

### 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	2373800396		
法人名	シルバーサービス 株式会社		
事業所名	グループホーム 安心樹		
所在地	愛知県小牧市池之内388番地		
自己評価作成日	平成26年12月10日	評価結果市町村受理日	平成27年度4月9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	福祉総合研究所株式会社		
所在地	名古屋市東区百人町26 スクエア百人町1F		
聞き取り調査日	平成27年2月11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)】**

開設から13年経ち、グループホームの理念を守り、家庭のような温かく安心感のあるホームです。ホーム内はいつも「ありがとう」の言葉や笑顔と笑い声がいっぱい、安全・安心を大切に考えています。利用者が主体となった生活を送れるよう自己決定を大切に言葉かけを心がけ職員はサポート側です。職員と利用者が生活していく上で支えながらいい関係が築けるよう皆で努力しています。ボランティアや同敷地内の施設での行事参加などは利用者の交流の場や生活の刺激となっています。毎月行う手作り菓子も季節感あふれ職員と利用者が教えながら昔を楽しむ話題の多い行事の一つです。

**【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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	開設以来13年、理念は継続されている。新人職員研修や毎朝の申し送り時、唱和しケアの実践に努めている。		
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	地域幼稚園児の定期訪問、町内会の行事参加を通し、地域との交流を深めるよう努めている。敷地内には畑が多く、野菜、果物など旬の野菜などの差し入れや収穫に参加できる。		
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	運営推進会議や町内会参加を通じ、相談を受けたり、地域住民が相談に直接施設に来られることもある。地域の事業所、認知症への理解を実感している		
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、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	委員は行政、包括、町内会、老人会、家族代表、民生委員等を置き、年に6回開催。施設の現状、事故などを報告し意見、助言を得職員には議事録を回覧しサービスの向上に努めている。		
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取り組んでいる	市介護相談員、傾聴ボランティアを受け入れ利用者の思いにつなげている。市主催の研修会に参加、施設内の事故は報告し助言を貰い、ケアの向上につながるよう取り組んでいる。		
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「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	開所以来、玄関は施錠することなく開放。職員は身体拘束の弊害をしっかり認識している。会議で勉強、議論し職員全員が共通の意識を持っている。特に言葉による拘束を常に注意している。		
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	理念や方針、情報を職員間で常に共有している。管理者は職員の健康、ストレスを把握し声をかけ悩みを聴くように心かけている。勉強会やコンプライアンスの教育実施。ボランティア、相談員第三者の受け入れを実施し開かれた組織作りをしている。		

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	成年後見人制度を利用している利用者がいる。制度は勉強会にて周知。家族より相談があり活用される家族もある。		
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	契約には十分時間をとりわかりやすく説明している。改定などは事前に家族会で説明し、理解、納得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	年2回の家族会や面会時、意見や要望等を尋ねたり話ができる関係作りが築けている。家族の要望等は、毎日の申し送り時や月1回の会議で話し合い改善するよう努めている。利用者は毎日の触れ合いや会話の中でさりげなく聴き取るようにしている。		
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	主任⇔管理者⇔代表者との連携はできている。毎月の会議には代表も出席し直接意見を聴く機会がある。管理者は職員に何かあれば個人的に話を聞く機会を設けている。代表も年1、2回個人面談をし職員の意見や考えを把握する機会を設けている		
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	年2回、人事考査、自己評価を行っている。代表者は、毎月の会議に出席し職員の勤務状況や考えは直接聞くことができる。毎月の会議にその月の「いいねカード」取得者を発表しケアの向上や職員同士のモチベーションアップややりがいにつなげている		
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	代表者は施設に顔を出す機会が多い。常に職員の現場状況を把握している。外部の研修資料は回覧し希望があれば推薦受講できる。新人研修、研修期間を設けている。会議議題で揚げ職員間で講師となりケアの向上に努めている。		
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	市や他業者の研修参加で交流機会がある。他事業所の管理者の訪問があり、事業所同士業務の話の聞いたり相談することができる。		

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	入居前には必ず施設へ来てもらい利用者と談話やお茶をしながら本人の気持ちをくみ取るようにしている。事前面談は施設でおこない本人の表情や会話の中から不安を受け止め入所後のケアにつなげている。		
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	事前面談で家族から入所に至るまでの状況や本人の生活歴などを詳しく聞き施設への要望や不安等を受け入れ施設の生活内容を説明。職員にはアセスメント十分把握し受け入れている。		
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	入所前のアセスメントを把握したうえで、不安なく過ごせるようゆっくり段階をみ支援している。入所一か月後カンファレンスをおこない、必要であれば家族やケアマネに相談し支援法を検討している。		
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	理念をもとに共に支えながら暮らす関係を築いている。職員は常に補佐的立ち位置を意識し中心は利用者。お互い協働し、利用者から教えられることも多く、皆で和やかに暮らせるよう支援している。		
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	家族の面会や家族との外出も多い。家族とは常に連絡を密にする関係を築いている。家族との協力関係も図れている。		
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	知人や友人、親戚関係の面会が多い。入所前の習い事の先生が定期的に訪問し教室を開催してくれている。面会者との外食や買い物も多い。		
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	利用者の生活の場は共同スペースの居間が中心。職員も共有の時間を大切にしている。利用者同士で役割分担ができみんなで声をかけ合い毎日が和やかな雰囲気の中で暮らしている。		

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	重度化や医療が必要になった利用者は敷地内の施設へ転所されるケースが多いため関係の継続をしている。自宅やその他の場合も情報の提供や支援経過を伝えるなど家族の相談や支援の継続に努めている。		
<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	傾聴ボランティア受け入れ時、個々の話の内容を尋ねたり、家族との外出後、話を聞くようにしている。会話を記録に残し毎月のカンファレンスで検討している。外出も職員と一対一で出かけ本人の思いを聞き取り職員間で共有し個々のケアに活かすようにしている。		
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	入所前の生活歴や情報は事前に会議で報告し把握共有している。親戚や兄弟の面会時にも新しい情報が得られたら、職員間で共有しケアに活かすよう努めている。		
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	朝と夕方、1日2回の申し送り記録の確認を徹底。1日の会話や表情などから変化や状態の把握をし継続するように努めている。場合によってはミニ会議をし状態把握をしている。		
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	毎月の会議には担当者からの報告が上がる。報告をもとにモニタリング、カンファレンスを行いプランに反映させている。更新の前には家族に状況を説明し要望や意見を貰うようにしている。本人には会話の中から希望を聞くようにしている。ケアの内容が変われば計画の見直しもしている。		
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	個人記録は、1日の様子を詳しく記録するようにしている。記録をもとに申し送りや会議を行い、計画書の見直しや評価を実施している。		
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	家族からは、面会時などに生活状況の報告は常にしている。状態の変化に応じた対応を心かけている。何かあれば柔軟に対応し通院や事務代行も対応している。		

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
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	以前の馴染みの関係が継続できるよう支援しながら運営推進や地域周辺の住民より支援や協力関係を築いている。ボランティアの協力も得ながら支援につなげている。		
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	協力医が主治医となっている。個々に毎日往診があり月2回の訪問診療と訪問看護を実施。必要時は個別に往診がある。協力医とは24時間の連携を図っている。家族への報告は施設からもするが直接主治医から電話報告もある。専門医への受診は家族が主であるが主治医から情報の提供はされている。		
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	月2回の定期訪問看護を実施。身体状況の変化があれば連絡し適切な医療につなげている。同敷地内の他施設に看護師が配置され何かあればいつでも対応できる体制にある。		
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。	入院によるストレスや不安の軽減が図れるよう支援方法に関するサマリーを提供。管理者や職員の面会も欠かさない。相談員や担当関係者との連絡を密にしながら家族を含め早期退院への支援につなげている。		
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	契約時、「重度化対応・終末期ケア対応指針」を詳しく説明し同意を得ている。身体状況に応じ医師、家族、事業所とで、十分方針を話し合い看取り対応もしている。		
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	勉強会や看護師の指導を受け、訓練している。日中、夜勤帯の緊急時対応を整備し周知の徹底や身につける実践をしている。		
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	年2回は災害訓練を実施している。町内会の避難訓練参加、施設内の災害訓練には地域住民の参加もある。運営推進委員の協力も得よう体制を築いている。災害時の備蓄品も確保してある。		

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	基本理念を周知、利用者に対する言葉使いには本人が自己決定できるよう注意を徹底している。施設内の書類や個々のプライバシーへの気遣いは職員全員が意識して対応するよう常に心かけている。		
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	自己決定できる話かけで対応。ともに生活する中で表情やしぐさを観察し、会話の中から思いや希望を探るように努めている。職員は毎日の利用者との会話を多く、大切にしている。		
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	1日の日課はあるが、本人の生活ペースを重視し個別性のある対応を行っている。毎朝の始まりは今日の天気からはじまり「今から何しよう」など利用者との会話が中心となり1日のスタートとなる。		
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	着替えは本人が決めている。外出機会も多く、おしゃれをして出かける楽しみでもある。整容の乱れにも配慮する心かけをし、センスや髪形をさりげなくほめている。		
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	献立は管理栄養士が立てている。準備も片づけも利用者同士の分担ができています。音楽を流しながら職員と一緒にいただき談話しながら楽しい時間となっている。食事準備は利用者の力発揮の時間である。		
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	本人の体調と個々の摂取量、食事形態を把握し関わっている。食事、水分摂取量はチェック表で把握。必要時はタイミング、介助法を工夫し食事が進むよう支援している。		
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	毎食後は、洗面所にて口腔ケアを行っている。義歯は毎晩食後に消毒の為管理し起床時に渡している。		

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	排泄チェック表を活用し、しぐさや行動からも探りトイレでの排泄支援の徹底を行っている。毎食前、おやつ前には全員でトイレに行く習慣ができています。夜間も個々の排泄タイミングを把握し誘導している。		
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	個々の排便パターンを把握。毎朝のラジオ体操、日課の散歩。水分摂取表の活用と便秘の対応には気を付け予防の対策をしている。		
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、入浴は午後実施している。夜、入浴希望の利用者は寝る前に入浴している。気の合う利用者同士一緒に入浴したり、入浴時の会話から気持ちや思いを記録しケアにつなげるようにしている。		
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	日中の生活リズムを安眠につなげるよう努めている。眠剤を服用している利用者はいない。就寝時間の決まりもない。		
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	職員全員が、薬の内容等を勉強会にて把握している。薬が変わったときは、処方内容を申し送り把握の徹底をしている。服薬変更時は状態の変化を記録に残し、申し送り、把握するよう努めている		
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	利用者同士、役割の分担ができています。毎月の菓子作りや外出、買い物も楽しみのひとつ。外食やドライブも気分転換となっている。		
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	散歩は毎日の日課となっている。外出表を活用し外出者が偏らなく全利用者が外出できるよう支援している。年2日家族とともにバス旅行を実施している。		



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	金銭管理をしている利用者もいる。施設が管理している利用者は買い物や喫茶店ではお金を渡し自分で支払いをしてもらっている。		
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	本人から希望があれば電話の取次ぎを行っている。遠方の親戚などは本人から近況報告の電話をしてもらっている。		
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	生活中心の居間には、ソファがあり好きな場所に座り利用者同士談話が弾み、皆で共有の時間を過ごしている。施設内は所々に季節の花や手作り作品を掲示し話題つくりとなっている。廊下にも椅子があり本を読んだり、利用者同士のくつろぎの居場所となっている。		
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	玄関ホールにはテーブルとイスがありくつろぎの場となっている。廊下にもソファがあり一人で昼寝、日向ぼっこ、読書の場となり、居場所づくりの工夫を心かけている。		
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	家族には本人が安心して暮らせるよう馴染みの家具や装飾品をお願いしている。毎日の掃除は職員と一緒にしている。毎月の折り紙教室の作品など本人と相談し飾りつけしている。		
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	食堂と居間はオープン。環境整備に努め職員の見守りのもと利用者には自由に生活できている。居室のわからない利用者には本人がわかる目印をつけている。		