

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	3290200033		
法人名	社会福祉法人せんだん会		
事業所名	グループホームバルツガーデン 1		
所在地	島根県安来市荒島町2177-14		
自己評価作成日	平成24年2月10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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/JigvosyoBasicPub.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス
所在地	鳥取県米子市西福原2-1-1YNT第10ビル111号
訪問調査日	平成24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)】

「高齢者の気持ちに寄り添い寄り添いそのひとらしい生活ができるよう支援します」の理念に沿って人生の継続性を尊重し日常生活での自己決定を尊重、能力と可能性の活用などを意識して日々の業務を行っています。全職員が認知症サポーターとなり事業所は認知症の人とその家族を支え誰もが暮らしやすい地域を作っていく拠点となるように努めています。

【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)】

事業所では利用者がその人らしい生活が送れることを目指して利用者の気持ちに寄り添い、向き合った支援が行われており、利用者と職員の穏やかなやり取りが印象的である。職員は昨年からの続けている毎日行う、接遇トレーニングや定期的な勉強会等を行い、ケアのレベルを上げる努力が日常的に行われて成果を上げている。

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)	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)	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)	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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	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)	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せている (参考項目:30,31)	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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

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	毎朝、朝礼時読み上げることで、常に理念を意識し理念に沿った介護ができるように努めている	毎日朝礼時に全職員で理念を唱和して、共有化に努め、職員会議やカンファレンス等で理念に沿った介護が行われているか、話し合っている。	
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	保育園、幼稚園との交流がすこしづつできてきているが日常的な交流は出来ておらず積極的な働きかけが必要と感じている。	保育園、幼稚園との交流は進んできており、又、地域のボランティアの演芸活動等の交流は続いているが、近隣住民との交流が少ない事が課題となっている。	地域の認知症対策等に取り組む中で、地域住民との交流が進む事を期待したい。
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	職員全員認知症サポーター養成講座を受講し、又メイトとなって認知症の人の理解や支援の方法を地域の人に啓発している。		
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	運営推進会議時にホームの様子等を見ていただいたり状況を説明し頂いた意見や提案をサービスの向上につなげるよう努めているが参加者から活発な意見が出ず事業所からの報告が主である。	会議は定期的開催されているが、事業所の報告が主に行われ、サービスの向上に繋がるような意見交換が少ない。	
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	市が主催する地域ケア会議に毎回出席し、意見交換、情報交換等を行っている。又運営推進会議に毎回参加して頂いている。	運営推進会議に市職員と地域包括の職員が出席しており、事業所の実状を伝えている。市が主催する地域ケア会議に出席し、意見交換・情報交換を行っている。	
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	身体拘束について学び身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者の思いに寄り添うことで鍵を掛けなくても安全が保てるように職員間で連携をとるようにしている。言葉による拘束など時々見られるので身体拘束について正しく理解する必要がある	職員は身体拘束をしないケアについて常に学び、話し合って理解を深めており、玄関は日中施錠しないで職員間の連携を取りながら対処している。言葉による拘束についても、日常的にその都度話し合うようにしている。	

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
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	高齢者虐待防止について学び、職員の目につくところにポスターを貼って啓発に努めている。		
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	勉強会を行い理解を深めるようにしているが全員理解しているとは言えず制度等理解に向けて取り組んでいる。		
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	利用申込時や利用開始時に十分な説明を行ない納得して安心して利用いただけるようにしている。又必要なときは都度説明している。		
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	運営推進会議には全利用者家族に参加の呼びかけを行い多くの方から意見を頂くように努めている。また面会や訪問に行った際には必ず意見や要望がないか尋ねている。頂いた意見等は、職員会等で共有しサービス向上に努めている	意見・要望は運営推進会議への参加を全家族に呼びかけて、聞くようにしている。又、面会や電話の時、聞くように心掛けている。	
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	月に1回役職者会と職員会を定期的に開催し意見、提案等が出せる機会を設けている。個人面談を行い意見を聞く機会を設けている。	毎月、役職会やユニット毎並びに全体の職員会を開き、意見や提案を聞いている。又、個人面談(年1回、必要時)を行って、意見・提案を聞く場になっている。	
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	管理者は常に利用者の様子や職員の勤務状況が分かる位置にいる。また時には現場で利用者と過ごしたり現場の状況を把握するように努めている。給与に対しては法人の規定がある。向上心がもてるように職員の経験・能力に応じた研修参加を支援して		
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	職員の資格や経験にあった研修が受けられるように配慮している。事業所外での研修等受講しやすいように勤務調整をしている。		
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	市のケア会議に出席しネットワークをやるようにつとめている。又他の施設との勉強会、親睦会を行い交流の輪を広げている。		

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	サービス利用開始前の相談時からゆっくり話しを聞き本人の思いや不安を受けとめるようにしている。また見学に来ていただいて関係作りに努めている		
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	サービス利用開始前の相談時からゆっくり話しを聞き家族の思いや不安を受けとめるようにしている。また見学に来ていただいて関係作りに努めている		
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	本人及び家族が置かれている現状を把握し、また必要としている支援を見極めるため傾聴し努めている		
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	日常生活の中で利用者と一緒に過ごせること、出来そうなことを一緒にすることで不安や喜び等を共感している。感謝のことば、ねぎらいのことばは職員、利用者相互に聞かれる。意思決定を尊重対応するように努めている		
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	面会時ゆっくり過ごせるようにお茶やお菓子をお出ししている。また便りを定期的に発行したり請求書と一緒にホームでの様子や表情を見てもらい家族が離れていても利用者を身近に感じていただけるようにしている。		
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い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	グループホームに入居してしまうと本人から交流に行くことは難しいが併設する小規模多機能型サービスの利用者に知人がいたりすると自由に行き来してもらっている。面会時には又来て頂けるような声掛けをしている。	入所前から利用していた医院、理美容室、商店、図書館など、家族の協力を得ながら継続して利用する支援が行われている。又、併設の小規模多機能ホームの利用者との交流も行われている。	
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	個々の状況、利用者間の状況を把握し利用者同士が良い関係でいられるように職員が間に入り過ごしやすい環境作りに努めている。		
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	入院等で契約を終了しても家族と連携をとり相談にのったり退院後、併設する小規模多機能事業所で受け入れ可能な場合は受け入れている。		

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
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	毎日のケアの中で利用者の思いを汲み取るようにしている。本人の意向に添えるようにしているが無理な場合は本人、家族スタッフ間で検討して添えるように努めている。	利用者の思いや意向を毎日の生活の中で汲み取り、寄り添う事を大切なケアと位置付けて取り組んでいる。	
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	家族に協力を得てセンター方式の書式に記入してもらったり本人さんとの会話から馴染みの暮らし方生活環境を把握するように努めその人に合った暮らし方に近づけるようにしている。		
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	スタッフ間、担当職員の協力して把握に努め書面化している。一緒に過ごし一緒にすることで心身の状態できることの把握に努めている。		
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	介護計画を立案する際カンファレンスを開き本人、家族、スタッフとの話し合いを行い、生活意欲に繋がるプラン作成に努めている。又担当職員を中心にモニタリングを行い次のプランに生かしている。	介護計画は利用者、家族も参加して話し合い、作成されている。モニタリングは1~2ヶ月毎に行われ、計画の見直しに生かされている。	
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	個別記録をできるだけ詳しく記入してもらい、生活が見えるような記録を目指し介護計画の見直しに生かしている。		
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	併設する小規模多機能事業所の協力を得てサービスの多機能化に努めている。利用者の状況に応じて職員の体制も変えて対応している。		

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	地域のボランティアの方に来ていただいたり、家族の協力を得て図書館に通うなど安全で豊かな暮らしができるように努めている。		
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	本人家族が希望する係りつけ医となっている。必要に応じて往診もしてもらっている。受診介助は家族にお願いしているが必要時は職員も同行したり、様子を書いた手紙を添えたり事前に電話をして状態を伝え支援している。	かかりつけ医は本人家族の希望する医師となっており、受診は原則、家族がつき添っている。必要に応じては職員が同行したり、手紙や電話で連絡を取るなどしてかかりつけ医と連携を図っている。	
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	看護職員を配置し日頃の体調管理や医療面での相談、助言、対応を行っている。		
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。	入院時には病院に対して本人等の支援内容等の情報を提供し入院による混乱が少なくなるように努めている。面会に行ったり病院、家族と情報交換をしながら退院に向けての支援をしている。退院前には必ず調査に行きスムーズな退院ができるように支援している。		
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	入居時に重度化、看取りについての方針を説明している。できること出来ないことを伝えている。	入所時に重度化や看取りについての事業所の方針を説明して、家族の要望を聞いている。この所、事業所での看取りを希望する家族がおられ、看取りに向けた支援が始まっている。	取り組み中のケースの支援について、看取り後に全職員で振り返り、次の機会に役立てられる事を期待したい。
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	救急法の勉強会をおこなっている。緊急時の対応マニュアルを作成し勉強会で確認し実践力を身につけるように取り組んでいる。		
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	年に2回消防署員立会いの上防災訓練を実施している。又消防団との話し合いを行い協力を依頼した。	消防署の立ち合いのもと、夜間想定避難消火の訓練を年2回行っている。備蓄は水・米・缶詰・ガスボンベなど、準備され、消費期限のチェックなども行われている。事業所や災害時の地域の人の避難先になることを承諾している。	

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	接遇トレーニングを毎朝行いロールプレイングを通して学んでいる。誇りやプライバシーを損ねる言葉掛けやケアになっていないか振り返るようにしている。	誇りやプライバシーを損ねる言葉掛けや馴れ合いの関係になっていないかなど、常に振り返り、話し合っている。毎朝の接遇トレーニングは今年度も行われている。	
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	一方的な介護にならないよう、自己決定できるように利用者に合った声掛けに努めている。又分かりやすい言葉や説明を行うようにしている。ことばで表現できない人は表情や反応で汲み取るようにしている。		
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	一日の流れは大まかに決まっているがそれにこだわらず体調に注意しながら本人のペースに添えるように柔軟な行っている。		
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	訪問美容室を利用される方が多いが髪を染めたりパーマをかけたりおしゃれを楽しんでおられる。更衣の際、一緒に着るものを選んでる。		
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	衛生管理工食事は厨房で作っているが昼食の汁とおやつを衛生面にきをつけて作ることもある。食事は利用者と同じものを一緒に頂くことで話題が広がり食事の雰囲気も和やかになっている。会話の中から食べたいものを知るように努めている。	食事は厨房で作られているが、昼食の汁やおやつは利用者と一緒に作っている。職員も同じ食事を同じテーブルで食しており、和やかな雰囲気が見られている。誕生日に食事の希望を取り入れたり、外食の要望に応える取り組みも行っている。	
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	体調不良時や食事の内容によっては本人が食べやすいようにしたり食べやすいものを提供している。献立は利用者の希望を取り入れ管理栄養士が立てている。食事摂取量、体重測定、水分摂取量など把握するようにしている。		
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	職員は口腔ケアの重要性を理解し毎食後その方の能力にあった支援を行っている。		

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
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	全員トイレでの排泄を行っている。排泄誘導が必要な方は個々のパターンに添った声掛けをしている。オムツやリハパン、パッドなど必要時は使用するが使用しない方向で検討をしている。	利用者全員、トイレで排泄しており、排泄誘導が必要な人にはパターンを観察して声かけを行っている。オムツ、リハパン、パットなども容易に使用しない方針で必要時は十分な検討を行っている。	
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	排泄パターンを把握して居室のトイレでゆっくり排泄して頂くようにしている。下剤に頼ることなく水分補給や運動、食事の工夫に努めている。		
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	朝、本人の意思を確認して入ってもらっている。体調に合わせてゆっくり入浴を楽しんで頂けるように1対1で対応している。気が向かないときは清拭で対応したり時間をずらしたり個々に合った入浴をしてもらっている。	入浴は本人の意志を確認し、ゆっくり入浴できるように1対1で対応している。入浴日は1日おきを原則にしているが、汚染の見られる時は毎日でも入浴支援を行っている。	
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	個別の睡眠パターンを把握している。昼間の活動性を高め夜間の良眠に繋がるようにしている。適宜午睡もとってもらっている。		
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	服用している薬剤情報をファイルで分かるようにしている。又薬の副作用等看護婦から情報をもらい早期に気付くように努めている		
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	なかなか本人の趣味が認知症のため継続できない状態になっているも新たにできることを見つけ楽しみが増えるように努めている。できる事を役割としてやっていただき自信につながるようにしている。		
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	日常的な外出は出来ないが、散歩が困難なときにはデイサービスの送迎についていたり、玄関のポーチで日光浴を楽しんだりしてもらっている。時々郵便物を一緒に出しに行ったり外食したりしている。	外出は買い物、ドライブ、行事など、家族の協力を得ながら支援されている。職員は日常的な外出が少ないと感じているが、玄関のポーチで日光浴をするなど、外気にあたる工夫を行っている。	

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
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	小銭を持っておられ外出時には使えるように支援している。		
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	自ら電話をする人は少ないが必要ならば掛けてもらっている。携帯電話を持っておられる方もいる。		
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	ソファの置き位置を工夫したり、洗濯物を干したりして、生活感や季節感を味わえるようにしている。花をベランダやホールから見えるところに植えたり、ホールには季節の花を絶やさないようにしている。	食堂には落ち着いた色のテーブル椅子が置かれ、部屋の隅には洗濯物が干され、又、テーブルの上には季節の花が飾られ、生活感や季節感の感じられるアットホームな雰囲気が見られている。	
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	居間にはソファを置き玄関ホールや玄関ポーチにはテーブルや椅子を配置して居場所作りをしている。気の合った利用者同士居室を行きかう姿もみらる。		
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	入居時に馴染みの物を持ってきていただき居心地よい環境作りに努めている。タンスや椅子など家具の位置はできるだけ変えないようにしている。	居室は掃除が行き届き、整理整頓された気持ちの良い部屋となっており、自宅から持ち込まれた家具や仏壇、写真などが飾られて、それぞれの個性が感じられた。	
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	一人ひとりのわかることできる事を把握しその状態に合った支援をするように努めている。張り紙をしたり、目印をつけたりしている		