別紙1　　平成　28　年度

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	0770403418		
法人名	有限会社ことほぎ		
事業所名	グループホームことほぎ庵　2F		
所在地	福島県いわき市西郷町岩崎29の1		
自己評価作成日	平成28年12月10日	評価結果市町村受理日	平成29年3月15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.kaigokensaku.jp/07/index.php

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会
所在地	〒960-8253　福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3
訪問調査日	平成29年1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）】

1　事業所は閑静な住宅街に位置し、1ユニットが6人という家族規模の入居者数として、入居者が多人数による混乱を防ぐと共に日々穏やかに安心出来る生活を支援している。
2　医療連携を充実させると共に、本人や家族の希望や意向を十分に取り入れる事に主眼を置き、主治医の選択や連携を行っている。
3　常に施設理念である「ゆとりある生活、笑顔のある生活、自然体の生活」を掲げ、地域に密着した無理のない自然な生活が出来るような環境を整えている。
4生活に密着したきめ細かい支援とｹｱ提供を行っている。

【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）】

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当する項目に○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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	笑顔の絶えない家庭的な雰囲気の中で地域の方々と触れあいながら自分らしく穏やかに生活が出来る。1. ゆとりの生活　2. 笑顔のある生活　3. 自然体の生活。を理念としている。これらを要所に掲げ職員は共有し、常に実践できるよう努力している。		
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	町内会に入り地域の一員として地域活動に参加している。またなじみの関係を確立していくためにも、ボランティアを受け入れたり地域資源の活用をしている。また、近隣住民からの野菜の差し入れや、企業からの車椅子の寄付もあり、地域の一員として地域に根ざした交流を持っている。		
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	気軽に施設に出入りできる環境を作り、相談者がいつでも来所できるよう整えている。また、電話による相談や見学にも随時対応しており、地域の人々に向けて実践を通じて積み上げている認知症の方々への理解や援助方法を活かしている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	できる限りゆったりした時間と場所の確保を行い充実した話し合いができるように努めている。改善課題は具体的に提示し、話し合いを行いサービスの向上に努めている。構成員は地域の協力者、行政関係者、消防団、包括支援センタースタッフ、入居者家族、医療ケースワーカー、当施設スタッフ等で構成している。		
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に取り組んでいる	疑問な事など事業所の実情を含めながら窓口に相談する時もある。市の担当者には利用者の生活状況やサービスの取り組み状況などを相談するなど、連絡を密にして関係強化に努めている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束のないケアのあり方や身体拘束の及ぼす影響について、研修会への参加を通じて理解を深めている。外出願望の強い利用者に対し、職員の見守りと玄関に工夫を施し、必要最小限の施錠にとどめるよう努めている。		
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注意を払い、防止に努めている	虐待防止研修に参加し、虐待とみなされる行為、状況の内容を周知徹底し、見過ごすことの無いようスタッフの精神状態、利用者の身体状況の観察を行っている。また利用者との関係に問題が生じたり関わるスタッフにストレスと感じることがないか話し合いの場を確保している。		

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	関係者より相談があれば必要性について相談を行い協力体制を確立している。		
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	契約書を使い十分な説明をしている。疑問な事があれば納得できるまで説明する。家族の来所時は必ず声かけをし話ができる体制の確保をしている。		
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	日常生活の会話などから利用者の意見や要望を傾聴し、「生活行為別の特徴」等に記録し把握に努めている。また、家族会を年1回開催し融和を図っている。また面会時など、ご利用者様の状況報告の折に、要望や意見を聞く機会を設け、出された意見等は運営に反映している。		
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	毎日のミーティングや会議を通して職員の意見を聞くよう努めている。また、代表者、管理者、施設長がいつでも職員との意見交換や希望、要望を聞けるよう配慮し、出された意見等は運営に反映している。		
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	勤務状況を把握し労働時間や休み、夜勤の希望を十分聞き取り、希望に沿った労働条件に努め、また不十分な部分は改善に努力している。		
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	連絡協議会、地域医療研修に参加し、またOJTによる研修もおこない日々働きながらトレーニングしている。		
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	連絡協議会等の研修活動や勉強会を行い、積極的にネットワークづくりを行っている。活動を通し相互訪問や親睦会を行っている。		

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
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	本人、家族、関係者より必要とする情報の提供に基づき入居するまで訪問をしたり面談をしたりし本人が安心するまで、要望等を聞き入居につなぎ関係作りに努力している。		
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	本人、家族、関係者より必要とする情報の提供に基づき入居するまで訪問、面談を行い、本人や家族が安心するまで要望等を聞き、入居につないでいる。		
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	状態の把握をおこない、必要とする連携も十分に話し合い必要とする支援を見極め対応している。		
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	職員全員「一緒に生活する」をモットーに関係を築いている。		
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	家族の絆が確認出来る、一時の時間の確保に協力してもらえるように話し合い家族と共に本人を支えられる関係を作り上げている。		
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	家族や友人の来訪時には自室や想い出の場所で心地よく過ごして頂けるよう配慮している。季節毎に利用者が作成した絵手紙等を送る支援を通して馴染みの関係継続に努めている。また、買い物の途中に馴染みの場所や懐かしい場所に寄ったりしている。		
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	関係の確立をしていても時にはトラブルが発生する時もあり利用者同士の円満な関係確立に日々話し合いを行い支援の統一を図り努力している。		

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	電話や、訪問にて関係の継続を行っている。		
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	日常生活の関わりの中で利用者の話を傾聴し、利用者の希望や意見を把握している。訴えの困難な場合は、家族からの情報と意見を汲み取るよう努めている。また、日々の生活の中で利用者の変化を見逃さずに記録し検討会議等で話し合い、利用者の現状に即した介護計画の見直しをしている。また週間評価を行い計画に移行している。		
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	入居前の実態調査、入居後の本人、家族アセスメントを基に、生活歴、なじみ関係の把握を行い、家族や関係者の協力のもとにできる限り、家族の意向を踏まえて支援している。（身近な物では、今まで使用していた物の持参など。）		
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	日常の生活を共にすることにより現状の把握が十分にできる。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者のに意見や思いを「生活行為別の特徴」に記録し、毎月の面会時に家族の意向を確認しながらモニタリングを行い、利用者の現状と状態に即した介護計画を作成している。		
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	日々の記録を1週間にまとめ週間評価を行う。支援の変更、問題の発生があればミーティングで話し合う。		
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	本人や家族の状況に応じて必要とするニーズに答えられるよう、その時の状況を判断し話し合いを行う。		

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などの力をかり、施設内で回想的な活動を支援したり、実際参加できる、生活密着的活動を行っている。（蕎麦打ち、音楽会、かたりべ、フラダンス、ママさんコーラス）		
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し、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	受診は、利用者、家族が希望するかかりつけ医を継続受診し、緊急時は協力医療機関との連携が取れるようにしている。通常の通院は職員が支援しているが、専門外の科については家族の協力を得ている。状況によっては日頃の状態を把握している職員が同行し本人や家族が安心出来るよう配慮している。受診結果は電話や送迎時に報告しあい情報を共有している。		
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	介護職は日常の関わりの中で捉えた利用者の変化を看護職に報告・連絡し随時相談している。そしてミーティング時に申し送りを行い情報を共有し、必要とする医療連携につないでいる。		
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。	充分に行っている。主治医や協力医療機関と常に連携を取り、日頃より関係確立を行い、緊急時または必要時情報を共有出来るように、会議等で施設の特徴を理解してもらうよう努力している。		
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	「利用者等の支援を最期（終末）まで支援することが事業所及び職員の使命」と捉え、事業所としての看取りに関する指針を示し、家族との話し合いや職員への教育研修を継続的に行い、終末ケアに全職員で取り組んでおり、看取り介護を実践している。		
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	応急手当、蘇生法、固定法の訓練を定期的に行い緊急時に対してのマニュアルを確立し、実践している。		
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	火災のみならず地震・洪水時等を想定した避難訓練を年2回行っており、職員間においては防災責任者から機会を捉え教養を実施している。防災のための施設内外巡視や、災害時の非常用食品や毛布等の備蓄品等を備える等、環境整備を行っている。夜間チェック表を記入し巡視の徹底を行っている。隣組総会で情報を発信し緊急時の対応を要請している。		

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
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	ゆとりを持ち、一人ひとりの尊厳が確保できるように言葉かけや対応をしている。		
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	日々の生活のなかで本人の希望や思いを察し、自己決定ができるように、見守りや支援をしている。日常的なささやかな生活パターンも「自ら」を基本に声かけをしている。		
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	大まかな日課時限の中で本人の意向、体調により日々の生活の変化はある。本人の希望やペースを優先にできる限り支援している。		
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	日々の生活の中で本人の希望の身だしなみができるように，整容時には声かけ、見守りの必要な利用者にはその都度どのような身支度を希望するか伺うようにしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	利用者の嗜好はは日常の会話などから把握し献立に反映している。また、差し入れや利用者の気分により食べたい要望がある時は、献立を代える等臨機応変に対応している。野菜の下処理、下膳、テーブル拭き等職員と共に行っている。自力摂取困難な場合でも経口摂取の大切さとその危険性について介助方法を検討し、本人にとって最良の方法を話し合っている。		
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	日々毎回の食事の基本カロリーを把握し、好まれる食事の提供を心掛けている。水分のバランスに関しては摂取量と排泄量、などのチェックを行い状態に応じた支援をおこなっている。		
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	できる利用者は自力で、介助、見守り、声かけの必要な利用者はその時に応じた支援をおこない食後必ず自らできる環境と時間を確保している。		

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
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	排泄チェック表や日常生活の中での仕草から排泄パターンを把握している。トイレ誘導は羞恥心に配慮した声掛けや、異性を嫌う利用者へは同性対応で支援している。また、出来るだけ昼夜トイレを利用した排泄に心掛け自立支援に努めている。		
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	食事、運動、環境を整え自然排便を達成する目標は当然だが、トイレ、排泄行為が認知できない利用者や疾患により緩下剤の使用を行っている利用者もいる。		
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	利用者の希望や体調等に合わせた入浴支援をしている。また、入浴を拒否される利用者へは、入浴剤の利用や好きな職員が対応し、話し合い等をして、出来るだけ入浴して頂くよう支援している。入浴が出来ない場合は清拭で対応している。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	その時々によっては安眠できない状況も発生する時がある。休息によって補充できるようにしている。生活状況を把握することに努めている。		
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	医療連携を取り、服薬に関しての細かい理解ができるように、情報ファイルを準備し確認をしながら支援している。また、医療従事者の指導のもと服薬管理（トリプルチェック）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	日常の関わりの中で、利用者が施設生活に何を期待し、何が楽しみか確認を行っている。一人ひとりの声も聞くようにし、支援に反映している。		
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	できる限り日々の中で無理の無いような外出、散歩、を希望に添って行っている。また季節的な外出行事（花見、外食）も本人の状況に応じて支援を行っている。寝たきりや外出困難な場合も、可能な範囲で行事に参加出来るように工夫し、思いに沿った支援を心がけている。		

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
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	管理できる範囲の金額を所持している。		
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	希望に応じ電話を支援し季節に応じた製作を行い、手紙を添えて家族親戚に送る支援を年3から4回行っている。		
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	生活感を重視し、臭、音、光の程合いを考慮し施設臭さの内的環境を整備し、清潔で居心地の良い環境作りに努力している。		
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	セミパブリックゾーン、パブリックゾーン、プライベートゾーンの役割を理解し効果が出る環境作りに力を入れている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている （グループホームの場合）利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている （小規模多機能の場合）宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている	家族の情報に基づき協力を求め、馴染みの物を持参してもらい居室環境を整えている。居心地よく過ごせるように配慮している。		
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	安全重視で支援をおこなっている。施設なりにできることを見極め個別に関わっている。		