

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット共通)**

事業所番号	2796000038		
法人名	医療法人 真芳会		
事業所名	いきいきグループホーム		
所在地	大阪府堺市堺区大浜北町3丁10番16号		
自己評価作成日	平成29年1月7日	評価結果市町村受理日	平成29年4月12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	
----------	--

**【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成29年3月6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)】**

入居者が安心していきいきとした生活が送れるよう心掛けている。個別性を重視し、出来る限り意思の尊重を図りながら援助している。又、医療依存が高い入居者の方が多い為、医療との連携を図り健康が維持できるように対応している。ケアの基本姿勢としては、ご本人が出来る事はして頂き出来ないことを援助するようにしている。此処の生活レベルが維持できるようにスタッフや家族様と協力して行っている。

**【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)】**

母体が泌尿器科医院で12年前にその頃はなかった透析患者専用のグループホームとして開設された。現在も腎不全で透析を受けている利用者が多い。建物1階にクリニックが併設され、そこで透析を受けることができ、医療連携が強いことが利用者家族の安心につながっている。看取り介護にも開設当初から積極的に取り組み、昨年度も2例の経験を持っている。現場経験の長い管理者の下に職員もよいチームプレイで落ち着いた雰囲気がある。

**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)
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)
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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
62	利用者は、その時々々の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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	医療法人を母体とするグループ事業である事から「医療と介護の融合」を図った理念を構築。全職員に定期的な法人研修を行っている。	G.Hいいき大浜の創設時に決められた理念は個人の尊重と地域密着型の意義を踏まえた文章となっている。フロア内各所の壁に掲示されているが、共有して実践につなげる取り組みは特に行っていない。	理念を共有し、意識づけしていくための取り組みを管理者と職員と一緒に考えていくことを期待する。
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	町会への入会。自治活動への参加として公演掃除・避難訓練に参加。	町会行事には職員が交代で参加している。事業所の夏祭り、クリスマス会には町会を通して地域住民の参加を案内しており、時に町会長が来てくれる。今後、ボランティアの活用について管理者は考えている。	
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	認知症介護相談窓口や出前講座の依頼を受ける姿勢を自治会にも伝えている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議での意見は事業所が抱える問題や不足している部分として素直に捉え、今後も認知症の理解を深めていくと共に地域に育てて頂く気持ちで更なる認知症ケアの質の向上に向け取り組んでいる。	昨年度は管理者の交代などで開催回数が満たされなかったが、今年度は規定の回数が開催された。参加者は町会長と地域包括職員、利用者と事業所側で、今後はメンバーと内容の充実が望まれる。	
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	地域包括支援センターへの活動の報告や案内、市の担当者への認知症対応型介護としてのあり方や個々のご利用者の相談を行いながら連携を図っている。	生活保護の利用者が多く、生活支援課との連絡連携は密である。そのほかは、介護保険の更新申請や手続きでわからないことを聞いたりしている。	
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。	厚労省より出された身体拘束ゼロに向けての指針や方針は各フロアの職員の目の届く場所に資料を保管している。玄関の施錠は開放する事が出来ない。	法人では身体拘束を含め、毎月研修の機会を設け、職員全員が参加することになっている。表玄関は無人なので閉めているが、それ以外は開いている。	
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。	日々の業務の中で行う事が虐待行為に繋がる可能性がある事を念頭に置くように努めている。		

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
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。	管理者は市民後見人である。成年後見人制度等の理解は出来ているが、一般職員の理解は不十分である。利用されている入居者も居るので、身近なものとして知識を得られるよう考える。		
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。	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。契約に関することを学習し、家族様が理解して頂けるように配慮していく。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 相談窓口は管理者としている。一本化することで説明内容が統一され、利用者や家族に混乱が生じないように配慮している。	苦情相談連絡先は各フロアの出入り口に提示し意見箱を設置し意見の収集に努めている。管理者へは随時報告し速やかな対応を心掛けている。会議を行う事で職員間で共有している。	家族来訪時は意見要望を聞く機会として捉えている。また電話で意見を聞くことも多い。管理者、ケアマネは、今後、毎月の様子を知らせる写真入りのお便りを家族に出す計画である。	
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。	定期的な全体会議を行っている。日常から管理者との信頼関係が重要と考え、意見の言いやすい環境作りや全員参加型の会議の実現を目指している。	全体会議が勤務体制その他の事情で持てないのが前回からの課題であったが、管理者は毎月のフロアごとのケアカンファレンスの機会を利用して開催することを検討している。	
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。	人事考課制度を導入している。法人本部が積極的に職員同士のコミュニケーション不足解消のために交流会の場を設けている。職員のアンケートを通じて職員への質問や職場環境改善策等に努めている。		
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。	法人本部で行う勉強会の参加は代表者に絞らず全職員の参加となっている。		
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。	堺区グループホーム連絡会や地域で行っている研修や勉強会の参加の通知を職員に通達しスキルの向上支援を行っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居にいたるまでの面談を数回行い、見学説明に時間をかけ組織が目指す理念や利用者の考える希望の生活の場をどのように提供できるか話し合っている。		
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。	上記と同じく、話し合う時間を出来るだけ長く取るように配慮しているが、利用者とその家族の意向が違う場合には基本的に利用者の意思を尊重すると説明している。		
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。	当施設に入居希望される方は他施設と違い透析を始めとした医療依存度の高い方の入居が殆んどである。医療スタッフと連携を取りながらケア計画に同意をいただけるよう配慮している。		
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。	一方的な関係ではなく、利用者主体であるべきだと考えている。利用者に寄り添いお互いに支え合い信頼関係を築く努力をしている。		
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。	利用者への支援はもちろん必須である。家族側の支援も施設側の役割と考え、気楽に来所していただけるよう配慮している。		
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。	家族の協力を得ながら外出を通じて馴染みの人や場との関係維持の支援に努めている。又、利用者にとっての友人や知人にも気軽に来所していただけるよう、利用者として語り合える環境作りに努めている。	利用者の古くからの友人の訪問例が複数あり、お茶、お菓子をだしておもてなししている。本人の希望を家族に伝えて墓参や外食に行けるような支援をしている。	
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。	共同生活の中で個々の個性を生かせる環境を提供している。その中での問題が発生したときは当事者と職員が支援する事で解決できるよう関わっている。		
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。	他施設への入居のため、契約が終了された方には、これまでの生活の様子を文章や口頭で入居先の関係者に伝え、環境が変わることへの不安を軽減できるように支援している。		

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
<b>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</b>					
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。	計画作成担当者だけではなく、職員全員でアセスメントを行い、ありのままの思いが生活として捉えられるよう検討している。	普段から、会話や様子を通して思いや意向をくみとる努力をしている。又、医師や家族とも相談しながら本人本位に検討している。	
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。	利用者の持つ価値観・こだわり・嗜好・日課・不安など行動や言動から見える生活歴をプライバシーに配慮しながら理解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。	日々の暮らしの中での変化は常から起こりうる。利用者の行動や言動を把握し異常の早期発見に努めている。		
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。	医療機関・管理栄養士・訪問歯科・訪問マッサージ等関係機関からの報告書を参考に計画書の見直しと共に家族の意向を反映させている。	モニタリングとサービス担当者会議は長期6か月短期3か月の介護計画を作成し、個別のケアカンファレンスを月2～3回行っている。	
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。	利用者の発言や行動を生活に記録にそのまま記載する事でモニタリングにつなげている。		
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、その時々にも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。	課題分析を充実させ、その時々で生じるニーズに寄り添える計画を作成している。		

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
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。	消防に関しては、災害時には地域避難場所に使用して欲しいと伝えている。運営推進会議にて地域の情報を得たり。地域の避難訓練に参加している。		
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。	同グループ内の診療所の他、他利用者や家族が希望されている場合は他の医療機関に受診されている。病状に合わせて適切な医療機関への受診に配慮している。	本人のいままでのかかりつけ医や希望の病院へ基本的には家族が同行しているが不可能な時には職員が代行している。往診は内科、歯科、マッサージ等が有り希望者が受診している。	
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。	24時間医療連携を整備している。同建物内に診療所があり、医師、看護師と常時連携が取れる体制を整えている。		
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。	診療所が他の医療機関との連携を図り、調整を可能としている。連携病院以外にある堺市の医療相談員等の窓口担当者は把握出来ている。		
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。	主治医や看護師とも十分に協議し、その都度、最善な対応が出来るよう体制を整備しており、見取りに際しても、適切な対応が出来るようチームとして取り組んでいる。	重度化した場合に関する指針を示して契約時に説明しているが、医師より終末期にはいったことの指示を受けて再度看取り介護に関する説明書のもとに話し合い同意を得ている。自然死の形で今までに6名の看取りを行っている。	
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。	急変時や事故発生時の連絡や報告先をマニュアル化し、各フロアに設置している事により実践できている。		
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。	消防署指導の下、施設内消防訓練は行っている。H28年8月17日とH28年12月14日に夜間想定で避難訓練行う。	消防署の協力を経て年2回、夜間を想定した避難訓練を行っている。地域の防災訓練にも参加して災害時の見守り等の協力体制をお願いしている。10分以内に駆け付けられる職員が3名あり備蓄として水、食料を備え付けている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	職員には常に、個々の人格に配慮した声掛けを心掛けるよう促し、定期的に接遇の研修も行ない、対応強化に努めている。	法人のプライバシー・接遇研修を受けている。利用者に対しては年長者として敬意を払い、本人の尊厳を尊重する対応であることを振り返りながら、目立たずさりげない言葉かけに配慮している。	
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。	日々の関りの中で、自己実現が可能となるよう職員と利用者の関りを維持していく。		
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し、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。	職員都合ではなく利用者主体である。個別ケアを重視し個々のペースで過ごして頂けるよう支援している。		
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。	利用者の意思を尊重しながら、自己選択に取り組んでいる。訪問美容を取り入れてるが個人の選択として、外部の理容室に希望している利用者もいる。		
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。	食事管理が必要な利用者が多い為、管理栄養士に指導を受けている。医師の許可の下、月1回の食事レクを行っている。	管理栄養士の指導のもとに冷凍の食材を業者から仕入れているが、ご飯とおみそ汁は施設内で手作りしている。月1回の食事レクリエーションの日には2階のウッドテラスにてバーベキューをしたり利用者と相談して好きなメニューを考えて食事をするなど楽しんでいる。	いろいろ事情はあろうが、職員も1人は検食を兼ねて同じ食卓を囲んで同じものを食べるという雰囲気づくりを大切にすることを望む。
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。	食事摂取量や水分量の確認により栄養バランス等は定期的に管理栄養士に相談し、指示を頂いている。		
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。	毎食後口腔ケアを行っており、口腔内の清潔保持に努めている。歯科衛生士による指導や口腔体操に取り組んでいる。		

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
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。	個々の排泄状況を把握し可能な限りトイレでの排泄を支援している。	排泄チェック表を使用してパターンを把握しおむつやポータブルを使用しながら、時間を見てトイレで排泄できるように支援している。	
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。	薬に頼らず、繊維質や乳酸菌などの食品で対応しながら、体を動かすことで自然排便に取り組んでいる。		
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。	入浴日は週2回と決まっているが、何時でも利用できるよう臨機応変に対応している。	入浴は週2回、午前中としているが、体調により無理強いせず、清拭や足浴等で対応している。個人の好みのシャンプー等を持ち込んでの個別の入浴を実施している。	
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。	個々の生活リズムを考慮し利用者が安心して休息でき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。	薬剤情報提供書を保管している。提携している薬局に薬剤管理を依頼している。薬剤師より必要であれば助言を頂く事が出来る。		
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。	個々の趣味や興味を引き出し生きがいを見つけられるような支援をしている。季節感を味わっていただけるような行事を開催している。		
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。	気分転換の散歩や個別の希望に対応している。	介護度が高い利用者が多く全員参加の外出はないが、お天気により近くの大浜公園へのお花見、堺まつり、スーパーへの買い物等、車で個別に外出している。	



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。	個々の状況勘案し、それぞれに合った対応を心掛けている。		
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。	個々の利用者の希望により、臨機応変に適切な対応に努めている。		
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。	季節に応じた壁飾りを作成している。	元病院の女子寮であった利点を生かした広々とした設計で収納が多く2階にあるテラスでは、お天気のよい日にはお茶をしたりバーベキューをしたりして楽しんでいる。廊下には干支のカレンダー、行事の写真等が飾られている。	
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。	共有空間は自由に過ごして頂けるよう配慮している。		
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。	入居時に持ち込みの内容の制限は無く、新しい物を持ち込むのではなく出来るだけ使い慣れたなじみの物を持参するように説明している。	ベッド、カーテン、クーラーは備え付けられているが、好みのタンスや身の回りの思い出の品々を家族と相談して持ち込み、居心地のよい居室となるように工夫されている。	
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。	医療スタッフと連携しながら身体機能の低下を予防し情報交換も出来ている。利用者が自立した生活が少しでも長く継続できるよう工夫をしている。		