

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	4590100121		
法人名	社会福祉法人放射会		
事業所名	グループホーム ミューズの空 青島	ユニット名	1ユニット
所在地	宮崎市青島2丁目7番8号		
自己評価作成日	平成25年9月20日	評価結果市町村受理日	平成25年12月10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.kaijokensaku.jp/45/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JigyosyoCd=4590100121-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階
訪問調査日	平成25年10月25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)】

馴染みの生活が送れるように、家庭的な雰囲気大切にしています。職員は、「認知症」に対する理解を深めるため、社内研修、DVD勉強会、職員感での勉強会に参加し、知識・技術向上を目指し、スタッフとの連携を保ちながら、ご利用者様が安心して暮らしていただけるようサービスの質の向上に努めています。また、地域の美化活動や行事などに参加し、地域を支え、支えられる関係を築いていけるよう努めています。

【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)】

有名な観光地、青島地区にホームはあり、日常的に近くの観光地(青島神社、植物園など)を散歩したり、自治会や地区の街づくり委員会に参加し、地域行事の手伝いに職員が参加している。また、ホームのスペースを開放して地区の茶話会が行われるなど、地域との交流を積極的に実施している。管理者は介護業務を兼務し、日々のケアの中で利用者の状態をきちんと把握し、職員への指示を行っている。利用者の記録(介護記録)も、介護計画に連動した記載ができており、利用者へのケアの質向上へつながっている。

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、安心して暮らしている (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

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	青島光の事業計画の理念、日常の実践としてできることを職員感で話し合っって理念を作った。目標として実践に向けて取り組みをしている。		廊下に掲示し、職員会議やユニットごとのミーティングの中で理念について話し合いを持ち、実践につなげている。	ホーム開設時に定めた理念であり、具体的な内容がわかりづらいため、再度、職員全体で検討をすることに期待したい。
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	地域活動や会議には積極的に参加をし、施設行事などには地区長、自治会長を通して地域の方々に声かけをしていただいている。		自治会活動や地区の街づくり委員会に参加し、ホームの認知度を高めるように努力している。近隣の保育園や小・中学校などの行事にも職員が参加したり、ホームのスペースを開放し、地区の茶話会が行われるなど、積極的に交流を図っている。	
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	地域の方々に茶話会などの機会を持ち、参加して頂くことで、認知症の理解や接し方などを知ってもらう機会をつくっている。			
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	現状報告を行い、最後に意見交換の場を設けて、サービスの向上につなげるようにしている。		活動報告や検討課題の話し合いを行っている。地域とのかかわり合いについても意見をもらい、その実践に努め、地域との良好な関係づくりが図れている。	
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	更新手続きやその他、書類提出の際は窓口に出向き、担当者と話す機会を多くとるようにしている。		市の担当者とは、書類提出の際に顔なじみの関係である。以前は運営推進会議議事録の定期提出も行き、ホームの取組の紹介も行っている。	ホームでの活動記録や行事の案内など、市の担当者にも知らせ、更に協力関係が築けるような取組に期待したい。
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「介護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	身体拘束マニュアルを職員に配布していません。施錠やベットの柵等についても身体拘束であることを全職員が認識しています。		年1回、職員全体で勉強会を行い、ホーム独自のマニュアルも配布しているが、理解が不十分なところがある。玄関フロアは施錠していないが、各ユニットからフロアに出る扉が日中も施錠をしていることが多い。	工夫することで、各ユニットと玄関フロアの扉を開放できれば、広い玄関フロアも活用ができるものと考えられる。また、年に数回勉強会を行い、職員全員がきちんと理解できるような取組に期待したい。
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	事業所内に虐待防止マニュアルを置き、職員会議などでの話し合いなど、職員の意欲向上に努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	研修に参加した職員が他スタッフに説明したりしていたが、十分に理解しているとはいえない。			
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	ご家族との話し合いの中で、理解されていないところはその都度説明して、理解できるように支援していくようにしている。			
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	家族会を設置しているが、利用者家族だけでの話し合いはされていない。個別に担当者や管理者に意見を言われるそれらの意見を反映して、サービスの改善も行っている。	家族会があるが、現状は活動はしていない。家族の来訪時に意見を聞くよう努めているが、意見はほとんど出されることはない。	ホーム行事の後に集まってもらうなど、事前に家族に通知・参加を促し、少しでも意見の出やすい雰囲気作りや場面作りを行うことに期待したい。	
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1回の職員会議で、職員の意見を聴く機会を持ち、回答できるものはその場で返答している。困難なものに関しては、上司の助言をもらっている。	職員会議の中で、意見の言いやすい雰囲気が作られ、検討し実践にもつながっている。また、法人理事長や担当部長が頻繁に来て、職員とも顔なじみとなっており、気さくに意見が言える環境となっている。		
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	希望休を取り入れて、働きやすい勤務状況を作っている。休み時間に関しても、90分必ず取れるようにしている。			
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	毎年、社内勉強会を年間で実施している。資格取得、外部研修等の補助もある。			
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	系列施設の同業種や地区会議には月1回以上のペースで意見交換を行っているが、他施設との情報交換はほとんど行っていない。			

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	事前の情報収集と職員間での情報共有に努め、慣れるように積極的な関わりを心がけている。ご家族にも密に連絡をとり、本人の具体的なニーズをうけとめている。			
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	申し込みの段階で見学をすすめ、十分な説明の機会をとっている。			
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	申し込みの段階で、事業所の出来ること、出来ないことの説明に心がけている。			
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	一緒に生活行為を行うようにしながら、共に生活をしている事を行い、会話を大事にし楽しむことで、信頼関係を築こうと取り組んでいる。			
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	家族等の面会時等は、事業所での生活の様子を伝え、在宅での暮らしの状況・助言などを聞かせて頂きながら、大事な一員として関わって頂いている。			
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	友人・知人や親戚が見えた時には、家族に伝え面会簿を見て頂き、その時の状況も伝えている。	利用者の電話使用の支援を行っている。また、遠方出身の利用者には、住んでいた町の話や投げかけたり、その町のお菓子を提供するなど、なじみの人や場所との関係が途切れないように取り組んでいる。		
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、会話や行動がスムーズに行えるようにしたり、意図的に話しかけ、関係づくりの支援をしている。			

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	些細なことでも遠慮せずに、いつでも相談して下さいと伝え、関係作りを行っています。退所後も相談に乗っている。			
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	本人、家族の思いや希望を理解・把握するように努めているが、十分に出来ていない現状がある	本人、家族等から意向や希望を把握するよう努めているが、その情報の記載がなく、職員での共有もできていない。アセスメントは、身体中心のものを使用している。		「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」シートの一部利用などで、意向や希望の把握を充実させるような取組に期待したい。
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	本人の馴染みの生活環境、暮らし方の把握に努め、本人らしい生活が出来るように努めている。			
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	安心して過ごせるように生活リズムの把握、変化時のスタッフ間での情報共有と記録によって、それぞれの気分・体調に合わせた毎日の過ごし方の把握に努めている。			
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	担当スタッフを中心に情報収集を行い、本人がよりよい生活ができるよう意見を聴きながら、介護計画に反映している。3ヶ月に1回の見直し、モニタリングを行っている。	家族が来られた時にカンファレンスを実施し、3か月に1回のモニタリングおよび介護計画の作成を行っている。状態の変化があった場合は、随時の計画見直しを実施し、現状に即した計画づくりに努めている。		
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	本人の言葉や行動の事実の記載と、その状況や背景を考えながら記録を行い、気づきやヒントを介護計画に反映するようにしている。			
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	利用者や家族の要望に応じて、通院や外出等を柔軟に対応している。			

宮崎県宮崎市 グループホームミュージズの空 青島(1ユニット)

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	地域の店での買い物など、本人を交えたかわりが出来るようにしている。			
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	利用者や家族の要望に応じて、それぞれのかかりつけ医と連携を取っている。体調変化時には随時協力医に相談し、適切な指示や助言を受けている。			
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	看護師が健康管理を行っている。体調変化時にはその都度連絡している。			
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。	家族と常に連携を取りながら情報を把握し、医療機関とも連携を取りながら、早期退院につとめている。			
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	入居時に重度化について話し合いを行い、家族の意向を書類に記してもらっている。		ホーム作成の重度化マニュアルで利用時に説明を行い、同意をもらっている。看取りについてはマニュアル・同意書を準備しているが、実際に必要な時に説明を行っている。実際に看取り希望があり、家族、かかりつけ医、訪問看護、ホーム職員が協力・連携して取り組んでいる。	
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	緊急連絡網を作成し、緊急時に備えている。看護師に24時間連絡体制で対応している。			
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	年2回の防災訓練、津波を想定した避難訓練も実施している。			

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	本人の自尊心を損なわぬよう、言葉かけや対応態度に気をつけている。		利用者への言葉かけや態度、プライバシーの確保に注意を払っているが、扉が開いたままのトイレも見られた。	職員の声かけや行動、利用者のプライバシーの確保、認知症について再度、職員全員で話し合い、より適切なケア、環境となることに期待したい。
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	日々の生活の中で声掛けをして、自己の意思決定ができるよう心掛けている。			
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	定期的に散髪や希望があれば、毛染めも実地している。洋服も本人に選んでもらっている。			
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	定期的に散髪や希望があれば、毛染めも実地している。洋服も本人に選んでもらっている。			
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、利用者職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と職員と一緒に食事をしています。食事の準備・片付け等に全員が参加出来るように配慮している。		副食は系列の配食サービスを利用。検食の職員が1名一緒に食事をしているが、他の職員は介助などを行っている。利用者の誕生日は、ホームで利用者と一緒に一部調理するなど、少しでも食事が楽しめるように努力している。	ホームの役割も踏まえ、一緒に同じ物を職員が食べられるような運営体制・環境作りの取組に期待したい。
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	健康管理チェック表にて、食事・水分摂取を把握している。足りない場合は、代用食等にて補っている。			
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	食後の口腔ケアの誘導、介助を行っている。夜間義歯は消毒をしている。			

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	排泄チェック表を把握し、定期的誘導の声掛けや介助を行っている。日中はリハビリパンツにて対応する。		すべての利用者が日中はリハビリパンツで過ごし、排せつチェック表を基にしたトイレ誘導を心がけ、排せつの自立に向けて努力している。	
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	体調チェック表にて排泄状況の把握、状況に応じて、水分・食事の調節をし、体を動かしていただいている。			
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	入浴日・時間は決まっているが、必ず本人に希望や体調をきいています。		週3回、月曜から土曜日の午前中に入浴は行っている。希望や必要時には、3回以上の入浴や夕方の入浴支援も可能である。時には入浴剤など使用し、少しでも入浴が楽しめるよう努めている。	
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	寝具の清潔を心がけている。不安感が募らぬよう言葉かけや見守りをしている。			
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	薬については特に気をつけている。周知徹底し、誤薬防止を心掛けている。			
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	食事の片づけ、拭き掃除、洗濯物畳み等、それぞれの方が出来る事をしてもらい、発揮の場を設けている。			
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	出来るだけ外出の機会をもうけている。遠出に関してはできていない。		週2回は何人かずつ、近くの神社や植物園、海岸へ散歩に行くなど、日常的に外出の機会作りに取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	1ユニット	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	自分でお金を持っている方は、買い物の際に自分で支払われたり、職員に買い物を頼んだりしている。			
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	電話をしたいと申し出があった場合は、電話をかけてもらって自由に話せる場を支援している。			
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	電話をしたいと申し出があった場合は、電話をかけてもらって自由に話せる場を支援している。	共用空間は、それぞれゆとりのある広さを持っている。居間や食堂には生活感、季節感のあるものが取り入れられているが、必要以上の装飾は無く、大人が過ごす空間作りに努めている。また、各居室の入口に目印があり、利用者が居心地よく過ごせるよう配慮している。		
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	リビングで読書をされたり、気の合った者同士の居室を歩き来され、おしゃべりを楽しまれたり、思い思いに過ごされている。			
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	本人が使い慣れた馴染みの品が持ち込まれ、環境が出来ている。	使い慣れた物や利用者によっては趣味(造花)の物が自由に持ち込まれ、それぞれの利用者が安心して、居心地良く過ごせるような工夫をしている。		
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	居室、廊下、浴室、トイレに手すりが設置され、安全に生活が送れるようにしてある。			