

### 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	1072800533		
法人名	田中企画 有限会社		
事業所名	グループホームたまむら・やすらぎの家		
所在地	群馬県佐波郡玉村町大字福島81-2		
自己評価作成日	平成30年2月14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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	平成30年3月13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)】**

生活空間を広く取り入れ、利用者様が穏やかに明るく伸び伸び暮らせるよう障害物をなくし往来できるよう努力しています。玄関や各ホールには季節ごとの壁面にて四季を感じてもらっています。また、食事は高齢者施設食材供給サービスを利用しながら厨房職員が作り、祭事食を提供するとともに、季節ごとの野菜を使って味噌汁を作ったり、家庭的な味や質が安定するように心がけています。毎日のおやつは厨房職員の手作りで提供しています。

**【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)】**

2ユニットなので職員の数も多く、ケアの場面等で同性介助を希望する利用者には支援が可能であり、利用者の尊厳が守られている。また、事業所のある玉村地区では唯一の認知症カフェを運営している。その過程で運営に繋がる他職種の人々との交流が広がった。カフェ運営は運営費等もかさむと思うが、今後も地域の人々に認知症への理解や啓発等で必要な事業となるので、継続することを期待したい。

**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 3. 利用者の1/3くらい 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
<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	優しく丁寧に、その人の身になって自立支援が出来るよう努めています。	理念は入職者に説明し、掲示している。理念に沿って、かりに利用者が興奮しても、職員は静かに丁寧に対応することを共有している。	
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	公民館で開催している「ふれあいの居場所」及び玉村町地域包括主催の「介護者のつどい」への参加と運営推進会議で区長、民生委員の方々に意見を頂いています。	管理者は地域会合に出席したり回覧板から情報を得ている。地域ケアネット会議に出席し情報交換をしている。認知症カフェを月に1回開催し地域に貢献し認知症相談や啓発活動を実践している。	
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	認知症カフェ「やすら木」の開催。介護で悩んでいる方に気軽に施設に寄って相談が出来る場所を作っています。		
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	各棟でのカンファレンス会議にて話し合いをしています。	定期的に関係し家族・区長・役場の担当者・地域包括担当者が出席し、区長より「洪水浸水想定区域」について報告があり、事業所から事業所状況や活動報告がされ、意見交換がされている。	
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	月に数回、玉村町保険福祉課や社会福祉協議会の方を訪ね現状報告をしています。また、認知症カフェ、運営推進会議には必ず出席して頂いています。	日常的に管理者と事務長が役場に出向き、連絡や報告を行い、連携を図っている。	
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	原則に身体拘束はしていませんが、本人が負傷する危険性がある場合には家族様の同意を頂いています。また、ケアプランに医師と連携して拘束をしないプランを検討しています。	玄関や共用空間の窓は、開錠されている。車いすで拘束ベルトをしている利用者がある。ベルトをしている期間や代替方法等が介護計画に反映されていない。	介護計画に載せて期間を定め、定期的に検討する場面を設定し、近い将来に解除できる方向性を示してほしい。
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	ユニット会議などで議題として出しています。県の主催する講演会等に参加しています。		

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
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	現在は必要としている方がいない為に確立はしていませんが、玉村町が主催した話し合いの場に参加しました。今後も学ぶ機会を作っていきたいです。		
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	重要事項説明書はその場で読み合わせをし理解して頂いています。契約書は持ち帰ってもらい十分に精査したうえで捺印を頂いています。		
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	苦情窓口があるという事を重要事項説明書に明記し、県や町にも窓口があるという事をお伝えしています。	職員それぞれが家族と話し合う機会は少ないが、管理者や事務長が家族の面会時に、日頃の状況を伝え、意見を聞き、ケアマネジャーに伝え、介護計画に載せることもある。	
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	ユニット会議の日を設け、運営・介護に対する意見を聞いています。また、職員が気軽に意見を出せる環境づくりを心掛けています。また、必要に応じて管理者との面談の機会を設け業務に反映しています。	カンファレンスを兼ねた会議ではケアマネジャーも出席し、運営内容についても話し合われている。家族からの苦情報告、職員からは早番の調整等の意見が出て話し合わせ、反映されている。	
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	定期昇給、パート職員の時給アップ、継続勤務手当を支給しています。		
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	資格取得に対する金銭的援助を行っています。		
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	玉村町地域ケアネット会議のメンバーとして積極的に参加しています。また、同業者同士の勉強会にも参加しています。		

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
<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	不安感が多いと思われるので入居前にご本人と話しをする他、アセスメントシートを利用して生活歴の把握に努めています。日常会話以外の談話も積極的に行い「なじみの関係」を早期に作れるように努力しています。		
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	入居前に施設の見学をしていただく他に詳しく説明・相談をしています。また利用が始まってからも面会時や電話で連絡を取り合い意向を伺うようにしています。		
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	入居前の面接にて詳しく相談をしています。		
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	1日を通して花の水やり、清掃や洗濯の一部を積極的に手伝って頂いています。		
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	家族には毎月「近況報告書」と「ご本人の写真」を送付しています。毎月の利用料金支払いは銀行引き落としではなく、施設でお支払い頂くよう面会の機会を積極的に増やしています。		
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	面会の機会を家族からご友人の方にも伝えて頂いています。また、いつでも家族と外出・外泊が出来るように調節しています。	野菜作りや花植えを行い、水遣りや草取りも利用者によって実践されている。新聞を個別で契約したり、洗濯物干しやDVD鑑賞、リハビリ体操や利用者同士のおしゃべり等が支援されている。	
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	利用者様の状態に合わせて席を決め、良い関係が保てるよう配慮しています。また、他者との関わりを持ちにくい方には職員が声掛けをしています。		

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
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	退所後も認知症の相談、ケアマネからの定期的な連絡などを行っています。また、家族からは近況報告や感謝の言葉をかけて頂いています。		
<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	入居時の本人や家族の要望、趣味等を把握し計画に反映させています。利用者と十分なコミュニケーションを取り言葉として出せない声も聞くようにしています。	利用者からは、直接意向を聞いたり、支援時の会話や日常の様子から推察している。家族からは、面会時に希望等、確認している。病気に関することが多い。	
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	ご本人や家族により細かい聞き取りをしてご本人のこれまでの生活習慣、生活環境を尊重し、支援の参考にしています。		
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	ご本人が今できる事、望んでいることを見極め支援し、体調変化を記録する事で個々の情報は共有しています。		
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	モニタリングの実施を行っています。	カンファレンス時に3か月のサービス担当者会議とモニタリングを実施して、定期的な介護計画の見直しを行っている。管理者は家族との連携を深めていきたいと考えている。	サービス担当者会議時にモニタリングが実施されているが、モニタリングの頻度を短期間とし、現状に即した介護計画をお願いしたい。
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	毎日、個人記録へ記載する他、申し送りノートへも記載し情報の共有化を図っています。		
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	家族の要望などは面会時に時間をとって聞き取りをし、意向に沿えるよう心掛けています。		

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
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	定期的にフラダンス、日本舞踊、大正琴のボランティアの方に訪問して頂いたり、保育園の園児訪問が年2回あります。他に近隣への散歩、買い物など実施しています。		
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	定期的な往診をお願いしています。	入居時にかかりつけ医の継続か事業所の協力医を選択できる。協力医による月1回の往診があり、かかりつけ医の受診は基本は家族支援だが、家族の要望で職員が支援することもある。	
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	看護師による24時間連絡体制を確保し、訪問看護師記録を書いてもらい、職員が閲覧しています。		
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。	入院の際には利用者様の混乱が少なくなるよう普段の様子を報告し日常の情報交換をして身心の安定に努めるよう協力しています。出来るだけ早く退院が出来るよう受け入れ態勢にも協力しています。		
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	利用者様の状況により対応する事を事前に家族に相談しています。主治医にも報告し今後の在り方を話し合うようにしています。	事例があり、指針に沿って今後も希望があり、医師等の関係者の協力が得られれば看取りを行う方針である。協力医は夜間でも対応してくれている。事例のカンファレンスを行い、職員間でも支援が共有されている。	
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	主治医・看護師と24時間体制で連絡が取れるよう契約しています。		
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	災害時に備えて年2回の防災訓練を実施しています。また町が主催する防災セミナーへも参加し自治体を通じて協力体制を築いています。非常時の水の確保も出来ています。	地域のハザードマップはまだないが、地域で避難方法と防災について共有している。29年5月消防署立会いの下、昼想定総合訓練と通報システム訓練を実施。備蓄は水と食料を2日分用意している。	消防署の総評を参考に夜間を含めた事業所独自の自主訓練を重ねて行い、職員と利用者は災害時の避難技術を身に付けてほしい。

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
<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	常に笑顔で優しい介護が出来るように必ず確認しています。	挨拶を含め、「丁寧」で「優しい」対応を心がけ、基本的に利用者の気分を損ねない支援を繰り返し指導している。利用者同士の相性に配慮し、同性介助も実践されている。	
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	職員が日頃から利用者様の意見に耳を傾けるように心がけています。		
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	基本的な1日の流れがありますが、その都度個々に応じたレクリエーションや余暇の過ごし方を支援するようにしています。		
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	2か月に一度の散髪(訪問美容室の利用)を実施しています。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備、後片付けなどは出来る方には手伝って頂いています。	配食が届き温めて提供している。みそ汁とご飯は事業所で用意している。手伝ってもらえる人には野菜の下ごしらえ等お願いしている。コーヒーや紅茶は個人で用意している。	
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	高齢者施設食材供給サービス導入と厨房職員が意見を聞いています。個々の摂取量や水分摂取量は職員が毎日記録をしています。		
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、各自の状態や能力に合わせた口腔ケアを行っています。また、入れ歯洗浄を徹底しています。		

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
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	自立の人を除き排泄のパターンを把握し定期的誘導や紙・布パンツの使い分けによる快適な排泄を心掛けています。	チェック表を確認しながら時間で声掛けや誘導をしている。基本的にトイレでの排泄を支援している。耳元でお誘いして、尊厳に配慮している。排泄用品を状況により工夫している。	
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	体操を取り入れたり、繊維質な食事、ヨーグルトや水分などを摂って頂いています。便秘にならないように排泄記録を付け必要に応じて便秘薬を使用しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴に関しては曜日を決めています、本人の体調や意思を尊重しシャワー浴対応など実施しています。	週に2回入浴日が決められており、基本的に同性介助で、全員が入浴している。シャワー浴のみの支援の人や足浴にも対応している。	入浴日を決めずに週に2回以外でも希望が出れば支援できる工夫をお願いしたい。
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	職員から利用者様に要望などを聞き反映しています。		
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	服薬一覧を作り、事務所で保管しています。また誤飲防止の為、薬入れの工夫を行い、服用時には名前の確認を必ずしています。なるべく飲む量が少なくなるように主治医とも連絡を取り合っています。		
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	レクリエーションでの対応、仕事の手伝いを実施しています。		
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	年末年始やお盆など一時的な帰省を家族にお願いしています。	日常的には散歩や、庭に出てお茶をしたり、花や野菜を愛でることができる。個別で家族と外出したり、外泊する人もいる。事業所としては季節の花見に出かけている。	

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	お金に関しては重要事項説明書で家族には十分に説明をし、持ち込みを遠慮して頂いています。		
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	家族のご理解がある方とは常に連絡が出来るように対応しています。		
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	掃除を行き届かせ、なるべく空間を広く使えるように心掛けています。共有の空間を常に整理整頓をし玄関には季節の苗を植え、室内の壁面には季節を感じられるような飾りで楽しんで頂いています。	食事の椅子とテーブルの他に、椅子とソファーが置かれ、食事する場所とたたみが敷かれている場所があり、気分を変えて寛ぐスペースが用意されている。車いすから椅子に座り替えている利用者もいる。	
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	居間にソファーを置いたり独立して椅子を置くようにすることで利用者同士でくつろいだり談笑したりしています。		
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	ご本人のなじみの家具や嗜好品を持ち込んでもらい、居心地の良い空間を作っています。	筆筒や椅子、家族の写真やカレンダー、ポータブルトイレ等が置かれている。寝具も持ち込まれ居心地が良さそうである。	
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	安全に玄関の出入りや歩行が出来るようにバリアフリーになっています。施設内には随所に手すりが付いています。トイレなどの表示はわかりやすくしています。		