

### 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	2276600323		
法人名	有限会社ナチュラル・ライフ		
事業所名	グループホーム桜寿		
所在地	静岡県磐田市池田391-1		
自己評価作成日	令和3年 1 月 31 日	評価結果市町村受理日	令和3年4月1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	<a href="http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会		
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階		
訪問調査日	令和3年 3 月 5 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)】

・利用者、職員共に楽しく笑顔のたえない事業所。・職員皆明るい挨拶が出来る。利用者に寄り添ったケア。

#### 【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)】

ホームは平屋で、玄関には東屋が設置されている。また花壇があり、季節の花やブロッコリーなどの野菜が栽培されている。職員の入れ替りは少なく定着率が高く、職員同士のコミュニケーションや連携が取りやすい環境となっている。利用者に寄り添ったケアを目標にし、個人の趣味が継続できるように取組み、継続できない場合でも、カルタやトランプなどのレクリエーションや洗濯物たたみ、食器洗いなどの家事を行うなど、日々行う活動を見つける支援をし、その人のできることを支えるケアとなっている。

#### 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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している (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		○ 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
				○ 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
				○ 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
				○ 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
				○ 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
				○ 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

# 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	「尊厳のあるその人らしい穏やかな生活」という法人の理念、事業所独自のケア理念を事業所に掲示し、常に確認し取り組んでいる。また理念を細分化しより具体的にして「関わりの7原則」を設け実践している。	法人理念の他に事業所独自の重点目標を2ヵ月ごとに作り、それぞれ玄関に掲示することで意識化を図っている。理念に添い利用者にとって安心できる第2の自宅となるようなホームを目指している。	
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員として日常的に交流している	地域の行事や祭典、防災訓練等、参加することで交流を図っている。又、自治会長様との関係づくり。	コロナ禍により地域の行事は全て中止となり、参加を通しての交流はできていない。また、自治会長の交代があり関係が結べていない状態である。コロナ禍においてどのようなつきあいが出来るかを模索中である。	
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	豊田中学校の福祉体験や磐田北高校からの介護実習の受け入れを行なっている。		
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	事業所における入退去状況や活動について議題に取り上げ、意見交換、質義応答を行なっている。行政職員、地域包括職員、御家族様の参加により開催している。ホームの情報開示を行い、意見、情報交換を行いサービスに活かしている。	コロナ禍により昨年1月以降会議の開催が出来ていない。利用者家族には日々の生活を記した広報誌の送付はあるが、関係者へ会議資料の送付は行っていない。	地域密着型サービスの運営に際して地域との関わりは不可欠である。会議資料の送付を行う事で地域の理解と関係継続が図られることを期待したい。
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	市で開催している研修会等には出来る限り参加し市の動きや制度改正等の仕組みを確認している。担当者様と連絡をとり、情報交換、アドバイスを受け協力関係が築けるよう取り組んでいる	現在は市開催の研修会は行われていない。事故報告書の提出など直接、関係機関に向くことで顔の見える関係を築いている。	
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	身体拘束ゼロ宣言をし拘束に繋がる事のないよう心掛けている身体的なことはもちろんスピーチロックなどもなよう努めている。	身体拘束は行わない方針で運営されている。これまではミーティングにて拘束を行わない介護について話し合っていたが、現在は感染予防について話し合っている。管理者が積極的に現場に出ることで直接指導を行っている。	
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逃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	毎月職員全員で会議を行い虐待についての取り上げ職員で話し合い、検討をしている。		

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
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	今現在まで日常生活自立支援事業の利用実績無し。成年後見制度を利用されていた御家族、後見人へ定期的に連絡を入れ情報共有を図っていた。		
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	契約、解約、改定時にはまず丁寧な説明と質疑応答をし御家族様にご納得いただき実施している。またいつでも契約内容について質問が出来るように窓口を設けている。		
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	利用者様、御家族様から意見を頂けるよう面会時には必ず顔を出す等、コミュニケーションを大切にしている。御家族様対応をなるべく統一その職員が主に対応している。こまめに御家族様へ利用者の状況報告をしている。	職員が生活の中で利用者の意見要望などを聞き取り、家族からの要望は管理者など決まった職員が行っている。聞き取った情報は、申し送りノートに記入し共有される。意見は、利用者の個別の介護に対する意見要望が多い。	
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	処遇改善加算はもちろん、月に一回職員全員で話し合い検討会議を行なっている。	感染予防のため職員が集まる会議は開催できていない。年2回管理者と面談を行い、意見を聞き取っている。また、管理者と介護支援専門員は現場に出ているため、職員は気軽に意見を伝えることができる。	
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	個別に役割を作る事によりそれぞれの能力、希望に合った条件の整備に努めている。またキャリアパスを取り入れ処遇の改善に努めている。		
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	内部では一定の力量に達した時点でチーフ・リーダー研修の受講や、外部研修の機会を設け業務等を通じて知識、技術の向上が出来るよう取り組んでいる。		
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	外部研修や介護事業者連絡会に参加する機会を増やしている。		

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>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	最低半年に1度はケアプランの更新を行い一人ひとり職員に担当の利用者を配置することにより本人の要望を細かく反映出来るようにしている。		
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	現在直接会っての面会が難しい為こまめに御家族様に連絡をし現状報告、実際に本人と電話を通じて元気な様子がわかるようにして安心していただくようにする。		
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	入居相談に時点で本人にとって何が一番いいか考え必要な場合は他のサービス利用を勧めるなどの説明も行なっている。		
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	洗濯、料理、お掃除等出来ることは利用者と一緒にに行い出来ることに対して自信につながるように心掛けている。		
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	コロナウイルス感染拡大前は施設行事に御家族様も参加して頂いている。		
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	外泊など御家族様、本人が望まれるようなら出来る限り実現できるよう協力をする。	家族との交流を大切にしており、外出や外泊の支援を行っていたが、コロナ禍によりできなくなっている。現在は電話で話しをする機会を持ち支援を行っている。	
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	利用者どうしが話しやすいようなテーブル配置、環境づくり。		

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	在宅復帰された方などに相談がしやすいように定期的に連絡している。		
<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	本人に希望を聞き答える事が困難な方は御家族様から情報を頂き把握に努めている。	日々の生活の中で職員が聞き取りを行う。情報は申し送りノートに記入することで共有を行い、内容によって介護支援専門員が介護計画に反映させている。	
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	入居時に生活歴等分かりようにファイルし職員がいつでも確認出来るようにしている。		
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	一人ひとりの生活リズムを把握する。		
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、御家族の要望を出来る限り反映できるように努めている。	利用者ごとに担当職員がいるが、介護計画は他の職員からの意見も聞きながら原案を作成している。介護支援専門員が原案を補備・修正し完成させている。家族へは郵送にて提示され、必要に応じて見直しを行っている。	
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	バーコード化により記録物を最小限にしているが 必要な場合は御本人の様子を細かく記録をし把握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	本人や御家族様より要望があった場合は出来る限り希望に沿った支援が出来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
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	地域密着型ということもあり、地域のボランティアの受け入れや自治会にも協力を仰ぎ、地域行事へ積極的に参加できるように取り組んでいる。		
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	緊急時等いち早く指示、連絡が取れるため現在は入所しているすべての方が施設連携のかかりつけ医に移行されている。	協力医以外の専門医への受診は家族が行う事を原則としている。受診の際の必要な病状の情報は、家族に口頭で伝えられる。かかりつけ医は、月に2回訪問診察を行い、必要に応じて往診を行っている。	
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	週2回又は往診時に身体状況日々の様子を含め個別にまとめ情報共有をしている。必要に応じて医師に相談、受診をしている。		
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。	入院後から最低一ヶ月はいつでも戻ってこられるように部屋を確保している。こまめに病院と情報共有をしている。		
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	入居時から重度化における対応の指針や現時点での御家族様の意向、本人の思いを聞き取りをしている。また入居後も状態の変化が生じた場合は定期的に意向の確認と方針の話し合いが行なえるよう取り組んでいる。	看取りを行う方針であるが、その頻度は3年に一例程度である。看取りについての職員への勉強会は、年に複数回開催され、さらに事例に即してその都度、個別的な対応方法や連絡手順がマニュアルとしてまとめられている。	
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	緊急時の連絡方法等はマニュアル化しすぐに分かる場所に保管している。		
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	水害時の避難先等検討が必要ですがこのような状況な為地域の方との相談が出来ていない状況です。	火災を想定としての避難訓練を年2回、通報訓練を年1回行っている。ホームは洪水が想定される地域であり、その対策が望まれるが、コロナ禍により進んでいない。	洪水の際に、避難のタイミングや方法などを記したマニュアルの作成及び訓練の実施が望まれる。

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	利用者目線での関わり、排泄介助等恥ずかしい思いをしないように気を配る。	トイレへの誘導の際は、本人にしか聞こえないように声掛けを行う等、プライバシー確保のための工夫をしている。また個人情報を記した書類は鍵のかかる書庫に保管されている。	
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	出来ることや得意な事は奪わず本人に自信を持っていただくように支援する。		
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	本人の訴えに常に耳を傾け出来る限り利用者を最優先にする。		
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	お化粧、口紅、化粧水等入所前からおしゃれに気を使っていた方は持続出来るように声かけ支援をする。		
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	数ヶ月に一度の外出支援、施設での食事会開催。	メニューの考案、材料の注文、調理は職員が行っている。外出はコロナ禍により行えないが、代替えとしてテイクアウトの料理を利用し、食事会を毎月行うことで変化をつけている。	
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	一日の水分量を記録に残し水分が摂れているか把握している。栄養等不足している場合は栄養補助食品を摂っていただいている。		
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なうよう努めている。歯科往診も毎月2回来てもらっている。必要ならば往診日以外にも状況を報告し来てもらっている。		

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	車椅子の方で歩行が困難な場合でもトイレの訴えが出来る方はなるべくトイレでの排泄が出来るように支援している。個々の排泄時間を把握して時間を決めている。	他者にトイレに行くことがわからないように誘導を行っている。排泄チェックを行いそのパターンを把握することで、適時の誘導が可能となっている。ホームでは、5名程布パンツを使用し自立している。	
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	献立に関しては皆でメニューを考えなるべく偏らないようなメニュー作りを心掛けている。		
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ず、個々にそった支援をしている	個々の入浴したい時間を把握し声を掛けている。	週に3回の入浴を基本としている。午前と午後に行っており、利用者の希望に近い時間に入浴が出来るよう、支援している。入浴の際は入浴剤を使用したり、ゆっくりと話す機会を設け、ゆったりした時間となっている。	
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	日中の活動量を増やして夜よく眠れるようにする。眠剤の内服時間等も普段の睡眠状況により個々に調整している。		
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	薬の内容を一覧表をすぐに職員が確認出来るようにしている。		
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	毎日のレク以外にも要望により外出支援も行っている。		
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に支援している	日常の散歩以外に地域の行事には積極的に参加している。	コロナ禍以前は、盆踊りや祭りなど地域の行事に合わせて外出を行っていたが、現在はホーム周辺の散歩以外行っていない。今後ドライブなど感染対策を行った上で、外出を計画している。	

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	盗難等自ら紛失してしまう恐れがある為小銭等最低限の金銭のみ所持していただく。		
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	電話をしたい等訴えがあった場合は職員より御家族へ常に連絡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、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	ユニットごとの居間には季節が感じられる花や物を置き季節を感じていただく。	玄関やキッチンに、季節の生花や絵を飾ることで季節感を演出している。掃除は毎朝行い、1日2回手すりやテーブルなど手を触れる箇所をアルコールで消毒している。職員は出勤前の自宅と出勤到着時に検温しその記録を行い、介護中の口腔ケアや食事介助の際はフェイスガードを使用している。	
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	個室なので気を使わずに一人で過ごすことができる。		
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	ベットや押入れ等馴染みの家具を置かれている利用者が多い。	居室は約6畳の広さがあり、介護用ベッドは有料のレンタルサービスを受けることができる。入居前に使用していた家具の持ち込みを推奨しており、仏壇やドレッサーの持ち込みがあり、その人らしさを重視している。	
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	畳に座り洗濯物をたためるスペースがある為利用者に負担がかからず足を伸ばしながらの作業ができる。		