

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	1070100944		
法人名	医療法人富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホーム あかしの里Ⅲ		
所在地	前橋市日輪寺町350の2		
自己評価作成日	平成23年1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.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23年2月10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)】

1. 入居者の一人ひとりの思いを大切にしています。具体的には、毎日の日記からその日の思いを探り、その日にしたいことや召し上がりたい物など、実現できるよう工夫しています。また、「夢を叶えるツアー」を企画し、ご家族に代わり、一人ひとりの夢の実現に努めています。また、年頭には、今年1年どんな思いで暮らしたいかの目標を、ご自分で立てていただき、1年間その人らしく、張り合いを持ってせいかできるようお願いさせていただいています。2. 笑顔を絶やさない介護を実践しています。スタッフ間では、どんなことでも言える環境づくりに努め、出来るだけストレスを溜めない仲間作りを心掛けています。ストレスが強いと自然な笑顔は生まれません。3. ターミナルの実践。ご本人の意思を確認し「最後までここがいい」と言ってくださる方には、看取り介護をさせていただいています。

【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)】

--

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 3. 利用者の1/3くらい 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)	<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)	<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、生き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	地域に密着して生活していくことの大切さを痛感し理念としている。また、理念は常に玄関・食堂・相談室・ステーション・職員トイレ等に貼り、常に目につくようにし、いつでも管理者と職員が理念の共有ができる環境作りに努めている。また、朝の申し送り時に必ず理念を唱え、一日の仕事初めの決意としている。		
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	自治会の防災訓練、総会、町内清掃には常に参加し、町内の文化祭には作品を出品、納涼祭は入居者が参加し顔見知りの関係作りに努めている。また、毎年秋に富士たちばなグループとして、地域の方々に感謝の気持ちを込め「感謝祭」を開催し参加をいただいている。		
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	近隣の方を招きグループホーム内を見学していただき、入居者と交流することで、認知症に関して理解を深めていただけるよう努めている。また、町内清掃などに参加していると、GHや認知症に関する質問を受ける。その際は、分かりやすいよう説明し、何かあった時は支援していただけるようお願いしている。		
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	運営推進会議では、評価を公表し、その都度改善点や問題点を提起し、出席者からも意見を得ている。また、改善したものはその都度、改善途中のものは進捗状況を報告し意見の交換をしている。		
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取り組んでいる	運営推進会議には必ず出席していただき、その都度積極的に取り組んでいるケアサービスや生活状況などを伝えている。また、問題点等が発生した際は相談している。		
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	事業所内で身体拘束委員会を設置し、拘束に関する勉強会を開催し、スタッフに啓蒙している。また、身体拘束をしないケアを方針としている。		
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	外部の研修会や施設内の勉強会等に参加し、常に学ぶ機会を持っている。また、ホーム内で見過ごしのないようホーム長会議やホーム内のカンファレンス等で話題にし関心をもつように心がけている。		

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
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	地域福祉権利擁護事業や成年後見制度についての研修に参加しているが、未だ必要とする事例には至っていない。		
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	管理者がその都度十分な説明を行い、納得いただいてから契約の運びとなる。		
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	苦情箱を玄関に設置し来訪者の意見が直に届くようにしている。また、直にスタッフに言えるような雰囲気作り心がけ、意見、苦情等が発生した際は、カンファレンス・ホーム長会議を開催し、検討。ホーム長会議で解決できない苦情等は苦情処理委員会を召集し検討、解決に導いている。その結果は、家族等に報告すると共にスタッフで情報を共有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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	意見交換の場として、職員カンファレンスや定例会議が定期で開催されている。必要に応じ事務長等が出席し意見交換する機会を持っている。また、不定期ではあるが、日常的に運営者や事務長が各ホームをラウンドし、職員の意見をその都度聞いている。		
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	代表者は各ホームをラウンドすることでスタッフの勤務状況などを把握し、また、各人に声をかけその都度モチベーションが持てる前向きな話をフランクにしている。		
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	随時、認知症介護基礎研修等内外の研修に参加している。また、事業所内に勉強委員会主催の勉強会には随時参加し、知識の吸収に努めている。		
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	グループホーム協議会主催の会議やグループホーム大会等に参加し、交流を図っている。また、グループホーム間では受け入れをさせていただき、その都度交流を図り、情報を共有し、サービス向上につなげている。		

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
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	事前に家庭訪問や面接を行い、本人の気持ちや状況を伺うが、なかなか本人から聞き取ることは難しいが出来る限りコミュニケーションを図り、求めていること等を探り、受けとめるよう努めている。		
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	事前に家庭訪問や面接を行い、家族の気持ちや状況を聞き取り、具体的な対応策を提示し不安の解消に努めている。		
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	「その時」はカンファレンス等を開催し、必要な支援を見極めている。また、グループホームで対応しきれない案件は、創春館に在職している相談員や居宅の介護支援専門員などと協議し対応に努めている		
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	食事を一緒に摂ったり、掃除、洗濯物干し、洗濯物たたみなど日常的な仕事は一緒に行うよう努め、その都度入居者とスタッフが日常的な会話を楽しみ、日常的に喜怒哀楽を共にしている。また、季節行事など伝承行事に関しては入居者から仕来りなどを教えていただき、お互いに支えあい、信頼関係を構築している。		
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	感謝祭などの行事に家族を招き入居者と一緒楽しめるよう配慮している。また、毎月本人の暮らしぶりを「お便り」として送り、常に本人の様子を意識していただくようにしている。面会時には、スタッフがご本人を交え、日常生活の様子やイベントなどに参加した写真などをお見せし状況を伝え、情報を共有しながら、本人を支えていく関係を築いている。		
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	馴染みの人との関係が途切れないよう、馴染みの人と外出したり、馴染みの人が面会に来た際は、居室でゆっくり話ができるよう配慮している。また、馴染みの人探しなど出来る限り入居者の希望を取り入れ支援に努めている。		
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	掃除、洗濯物干し、洗濯物たたみなど、利用者同士が一緒にできることは、共同作業となるよう心がけている。会話も一方通行にならないよう配慮し、お互いが支えあえるような雰囲気作りに努めている。		

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
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	契約時に退居に至る事柄の説明をし、納得してもらっている。また、退居先がない場合は本人、家族と話し合い、退居先の支援も行っている。		
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	年頭に今年の目標をたて、目標に向かい日々暮らしている。また、思ってもスタッフに思いを伝えられないことが多々あるため、日記を書くことにより、日記の中の思いを重視し、個々に食べたい物、会いたい人などを探り日々の思いが把握できるよう努めている。		
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	個別性を重視し、家族に生活暦などの提供を協力してもらっている。本人からも日々のコミュニケーションなどから、暮らし方などを把握するよう努めている。また、入居前に自宅を訪問し、本人の部屋を拝見し、ホームの暮らし方に役立っている。		
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	日記の活用とコミュニケーションをまめに図り、一人ひとりの思いや一日の過ごし方などを把握しその人らしく生活できるよう努めている。また、「ちょっと変?」と感じた時は、バイタル測定をし、訪問看護と連携を図りながら把握に努めている。		
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	ケアプランを作成する際には、スタッフ参加のケアカンファレンスを開催し意見を反映している。また、本人には随時思いを聞き、家族は面会時に意見を聞き、プランに反映させている。		
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	日々の様子やケアの実践・結果、気づきは、毎日の記録に丁寧に記載し、情報を共有している。その中でも必ずキーワードを記載し、キーワードをケアプラン作成時に役立っている。		
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	体調不良に関しては、併設のクリニックや訪問看護を利用し、入居者が希望すれば、併設の通所リハビリの慰問に参加し楽しんでいる。		

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	消防署とは、防火訓練の際に協力を得、地域のボランティアの方には、レクリエーションの協力いただいている。		
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、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	ほとんどの入居者が併設のクリニックがかかりつけ医となっているため、随時連携を図っている。		
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	訪問看護は1週間に1回は健康状態の把握に来るため、その際気軽に相談している。また、併設のクリニックの看護職員も随時ホームに来て処置等を行い支援している。		
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	入院時は適宜面会に伺い、状態把握に努めている。また、面会時には、病院関係者と情報交換し、早期退院に向け相談している。		
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、事業所の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	入居時に重度化した場合や終末期のあり方について家族と話し合い、その時が近づいてきた際には、かかりつけ医と家族、管理者、スタッフで今後の方針を話し合う場を持っている。		
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	緊急時の対応のし方は事業所内の勉強会などで研鑽しているが、定期的に行っていない。緊急時の連絡網は作成されている。また、緊急の度合いにより連絡先を決めている。		
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	定期的な避難訓練を開催し、非難方法や救助法を身につけるよう努めている。また、運営推進会議などで常にに話題にし、地域の方の協力が得られるようになっている。		

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	一人ひとりの尊厳や思いを大切にしたり、丁寧で優しい言葉かけに努めている。		
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	年頭に本人の希望を聞き、今年目標をたて、目標に向かい日々暮らしている。また、毎日書いている日記から、その日の思いなどを探り、納得の行くような暮らしぶりになるよう努力している。		
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	トイレ誘導は一応定時となっているが、その都度入居者の様子をみながら誘導するよう努めている。入浴時間は、ご本人の希望を優先している。		
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	外出する際はできるだけおしゃれができるよう配慮している。また、美容は本人の希望により出張美容を依頼している。		
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	りんごやじゃがいもの皮むき、配膳など手伝えるものはげきだけ手伝ってもらおう。また、一緒に食事を摂りながら会話し、楽しんでいる。		
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	個人の記録に食事摂取量や水分摂取量を記載し、状態把握に努めている。また、体重の増減、血液検査値などを参考にし、栄養バランスを考え、提供している。		
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	食後の口腔ケアは入居者の状態に応じ、全介助、見守り、自立(声かけ)で行っている。		

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	定時のトイレ誘導から、排泄パターンを見つけ極力トイレでの排泄習慣を大切にしている。おむつ着用が必死となった際は、スタッフカンファレンスで納得のいくまで検討し、家族にも報告し、おむつ着用に至る。		
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	一人ひとりの便秘の状態を把握し、服薬だけに頼るのではなく、水分摂取を促したり、繊維質の食事の工夫などを行っている。		
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	入浴の時間は、ご本人の希望の時間を優先している。		
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	一人ひとりの生活習慣を大切にし、食堂や居室で自由に過ごしていただいている。寝ていただければ安心して寝ていただける環境を提供している。		
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	入居者全員の服薬一覧表を作成し、常に確認できるところに貼り、目的などを把握している。副作用に関しては、処方された都度調べ把握している。		
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	各入居者の力に合わせ、得意とする分野に活躍してもらえよう支援している。また、各人張り合いが持てるよう得意分野で「先生役」をしていただき入居者・スタッフが教を請う場面を作っている。		
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	ホーム周辺ではあるが、希望者と散歩や買い物、をし楽しんでいる。		

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	お金を所持している方はお一人であるが、希望により買い物に出掛け使っている。		
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	本人が電話をかけることは難しい状況であるため、職員がかけ本人と代わることはある。また、手紙のやり取りも自由に行っている。本人が希望すれば、職員が代筆も行っている。		
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	季節感を敏感に味わってもらえるよう、季節に関する掲示物や季節の物、花などを常に飾っている。また、それらのアイテムを利用し、コミュニケーションを図り、昔を回想することで、穏やかに過ごしてもらえるよう努めている。		
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	窓辺に椅子を置き、自由に座れるよう工夫している。		
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	家庭からの継続をモットーにしているため、馴染みの家具などは持ち込み、居心地よく過ごせるよう援助している。		
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	廊下・トイレ・風呂場などには手すりが設置され、車椅子用のトイレも完備され、安全面の配慮がされている。また、トイレの場所が分からない入居者には、張り紙などを工夫し、できるだけ一人でできるよう配慮している。		