

### 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	3371100433		
法人名	有限会社 メディカメント		
事業所名	グループホーム いやしの家 備前2		
所在地	岡山県備前市323-1		
自己評価作成日	平成21年10月13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	<a href="http://kaigo-kouhyou.pref.okayama.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3371100433&amp;SCD=320">http://kaigo-kouhyou.pref.okayama.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3371100433&amp;SCD=320</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社東京リーガルマインド		
所在地	岡山県岡山市北区駅元町1-6 岡山フコク生命駅前ビル		
訪問調査日	平成21年11月4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)】**

<p>安全な広い敷地と「備前焼の里」の静かな環境の中で自由にのんびりと暮らしていただき、押しつけにならない介護を目指している</p>
--

**【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)】**

<p>ご利用者様がご自身の家庭の延長に在るような安心した支援を心がけている。職員の気配り、心配りがとてもよく感じられる。広い安全な敷地内を散歩したり、野菜を作ったり、眺めたりできる。のんびり穏やかな日々を送っていることが感じられる。協力病院や訪問看護など医療連携がよくとれていて、本人、家族、職員も安心して暮らすことができている。家族の希望でもあり、看取りの介護の定義を打ち出し、実践していることで、家族は安心している。</p>
--

**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、生き活きと働いている (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
<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	理念の中で地域密着型サービスの意義は入っていないが地域との関わりは大切であると考えている。	職員が出勤すると、まず目につく場所に理念が掲示され、共有できる内容を実践している。	職員だけではなく、外部の人や、家族の人に知って頂くためにも、方針や考え方を、玄関等に掲示してみるのも良いでしょう。
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	日常的に交流しているとは言えないが、ホーム内の行事や地域の行事には声をかけあっている。	町内会に入会しているため、バス旅行など声をかけてもらうが、参加できる方が少ない。日常的に交流が出来ていないかもしれないが、施設内の行事やイベントに参加してもらえるよう、声掛けや案内を、お互いに行っている。ボランティアの人もよく来てくれている。	地域の人に野菜をもらったり、散歩のときおしゃべりをして下さっている。そういう人達やボランティアの人を介して、もう少し外へアピールしてみるのも良いでしょう。
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	活かしているとは言えない		
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	二ヶ月毎の開催は困難であるが、幅広い声掛けによりホームに出入り出来る様になったと思われる。	現在、運営会議は年に1~2回位しか行われていない。地域民生委員、愛育委員、市介護保険係、包括職員他大勢の参加の下、活動状況の報告や、地域の理解や支援が得られるよう話し合っている。	参加できる人達だけで運営会議を行い、回数を増やしていきましょう。
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に取り組んでいる	市町村担当者に入居状況を知らせることで協力を得られている。	月に1回市に現状報告をしているが、積極的な協力関係が、今まで得られていなかった。今回、市からの提案で、市内5箇所のグループホームが、更なる向上を目指し、ネットワーク作りのため、協会を立ち上げることとなった。初回の会議も開催している。	ネットワークができ、相互間の連携を密にし、お互いの質の向上、利用者の幸せに一層貢献出来ることを願います。
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	日中は、玄関・居室は施錠せず、自由に来る様にしている。また、安全確保も行っている。	玄関、居室は施錠していない。外からも自由に入りができる。センサーを取り付ける等、安全確保のための目配り、心配りが出来ている。	季節によっては、帰宅願望の人が外に出て行く可能性もあるので、今後もより注意していきましょう。
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	研修資料は回覧して各自学習し、サインを記入する。また、学習してことを基に「虐待」を見逃すことのない様にしている。		

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
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	社協の後見人が毎月来られるので後見人制度について疑問点を勉強する機会を持っている。		
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	契約時に契約書に明記されている締結、解約の改訂等は文書にて同意を得ている。		
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	家族との交流が多く持てるように、入金は振り込みではなくなるべく持参して頂くようお願いしている。	運営に関する意見や要望をなかなか言ってもらえない為、意見が言えるような場を増やしたいと考え、面会の回数が増えるよう、色々と工夫されている。	面会に来られた時、個人の管理ファイルで状況を確認してもらい、意向等も聞きながら話し合っているが、更に意見が言える場を増やしていく努力を続けて下さい。
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	二ヶ月毎の職員ミーティングで意見や気づいた点を提案出来る場を作っている。	職員ミーティング等で、各自の意見や提案を聞き、リーダーや管理者が、運営会議で意見を伝えて反映されている。	よく意見を聞いて、すぐに対応してくれる為、職員が満足して働いています。今後も継続を期待します。
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	各ユニットにリーダーを置き、気軽に意見を話せる状況を作っている。		
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	勤務体制を工夫して、職員のスキルアップを心がけている。		
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	現在、行政と一緒に地域内のグループホームで、ネットワーク作りを計画中である。		

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>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	入居初期は本人が孤立することのない様に職員が他の入居者と顔なじみになるように気を配っている。		
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	事前調査において生き立ち、好み等来り限り多くの情報を聞き取り、入居後も家族が不安のない様に状況を知らせる。		
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・家族が必要とするサービスを聞き取り、ホームでの生活が馴染んでいく中で必要なサービスを見極め、サービスにつないでいく。		
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	本人が出来る事、出来ない事の判断で出来ない事のみ支援し、本人の負担にならない支援をする。		
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	ホームの生活を家族に知ってもらうため、介護記録に目を通していただき、職員と家族で内容を話し合うようにしている。		
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	職員の支援でできているとはいえないが、家族の協力によって出来ている入居者もいる。	数人しかいないが、昔の友人が訪ねて来る人もいる。地元の人で、入所していることを知られたくないという人もいる。	グループホームを外部の方により一層理解してもらい、継続的な交流が続けられるよう、ボランティアの方々に働きかけてみてはいかがでしょうか。
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	孤立しないように出来るだけ居室から出ていただき、入居者同士の輪の中に自然に入れるまで職員が支援する。		

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
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	必要に応じて相談に乗っている。		
<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	本人の意向・希望は出来るだけ日常生活の中で見つけるように工夫をし、困難な場合は何が本人にとって最善かを家族に相談しながら検討していく。	ご本人、家族の意向に応えられるよう常に相談しながら進めていく。職員だけで無理な場合、家族の協力をお願いすることもある。	常にご本人本位を心がけ支援をして下さい。
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	入居前の聞き取りで「バックグラウンド」を出来る限り細かく記入し、居間までの生活歴を活かしたサービスに努める。		
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	1日2回のバイタルチェックで体調の変化がないか様子観察をする。		
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	カンファレンスノートを活用し、家族の希望を含め職員間で話し合ってる。	リーダーを中心に、一人ひとりのケアプランを全員で話し合い計画を立てている。家族の意見は面会のとき聞いておき、ここで生活していく上で、安心して生活できるよう心がける	皆で計画を話し合い立てると言っても、リーダーに負担がかかってくるので、職員が一人一人担当をもち、交代で行っていても良いと思う。
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	個人記録は日常に変化のあった場合は特に詳細に記録し、申し送りで報告。問題点はケアカンファレンスにつなげている。		
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	日々取り組む姿勢をとっている。		

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
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	地域資源を利用しているとは言えない。		
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	家族や本人の希望するかかりつけ医がある場合は優先している。	希望のかかりつけ医師がいる場合は、家族が受診について行ってくれる。それ以外は、医師の往診、訪問看護師の訪問をもらい安心出来ている。医療連携はとともよく出来ているので、入院・緊急時に安心出来る	
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	週1回の訪問看護で報告し、医学的分野は相談できる。		
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。	週1回の往診で入退院時も健康観察ができ、医師、看護師との関係作りはできている。		
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、家族と重度化・終末期のあり方を話し合い、「看取り介護実施の定義」で方針を共有している。	入居するとき終末期の話し合いをし、看取りの同意書を交わしている。施設の方針である「看取りまで」をモットーに出来るだけのことはしている。	家族は、とても感謝しているため、今後も方針を変えず支援してもらいたいです。
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	「緊急時の対応」の流れを記載した書面をわかるところに掲示している。定期的訓練までには至っていない。		
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、昼と夜の想定で避難訓練を行っている。	火災や地震などを想定し、避難訓練を行っている、報告もきちんとしている。緊急時は消防署に直接連絡できる非常ベルを設置している。	きちんと訓練は行われているが、もう少し消防の方に来て頂き、地域の方たちを巻き込んで、訓練してみたいかがでしょうか。

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	「基本的人権の保護」の基本理念に基づき、馴れ合いになりすぎない言葉遣いが出来ているか職員間で確認しあっている。	理念の中にもある「基本的人権の尊重」を重視し、トイレや入浴時は、特にプライバシーの保護(周りに気付かれぬ配慮がなされている)に気をつけている。言葉遣いも注意して馴れ合いにならないようにしている。	基本理念を常に認識し、今後も継続して下さい。
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	本人意向が聞けるよう、場面毎に問いかける様に配慮している。		
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、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	希望の支援が出来るように業務内容をゆとりのあるものにしていく。		
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	定期的な出張理髪では髪の長さ等、本人の希望を取り入れている。		
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	季節に応じて庭で食事をしたり、片づけ等出来る部分は職員と一緒にしている。	庭の畑でとれた野菜の下ごしらえを一緒にしたり、自分の食べた食器を片付けたりして手伝っている。自分が以前使っていた食器を持ち込んでいる人も居る。手作りの美味しいおやつも作っている。	利用者の高齢化、機能低下、重度化で一緒に出来る方たちが少なくなっているが、出来る限り手伝いを続けて頂きたい。
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	一週間毎の献立で偏らない食事を心がけ、また、水分摂取チェック表で一日の水分摂取量をチェックし、脱水予防をしている。		
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	出来る範囲の口腔ケアは入居者本人が行い、職員がチェックしている。		

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	排泄チェック表の記録を活かして、ひとりひとりの排泄の間隔を把握し、トイレでの排泄を心がけている。	声掛け誘導を継続、排泄パターンの把握で、トイレに行きたいと言えるようになった方もいる。	トイレで排泄することの気持ちよさを本人にしっかり体験してもらって、これからも声掛け、誘導を継続して下さい。
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	排泄チェック表の記録で個々人の排便周期を把握し、朝一番の牛乳などにより薬に頼らない便秘予防をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	当日の入浴者の名前をわかるように貼ったり、順番等本人の希望を取り入れている。	ご本人の希望を聞き、入浴日、名前が解るよう掲示している。入浴出来ないときも、シャワーや清拭、足浴等対応している。	今後、ご利用者が高齢化、機能低下で一般入浴が出来なくなると思いますが、そうなった時の対応を検討していきます。
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	個々の就眠時間を尊重して消灯時間は特に決めていない。		
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	薬に変更があった場合は、変更理由や用法・用量など医療機関からの情報を職員全体に周知する。		
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	ひとりひとり変化のある生活が出来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	家族の協力を得たり、職員の外出時に、可能な場合は一緒に出かけるようにしている。	近くに散歩に行ったり、畑に行ったりする。後、家族の協力で、自宅に戻ったり、墓参り、病院の受診や外食等に出掛けている。	自分の欲しい物を自分で購入が出来る買物に行くのも良いと思います。



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	本人より希望があれば預り金から購入している。		
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	お礼の電話など本人が言えるよう配慮している。		
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、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	居室には名札をつけたり、季節感のある飾り付けも工夫している。	皆が団欒できる場所は、季節毎に工夫して、絵の貼りかえや飾りつけを楽しんでいる。冬はこたつを用意し、暖かい日差しも入るため、気持ちよく昼寝することが出来る。共用の空間は、色々な工夫がなされている。	
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	食事テーブルだけでなく畳のコーナー、ソファ等自由にくつろげる場所をつくっている。		
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	本人と家族で自由に使ってもらっている。	部屋にはもともとタンスが備え付けてある。家族の写真や絵を飾り、住んでいた家から持ち込んでいる物もある。お位牌を持参している方もいて、落ち着いて過ごしている。	日当たりはとても良いですが、ただ睡眠の場所というシンプルな部屋もあるので、もう少し生活感のある部屋も良いのではないのでしょうか。
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	ホーム内は自由に歩いても危険の無いよう、障害となるものは置かないようにしている。		