成して、研修も実施している。玄関は常に開放し、施錠はしていない。利用者の出入りには見守りを重視したケアがある。	
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	ミーティング等で常に話し合い、職員間で見過ごさないよう注意している。		

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
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	「財産管理・成年後見制度について」参加		
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	入所前に契約書・重要事項説明書を渡し説明している。		
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(毎年5月予定)、意見箱設置をしている。	苦情相談窓口を設置し、管理者による意見・苦情・不安への対応をしている。毎月むつみ庵通信を発行して、個人別の利用者の日常生活を報告している。家族会も定期的に開催して、家族の意見・提案を傾聴している。	
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	月一回職員全体ミーティングや月一回役職ミーティングに代表理事も参加し、意見や提案を反映させている。	毎月職員ミーティングを開催して職員の意見・提案等を聞く機会を設けている。日頃の業務改善(特に、ADLの重度化への対応)、ケアの質の向上に向けての意見交換等を行ない、職員との意思疎通を図っている。	
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	月一回の理事会で話し合いにより努めている。		
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	年間の研修プログラムは無く、その時必要な研修を受けている。 毎日の引継ぎ時間にケアの工夫の意見交換をし職員の意識向上を図っている。		
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	IGH(池田グループホーム)連絡に参加し、情報交換をする。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	出来る限り入所までにご本人にも来て頂き、お話を伺う。又、こちらより出向き、良好に話をする機会を重ね、関係づくりに努めている。		
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	契約までには面談を行い、お話を伺っている。電話にて確認も行っている。		
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	在宅のケアマネージャー等から情報を収集する。		
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	常日頃からスタッフは大家族と思い、利用者たちの支援に努めている。		
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	本人と家族の関係を常にサポートし、共に支えあう関係でいたいと思っている。		
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	本人から出てくる名前やなじみの場面を家族に伝え確認すると共に、職員間で共有し支援している。	アセスメントシートにより、利用者の生活歴から情報を収集し、利用者の従来からの生活の継続性を確保した支援をしている。親しい友人、親戚等の訪問や馴染みの近隣の散歩、墓参り、家族との遠出等での支援がある。	
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	職員一同、利用者同士が良い関係を築けるよう、声かけ、傾聴、コミュニケーションを図っている。		

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	退所後も連絡したり、近況を伺うことがある。地域の行事で会うことがあり、和やかに話が出来る。		
<b>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</b>					
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	月一回の役員会、月一回全体ミーティング、毎朝の引継ぎ時に個々に把握し、時には検討している。	アセスメントシート、日々の関わり等で、利用者の生活や暮らし方の希望・意向を把握し、把握しづらい面については、家族との意思疎通を図り、利用者の自己決定を促がす支援をしている。	
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	入所期間が長期な方はほぼ把握しており、入所期間短期の方は、日々以前の資料確認、日常生活の中で努めている。		
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	職員一同、業務日誌、健康記録、引継ぎ内容より把握に努めている。		
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	本人の意向、家族の思い、職員間の意見を探り、課題をつかみ作成している。	アセスメントシート、診断書、個人ノート、業務日誌、居宅介護支援経過記録、各種ケアシート等から、各種個人ケア情報を収集して、介護計画書が作成される。見直しは、定期的にモニタリング表で実施している。	
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	職員は個別記録等、必ず確認しサインをしている。気づきや工夫ノートに記入し職員間で共有している。		
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	日々利用者の体調変化、体調の波を早く察知し、受診の支援・早期退院の支援を行っている。		

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
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	地域の方に来ていただき、お花や野菜作りをしている。		
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	協力医である多田先生は内科医であるが、適切なアドバイスや紹介状等も書いていただくことがあり、支援は大きい。	利用者の従来からのかかりつけ医を尊重して受診の支援をしている。事業所の協力医療機関での受診の場合には、利用者及び家族の納得と同意を得て受診ができるように支援をしている。	
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	日常生活の中で、かかりつけ医師に相談し当施設でできる事を説明、助言をいただいている。		
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。	出来るだけ面会に行き、家族と医師との話し合いにも立ち合わせていただき早期退院にむけ支援する。		
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	入所時で説明している。	重度化や終末期に向けた対応を希望される家族のために、その時々での事業所の力量を把握して、現状ではどこまでの支援ができるかを見極め、職員全体で率直に話し合い、その上で、家族や医療関係者等と連携を図りながら支援をしていく取り組みがある。	
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	緊急連絡網を全員が把握し対処している。		
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	・緊急連絡網を作成し、機会あるごとに話し合い、確認している。 ・消防署より 配布DVDを利用者と一緒に、観てそれに基づいて訓練を実施。	年2回の避難・救出訓練を実施している。緊急災害時の連絡網やマニュアルやDVD等での利用者職員が共同での研修・訓練も実施している。古い木造家屋なので、火災や地震に耐える建築に改修するのが課題である。	平成25年12月より、ホームの耐震・耐火の大改修及びスプリンクラー設置が計画されている。今後のホームの抜本的な災害対策が期待される。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	雇用契約書に記載し、事あるごとに話している。	職員研修や職場に於ける実務の中での職員同士が注意し合い、職員全員が対人援助サービスの知識と技術を身につけるように取り組んでいる。人生の先輩に対して、尊厳やプライドを損ねない対応の徹底を図っている。	
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	入浴時の着替等自分で選んで頂いたり、表情が言葉の様子で察知し自己決定出来るよう選択出来る声掛けを行っている。		
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	一日の大きな流れはあるが、体調、天候、タイミングを図り、利用者のペースに合わせている。		
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	入浴時の着替えは出来るかぎり自分で選択していただくようにしている。 美容院に行ける人(5人)は車で送迎し、行けない人は美容師に来ていただく(4人)。		
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	献立はあるが時々何が食べたいかを聞き変更することもある。後片付けの出来る人はしていただいている。	食事は、「手作りの家庭的な食事」にこだわり、献立・食材も、随時利用者からの聞き取りで嗜好を把握し、近くのスーパーで新鮮な食材を仕入れ、ホームの厨房で、利用者の五感を刺激しながら彩食豊に作られている。	
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	食事メニューは栄養士が確認し、水分摂取はチェック表で確認している。 個々の体調、嚥下状態に合わせ、食べる量、形を変えている。		
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	食後の歯磨きは全員必ずして頂いている。 一ヶ月に一回は口腔ケアも行っているため、口腔状態も改善してきている。		

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	排泄記録や体調等により個人の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄の支援を行っている。トイレ通い頻回の方には声かけ、誘導、見守りを行っている。	業務日誌に時系列に記録された、個人別排泄記録を基に、排泄パターンを把握し、トイレ誘導を促がしている。排泄支援は、あくまでも、自立支援を目指した取り組みを実践している。	
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	医師と相談し、ほぼ対応出来ている。水分チェック表や出来るだけ外を歩いていたいたり、野菜を多く摂るようにしたり等の支援をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	原則月・木(夏期は月・水・金)を入浴日としているが、夏期などは必要に応じてシャワー浴をさせていただいている。	入浴には原則を設けているが、利用者の体調や希望を尊重して柔軟に対応をしている。入浴拒否の場合には、日時変更やシャワー浴、足浴等で清潔保持に努め、楽しみながらの入浴を工夫している。	
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	昼寝を希望される方や体調により定時に昼寝をして頂いたり、声かけにより昼寝を誘導して安眠の支援を行っている。		
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	薬ケースにて管理し、スタッフがほぼ全員理解出来るようにしている。服薬一覧表を作っている。安全に服薬出来るよう、手渡し、飲み込みを確認している。		
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	テレビゲームをする方、家事が得意な方、庭で土いじりをする方、何をしたらよいか解らない様子の時は季節を感じていただけるような事を提供している。		
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	コースを変え、毎日の散歩に行っている。個人の歩行能力に合わせ、庭の散歩、平坦な道、少し坂のある道を選んでいる。	利用者の体調や健康状態を考えて、天気が良ければ、広い庭の散歩や日光浴・外気浴の楽しみ、近くの公園、神社参り、保育園の訪問、庭に在る菜園の世話等、戸外での支援がある。利用者が希望する、楽しく、満足度が高まる外出支援の工夫をしている。	



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
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	原則、利用者にはお金を持っていたかかない。一緒に買い物に行く時はレジでの支払いをお願いすることもある。 地域の行事に参加し、食券を使用して好きなものを買ったことがある。		
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	電話をかけたり、受け取ったりしている。手紙も書いて出しに行ったりしている。 年賀状などをポストに出す支援もしている。		
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	お花を生けたり、利用者の写真を貼ったりしている。居心地良く過ごせるよう心がけている。 冬は暖かい縁側で窓から見える景色で季節を感じて頂いている。	ホームは、伝統的な日本家屋で、広い庭には四季折々の木々の緑や花が咲き、季節を味わいながらの楽しい暮らしがある。木の柱と板天井、障子、欄間、畳の部屋、書院造りの床の間、広い縁側等々で「家」としての安らぎや温もりが実感できる。	
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	居間にはテレビ、ソファを置き、自分の好きな場所に好きな人と座れるようにしている。		
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	入所される時は、慣れ親しんだ物を持ってきていただくようお願いしている。 ベッド使用にはこだわらず、畳に布団を敷く支援を行っている。	居室は畳部屋で、利用者の馴染みの物が持ち込まれている。そこには、従来の日常生活の継続性を確保している。空調設備、火災報知器、インターホンを各部屋に設置して、安心・安全を確保した工夫が見られる。	
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	スロープ、手摺り等を設置し、安全に移動していただけるよう配慮している。		