

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	3271800454		
法人名	医療法人 仁寿会		
事業所名	グループホームかわもと「あいあいの家」		
所在地	島根県邑智郡川本町川本376-4		
自己評価作成日	平成23年1月20日	評価結果市町村受理日	平成23年3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	http://kouhyou-c.fukushi-shimane.or.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 応援団		
所在地	島根県浜田市相生町3948-2 相生塚田ビル1階103号		
訪問調査日	平成23年2月8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)】

開設して今年で8月で10年を迎えます。地域との交流も定着しており、在宅親子のふれあい・中高校の福祉体験・医大生の地域医療実習の受け入れ等のより世代を越えた交流の機会も増えてきている。また、外国からの医師・医学生への来訪もここ3年あり、入居者の方々の楽しみになりつつある。1日2回の近所の商店への買い物・畑づくり・ドライブ等入居者の役割や楽しみに配慮している。母体が医療法人であり、建物の1階には訪問看護ステーションがあり医療面での連携が取りやすく安心である。職員は開設当初より『手を出さず・目を離さず』を合言葉に、会話の時間を大切にしゆとりを持って入居者のペースに合わせて、時にはけんかもし、一緒に泣き笑い・・・家庭的な雰囲気を保ち一緒に生活を楽しんでいる。

【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)】

現在の利用者は要介護2以下の方々で他の利用者の行動にも感心を持ち、自分のできることは自分で行い、毎日の食材を商店に買いに行ったり、調理をし、後片付けも利用者が積極的に行い、家庭的な雰囲気の中で落ち着いた生活を送っている。事業所内に栄養士はいないが、同一法人の病院栄養士に指導を受けながら利用者それぞれの食事を作成している。特に糖尿病の利用者には、タンパクを抑え、主食の量を調節する以外は他の利用者と同じ食事を毎日続けていながら入所から8ヶ月で1ヶ月の血糖値の平均値を極端に抑えることができた。職員の共通したケアが実績として実を結んだ結果が数値として現れている。リビングに排泄チェックボードを置き、トイレ誘導の目安としているが、調査員も排泄チェックとは気づかないほど自然にあり、暗号化されているのでプライバシーにも配慮されている。

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)	○ 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
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	住宅街の一角に位置し、短文でわかりやすい理念を掲げ、職員間で共有し日々のケアへの実践を意識している。	地域や家族に配るお便りにも理念が記載されている。職員は理念を理解し、より良くなるための提案も積極的に出され理念が日々のケアに生かされている。	
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	毎日、午前午後と2回近隣の商店へ買い物に行き、地域の方々との交流の場になっている。自治会に加入し地域の各行事に参加している。	開設から10年目を向かえ、地域の人に事業所の存在が浸透している。利用者は日常的に買い物にも出かけ、入所前と同じような地域との付き合いを継続している。	
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	中高校の福祉体験学習の受け入れ・認知症サポーター養成講座にて認知症の理解を広めている。		
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	2～3ヶ月に1回運営推進委員会を開催し活動報告をいろいろな立場の方々から事業所への意見の聞き取りをしている。	運営推進会議は、郡の福祉課職員・利用者家族・自治会長・民生委員・職員で構成され、事業所の様子を知ってもらう良い機会となっている。	2カ月に1回の定期的な開催となり、利用者も参加できるような取り組みを検討して頂きたい。
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	運営推進委員会・郡介護保険運営委員会に参加し、意見交換をしている。	郡の担当者とはなんでも相談しやすい関係にあり、助言も頂き、共通理解を深めている。	
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	・身体拘束マニュアル、院内研修入り口の鍵は夜間のみ施錠し、院内研修等に参加し日々の申し送り時・連絡帳にてケアを振り返り職員間でお互いに点検している。	鍵の施錠についてミーティングで検討し、夜間のみを最小限に抑えることとなった。日々の状態を把握し、落ち着くケアを心掛け、自由な暮らしを支えている。	
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	・虐待防止マニュアル、院内研修マニュアルを基に、日々の申し送り時・ケア会議時等で職員間でお互いに点検している。		

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	研修会に参加し、伝達講習をして制度について理解している。		
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、重要事項説明書 契約時には、利用料の説明や、起こりうる病気(肺炎・骨折等)事故などの説明をし、同意を得るようにしている。		
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	・アンケート、意見箱 玄関にアンケート用紙、意見箱を設けている。面会時、外泊時には情報提供書により意見交換に努めている。	外泊時に事業所での様子を情報提供書にして渡している。家族にも家での様子や事業所への要望を記入してもらい意見の把握に努めている。日頃から家族との話し合いを大切にしている。	
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	午後の記録の時間を意見交換の場に当てている。月1回にケア会議・介護計画会議時にも意見を聞くようにしている。	職員からは業務に関する意見が容易に提示され、管理者がすぐに対応できない時には状況をその都度報告し、実現するよう努めている。職員は管理者に気軽に意見が言える関係にある。	
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	・仁寿会理念、倫理規程、行動指針 これらを制定することで、職員がどのような心で、どのように日々行動すべきかを具体的に提示し、目指す理念を現実できるようにしている。		
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	人材育成を最大の目的とする人事制度の導入により人材育成に取り組んでいる。		
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	近隣のGHと職員実習等を行い、相互研修により質の向上を目指している。		

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	・アセスメント、個別ファイル、連絡帳 事前に必ず面接を行い生活状況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	・アセスメント 見学、申し込み時に相談に努めている。		
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	状況を確認し必要と思われるサービスの説明を行い柔軟な対応に努めている。		
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	・アセスメント、個別ファイル、連絡帳 家族等から情報収集、共有に努め、常に一緒に行動するように心がけその人の得意な部分を把握し主役になれる場面を提供している。		
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	・あいあいの家たより、毎月の個別お便り ご本人の近況報告をしている。手紙を書いたり、年末年始、Gw、お盆の外泊を相談している。		
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	・アセスメント 行きつけの洋服屋、美容院等を利用している。ご主人の病院への面会介助をしている。	アセスメントで生活歴を把握し、畑仕事や趣味など馴染みの習慣が継続出来るよう支えている。電話や手紙で馴染みの方と継続的な交流ができるよう働きかけている。	
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	入居者同士の関係を把握し、全員で過ごす時間、気の合う人と過ごす時間、個別に過ごす時間の調整をしている。		

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
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	・情報提供書 退居時にお渡しし、状況に応じて他の介護サービス等の説明をしている。他の施設に行かれた方も遊びに来たりされている。		
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	・アセスメント、 日々のかかわりの中で声をかけ、把握に努めている。	「今日は何したい?」と問いかけ、利用者の思いに添った生活が送れるよう支援している。利用者は職員に自分の思いを伝えられる関係性が築かれている。	
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	・アセスメント、個別ファイル 入居前に自宅訪問を心がけ、家族等から情報収集している。		
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	・個別ファイル、連絡帳 生活のリズムを把握し、本人の「ことば」に耳を傾け、大切に書き留めるようにしている。		
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	・個別ケアノート 遠方の家族が多いため、面会時・電話等で聞き取りに努める。	モニタリングノートがあり、左のページには介護計画、右のページには利用者についての気づきを全職員が記入している。気づきは介護計画作成に反映されている。	
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	・個別ケアノート、モニタリング 3ヶ月、6ヶ月で介護計画見直しをしている。		
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	デイサービス検討中		

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	近隣の商店、自治会長、民生委員へ協力をお願いし、外出時のボランティアや自由外出時の対応など支援して頂いている。		
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	・訪問診療 かかりつけ医の継続に努め、変更の場合は事前紹介状等にて安心して医療を受けられるように努めている。	1階には訪問看護事業所を併設しており、近くに同一法人の病院があることにより、安心して医療が受けられる環境にある。	
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	・訪問診療、訪問看護 1Fに訪問看護ステーションがあり、連携しやすい環境である。		
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。	入院中の様子など、相談員を通じて情報を共有し早期退院への連携を行っている。		
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	方針に基づき、本人、家族の意向を聞き取り主治医、訪問看護、職員と相談し今後の方針を決定し連携に努めている。	以前より重度化や終末期に対応する体制を整えていたが、今年度亡くなった方のケースを通じて改めて終末期の訪問看護との連携や利用者同士のお別れについて検討を行った。	
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	・緊急マニュアル、院内研修 応急手当の研修会に参加し伝達講習しケアに努めている。		
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	・防災訓練 定期的に防災訓練を行い、自治会との協力体制を整えるよう努めている。	自治会と協定書を結び、協力体制を築いている。近くにある同一法人の病院と共同で災害対策についての話し合いも行っている。	

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
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	ケア会議、日々の申し送り時等職員間で意識の向上を図るようにし、日々のプライバシーの保護に気を配る。	利用者一人ひとりのプライバシーに配慮して対応し、常に利用者の気持ちを大切にした支援に努めている。	
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	入居者を交えて日々の献立を考えたり、買物に出かけ、暮らしの中で意識的に希望を引き出すように努めている。		
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	入居者のその日にできる事、できない事を見極め、本人一人ひとりの状態や思いに配慮し柔軟に対応している。		
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	毎朝基本的には本人に選んでもらい、洗面所の化粧鏡にて確認してもらい、行きつけの理容、美容院を利用する。		
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	献立決め、準備、買物、片付け等職員と一緒に行き季節感を大切にする。 月1回のお弁当の日、誕生会、年末お楽しみ会	近くに畑があり、だいこん・じゃがいも・たまねぎ・ピーマン・ナスなど利用者の力を生かして野菜作りを行なっている。日々の食事の準備も利用者が積極的に役割を持って行なっている。	
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	個々の状況に合わせて、小盛り、きざみ等対応している。摂取量は個別記録に記載する。		
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、歯みがきを声かけし、職員も一緒に行うようにしている。		

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
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	・排泄チェックボード、生活記録表 個々の排泄パターンを把握し、ボードにて随時声かけ、介助している。	パットの置き場所も利用者と一緒に考え使いやすいよう工夫し、気持ちよくトイレで排泄できるように見守り、声掛けし自立に向けた支援をしている。トイレでの排泄を大切に、個別支援を行なっている。	
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	・排泄チェックボード、生活記録表 個々に把握し、服薬調整、運動量の確保等している。水分摂取量の把握し摂取に努めている。		
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	毎日入浴可能で、個別に声かけしている。	入浴時間は決めておらず、利用者が入りたい時に入浴を楽しんでもらっている。利用者のその日の身体状況などにも配慮し無理強いせず気持ちよく入浴できるよう支援している。	
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	入り口を開けたままの方、夜間灯を使用する方等本人のペースを把握し安眠を提供している。		
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	個々の処方箋、薬効を個別ファイルに綴じ、薬は事務所のおくすりカレンダーで管理、確認している。		
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	一人ひとり、その日の役割を見つけ、提供するよう声かけしている。		
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	1日2回の買物に出かけ、地域の行事参加をしている。	毎日の買い物や実習生がいる時は近所の喫茶店にコーヒーを飲みに行くなど日常的に近所に外出している。外出に気が向かない利用者も玄関前まで出て日光浴や花を見て気分転換出来るよう支援している。	現在日常的に買い物等の外出支援を行なっているが、利用者の希望による多様な外出の機会が増えるよう期待したい。

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
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	お小遣いが自己管理できる方には、買物時なるべく自分で支払いを促している。		
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	お手紙、宅配が届くと返事を促し、電話は子機にて居室での会話は可能である。		
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	中央にアイルランド型キッチンを設置し、みんなが集まりやすい空間を確保している。プランターに季節の花を植え、季節感を味わってもらえるように工夫している。	キッチンを中心に数人でくつろげるスペースが設けてあり、大きな窓から外を眺めている利用者の姿も見られた。家庭的な雰囲気の中で思い思いにそれぞれの居場所で落ち着ける空間となっている。	
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	・畳の間、ソファールにて個別になれる空間、集まれる空間を確保している。		
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、何でも持ち込めることを説明し、生活に合わせて家族と相談している。	ベットとチェストが備え付けで置いてあり、利用者の状況に応じて配置を変えている。自分の部屋として掃除は利用者が主となり行なっている。	
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	床はクッション性のある物を使用し、転倒時の外傷を最小限にとどめている。トイレ、浴室のドアを色分けしわかりやすく工夫している。居室には手作りの表札をかけている。		