

(別紙の2)

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	ホームビジョンを設定し、常に見える場所に掲示して、スタッフ全員が意識して取り組んでいる。	法人の理念が玄関、2階入り口に掲げられ来訪者とその方向性を示している。また、利用契約時に利用者と家族に説明している。法人統一の「ケアの信条」や理念などを毎朝申し送り時に読み上げ実践に繋げている。職員のエリア研修でもビジョンにふれる機会を持ち周知徹底している。会社全体で2ヶ月に1回チェックシートにより理念に沿ったケアを実践しているかどうかの確認をしている。	
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人として日常的に交流している	地域のイベント(オレンジカフェ・自治協議会開催の行事・地域の喫茶店)などに積極的に参加し地域の一人としての交流を行っている。 認知症サポーター養成講座を定期的実施している。(学校・地域住民)	地区の自治会に加入し協力費を納め回覧板により地区の情報を得ている。地区の「オレンジカフェ」にも、職員が付き添い利用者2~5名が参加している。また、職場体験や実習生の受け入れも行っている。ホーム長が「認知症サポーター養成講座」の講師として、地域の小・中学校に年6~7回訪問している。手品・紙芝居・音楽・傾聴ボランティアの来訪があり、ハーモニカ演奏・フラダンスなどのボランティアもこれから来訪予定となっており、利用者も毎月ながしかのボランティアとの交流を楽しみにしている。	
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	地域にて、グループホームの取り組みについて事例報告会を開催し、認知症について理解を深めて頂く機会を持っている。		
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	運営推進会議にはホーム長、ユニットリーダーが出席し、そこでの意見を全体会議、ユニット会議等にて報告、周知するよう取り組んでいる。	基本的に奇数月とし年6回開いている。利用者、家族、地域包括支援センター職員、市高齢者活躍支援課職員、あんしん相談員、ホーム職員参加の下、活動報告と利用者の様子を伝え意見・要望を頂いている。家族の参加も一部の方のため、地区役員と合わせて今後多数の家族にも参加していただき、サービスの向上に活かせるようにしていきたいとの意向がある。	
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	運営推進会議に参加していただき、情報交換をさせて頂いている。また、不明な点、相談したい点があれば、電話、直接訪問し、意見交換をさせて頂いている。	消防署主催の救命講習Ⅱや心肺蘇生・AED講習に職員が参加している。介護認定更新時には家族の依頼があれば代行申請も行っている。市の認定調査時には家族が立ち会うこともあるが、ホームでの様子などを情報提供している。あんしん(介護)相談員も月1回の来訪があり、利用者とは交流している。	
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「介護保険法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	全体会議で勉強会を実施、チェックシートの活用、強化週間を設ける、注意喚起でスタッフの意識を高める等の取り組みを行っている。	法人の「身体拘束の取り扱いに関する要綱」があり、ホームに身体拘束廃止委員会を設け、ビデオ研修などの内部研修を行い、職員全員で拘束のないケアに取り組んでいる。言葉や行動など自己点検のためのチェックシートを使い2ヶ月に1回確認している。法人として身体拘束をしないケアについての強化週間も設けている。	

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
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	全体会議で勉強会を実施、チェックシートの活用、強化週間を設ける、注意喚起でスタッフの意識を高める等の取り組みを行っている。		
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	全体会議で権利擁護に関する勉強会を実施し、スタッフ全員に周知、理解、活用できるように心がけている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には契約書等の読み合わせをさせて頂き項目ごとに理解、同意して頂けるよう説明をさせて頂いている。		
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	ご家族の面会時、運営推進会議等ホームに来られた際には積極的に意見・要望をうかがえるよう心掛けている。また、ホーム、法人で相談窓口を設置して頂いたご意見はスタッフ、上司に報告し周知及び改善に向けた検討をしている。	面会時には、日頃の様子をお伝えし希望や意見を聞くようにしている。年1回家族アンケートを取り、意見や要望は日々の生活に活かせるよう職員全員で話し合い取り組んでいる。毎月、居室担当職員から「入居者様のご様子情報」で現況をお知らせしている。	
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	朝礼時には連絡だけでなく意見等があれば話せる環境となっている。また、定期的にスタッフと個別面談を実施し意見、提案を聞く機会を設けている。また、全社でスタッフに対するESアンケートを実施している。	年1回職員の満足度調査を行っている。また、昨年9月から目標管理制度を導入し、7段階に分かれたそれぞれの段階に沿って自己評価し面談があり定期昇給に反映されるようになっている。個人面談も年2～3回ホーム長が行い、意見や要望を聞いている。長野地域の各ホームの職員による一般公開の「認知症ケアの事例報告会」が毎年開かれ、職員のモチベーションアップにも繋がっている。	
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	就労時間、夜間休憩時間、時間外等、勤務実績を明確にしている。社内コンテストや表彰制度があり評価される機会がある。		
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	全体会議等のホーム内勉強会や法人主催の研修を定期的実施している。資格取得に向けた研修も実施しており、その支援制度も整備されている。		
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	善光寺平グループホームねっとの会員になっており、事業所間の交流を図っている。		

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	
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	入居前に生活歴や嗜好等の確認をさせて頂いている。また本人のお話を傾聴、受容して「安心・安全」に過ごしてもらうための信頼関係を作るよう努めている。			
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	入居前に普段の様子や困っていること、サービス利用にあたり要望や意向を確認しケアプランに反映させ同意を頂いている。			
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	本人、家族の要望、関係事業所等と連携し必要とされる生活課題を見極めている。意向に沿ったサービスが受けられるよう情報提供しながら検討をさせて頂いている。			
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	家事など出来ることは積極的に行ってもらい、時には教えてもらったり共同で関われる支援をさせて頂いている。			
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	家族に行事やイベント、畑作り等に参加、協力をして頂き、関わりを絶やさないようにしている。			
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	面会者についてはスタッフが把握できるように本人との関係を記録している。また、外出する機会を多く設けており希望の場所や馴染みの場所へ出かけられるよう支援している。	利用者は近隣の方が殆どのため、友人や近所の方の来訪がある。面会者については家族に確認している。馴染みの美容院に家族と行く方もおり、馴染みの環境を継続するようにしている。殆どの方がホームへの訪問理美容を利用しており、半数近くの利用者が開設以来からということもあり、馴染みの関係になっている。毎週家族と外出される方、正月に外泊・外出される方もいる。携帯電話を持っている方には家族からの連絡があり楽しみにしている。		
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	利用者が互いに馴染みの関係をつくれるよう座席に配慮している。時にはスタッフが間に入り交流することを促進している。1F、2Fも自由に行き来したり合同で行事を開催したりしている。			

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
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	退居後も今までの関係を大切に相談があれば応じる姿勢を示している。また関係事業所と連携を図りこれまでの情報を提供している。		
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	個々のコミュニケーションを積極的にとり、その会話の中で希望・意向の把握をし、困難な場合は日頃の行動・言動、表情等から読み取るように努めている。	利用契約時にアセスメントした生活歴から、ホームでの生活で今までの暮らしが継続出来るようケアプランを立て支援している。歩行が困難になってきたら、椅子から立ったり腰かけたり訓練や、折り紙などの作品作り、読書の本の購入、ご夫婦での外出など、一人ひとりの希望に沿えるよう職員間で意思統一し支援している。	
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	入居前から家族等より情報を収集している。普段の会話の中、行動からも把握す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	個々に過ごし方や生活リズム、できること、できないことなど把握したこと、職員から見た気づきなど記録に残したり、連絡ノートを活用して共有できるように努めている。		
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	本人や家族から意見を聞いている。ユニット会議で職員の気づきを共有することで現実的な介護計画を作成している。担当者会議ではご家族も参加ができるよう取り組んでいる。	職員は1~2名の利用者の居室担当として支援に取り組んでいる。ユニット会議で毎月3名の利用者の計画を見直している。基本的には長期6ヶ月、短期3ヶ月で見直しをしているが、状態の変化によっては随時検討をしている。見直しの時期には、家族面会時に希望等をお聞きし計画に反映している。	
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	個別記録、ユニット会議等で情報を共有し、実践や介護計画見直しに活かせるよう努めている。		
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	地元のボランティアによる訪問、職員のタクトケアの実践など柔軟な支援やサービスに取り組んでいる。		

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	地域のボランティア訪問、自治会加入しホーム内外で活動している。		
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	医療機関は本人、家族の希望で決定している。かかりつけ医の希望がない場合には、協力医療機関と連携して協力を頂いている。	利用契約時にホームの協力医があることを説明している。かかりつけ医については利用者や家族の希望を聞き、半数以上が利用前からのかかりつけ医を継続しており、家族付き添いの下、月1～2回受診している。職員が同行し、情報提供することもある。協力医の往診が月2回、訪問看護ステーションからも週1回の来訪がある。今年度4月から、歯科医の往診についてもホームから連絡すればお願いできることになった。	
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	訪問看護ステーションには24時間連絡がとれる体制となっている。また週1回、訪問があり健康チェックや相談をさせてもらっている		
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。	入院時には訪問して介護サマリー等により情報提供している。入院中は定期的に訪問し、状態の把握に努めている。		
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	重度化や看取りに至ったことがないが、万事に備え重度化した場合の指針、看取りについての指針を入居契約時に説明し同意を頂いている。	法人として「重度化した場合の指針、看取りについての指針」があり、利用契約時に説明し同意を頂いている。ホームとしてまだ看取りの経験はないが看取りについての研修も年1回開いており、条件が整えばいつでも対応できるようになっている。医療行為が必要になった時など、重度化した時には気持ちの変化もあることから、医師の説明の下、家族の希望も再度、確認し対処している。	
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	緊急対応マニュアル、AEDを備えている。また対応やAEDの使い方など勉強会を開いて取り組んでいる。		
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	定期的に消防避難訓練を実施している。運営推進会議で有事の際には互いに協力頂けるよう呼びかけている。	屋間の総合訓練が消防署員立会いと自主訓練での夜間想定年2回行われている。水害訓練についても、今後、取り組む予定になっている。早番の職員が「火の元チェックシート」で常に確認しており、「いざという時の防災マニュアル」には連絡網、伝言ダイヤル、地震・風水害時の行動、ライフラインの復旧方法、持ち出し品などが書かれており、職員に周知されている。消防署での救命講習にも職員が参加し非常時に備えている。	

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	定期的にケアチェックを行うことや、認知症に対する勉強会を実施することで、個別を尊重し、プライバシーに配慮したケアを実践できるよう努めている。	年1回はプライバシーに関する研修を行っている。男性職員も数名おり入浴や排泄介助など、馴染みの関係を築きながら利用者の気を損ねないように支援している。認知症ケアについてタクティールケア・アロマセラピー、県リハビリセンターでのアニマルセラピーなど、一人ひとりの利用者に合わせて、日々落ち着いて生活出来るよう支援している。	
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	利用者個々の希望を会話の中から聞き出してアクティビティ等、自己決定にて参加をして頂いている。		
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	業務の流れを優先することなく、ご利用者を第一に考え、どのように暮らしていきたいかコミュニケーションの中から個別に希望を聞き出すようにしている。		
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	外出等のきっかけになるよう化粧や髭剃りなどの整容を出来る限りご自身でできるように支援を行い、服装も自分で選んでもらうよう行っている。希望により洋服の買い物の付き添いながら支援をしている。		
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	調理、盛り付け、片付け等、職員と一緒にいき、時には調理方法を教えて頂いている。行事や外出時は食べたいものを希望いただき、好きなものを食べられるよう支援している。	食事形態については刻みやトロミなど一人ひとりに合わせて提供している。三分の一の利用者が一部介助・全介助であるが、時間がかかってもなるべく自力で食事が摂れるよう見守っている。メニューは法人の管理栄養士が作成しており、調理専門職員によって調理されている。力量に応じて下ごしらえなどを職員と一緒にしている。ドライブも兼ね戸隠のおそばや回転ずしなど、外食することもある。ホームの菜園ではスイカ・しそ・オクラ・トマトなど夏野菜が作られ、職員の中にも自然に役割が出来ており、利用者や家族と一緒にしている。	
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	食事、水分摂取量を必ず記録し確認できるようにしている。変化がみられる場合には、主治医、看護師に相談しながら対応させて頂いている。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。義歯使用者は洗浄剤を用いて消毒を行う。ブラッシングは出来る限り自身で行い、必要に応じて介助を行っている。		

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
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	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握、昼夜問わず個別にトイレへの声掛け、誘導、介助を行っている。	自立されている方が三分の一強でそのうち若干名の方が布パンツで、後の方はハビリパンツとパットなどで過ごしている。ホームのいたる所に「1日の水分を1,500mlを飲みましょう」と書かれた大きなポスターがあり、日中に水分を沢山とって排泄することで夜のトイレ回数が減り、ぐっすり寝ることが出来ているという。トイレ誘導についてはさりげなく声掛けし支援している。	
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	便秘予防に体操を行ったり、水分摂取量の確認を把握し、便秘がちな方には主治医、看護師に相談をさせて頂いている。		
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	午前、午後に限らず希望の時間帯に入浴をして頂いている。時には入浴剤を利用したり季節によって菖蒲、柚子を準備し入浴しながら季節感を味わっていただいている。	職員二人で介助する利用者が三分の一弱いるが、後は一部介助で入浴している。予定を立て、週2回の入浴としているが、当日希望された時には1階ユニットが午前で2階が午後の入浴のため、どちらかで必ず対応できるようになっている。車いすの方にはシャワーチェアを利用し、無理のないよう支援している。菖蒲湯・ゆず湯など、季節感を大切にしている。また、楽しい入浴になるよう入浴剤は好みに応じて使っている。	
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	居室内の温度、湿度を必要に応じて調整し、その日に合わせて安眠できるよう配慮させていただいている。昼間の活動、生活内容によって声掛けながら睡眠時間が適度にとれるよう支援している。		
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	薬は個々に職員が管理し服薬マニュアルをもとに服薬の介助を行っている。薬説明書をファイルし全員が閲覧、確認できるようにしている。服薬変更がある場合には、申し送りにて情報共有し変化の確認を行っている。		
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	個々の好みや趣味など本人や家族より話を伺い本人が得意な家事やアクティビティを積極的に行える環境を作っている。		
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支援している	天候や本人の体調に合わせて散歩やドライブ、買い物に出かけられるようにしている。普段はいけないような場所でも、行事や個別支援によりできる限り希望に応じて支援している。	天気や体調に配慮し散歩している。地域で開かれる「オレンジカフェ」には、2~5名の利用者が職員と参加している。外気に触れ気分転換をすることを大切に、年間計画を立て花見や外食も兼ねたドライブ、ふれあい動物外出としてアニマルセラピーをしている施設や動物園への外出の機会を設けている。一人ひとりの個別外出についても出来る限り支援している。	

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	
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	お小遣いは家族の同意のもとで事務所管理とさせていただいている。金銭管理ができる方には予測されるトラブルを承知の上で管理して頂いている。			
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	家族に協力いただき、本人の希望があれば、自由に電話したり手紙を書いたりできるよう支援させていただいている。			
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	季節や生活感を感じて頂けるよう壁面飾りや季節の花等を飾らせてもらっている。	広々とした食堂兼リビングが南に面しており、明るく陽当たりもいい。廊下の両側に居室があり、職員は利用者の様子が直ぐ見れるようになっている。トイレも広く、1ヶ所には男性用の立位タイプも設置されている。ホームの周りは一般住宅で高い建物がないため、恒例のえびす講の花火も見えるという。廊下には利用者が作成した折り紙の作品が沢山飾られ、楽しく余暇を過ごしていることが窺える。		
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	リビングにはソファを置いて誰でも自由に利用できるようにしている。個々のペースでお茶したり、会話したり、テレビをみたりと自由に過ごせる環境となっている。			
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	入居前の持ち物説明時に、今まで使い慣れた家具、日用品等の持参を依頼し、居室が好みに合い自由に利用できるようにしている。	利用者の馴染みの家具、仏壇、書籍などが自由に持ち込まれている。家族の写真を飾ったり、ベッドではなくカーペットに布団を敷いて休まれる方など、一人ひとりが居心地よく過ごせるよう工夫している。		
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	ホーム内はバリアフリーとなっている。トイレは車椅子が入れるようになっており、浴槽も安全に出入りできるよう手すりを設置している。			