

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	3372200927		
法人名	有限会社 かたやま		
事業所名	グループホーム ひなた 2ユニット		
所在地	赤磐市 殿谷 32-1		
自己評価作成日	平成28年05月30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/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3372200927-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【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 ライフサポート		
所在地	岡山県岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館		
訪問調査日	平成28年6月14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)】

介護理念『いつも わたしたちが そばにいます』
 すべての介護の場面にあてはめ 今必要な関わりを考え寄り添う。温かく、そして粘り強くチームワークで支援する。
 『笑顔と会話を大切に』見慣れた職員の笑顔と声が入居者の気持ちを穏やかにします。そして私たちは、一瞬一瞬から生まれた思いもかけない言葉や仕草に元気をもらい、日々小さな感動を積み重ねています。
 毎日、良いことばかりでなくても記録にし、画像に残し、その方の生きた生活すべてが宝物となるよう大切に思っています。そして、認知症について 地域の人、地域以外の人にも正しい理解が得られるような支援します。



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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	日々変わる状況の中で、「いつも わたしたちがそばにいます」の理念に基づいて介護実践を常に行っている。		
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	夏祭り・避難訓練・道造り・近所の庭園行事に参加・近所の方から頂いた野菜を献立に取り入れるなど、様々な状態の利用者でも何かの形で交流できるようにしている。		
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	赤磐市のボランティア養成講座、ケアカフェへの参加等、地域の方々の支援に役立つよう取り組んでいる。岡山大学の学生へ講義を行うなど、若い世代の育成支援も出来ている。		
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	地域の方・多職種の方達から、いつも貴重な意見を頂いている。特に事故やヒヤリハットに関して、また違った目線のアドバイスを頂き、会議録だけでなく、すぐに申し送りなどで周知し実践している。		
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	わからないことがあればすぐに相談している。介護保険以外のわからない事も相談し理解を深めている。また、市からの相談も出来る限り協力し、連携を大切に取り組んでいる。		
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	日中、施錠は行っていない。転倒・転落の危険が高い場合、すぐに拘束ではなく、ミーティングで様々な意見を出し合い実践する。それでも2点柵を要する場合は家族へ相談し、必要な書類を提出している。		
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	研修の参加や、高齢者虐待防止法についてのファイルをいつでも閲覧できるよう事務所に保管している。情報を取り入れ、1人1人心掛けていく。		

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	研修で制度について学んでいる。現在、成年後見人制度を活用している入居者はいない。申込者に情報を伝えられる様必要なことは調べ、学んでいる。		
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	家族には、まず不安や疑問を吐き出してもらい、説明中、話す速さ・質問の有無を小まめに設けている。改定等の際は必ず書類を作成し、知らせ同意を得ている。普段より細かな事でもコミュニケーションを図っている。		
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	面会時、日々の記録を読んでもらう・近況報告を行い、コミュニケーションを図るよう心掛けている。その際、知り得た情報は職員間で報告・共有している。又家族には定期的に運営推進会議に参加してもらっている。		
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	普段から申し送りやそれ以外の会話から具体的な提案を聞くことが出来、定期的にミーティングを開いて、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	職員の希望や体調・健康に応じた勤務体制を整え、柔軟に対応している。感謝している。		
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	個々に合った研修が勧められ、研修報告書の作成・回覧だけでなく、勉強会で参加者が報告を行うなど学ぶ機会を設けている。		
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	市内のグループホーム同士で交流できるよう呼びかけ交流の機会を設けている。運営推進会議の参加を呼び掛け、お互いの事情や悩みを分かち合い、サービスの質を向上することが出来るよう話し合っている。さらに深めたい。		

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	情報提供書から状態把握に努めている。入居してすぐはマンツーマン対応を心掛け、言葉に耳を傾け、表情・仕草をよく見て、本人の声を聞き逃さないようにしている。まずは安心して頂けるよう心掛ける。		
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	初期は特に小まめに連絡・報告・相談を密に行うようにし、面会時は職員から話しかけコミュニケーションを図りやすいようにしている。話すだけでなく面会シートに思いを記入できるようにしている。		
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	ケアプランだけでなく、本人の状況・家族の思いを実際に見て、職員間で密に情報交換と共有し、ニーズを見極め優先順位を考えている。		
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	殆どの方が身体的介助を要しているが、出来る事はしてもらい見守る、出来ない事は一緒に行い、利用者と一緒に喜び・憂を共感している。利用者からの優しい言動に元気をもらっている。アットホームな雰囲気作りに努めている。		
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	取り組む際は必ず家族に相談し、取り組み後の良い事・反省点は必ず報告し、常に家族から情報をもらい、一緒に本人を支えるようにしている。		
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	受診時、馴染みの店に寄る・自宅近所をドライブなどする。又、近所の方や友人が面会に来た際、話やすいよう職員が間に入り、帰宅時は本人と一緒に外まで見送る、また来て頂くよう一声かけるなどしている。		
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	職員が間に入り、談話だけでなく歌を唄うなど利用者の状態に応じたコミュニケーションをとれるようお互いの気持ちを大切にしている。居室で1人である方にも小まめに声をかけるよう心がけている。		

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
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	看取りによってサービス利用が終了しても、グリーフケアカンファレンスを行い、思い出を共有する。退居後も気軽にホームに立ち寄っていただけるよう努めている、実際に遊びに来られる。		
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	関わりの中で意向を尋ね、日頃の言動から気持を察し、思いや希望の把握に努めている。常に職員間で相談し、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	以前利用の施設・ケアマネに話を聞き、面会の度に何か情報がもらえるよう家族と話をしている。又、面会に来られた友人や近所の方、以前本人と同じ職場だった方からの情報も参考に把握に努めている。		
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、状況・状態に変化がある中で、朝礼や申し送りを通じて細やかな把握が職員全員が出来るよう努めている。		
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	定期的にミーティングを開き、意見・提案・情報を細かく把握・共有し、その内容を「そしてどうなりましたか」にまとめ、ケアプランを作成しモニタリングを行っている。		
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	カードックス・日々の介護記録経過・申し送りなどで細かく情報共有している。又、利用者の体調に応じ、食事の提供方法・水分摂取量・記録方法の変更を行っている。		
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	利用者の状況・心身の状態に合わせ食事形態・水分提供方法・入浴方法等、常に話し合い、訪看のアドバイスをもらい取り組んでいる。多機能化した際に家族にかかる負担にも考慮しながら柔軟に対応している。		

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	運営推進会議に出席される地域の方や多職種の方から情報を頂き、安全で豊かな暮らしを楽しめるよう支援出来ている。		
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	利用者の様子・体調を小まめに伝え、関係を築けており、Dr.が忙しい時も訪看を通じてすぐに適切な指示がもらえるようになっている。家族の希望も細かく伝えることが出来ている。		
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	些細な事でも看護師に報告・相談が出来、訪問日以外にも電話等でいつでも指示がもらえる体制が出来ている。又、医療面以外の理解を得られ、寝たきりの方の入浴支援にも協力してもらっている。		
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、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。	入院時速やかに情報提供書を作成し提出し情報交換や相談に努めている。退院時にはその後の生活が安定できるよう、事前訪問し情報を得たり、相談したりしている。		
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	入居時から看取りの意向を聞き、状態の変化がある度に訪看・Dr.に指示を仰ぎ、家族と出来る限り本人の意思を確認している。記録を細かく記入できるよう様式を変え、家族に開示している。又、往診時、出来るだけFaにも同席して貰えるよう声を掛けている。		
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	救急蘇生法の訓練が定期的に行われている。急変時の救急要請の手順も全員把握出来ており、連絡体制も整っている。		
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2回の避難訓練を通じ、地域の方の意見をとり入れ、名簿に顔写真を付ける、地域の方との役割り分担も決める等出来ている。地震についても、起震車で震度7の疑似体験で、出来る事出来ない事がよく分かった。		

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	敬語を使いながらも時には方言を取り入れたりし、友人のように会話が出来るよう状況に合わせて声をかけている。配慮に欠けることがないよう気をつけている。		
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	自己決定が難しい・言葉数少ない方でも、日頃の会話から思いや希望を汲み取るようにしている。又、選択肢を2択に絞ることで自己決定を促している。		
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	1日3回の食事のペースにこだわらず、日々の本人の体調・気分に合わせて形で提供するなど、柔軟な対応を心掛けている。		
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	入浴前に一緒に服を選ぶ、髪が長い散髪を嫌がる方には髪を結うなど、本人のペースに合わせることで「ありがとう」の言葉と笑顔を見ることが出来ている。		
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	献立にこだわることなく、好みや食べやすいものを把握し、裏の畑や地域の方から頂いた季節の食材を取り入れるようにしている。ミキサー食・刻み食の方の分も見た目や色合いに気をつけている。		
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	その日毎の状態を把握し、食事・水分を小まめに調整して提供している。又、形状に注意しながら少しでも摂取しやすくなるよう工夫している。又、一度に定量をではなく、数回に分けて提供し無理のないように配慮している。		
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	磨くのみ・つかいのみ・室介助の程度、又はそれが日や時間によって違うことを把握し、その時の本人に応じた方法でなるべく自力で出来るよう介助している。口腔ティッシュ等、道具を使い分けて、口内の清潔維持に努めている。		

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むけた支援を行っている	個々のリズムに合わせて定期的にトイレに誘うようにしている。トイレへ行くことが難しくても、血圧に注意しながらトイレに移乗するなど、本人が気持ちよく排泄できるよう心掛けている。		
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	牛乳・バナナ・ヨーグルト等の食品を活用し、薬を使用する際も、量を増やす前に訪看に相談をしながら薬提供時間を変えるなど、工夫している。又、体操や歌を唄うことで腸が動くようにして便秘解消に取り組んでいる。		
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	希望日に浴う事は難しいが、気持ちよく入ってもらえるよう、時間やタイミングは本人の希望や状態を見て誘導している。シャワー浴の方も2~3人介助で湯船に浸かるようにしている。		
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	必要に応じて眠剤を使用しているが、本人の当日や前日の状態を考慮しながら内服時間を変えて支援している。又、不安感がある時は眠りつくまで寄り添うなど安心に繋がるようにしている。		
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	訪看のアトハイブで毎食薬の内容が合っているか、提供直前に提供者・提供時間が合っているかダブルチェックを行っている。効能は勉強会で学び、処方薬一覧を事務所に置き、職員全員周知出来るようにしている。		
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	洗濯干し・たたみ、野菜の下準備等、利用者に応じ出来る・好きな事を把握し、役割りを持ってもらうよう支援している。気分の浮き沈みには食べ物の提供・場所を変える・唱歌等、気分転換が出来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。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	日常的には難しいが、家族の協力で受診時に家の近所をドライブする・ホームまでの帰り道を大回りするなどして支援している。イベントに出かけられそうな方には、なるべく出かけている。		

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	若年性の方に対し、金庫でお金を預かり、その為の書類も作成し管理していた。現在は金銭にこだわらなくなったので終了している。受診・外出時に一緒に買い物ができるよう、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	届いた手紙や荷物は本人と一緒に開けるようにし、その後もお礼の電話や手紙を書く等、一緒にしている。本人や家族から希望があればすぐに電話できるように支援している。		
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、ホールや居室の壁、居室戸口付近に飾り付けをしている。天気が良い時は、外に出るのが難しくても、窓から外を眺めるなど、工夫をしている。		
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	居室でもホールでも職員が傍にるようにして過ごしやすい居場所作りを工夫している。職員だけでなく、他利用者と一緒に訪室する機会も作っている。		
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	家具など馴染みのある物を置く、家族写真を飾るなどして、利用者が安心出来る空間を作るよう工夫している。利用者が大切なものと認識できなくてもいつか置けるようになるまで預かり、待つ。		
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	談話や思い出話のきっかけになるような様々な光景の写真を飾り、歩行の補助になるよう備え付けの手すり以外にも椅子の置き場所を工夫するなど等で自立の支援を工夫している。		