

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	4270202502		
法人名	長崎友愛会		
事業所名	ゆうあいホーム はな畑		
所在地	佐世保市大潟町152-1		
自己評価作成日	平成21年11月20日	評価結果市町村受理日	平成22年3月19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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 福祉総合評価機構		
所在地	長崎市桜町5-3 大同生命長崎ビル8階		
訪問調査日	平成21年12月15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)】

敬老会などの行事、外出支援を併設している小規模多機能ホームと合同で行うことで、両ホームの利用者の交流を常に図っている。
職員が地域の消防団に加入する等、地域との交流も深い。ホーム内の庭園では花や野菜を植えており、利用者の生活歴を活かして畑作りを指導してもらったり、花見等の行事の場として活用されている。

【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)】

職員間で改めて理念について考える機会を持ち、理念に沿ったケアが出来るよう職員全員で理念を作成している。法人の理事長が年に1回程度職員一人ひとりと面談を行い、勤務形態や賃金について意見を交わし業務改善や運営に役立てている。職員が地域の消防団に加入しており、月に1度の集まりや研修に参加することにより地域との連携も取れている。また避難訓練の際に協力をしてもらっている。

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)	○	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
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	事業所の理念は、“もっとやさしく、もっと温かく”を掲げており、ホーム会議等にて話し合いを行い、職員全員で取り組みを行っている。	職員間で改めて理念について考えようという話になり、理念に沿ったケアを行おうと意見を出し合い「気配りと心配りで心地よく」という理念を作成した。	
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	消防団の活動、夏祭り、地区清掃等へ参加し、ホームに気軽に立ち寄ってもらえるように声かけを行っている。また、町内会の方を敬老会等へ招き、地域の人々との交流に努めている。	町内会に参加しており、ホームの管理者が町内会の役員をすることもある。行事の際には近隣住民に話をして参加を呼びかけたり、町内会に協力をお願いして老人会でホームの紹介をさせてもらっている。	
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	地域の方々へ、認知症の理解のために何かできることがあればと話をしているが、まだ実現はしていない。		
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	会議では毎回、利用状況、前回の外部評価の指摘に向けての改善、次回の外部評価の取り組み状況、また出席者の意見を取り入れサービス向上に努めている。	2ヶ月に1回運営推進会議を開き、参加メンバーは要件を満たしている。利用者の状況等について報告している。運営推進会議の内容が職員や家族にもわかりやすいように、対話の記録を作成し自由に閲覧してもらっている。	外部評価の結果について報告のみに留まっていたので、今後運営推進会議を利用してどのように取り組んでいったら良いかの意見交換を行えるような取組に期待したい。
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に取り組んでいる	運営推進会議の際に事業所のサービス状況の報告は積極的に行っているが、日頃からの密な連絡は行えていない。	生活保護の利用者がいる為、利用者からの申し出があった際や職員が必要だと感じた際に生活保護課の職員にホームに来所してもらい相談にのってもらっている。	
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	身体拘束についての職員の理解はできているが、利用者の安全の為に家族の同意書を取り、門扉の施錠、ベッド柵の使用は行っている。	不定期ではあるが、法人内で身体拘束委員の研修が開催されている。目の前が車道である為、家族の同意を得て門扉の施錠を行っているが玄関については施錠していない。	
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	高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会はないが、日常的に更衣や入浴時などに身体チェックを行い、見過ごさないように心がけている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度については、活用したことはない。今後は積極的に学ぶ機会を持ち、それらを活用した支援を行えるようにしていきたい。		
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	入所時や退所時、家族面会時に説明の機会を設けている。また、意見箱の設置を行っている。		
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	意見等が出た場合は、早急に職員間で話し合いを持ち、直ちに対処しているが、外部者へ話せる機会は少ない。	利用者や家族からの要望等は口頭で言われることが多い。要望等を表すことが出来ない利用者については、担当職員が会話の中から把握している。意見箱を設置し、苦情解決のフローチャートを作成している。	
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	代表者とは、六ヶ月に一回の面談にて話す機会を設け、管理者とは、月一回のホーム会議時に意見を聞く機会を設けている。	年に1回程度、理事長が職員一人ひとりと面談を行い勤務形態や給与について意見を聞くようにしている。日々のケアに対する疑問等については、会議やカンファレンス時に管理者と職員が意見交換を行っている。	
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	各職員の状況を把握しており、給料や役職の昇給などにて対応している。		
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	法人にて研修委員会を設けており、法人内外で定期的に研修が行われており、参加している。		
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	運営者が佐世保市グループホーム協議会の会長でもあり、グループホーム協議会を通じて、勉強会の参加やネットワーク作りを行っている。		

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
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	入所前に事前の面談などを行い、話を聞いている。		
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	家族面会時に、必ず話をする機会を設けている。		
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	本人や家族様から相談を受けたときには、早急に対応、また家族との話し合いの機会を増やし、解決に努めている。		
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、昔からの風習や料理や手芸等について学ばせてもらっている。		
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	定期的に家族の集まる行事を設けたり、家族面会時にて家族様との交流を図り、一緒に考えて支える努力をしている。		
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	定期的に利用者様と友人の馴染みのお店で会食するといった外出支援を行っている。	利用者が入所前からのかかりつけ医を受診する際に、近隣住民が集まる喫茶店等に立ち寄るようにし、以前の近隣住民との対話ができるように支援している。面会時間の設定は行っていない。	
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	職員が利用者同士の仲を取り持ち、孤立しないように日々努力している。		

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	契約終了後、病院に入院されている場合は、お見舞い等により、利用者様や家族様との関わりを続けている。		
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	できるだけ利用者様の希望や思いを聞き、なるべくその思いに沿っていく努力をしている。	担当職員が把握した利用者の希望等を、職員間で話し合い、家族からの話を参考にして利用者の思いや意向を把握している。	
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	本人様と直接話したり、家族面会時に家族様と話す機会を設け、昔から通っている美容院へ行くなどの外出支援も行っている。		
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	会話内容や様子観察を本人様のケース記録や業務日誌に記入し、また職員同士の申し送りにより、把握している。		
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	本人様、家族様、主治医、介護支援専門員、職員スタッフ間での話し合いをもとに作成している。	利用者・家族の意向を踏まえてアセスメントを行い、担当職員や計画作成者が中心となって介護計画を作成している。毎月カンファレンス、3ヶ月に1回評価を行っている。特変時にはその都度見直しを行っている。	
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	普段より細かい事でも個人のケース記録に記入するように心掛けており、ケアプランの検討に活かしている。		
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	本人の外出希望の要望にはできる限りの対応は行っている。また家族様の緊急の要望にて、家族対応の外出や受診を職員が代わって対応をしたりもしている。		

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	民生委員の方が見学に来られたり、地域ボランティアの舞踊団の方に行事の参加をしていただいたり、地域の消防所の方と交じて消防訓練を行っている。		
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	協力医療機関はあるが、本人様、家族様の希望があれば、入所前のかかりつけ医との関係を大切にしている。	協力医療機関はあるが、利用者が入所前からのかかりつけ医を希望する場合はかかりつけ医の受診を支援している。	
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	協力医療機関、訪問看護、法人内の看護職員、隣接している小規模多機能ホームの看護職員と気軽に相談できる関係を築いている。		
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。	入院時から、家族を含めて、医師や看護職員と少しでも話を聞く機会を設けてもらえるように心掛けている。		
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	本人様、家族様、主治医等と共に、方針を共有し、連携を重点において取り組んでいる。	事業所の方針としては、利用者や家族の希望があれば看られる限りはホーム内で支援を行うようにしており、これまでも利用者や家族と繰り返し話し合いを行い方針を共有しており、重度化した利用者のケアを行っている。	重度化や終末期のケアについての研修の受講や勉強会が開催されていない為、夜勤時等の職員の不安を軽減する為にも研修や勉強会への参加に取組を期待したい。
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	ホームにて緊急時の対応のマニュアルを作り、会議等で見直しも行っている。過去緊急時においても冷静な対応が行えている。		
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	年に二回の消防訓練と災害時のマニュアル作りは行っている。しかし地域とのしっかりした協力体制を築くまでは至っていない。	消防訓練を年2回、通報訓練を年1回夜間想定で行っている。消防団協力の訓練も実施されている。近隣の職員が緊急時に駆けつけられるよう、勤務シフトに反映させている。地域住民に消防訓練に参加してもらっている。	

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
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	利用者様に対しての声かけ、対応には常時注意を払っている。	各担当職員が利用者や家族と会話する中から利用者の思いや意向を把握し、全職員が話し合って検討している。利用者の呼び方や言葉遣いの対応については、機会がある毎に職員間で話し合いを行っている。	
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	できるだけ利用者様一人一人と会話を持ち、利用者の気持ちがわかるように心掛けて対応している。		
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	受診や入浴や外出については、本人の希望通り実行している。しかし、その日をどのように過ごしたいか、までは行えていない。		
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	利用者様の今までの行きつけの美容院に外出支援したり、外出の困難な方には、地域のボランティアを活用し、ホームへ出張の美容院を頼んでいる。		
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	食事作りについては、外部からの業者が入っているが、月に一回”ごはんの日”と称して、利用者と食事を作る機会を設けている。	食事は外部委託であるが、配膳等は利用者手伝ってもらっている。月に1回のごはんの日には、利用者の希望の献立を作成している。職員は検食以外は持参した食事であるが、利用者と一緒に食事を楽しんでいる。	
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	食事摂取量を記入できる表を作成している。また、食事のカロリー計算は、外部の業者により行われている。		
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	自立されている方には、毎食後声かけを行い、口腔ケアを促している。介助が必要な方は、毎食後職員が口腔ケアを行っている。夜間は、義歯を預かり洗浄を行っている。		

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	日勤帯は、トイレ誘導をこまめに行い、オムツをできるだけ使用せず、布パンツの使用を心がけている。	排泄チェック表を参考に、職員がトイレ誘導を行っている。おむつ利用者がリハビリパンツやパッドに移行出来るような支援を目指し、カンファレンス等の際に対応について話し合いを行っている。	
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	日中・夜間・食事時、おやつ時、職員が水分補給を十分に心がけて支援している。		
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	入浴は、本人の希望を聞いている。現在、入浴時間は午後になっているが、希望により他の時間でも入浴できるようになっている。	入浴は午後からの設定にしているが、希望があれば午前中や夜間でも対応している。入浴を拒む利用者には時間を置いて声かけしたり、どうしたら入浴してくれるかをカンファレンス時等に話し合っている。	
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	入床時間は、本人の自由に任せている。空調管理は、職員が行い気持ちよく安眠できるように支援している。		
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	個人のケース記録に薬剤説明書を綴じており、変更時は、職員間の申し送りの徹底と申し送りノートの活用し、把握に努めている。		
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	レクリエーションをはじめ、庭の草木への水まきやドライブや買い物などで気分転換を行っている。		
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	定期的に希望者の散歩、ドライブ、買い物、外食等は行っている。また、家族との外食や家族の結婚式の外出は、行えている。	暖かい時期には月に1回程度外出している。散歩や買い物等、利用者の外出への希望にはその都度応じており、車いすの利用者も外出頻度は変わらない。家族との外出の際、必要であれば送迎支援を行っている。	

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
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	本人の希望があれば、家族との話し合いにて、少額のお金を所持してもらっている。		
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	電話は、自由に使用してもらっている。		
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	四季折々にあわせて、フローアや玄関の飾り付けを行っている。	季節に応じた花や利用者と一緒に作成した作品の飾り付けを行っている。庭園やウッドデッキで利用者と一緒に野菜作りを行っている。	
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	フローアやリビングは、利用者同士で過ごしやすいうように、ソファやテーブルの位置等を確認している。		
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	利用者様の愛着のあるタンスや仏壇を持参してもらい、また写真等も飾らせてもらっている。	利用者の意向や希望に応じてベッドの位置等家具の配置を行っている。重度化した利用者についてはベッドを電動の物に変更したり、横になったままでも家族の写真が見えるように配慮している。	
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	ホーム内は、バリアフリーになっている。エレベーターも必ず職員が付き添っている。またトイレやお風呂など大きく表示し、わかりやすく支援している。		