

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	1071100356		
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームひばり		
所在地	群馬県安中市原市3-6-20		
自己評価作成日	平成25年11月19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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市富士見町小暮704-2		
訪問調査日	平成25年12月4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"> ・年間行事を通してご家族様の参加が常にあり、利用者様と共に楽しんでいる。 ・緑の多い静かな住宅街にあり、地域の方々に見守られているホームである。 ・事業所全体で研修を行い職員のレベルアップを目指している。 ・区長様はじめ地域のボランティアの方に行事参加して頂いている。

【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)】

<p>理念に掲げている「利用者1人ひとりが安心した生活が送れるよう…」に基づき、利用者個々の特性を大切にケアを心掛け、入浴時には希望に添って入浴の準備・介助・着替え等の一連の動作を1対1でゆっくりと会話をしながらの支援が実践されている。職員連携を図るため「業務日誌」を準備し、意見・要望等自由に記載することが出来、管理者が確認し、内容に応じて個別面談を行ったり職員会議で話し合い、リフレッシュの機会や運営に反映させる等、職員処遇環境の充実へと繋げている。</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 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)	○	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	ひばり独自の理念を作成し、事務所・玄関・台所などに掲示している。	「地域に密着し交流を深め、利用者1人ひとりが安心した…」等の理念を掲げ、目に付き易い所へ掲示している。年度初めに確認したり、日常的に気付いた時は管理者が随時伝えている。	
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	ホーム行事の声掛け、地域の回覧板を回してもらっている。	自治会に加入しており、回覧板持参時には利用者と会話をしたり、地域のボランティア(オカリナ演奏)が定期的に訪問している。ホーム主催の秋祭りに地域住民が参加する等、交流を図っている。	
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	地域の方が行っているボランティアの方と交流があり、理解していただいている。		
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	2か月に1度開催し、活動報告、取り組み状況などを伝え、意見交換している。推進会議後、個人面談も行っている。	市担当者・利用者・家族・課長・ホーム長等の参加により2ヶ月に1度開催し、活動報告や意見交換を行っている。家族全員に希望を聞き開催日程を調整したり、面会時には議事録等の説明を行っている。	
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	空床・満床の報告、推進会議参加、ホーム担当課長より報告相談等行っている。	市より派遣の介護相談員の受入れを行っている。事故発生時には先ず一報を入れ報告書を提出したり、利用状況等についても日常的に課長を通して連携が図られている。	
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	離苑の事故があった為、現在は施錠しているが、今後、しない様にしていく方向で検討している。	職員会議や法人内で「身体拘束その他の行動制限防止マニュアル」を基に研修を実施。今年1月に無断外出の経緯があり、現在は玄関を常時施錠しているが、開錠について検討している。	身体拘束に関する研修内容を再確認し、利用者に対するリスク管理等も踏まえ、玄関の施錠等について引き続きの検討を期待したい。
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	職員会議や日頃業務の中で話し合いをし、声掛けの仕方など気を付けている。		

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	現在、制度の利用は無いが職員会議の場で話し合いがされ支援できるようにしている。		
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	入所時、重要事項説明書・契約書の説明を十分に行い同意をもらっている。また退所時の同意書が作られ再度の説明と同意を頂いている。		
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	毎月、介護相談員の訪問があり利用者様からの悩みや要望を聞かせて頂き、サービス向上に繋げている。	介護相談員より利用者との会話の中から出された要望等、伝えてもらっている。家族からは面会時や運営推進会議で意見等聞いたり、個別面談を行い出された要望等は職員会議で検討している。	
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	年2回の管理者会議の話し合いの中で各ホームの意見を交換している。	毎月の職員会議等で話し合っている。意見や悩み等自由に記載できる(業務日報)があり管理者が個別に対応している。有休・希望休等は勤務表作成の際確認し反映させている。	
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	人事考課表を取り入れ、管理者、担当課長との三者面談を設けている。		
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	職員会議の中で研修する場を設けている。また本社全体で研修委員会を立ち上げ取り組んでいる。又、各自積極的に研修に行き勉強会をしている。		
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	近隣ホームとの交流の場を作り、納涼祭などを行っている。		

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
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	日々の生活の中で多くの関わりを持ち、不安・困っている事・要望などを聞き、安心してもらえるような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	面会や個人面談の時にご家族様の要望を聞き信頼関係につなげている。 家族の中で遠い方には、電話等で伝えている。		
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	入所事前や入所していただいた日から、ホームでどのように過ごして頂くか要望を聞いている。		
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	人生の先輩としてご本人のしたい事、共に生活をしていく中で、協力していける関係を築いている。		
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	月に一度のお手紙を送付し、日々のホームの様子などを伝えている。		
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	大切な関係が途切れないよう、いつでも受け入れている。また「いつでも来て下さい」と声掛けをしている。	家族・親族の面会が頻繁にあり、外出や外食の機会が多い。家族と温泉一泊旅行に行く人もいる。友達の訪問により居室にて利用者の誕生日会がケーキやプレゼント等で盛大に実施された。	
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	日中のレクの中で皆さんと一緒に考えながら、物作りなどを行っている。		

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
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	連絡を入れ状況を聞き、ご家族の負担軽減になるよう相談している。		
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	生活歴を見直し、本人の希望や役割を見付け、ケアプランを作成している。	職員が担当制になっており、個別に意見や要望等聞き取りを行っている。気付いたことは申し送りノートに記載し検討している。また、年1回利用者・家族にアンケートを実施し、意向等確認している。	
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	ご本人、ご家族、以前のケアマネ、提供者よりの情報を収集し、フェイスシートを作成している。		
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	朝夕の申し送り、職員・看護ノートをそれぞれ活用し、状況を把握している。		
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	ご家族様より要望を伺い、毎月のカンファ、モニタリングを行い、Dr・Nsの意見も入れケアプランを作成している。	月1回のモニタリングや職員会議等で確認し、3ヶ月毎に定期的な介護計画の見直しが行われている。状態等変化の際は協力医や家族等と話し合い随時の見直しを行なっている。	
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	ケアプラン、申し送り、支援経過包括支援などに記入し、共有し、より良いケアが出来るよう見直している。		
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・家族の要望に合わせて対応を行っている。		

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	ホーム内の庭に花植え、地主様の畑を借り、野菜作りをさせて頂き、土に触れる楽しさ、やりがい、役割を持って頂いている。		
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、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	往診前日に情報提供書をFAXし、往診時、ご家族様の要望や意見を伝え、指示を頂いている。	契約時に従来のかかりつけ医か協力医について説明し確認している。協力医による往診が月2回及び看護師が週1回訪問し処置等を実施。訪問歯科が月2回あり、口腔ケアや義歯の指導等ほぼ全員が受けている。	
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	定期的な健康チェックがあり、日常の変化を伝えている。また、急変時等の際には指示をいただいている。 往診以外にも週1日、協力医からNsが見てくれている。		
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。	入院時にはNs・Drと一増の連携を取り、早期に退院できるよう情報を頂いている。		
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	日中のケアの中で変化の見える場合、家族様、Drに報告し、往診時、ご家族に立ち会いをお願いし、今後の方針を話し合っていく。	「重度化対応、終末期ケア対応指針」が重要事項説明書に記載され契約時に説明し確認している。状態等、変化の際は協力医や家族等話し合いつつ意向に添った対応を行っていく予定である。	
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	緊急時のマニュアルがあり、職員が把握している。AEDを設置し法人内で研修を行っている。		
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2回避難訓練を実施。緊急時には火災通報専用電話機があり消防署等に、直通で通報が行くようになっている。 今後は他の災害の事も考える。	平成25年9月12日消防署立会い、避難・消火等総合訓練(日中)を実施。平成25年2月と11月に自主訓練を実施。水・米・カップラーメン等非常食の備蓄あり。運営推進会議時に話し合っているが地域との協力体制は築けていない。	利用者の人命重視を考慮の上、夜勤者は1人であることから夜間想定避難・誘導訓練及び自主訓練の増加と地域との協力体制構築への働きかけを引き続き期待したい。

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
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	その人その人に合った声掛け、その場の状況を考え見守りしている。また、どのような声掛けがその人に合っているか、職員で話し合いをしている。	言葉遣いや声かけ等について、個々にあった対応を心掛けてはいるが、難聴の人への声かけ等伝える事を優先し大声になってしまったり、言葉遣い等慢性化している事に危惧し、検討している。	利用者への言葉遣いや声かけ内容等、時にはプライバシーへの配慮とも関係することから、傾聴や尊厳等について再確認してみてもどうか。
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	その人の行動、表情を察し、今何を考え何を訴えたいのかを考え、支援している。		
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	その人らしい生活ができるよう、無理な声掛けは行わず、業務優先にならないようなケアをしている。		
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	行きつけの美容院がある方には、いつでも行けるよう支援し、ホーム内では2ヶ月に1度美容師の方に来ていただきカットや、おしゃれを楽しんでいる。		
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	メニュー作りを一緒にいき、リクエストを聞いている。季節に合わせた献立を作り、一緒に料理や片付けをしている。	週2回配食業者のメニューだが新聞ちらしやテレビ等から希望が出されメニューに反映している。下ごしらえ・後片付け・食器拭き等行い、見守りながら職員も一緒に食べていた。誕生日・敬老会メニューや釜飯・おはぎ等楽しみ事に繋げている。	
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	毎食後、食事量・水分量を記入し把握している。その人に合った食事を作り支援している。		
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、声掛け見守り、一部介助を行い清潔保持に努めている。 月に1回以上、歯科に来て頂きアドバイスをもらっている。		

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	排泄チェック表を利用し、職員で情報を共有している。その方にあった声掛け、指導を行っている。	排泄チェック表を活用し、声かけやトイレ誘導を行っている。オムツ使用者は1人いるが出来る限りトイレでの排泄を心掛けている。	
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	十分な水分、食物繊維豊富な野菜、牛乳などを取り入れ、運動も行っている。野菜ジュースやみそ汁の具で、しっかりとって頂く。		
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	週に6日の入浴日を作り、一人一人ゆっくり入浴を楽しめる様に支援している。	月曜～土曜1日3人程度を目安に希望に応じて1対1での入浴支援を行っている。入浴剤やゆず湯等の工夫や会話をしながらのんびり入浴できるよう心掛けている。	
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	ホールで過ごすだけでなく、居室でゆっくり過ごせる様な声掛け、又いつも座る椅子にも工夫している。		
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	薬の情報提供書は個々のファイルに入れ、共有している。また配薬時・セット時、必ず2人で対応している。		
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	草むしりや畑仕事、掃除、台所など、お手伝いをお願いし、気分転換や役割を持てるよう支援している。今年「作る」をテーマに1年間行事を考えている。		
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	四季を通してお花見に出かけている。近場の時にはご家族様にも声掛けをしている。	日常的には天候に応じて近隣へ散歩に出かけている。季節のお花見(秋間の梅林・富岡のシャクヤク・鼻高のコスモス・桜)等ドライブを兼ねて出かけている。家族と外食に出かける人もいる。	

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	管理できる方には個別管理をして頂き、外出の際は、持参して頂いている。 心配される方には、金庫にあると声掛けし実際に見て頂く。		
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	ご本人の希望がある時にはご家族様に協力していただき行っている。遠方よりの頂き物をした際には、お礼の連絡をしている。 利用者様より「電話したい」と要望が良くあり、好きな時間に電話している。		
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	共有スペースには写真・季節の飾付を行い、清潔感、明るさ、温度には注意している。トイレは大きな表示があり迷わないようにしている。	ホール内はテーブルやソファが3ヶ所に配置され、適温でそれぞれに寛げる工夫がなされている。行事の写真や手作りの作品が掲示されたり、クリスマスツリーや飾り付け等季節を感じる工夫がなされていた。	
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	気の合う方と一緒にテーブル席の工夫をしている。一人が好きな方などには職員が入り対応している。		
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	入所の際、使い慣れた家具などをお願いしている。ご家族と相談しながら設置をしている。	鏡・化粧品・筆筒・衣装ケース・家族の写真・ぬいぐるみ・馴染みの毛布等が持ち込まれ、利用者個々の心地良さが醸し出されていた。	
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	棟内バリアフリー、手すりの設置がされている。また利用者様が分かりづらい場所には、大きく表示することで対応している。		