

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	0270201494	
法人名	株式会社ウエルビーング	
事業所名	グループホームウエルパーク	
所在地	青森県弘前市福田字巻屋25番地8	
自己評価作成日	平成22年9月20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.aokai.gov.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=0270201494&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人青森県老人福祉協会	
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階	
訪問調査日	平成22年10月23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)】

<p>行事を通して外での外食や、近隣施設に出かけたりといつもと違った雰囲気の中で皆が交流出来ることを取り入れるようにしている。</p>

【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>商店街で、元ストアを改修したホームだが、利用者の皆さんが集まるホールは採光が良く、とても明るく良い環境である。また、ホール、廊下、居室内いたるところに集合写真、風景、花、行事の時の写真が飾られ、回想法が活かされ利用者は精神的に落ち着いた表情で過ごされている。 サービス利用状況は、利用者の意向、家族の意向の把握に努めながら、日頃のきめ細かい観察が充分行っている為、利用者の思いを把握したサービスに繋がっている。職員の資格取得の意欲も高く、専門的なケアに取り組んでいる。</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 利用者や職員が、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りや深まりがあり、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	独自の理念を作成し、ホーム内に理念を掲げている。日々の中で理念につなげられるよう話し合い、ケアに反映させている。	職員全員で話し合い、みんなが共有でき、わかりやすい文言とし、ケアの実践に活かしている。	
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員として日常的に交流している	保育園の慰問やボランティア、近隣の畑の方と交流を図っている。随時見学も受け付けており、外出先施設等より多くの地域の方と交流出来るように努めている。	近隣に住宅地がないため、町内会の運営等にはかかわっていないが、収穫時期には、近隣の農家の方が来訪し収穫物をいただいている。また、保育園の来訪もあり、地域と交流を深める努力をされている。	
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	特に取り組みはなし。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しており、ホームの近況報告や要望や意見を聞いている。	食事の改善の提案や、利用者の要望等の意見が出されているが、改善した内容や結果の報告がされておらず周知されない状況となっている。	事業内容の報告や意見等を聞いているが、今後は改善された内容等の結果を報告し、委員に周知していただくことを期待します。
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取り組んでいる	わからない事、対応に困った時等ホーム側から積極的に電話や出向き、相談、アドバイスを頂いている。運営推進会議へも参加して頂き、ホームを知って頂く機会や市の情報提供をしてもらっている。	専門的な事務手続きの方法や運営基準等の相談をしており、具体的なアドバイスを頂いている。また、情報交換を行っており協力関係が築かれている。	
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	身体拘束についてのマニュアルを作成し、内部研修を行ったりし職員の共有意識を図っている。	管理者が定期的に講師となり、身体拘束をしないケアの実践について講義をしており、拘束のないケアに対する意識は高い。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待についてのマニュアルを作成し、内部研修を行ったり、日常的に職員すべてで注意を払っている。		

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	制度についての掲示やお知らせはしているが、全職員が理解しているとは言いがたい。研修機会を設け理解と活用につなげたい。		
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	入居するにあたって重要事項や利用者の状況により、ホームで出来る対応等詳しく説明し、同意を得ている。随時わからない事や変わった事等お知らせしている。		
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並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	ホーム内に苦情窓口を設け、要望箱も設置している。日々の中で要望や思いを話してもらえるように雰囲気作りをしている。	家族が面会時の都度声がけし、意見や要望等を表出できるよう配慮している。申し送りノートを活用し、必要時は管理者等に報告し、運営に反映させている。	
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	職員の要望や意見を聞き、働きやすい環境作り、日ごろからのコミュニケーションを図るよう心がけている。	定期的な会議の開催はないが、常に管理者は職員の言動に留意し、「なにか困ったことはないか？」等話しかけ、職員が意見を表現しやすい環境に努めている。	
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	職員の状況を把握し、アドバイスしたり待遇を考慮し働きやすい職場環境を整えるように努めている。		
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	外部研修へは可能な限り職員の力量に合わせて参加している。外部研修を下に内部研修を行ったり、業務を通じてアドバイスしている。		
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	全国や青森県のグループホーム協会に加入し、研修を通じて他事業所と交流する機会作りをしている。まだ行われていないが、他事業所へ訪問会をする予定であり、今後の関係作りをしていきたい。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用前にはホームへ見学に来て頂いたり、会いに行ったり、家庭的な雰囲気を感じながら、不安なくサービスを開始出来るように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	利用前にはホームへ見学に来て頂いたり、ホームでの支援について話し合い不安なくサービスを開始出来るように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	今までの生活の経過を聞き、これから先の生活についての意向やホームでの支援について話し合いをしている。状況に応じて他事業所の紹介もしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事作業を手伝ってもらいながら、若い頃の話、時代の話等をし協力作業を行い生活している。		
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置かず、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	家族との情報交換を密に行い、自宅での暮らしぶりや性格等把握し対応している。		
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	知人等の面会の促しや手紙の支援をしている。家族の協力の下、なじみの人に会ったり出かけている。	手紙の代筆や、自力で書かれる方にはその支援を行なっている。また、職員が同行し近隣に住んでいる友人のところへ出かけている。町会の慰安旅行にも出かけられるよう支援しており、関係が継続できるよう努めている。	
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	ティータイム、食事、レクリエーション等で利用者同士の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	必要な情報提供を行ったり、他事業所へ利用者と一緒に遊びに行っている。		
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	日々の関わり合いや家族からも情報を頂き、どのような生活を望んでいるのか把握しその人らしい生活が送れるよう支援している。	思いや意向の確認をセンター方式で行っており、利用者の思いをケアプランに反映させている。	
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	プライバシーに配慮し情報収集に努めている。		
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	日々の生活の中で本人の過ごし方を把握し状態に合わせた対応をしている。		
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	日常生活から、本人、家族の要望や思いを聞いたりアセスメントし介護計画へ反映させている。月1回のモニタリング会議を通して情報の共有、ケアにつなげている。	定期的なモニタリング会議を開催しており、評価内容も適切に行われている。	
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	個人ファイルを作成し、日々の様子を記入している。補足としてケアノートを作成し、情報の共有、ケアにつなげている。月1回まとめをし、必要に応じて介護計画の見直しをしている。		
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	外出、受診の支援や以前行っていたデイサービスへも参加し活気を持てるようにしている。家族が宿泊する際には、食事や寝具の貸し出しも行っている。		

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	警察署や消防署、近隣スーパー等には年1回挨拶したり、誰でも随時見学出来るようにしている。又外出先の施設等へも繰り返し行くことでホームを知って頂いたり、定期的に案内が来たりと良い関係作りが出来ている。		
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	入居前からの医療機関を継続して受診出来るよう支援している。状態によっては、家族の了解の元、専門医へ受診している。受診結果は家族へ報告し、急変時は手伝いをしてもらっている。	入居前からの病院受診が継続して行われている。定期的な受診は職員が同行している。往診の方も1名おり、家族や本人が希望する医療機関の利用ができています。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	利用者の状態を報告し、ホーム内看護師や訪問看護ステーションにアドバイスを頂いている。必要に応じて早期受診し対応している。毎週1回、健康管理等訪問看護ステーションとの契約の下っている。		
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、また、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。	お見舞いに行ったり、家族や訪問看護ステーションの方と情報交換を行いながら早期退院に努めている。		
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	レベル低下に伴い、主治医と家族と話し合い、急変した場合にはすぐ対応して頂けるようにしている。本人、家族の意向を尊重しながらホームで出来る限りの支援、施設、病院の紹介をしている。必要に応じて訪問看護ステーションの方と連携を取り、支援やアドバイスを頂いている。	終末期の対応はしていないが、本人や家族と相談しながら、適切に医療機関を受診できるように支援している。	
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	消防署で行っている救急法を学んだり、緊急対応のマニュアルや研修を行っている。		
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	年3回避難訓練、消火器の使い方について確認している。災害時に備えて消防署や警察署に協力を呼びかけている。近隣での手助け確保のため協力体制検討中である。連絡網を使用してでの連絡練習をして行きたい。	3棟の避難訓練が行われている。一人ひとりの利用者の状態を踏まえて、災害時の具体的な避難策について検討されている。夜間を想定した避難訓練も行っている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	誘導時の声がけ等利用者のプライバシーを損ねない対応の徹底を図っている。	年長者に敬意を払い、さん付けで呼ぶなど丁寧な声がけがされている。誘導時の声がけも周りに配慮しながら対応している。	
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	外出時食べたい物や洋服を選んでもらったり自分で決めている。		
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し、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	基本的な一日の流れはあるが、本人のペースを大切にし希望に添えるようにしている。無理な時は日時を決めて支援している。		
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	個々の希望に合わせ、訪問理容や近隣の理容室に通っている。職員と一緒に洋服を買いに行ったり、普段からもバランスが取れるようアドバイスをしている。		
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	メニューはデイサービスの調理師が作成しており、定期的な嗜好調査の結果、旬な物等メニューに反映出来るようにしている。可能な限り、野菜きり、盛り付け、お茶碗拭き等家事作業と一緒にやっている。食事の形態を個々に合わせて提供したり、盛り付けを工夫したりしている。	職員と一緒にできる作業を中心に調理をしている。嗜好調査を年4回行っており、利用者の好む食事をできるだけ提供できるよう工夫されている。	
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	嗜好調査や個別に食事量のチェックをしている。事前に家族等からも好みやアレルギーについて聞き、把握している。病気のある方へは、量を減らしたり、代用したりと工夫している。		
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	一日2回の歯磨きの声がけ、介助を行っている。必要に応じてうがい回数を増やしたり、歯科医師の往診や助言を頂いている。就寝前には義歯洗浄を行い、清潔保持に努めている。		

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
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向けた支援を行っている	排泄チェック表を使用し、定時トイレ誘導している。	1人ひとりの排泄の困難な要因を排泄チェック表で確認し、随時見直しを行い、排泄パターンに応じた個別の支援を行っている。	
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	排泄チェック表にて排便コントロールが出来るか把握している。散歩等身体を動かす機会を設けている。		
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、個々に応じた支援をしている	バイタル測定し、体調管理を行い、安全に入浴出来るよう支援している。	入浴日は週2回と決めているが、夏場はシャワー浴を追加したり、足浴を行ったりと個々に支援を行っている。	
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	日中の活動を促し、ゆっくり休息が取れるよう支援している。寝付けない時は、温かい飲み物等提供している。		
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	個人ファイルに処方箋をファイルし、いつでも内容を把握出来るようにしている。服用後の状態や副作用等を家族や主治医に報告している。投薬確認簿、薬ケースを作成し、飲み忘れや誤薬防止に努めている。		
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	一人ひとりの得意分野を把握し、初めて行う事でも一緒に参加して少しでも力を発揮出来るようにしている。それぞれ役割を持ち自信につながるよう支援している。		
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。また、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	天気や気分をみながら、必要に応じて散歩やドライブ、買い物等にでかけている。遠方へは家族と連携し協力の下、墓参りや海へ出かけている。	買い物は徒歩で出かけている。天気のよい日は外に出てラジオ体操や、外気浴を実施している。利用者が日常的に屋内で過ごさないような工夫がされている。	

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
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	買い物外出等は、出来る方に対して本人が支払えるよう支援している。		
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	定期的に家族や知人に手紙やはがきを出し、写真を添えて近況報告している。本人の希望に応じて日常的に電話もしている。書けない方には思いを聞いたりし代筆している。		
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	ホールにはロールカーテンを使用し、光の調節をしている。棟内には写真や季節に合わせた飾りつけを一緒に作成し、生活感、季節感を持って過ごして頂けるようにしている。	共用スペースには全員が映った写真やソファが置いてあり、利用者にとって楽しく、休める場が設けられている。食事が終わっても居室に戻らず食堂でくつろいでいる。	
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	共用空間にソファを置き、利用者同士でくつろいでいる。		
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	使い慣れた物を持参するように家族と相談し、居心地良く過ごせるように配慮している。	家族と一緒に写した写真や、昔の写真を飾ってあったり、古いタンスや、テレビ、鉢花など利用者が自宅の延長として過ごせるよう居心地のよい環境づくりがされている。	
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」や「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	廊下、居室内の環境整備、安全に移動生活が送れるようにしている。		