

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	0590900023	
法人名	有限会社プラントス	
事業所名	グループホームみさと	
所在地	秋田県鹿角市花輪字寺ノ後42番地10	
自己評価作成日	平成27年2月8日	評価結果市町村受理日

【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)】

それぞれの利用者様に担当のスタッフがあり、利用者様の希望で外出等の支援ができるようにしています。特に、個別のレクリエーションでは外食にて食べたいものが食べられるように、積極的に支援しております。全体のレクリエーション、ユニット毎のレクリエーションでも外出や室内での活動を通して、季節を感じながら楽しむことができる内容を企画し実施しております。

※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://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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)】

開設から4年目となる「グループホームみさと」は、2つのユニットを運営し、利用者の日常的な通院引率や楽しいグループホーム生活を過ごさせるため、その支援を一生懸命に努力していることに敬意を表す。災害対策では、地域住民からの協力に今一つ働き掛けの必要があるものの、先の地震からの自家発電の設置をし、また家族との結びつきでは、利用者の状況を知らせるグループホーム「通信」を毎月発行するなど素晴らしい支援活動を展開している。

【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 秋田ハッピーライフセンター	
所在地	秋田市將軍野桂町5-5	
訪問調査日	平成27年2月24日	

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)	○	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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	各ユニットに掲示し、いつでもみえるようにしている。	開業時からの理念「笑顔でゆとりある楽しい暮らしの提供」は、ホームの運営において職員には共有されている。しかし、利用者の重度化が進む中で、さらなるケア向上の理念が求められる。	次の段階で、利用者支援での質的レベルアップを図るため、新しい理念の創設が期待される。
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	隣接するデイサービスでの慰問等への参加し、利用者様同士の交流がはかれるようにしている。	併設のデイサービスに地域の老人クラブが来訪し、ホームにも慰問する。この繋がりを大切にし、同クラブの諸活動へ利用者も参加できるよう働きかけている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	あまり行われていない。		
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	H26. 12月に開催、H27. 2にも開催予定で、地域の方々との情報交換ができるようにしている。	昨年度は、一度も開催されなかったものを、今年度は2回開催できた。参加者メンバーも協力的であるため、さらに開催の頻度を増やす必要がある。	推進会議の開催を昨年度2回に増やした努力を踏まえ、さらに2カ月に1回で年間6回を期待したい。また、メンバーでは“家族代表”を加え、会議に反映する構成にすることが望ましい。

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
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	ケアマネが月1回、市のグループホーム協議会に参加し、情報交換を行ったり、運営推進会議に参加していただいている。	市職員との連携は、推進会議出席の他、包括センター主催の「グループホーム協議会」にも参加しており、コミュニケーションが取れている。また、認定更新時の機会に利用者の暮らしぶりやニーズの状況を伝えるよう取り組まれている。	
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	コールマットやセンサーマットを使用して、拘束を行わない介護を行っている。職員研修も行い、正しい理解ができるようにしている。	玄関には施錠をしておらず、利用者がベットからの転倒防止のためコールマットやセンサーマットを使用して身の安全を確保している。年一回、身体拘束をしない研修を実施し、ケアに努めている。	
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	職員研修を行い、正しい理解を深めるようにしている。業務がかたよったり、1人で抱え込んだりしないように配慮するようにしている。		
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	成年後見制度の利用が開始された利用者様があり、今後、後見人さんと協力しながら支援していければと思っている。		
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	ホームの利用契約時には、契約書と一緒に目を通し、十分な説明をする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
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	ご家族様の面会時や、必要があればTELや手紙のやりとりを行い、意見を取り入れるように努力している。	毎月の家族面会は、利用者の半数が訪ね、職員とも面接されている。来所出来ない半数の方は、遠隔地のため、毎月グループホーム「通信」を発行し、利用者のホームでの生活状況を伝えており、その反響は電話等で連絡される。	
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	月1回のユニット会議では、活発に意見交換がなされている。	職員が意見を出しやすい環境を作っている。毎月のユニット会議では、カンファレンスの中で活発な意見交換をしている。	
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	経験や力量、仕事内容に応じた社内キャリアパス制度があり、キャリア給や役職手当で給与に反映している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	研修の知らせはスタッフの目の届くようにしており、希望があれば参加できるように配慮している。また実践者研修に今年度は2名参加している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	月1回のグループホーム連絡協議会に参加し、情報交換している。今年度はスタッフ研修会もあり、ケアマネ以外も参加している。		

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
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	入居時の面談ではケアマネの他、ユニット長も参加し、思いの把握に努めている。		
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	入居前の面談や、契約時にはご家族様とお会いし、要望を聞くことができるように配慮している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	利用者様と食事やお茶をしたり、また畑作業等で一緒に活動しながら、関係を築くようにしている。		
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	月1回の担当者からの利用者様の通信の発送で近況をお伝えしするなどして、情報交換できるようにしている。		

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
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	基本的には入居前のかかりつけ医を継続して受診できるように支援している。	行きつけの美容院や墓参りをする利用者が居るなど、一人ひとりの従前からの生活習慣を尊重した支援をしている。	
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	食事以外に、ティータイムやおやつなどで皆が集まる時間を設けている。リビングでは座席を配慮したり、ホーム内歩行に付き添ってもらするなど、利用者様同士が関わりを持てるように声がけしている。		
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	電話等での支援、年賀状をお送りするなどしている。必要があれば、支援できるようにしている。		
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	計画の作成時の面談や、普段の日常的な会話から、ご本人様の意向が把握できるように努力している。	日常的に利用者とは個別に対応する中で、利用者の“思い”や出来事を見つけ出し、個別支援に反映するよう工夫している。	利用者個々の効率的な“思い”やニーズの把握は、生活歴を含むアセスメント作成と記録が欠かせない。市販の様式を工夫して独自のアセスメント様式を作成することが期待される。
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご本人様やご家族様との会話の中で徐々に把握できるように努めている。		

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
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	日々のチャートへの記入で、スタッフがそれぞれ把握できるようにしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	毎月のユニット会議でスタッフの意見を交換しあい、またご本人様や家族との会話でよいケアや介護方針が見つかるように努めている。	管理者が中心となってユニット会議でのカンファレンスを踏まえ、介護計画を作成している。そして、見直しは3か月ごとに行っている。	
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	3ヶ月に1回のモニタリングのほか、スタッフ間は連絡ノート等で情報を共有できるようにしている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	ご家族様やご親戚の方の面会は随時おこなわれている。		

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
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	入居前のかかりつけ医を継続して受診するようにしている。薬局については、ホームに配達していただける薬局を紹介して多くの利用者様が利用されているが、強制はしていません。	かかりつけ医の原則は、入居前からの医師であるが、ケースによって家族から転医を申し出る場合がある。主に引率は、職員が行い“申し送りノート”記入で適切な受診対応を図っている。	
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	看護職は配置しておりませんが、隣接するデイサービスにいる看護師に相談することがあります。		
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。	入院時にはホームでの情報を提供している他、ご家族様の同意を得て、医師からの説明に立ち合わせていただき、情報交換させていただいている。家人が遠方の場合は、数日に一度は様子をみに伺っている。		
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	入居時や利用者様の状態に応じて、その都度施設の設定面や医療行為が発生した場合には対応ができないことを説明させていただいています。	事業所では、終末期の対応が出来ないことを入居時の面接で説明している。入居中において利用者に変化があった場合、併設のデイサービスの看護師が応急処置し、医療機関に搬送している。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルを各ユニットに配置し、救急車の手配の方法等も掲示している。		

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
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	避難訓練等を行っているが、地域との協力体制がとられていないと感じる。	年2回、消防署の協力で併設するデイサービス事業所と一緒に避難訓練と消火訓練を実施している。先の3・11地震の教訓から自家発電を設置している。地域との協力体制は課題となっている。	いざ災害時の久保田集落住民からの協力は、推進会議において声かけはしているが、現実的な支援体制までには至っていない。そのため、集落幹部の方へ具体的協力依頼を実施することが求められる。
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	特に入浴や排泄等は個別の対応にて、プライバシーが損なわれないような声かけをするようにしている。	支援が必要な時は、まず利用者本人の気持ちを大切に考えている。また、さりげないケアを基本に自己決定を尊重して言葉かけをするよう努めている。	
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	普段の会話の中で希望が聞きだせるような声かけをしたり、自己決定できるような場面を作るようにしている。		
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	一定の決まったメニューはあるものの、強制はせずあくまでご本人様のペース、気分に合わせて対応するようにしている。(食事の時間をずらすなど)		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	希望の衣類を着ていただいたり、クリームやくしの使用など、ご本人様の希望にあわせて対応している。		

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
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	食事の準備や片付け、行事で簡単な作業をしたり、畑の野菜を収穫することで食事に楽しみが持てるようにしている。室内で育てて収穫したのも有る。	食事は、併設のデイサービスが調理しているが、献立など利用者に好まれる食事作りとなっている。隣接する畑での新鮮な野菜など利用者と一緒に収穫している。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎日、チェック表をもちいて確認している。		
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	毎食後には、それぞれに合わせた口腔ケアをおこなっている。		
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	チェック表をもちいて、間隔をみたり、ご本人の様子から声がけしトイレ誘導を行ったりしている。	一人ひとりの排泄パターンをチェック表を活用し、把握している。これを基に尿意のない利用者にも時間を見計らい誘導している。そうした対応でトイレでの排泄が出来るよう支援している。	
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	水分を多めに摂取していただいたり、ホーム内の散策を積極的に行えるように支援したり、それぞれに合わせて行っている。		

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
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や健康状態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	時間帯はだいたい決まっているものの、ご本人様のタイミングや希望があれば対応できるようにしている。	入浴日は、週2回を最低確保しているが、利用者の希望があれば3回に増やしている。入浴拒否者には、誘導のタイミングをずらして支援している。	
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	ご本人様の様子をみながら休息を促したり、また自ら自由に休んだりされています。夜間は眠れない場合にはリビングで少し会話をするなど、その都度対応しています。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	受診記録簿を用い、服薬の変更などが誰でもわかるようにしている。		
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	それぞれができることをやっていただけるように支援しています(洗濯ものたたみ等)、ご希望でお酒の提供もしています。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	個別のレクリエーションでは希望を聞きながら、出かけられるようにしています。日常においては、天候等をみて、積極的に戸外での散歩や、ホーム前でおやつを摂取したり、気分転換ができるようにしています。	利用者全員の外出計画は、年度当初に行事計画として組まれる。少人数の外出は、車イスの方も含め買い物、外食など希望を入れながら出かけている。	

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	ホームでお小遣いをお預かりする他、ご自分で財布を持っている方もいます。		
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	希望があれば、電話をかける等の対応ができるようにしている。		
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、臭い、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	各リビングから中庭をみることができ、季節を感じるができるのではと思っています。また壁面には季節の飾りをするなど、明るい気持ちで過ごせるように配慮しています。	調度品は、利用者にとって懐かしく感じられたり、使い安いものを選んで設定している。ホームの中庭には、立木や植物を植え、イルミネーションを飾り、季節を感じるよう工夫している。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	畳の小上がりやソファを設置し、リビングにいなながらも少し団体から離れることができる空間がある。		
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	入居の際は、居室に使い慣れたものやなじみのものが置けることとお話しており、チェストやいすな、写真などお持ちいただいている。	ベットや収納スペースが完備され、テーブル等使い慣れた物を持ち込んでいる。利用者個々に、居心地良く暮らせる居室づくりがされている。	
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	必要があれば、トイレや居室等に目印をつけさせていただき、わかりやすくしている。		