

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	0570708297		
法人名	伊藤建友株式会社		
事業所名	グループホーム湯沢四季の里		
所在地	秋田県湯沢市西新町9-7		
自己評価作成日	平成24年10月5日	評価結果市町村受理日	

※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.akita-longlife.net/evaluation/
----------	---

【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 秋田マイケアプラン研究会		
所在地	秋田県秋田市下北手松崎字前谷地142-1		
訪問調査日	平成24年11月10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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・家族や地域とのつながりを継続(地域の一員であること) ・本人が出来ることやれることを維持継続。(役割を持たせること) ・本人の世界観を大事にする(本人のペースで過ごせるように)

【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)】

「プチケア会議」で職員の意見を取り入れ、多くのアイデアが随所に見られます。利用者の意見や希望を伝える「井戸端会議」や、家族に利用者との関わりを理解を求める等、利用者主体に考えた取り組みを実践され、家族との関係性も良好なものとなっています。また、帳票も工夫して、記録しやすいように改善し、サービスの質の向上に繋げています。
--

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. 全くない
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、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)	○	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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念は玄関に大きく掲げられ、理念をもとに年間の目標を立てている。また、月ごとにも目標を立てている。	会議や勉強会を通じて理念を意識し、職員が時季に合わせて、或いはその時々思うことを月間目標にして、家族、地域と繋がりがりながら、利用者がその人らしく生活できるよう設定した年度目標に向けたケアが実践されています。	
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	近所の理髪店への利用や、ヤクルト屋まで利用者と一緒に取りに行ったり、希望者には近くの商店まで買い物へ行っている。	散歩や買い物に出かけた時には、近隣住民が声をかけてくれる等日常的に交流されています。事業所の行事は、町内会が協力しながら地域のイベントとして実施され、事業所自体が地域の一員として活動されています。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	年1回発行される四季の里便りを、地域の方々にも配布し、その中に認知症についての話やホームでの様子を掲載している。		
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	2カ月に1回の推進会では、町内会長、民生委員、ボランティア、ご家族に参加して頂き意見を頂いている。参加できなかったご家族へも報告を郵送している。	参加者と盛んな意見交換が行われ、出された提案や情報を職員会議で検討し、運営に反映させています。	
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	毎月行われる地域ケア会議へ参加し、市町村担当者からの話や、事業所の報告を行っている。	制度についての相談等、包括、市担当課と連携しながら利用者支援に繋がっています。	
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	毎月定例会議で、委員会から身体拘束についての報告や勉強会を開いている。玄関の施錠も行っていない。	職員のアイデアを活かして、工夫が施された暖簾が掛けられ、玄関の施錠とセンサーを廃止しています。毎回テーマを設定して勉強会が開催されて職員の理解に繋げ、拘束のないケアを実践されています。	
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	毎月定例会議で、委員間より虐待防止についての報告や勉強会を開いている。		

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	以前、権利擁護の勉強会が設けられた。今後も研修への参加や勉強会を開いていきたい。		
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	利用の際には、管理者と契約書、重要事項説明書の読み合わせを行い十分に説明している。その際にも疑問点があれば、その都度返答している。		
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	苦情・要望の用紙を郵送したり、要望があった際には、全職員へ把握するようにしており、委員会からも報告している。また、その内容等は通信に載せたり、推進会議で報告している。	受診介助や面会等、家族が関わる機会を多くつくり、信頼関係もできています。意見や要望があった時には全職員で検討し、全ての家族に対応が伝わるように取り組まれています。	
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	月2回の定例会議の中において、職員からの提案等聞き入れており、実践できるものは取り入れている。	職員のために設けられた意見箱や気づいたことを書き留めた内容をプチケア会議で話し合い、職員の意見や提案が日々のサービス提供に活かされています。	
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	本社が離れているのだが、定期的にホームに来ていただき、個人的にも相談に乗って頂いたり、更新の際などにも、ゆっくり話を聞いてもらっている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	年に1回以上は外部の研修に参加するよう、年間計画にも組み込まれている。内部の勉強会も定例会議の中で行われている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	市内のグループホームネットワークがあり、管理者や職員が参加し、交流する機会を設けている。		

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
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	入居する前の面接の段階で、要望や不安なことなど聞き入れるようにしている。		
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	ご家族からも前もって要望等を確認し、プランに反映させている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	一緒にご飯を作ったり、畑仕事をしたり、逆に分からないことは教えてもらったり、共に支えあいながら生活しているようにしている。		
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	ご家族とのつながりが継続できるよう、毎月の通信で様子を伝えたり、ホームで困ったことがあれば、電話などで相談している。		
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	今まで通っていた美容院への継続や友人の方も面会に来れるよう支援している。	利用者がこれまで生活の中で行われてきたことが、ホームに居ても継続できるよう、家族の協力も得ながら支援されています。	
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	利用者同士の相性を考慮しながら、テーブルの配置を変えたりしている。		

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	退去してからも、本人に面会したり、ご家族から連絡来る時もあるので、話を聞くようにしている。		
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	居室でゆっくりお茶やコーヒーを飲みたい方はポットをおいたり、テレビを見たい方、ゆっくり新聞を読みたい方、ゆっくり休みたい方など出来るだけ本人の希望に添えるようにしている。	利用者が意見や要望を伝える機会として「井戸端会議」が開催されて、どのようなことを望んでいるのか把握し、介護計画の見直しに繋がっています。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前に本人やご家族からそれまでの生活歴を聞くようにしている。また、入居してからも、ご家族が面会時などに話のなかから聞き出したりしている。		
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	毎朝バイタルチェックをし、その日の状態把握に努め、日々の生活の中でできることできないことの見極めをし支援している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	井戸端会議やプチケア、ご家族へモニタリングを通してご意見ご要望を伺い、プランに反映している。	担当職員がモニタリングを行い、「井戸端会議」を基にカンファレンスで話し合っ、細かい日常が盛り込まれた介護計画を作成しています。	
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	個人記録への記入の他にも、プランに基づいてのチェックや気づきや工夫に関してもプチケアへ記入し、情報を共有している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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	町内の方でボランティアとして月に2回ほど来ていただき、一緒に歌を歌ったり、昔話などをしたりしている。地域にある店や郵便局、床屋、ヤクルト屋さんなど顔なじみなれる関係を作っている。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	入居前からのかかりつけ医にそのまま継続的に受診できるようにしている。何か変化があった時や相談したいことがあれば、かかりつけ医や歯科医、薬局にその都度連絡し対応している。	家族との繋がりを大切にしたいと理解を求めて受診介助をお願いし、状況によっては職員も同行しています。併設事業所の看護師とも連携し、適切に医療支援されています。	
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	併設されている小規模の看護師へ情報を提供し、気付いたことや特変時、対応への相談等密に行っている。		
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。	入院になった際は、ご家族へ対応をお願いしているが、こちらでも面会を兼ねながら様子を見に行ったり、ご家族や病院の看護師やケースワーカーと連絡を密にし、対応している。		
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	重度化、終末期に対しての考えをアンケート方式でご家族へ記入して頂き、個別にも相談に載っている。	終末期のケアには対応していませんが、併設事業所の看護師と連携し、今後の対応を検討しています。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	消防署で行われる、救命救急講習に参加し、参加した職員から伝授して頂いている。定例会の委員会報告の中でも勉強している。		
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	地域との合同避難訓練を行っており、夜間想定訓練も行っている。また、毎月非常災害時委員会からの報告もおこなっている。	非常食を準備し、発電機の操作訓練も行われています。また、災害に特定せず、停電時の対策等も話し合われています。通常時或いは冬季の避難経路が確保できるよう検討されることを期待します。	

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
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	一人一人の生活歴を把握し、状態が低下した際も他利用者への配慮をしながら声掛けなど対応し、周辺症状が見られた際も、その人の過ごしてきた生活状況などを考慮しながら、本人の世界観を大事に対応している。	言葉遣いに気をつけ、一人ひとりの人格を尊重することを基本に対応されており、年間目標にもしています。	
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	月1回開催している井戸端会議では、利用者一人一人の意見を聞いている。意思疎通が難しい方へも分かりやすい言葉や比べることができるものなどを参考に話しかけている。		
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	それぞれ思いのままに生活して頂いている。日によっては、天気がいいから今日はドライブへ出かけようなど、職員と利用者と一緒に決めていたりしている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	日常化粧されている方、帽子をオシャレに使用している方、外出・受診時の洋服も職員と一緒に選んで更衣されている。		
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	調理の準備や片付けは利用者と一緒にしている。好みの食事も井戸端会議で聞くようにし、それをメニューに取り入れたりしている。また、外食を希望されている方もおり、受診後に外食してきたりしている。	調理担当職員が、食べやすさやバランスを考えて食事を提供しています。利用者が食材の買い物に同行し、職員が持参した野菜やホームの畑の野菜もメニューに取り入れています。ドライブしながら少人数での外食も行われています。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	利用者に合わせて食事形態を変えたり、状況によっては食事量や水分量のチェックをしている。		
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、口腔ケアを行っている。自分で行える人には声掛け見守りだが、出来ない方には介助にて対応している。口腔の問題があるときは、提携歯科医へ連絡し、対応して頂いている。		

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	トイレ誘導が必要な方には、定期的にトイレ誘導し排泄チェックに記入している。男性用の便器もあるので、男性の方々はそれぞれ使いやすい方を使っている。	一人ひとりの習慣を活かした排泄支援が行われています。排泄パターンを把握した適切な誘導で、失敗がなくなった事例もあります。	
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	排泄チェック表を参考に下剤の調整を行っている。朝に冷たい牛乳や週3日のヤクルトの提供行い、水分を多めにとって頂けるよう声掛けしたりしている。		
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や健康状態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、個々に合わせた支援をしている	声掛けし、本人の希望の時間を聞くようにしている。シャワーだけでいい方もいれば、一人で入りたい方など、個々に合わせて支援している。	入浴日を決めてはいますが、その限りではなく、利用者の希望に合わせて支援されています。	
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	室内温度も好みの温度があるので、その方によって変えたり、室内灯も本人の希望に添って対応している。休憩時も居室でゆっくり休む方や居間のソファで休む方など、それぞれゆっくり休めるところで休んで頂いている。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	かかりつけの薬局の薬剤師より、その都度説明をして頂いて。また、併設の看護師にも相談している。薬の説明書を活用し、一人一人の薬を把握できるように努めている。薬のチェックも何回も行っている。		
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	その日にやりたいことや趣味(畑仕事や編み物、読書など)を生かしたり、自分の食べたいものを買っている方、近所への散歩や外出でも気分転換できるように支援している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	自宅へ帰りた方、墓参りに行きたい方など、希望に応じて、ご家族と協力しながら対応している。また、年間行事以外でも、少人数で外出したり、普段の買い物へも同行し、近所の商店へも散歩しながら出かけている。	散歩や買い物等、気軽に近所に出かけられる環境であり、利用者の希望に応じた外出が日常的に行われています。	

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
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	自分でお金を持っていたい方など、ご家族と話し合い対応している。また、外出の際には自分でお金を支払って頂いている方もいる。		
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	要望があるときには、本人が電話で話せるように対応している。手紙も書いている方、年賀状も書いてもらえるように支援している。		
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、臭い、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	場所等がわかるように表示をし、居間には椅子だけでなく、ソファーや畳も使えるようにし、自由に過ごせるようになっている。トイレは定期的な掃除以外にも頻回に掃除を行っている。	利用者の目線に場所表示をし、エレベーターを設置して、既存の建物を快適に過ごせるように環境づくりされています。また、2階に目立たないようにカメラを設置して、夜間の安全に配慮されています。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	夜、寝るまで居間にて利用者同士が話していたり、一人でソファーに横になったり、それぞれが自由に過ごしている。		
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	今まで使っていたタンスや布団、茶わんや箸など出来る限り持参して頂いている。位牌や遺影を持ってきている方もいる。	畳の部屋に使い慣れた物や写真等を持ち込んで、利用者が居心地良く生活できるように支援されています。	
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	2階建の建物であるが、エレベーターも設置しており、エレベーターを利用されている方もいる。建物内は、段差もあるが廊下や階段、居室内にも手すりが設置されている。		