

令和元年度

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	1492300155	事業の開始年月日	平成25年9月1日	
		指定年月日	平成30年9月1日	
法人名	HITOWAケアサービス株式会社			
事業所名	イリーゼグループホーム小田原鴨宮			
所在地	(250-0875) 神奈川県小田原市南鴨宮2-8-29			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	令和2年1月4日	評価結果 市町村受理日		

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/
----------	---

【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)】

当グループホームでは、小田原市内の認知症高齢者様が9名ずつの2ユニット（18名）で生活しております。認知症というご病気により、だんだん一人で出来る事が少なくなってしまった方々が、家庭的な雰囲気の中で自立支援に取り組み、認知症の進行を予防することが目的です。家事などの日課を職員と一緒にすることで「自分の居場所はここだ」と感じて頂けるように、スタッフ一同支援させていただきます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年2月12日	評価機関 評価決定日	令和5月5日

【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)】

事業所は、JR東海道線「鴨宮」駅から徒歩9分程の、車の通りが少ない住宅地に立地しています。木造2階建てで、居室には洗面台があります。車いすの利用者が往来しやすい幅広の廊下や、トイレなどの設備が整っています。間近かに、災害時の避難場所に指定されている「市立かもめ図書館」があります。

<優れている点>

定例会議で話し合い『・笑顔と挨拶が地域一番！・お互いがねぎらい合い「ありがとう」を大切に！・人の気持ちを想う、知る事が「チームケア」の一步に！』という、事業所独自のスローガンを掲げ、利用者には、「自分の居場所がここである」と感じてもらえるようなサービス提供に努めています。家族が来訪した際などに、意見を聞いています。利用者や家族の意見を反映し、日常的に近所の喫茶店に出かけたり、行事として企画し、外食に出かけています。「災害備蓄を知りたい」という運営推進会議に参加した家族の要望を受けて、備蓄内容や洪水時の避難確保などの話をし、議事録を家族に郵送して情報の共有をしています。

<工夫点>

毎月行っているユニット会議と全体会議は、「事前会議案内シート」を作成して、会議内容を職員に周知した上で開催し、限られた時間内に進行できるようにしています。ノロウイルスの研修で、ヨーグルトを嘔吐物に見立てて処理法を訓練し、直ちに対応できるよう心がけています。飲み込みに不安のある利用者の水分補給に配慮し、ほうじ茶や紅茶などの好みの飲料に甘みを足し、ゼリー状にして提供しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	イリーゼグループホーム小田原鴨宮
ユニット名	ユニット2

V アウトカム項目			
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
57	利用者と職員と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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、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。	小田原市の地域密着型サービスで認知症対応型共同生活介護を運営しています。認知症と診断された方が、安心して生活が送れるように、管理者と職員はイリーゼの介護理念を共有して入居者様の生活支援に努めています。	定例会議で話し合い『笑顔と挨拶が地域一番！・お互いがねぎらい合い「ありがとう」を大切に！・人の気持ちを想う、知る事が「チームケア」の一步に！』という事業所独自のスローガン（理念）を作り、事業所内に掲示し、職員は共有しています。	
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。	地域の時治会、民生委員、ボランティア等の方々と連携をとりながら地域のお祭り等に参加をします。また、施設内での催しに来て頂いています。ボランティアの方が、昔の懐かしい音楽を演奏して楽しませて頂いています。	自治会に加入し、どんど焼きや祭りに参加しています。子供会の子供たちが豆まきに訪れています。社会福祉協議会主催の「ふれあいサロン」に参加しています。民謡、フラダンス、オカリナ演奏のボランティアが来訪し、利用者と交流しています。	
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。	市内のグループホームでネットワークを構築しており、地域の方々に、イベントを開催して、認知症の人の理解を伝えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	定期的(2ヶ月)ごとに、運営推進会議を開催しています。利用者様、家族様、地域の役員様、オーナー様が出席されて、日常の取り組みについてお話しをしています。サービスの質の向上のために、色々な意見を傾聴しながら改善に努めています。	年6回定期的に、家族中心で開催し、事業所の活動状況や事故などの報告をしています。「災害備蓄を知りたい」という参加者の要望を受けて備蓄内容や洪水時の避難確保などの話をし、議事録を家族に郵送して情報を共有しています。	地域包括支援センター及び小田原市の担当職員や民生委員など、地域の人をメンバーに募り、運営推進会議の充実を図ることが期待されます。
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。	保険者からの研修等は必ず出席して情報の共有を図っています。介護保険の改正等は担当職員にお話を聞いて対応しております。事故報告は速やかに書面と口頭で伝えております。	介護保険の改定時に連絡して確認したり、集団指導研修などに参加して、高齢介護課の担当職員に相談できる体制を整えています。生活保護費受給の利用者の相談などで、生活支援課の職員とも協力関係を築いています。市の介護相談員が毎月来訪しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体拘束ゼロの実践に取り組んでいます。徘徊等には寄り添いの介護で安心して生活して頂いています。	玄関及びユニットの扉は、利用者の安全確保を優先し、施錠しています。「虐待防止/身体拘束」の研修を行い、不適切な声かけなどの確認をしています。身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1度開催し、身体拘束をしないケアに努めています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	法人本社で定期的に研修があり、介護者の接遇など研修で学んでいます。現場ではユニットリーダー中心に虐待の防止を事例を通じて行っています。		
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。	法人本社研修で、管理者に伝えられています。現場の職員には管理者より事例を通じて、全体会議等で報告され、情報の共有をはかります。		
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。	契約時は管理者が丁寧に契約書、重要事項説明書、運営規定、サービス一覧を説明し、同意を得ています。また、介護保険利用のサービスを説明し、暫定ケアプランを説明・同意を頂きます。		
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並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。	家族が面会に来られた時や、お話を傾聴しています。運営推進会議等で、意見を聞いて、施設運営に反映しています。	運営推進会議の議事録や毎月発行する「小田原鴨宮便り」を家族に郵送して事業所の様子を伝えています。家族の来訪時や運営推進会議で家族の意見を聞いています。散歩や外食を希望する利用者や家族の意見を反映して、近所の喫茶店などに出かけています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	法人では各施設に職員の意見を聞いてもらえる窓口があり、本社の人事部に直接連絡ができる。各施設を統括するグループ長がおり、職員の意見や提案を受け入れてもらえる。	管理者は個別の面談や必要に応じて職員の相談に乗っています。年2回、法人が行う「満足度アンケート」で職員の意見などを把握しています。利用者ケアでの気づきなどを定例会議で話し合い「寿司を食べに行こう」などの提案を運営に反映しています。	
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。	法人本社で就業の改善や、定期的な研修で職場環境の改善等話を合っています。		
13		○職員を育てる取組み 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。	法人本社で、定期的に職員研修があり、スキルアップ研修を実施しています。各種の資格取得ができるシステムが出来ています。		
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組みをしている。	グループホームのネットワークがあり、イベントを通じて職員間の交流があります。勉強会もありサービスの向上につながります。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居後、しばらくは不安がありますが、職員がお話を傾聴してなじみの関係を時間をかけて構築します。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居時の契約の中で、暫定ケアプランを作成し、施設生活を説明する。介護保険を利用することの説明と同意を得ます。医療的な支援がある時は、居宅管理指導で往診医の説明をします。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用者様の生活歴をアセスメントし、職員が情報共有をしておきます。本人が不安でいる時は、お話を傾聴して寄り添う介護をします。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	自立支援の一つとして、お食事の盛り付けなど職員と利用者様が一緒に行うことで、暮らしを共にしていると感じてもらえる。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	入居後、家族にも定期的に来て頂き利用者様の生活状況を見て頂き、職員とご家族で不安なく生活が送れるよう情報の共有を図っていきます。		
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。	生活歴を大切にして、毎日の生活の中で、利用者様が出来る事を支援する。	家族の話などから、利用者の馴染みの関係を把握しています。家族や友人が来訪しています。家族の協力を得て、墓参りや法事へ出かけています。継続して毎月参加している「ふれあいサロン」は、馴染みの人との関係継続や利用者の居場所にもなっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事やレクリエーションを通じて一人一人が仲間作りができる環境を作ります。		
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。	サービス利用が終了しても、本人、ご家族の相談・支援に努めます。		
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か					
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。	本人の生活に対する希望、思いなどお話を通じて把握していく。	言葉での意志疎通が困難な人の場合は、声かけに対する反応や、「食事の摂取量が減る」「好きな歌を唄わない」などの利用者の変化を見逃さないように気を付けています。職員が利用者の意向を把握した時は、申し送りで内容を共有し、検討しています。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	アセスメントで、生活歴や趣味等をお話の中で把握して、生活支援に活かして行く。		
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。	毎日の生活支援で気が付いた事を支援記録に書き入れています。その内容を職員同士、情報の共有を図ります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ケアカンファレンスを開催して、介護計画の進捗と改善等を職員同士話合います。本人の生活支援が出来ているかモニタリングで確認します。	長期1年、短期6ヶ月の目標を設定し介護計画を作成しています。モニタリングで見直し、本人・家族の他、医師や看護師などの意見を介護計画に反映しています。介護計画の見直しは、6ヶ月に1度行い、状態に変化が見られた時は、随時見直しています。	
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。	個別の記録で実践しています。必要な情報は職員間で共有しています。		
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。	家族に現状のサービス以外に必要なサービスは説明し同意を得て実施する		
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。	社会福祉協議会の資源を利用して、イベントに活かしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	居宅管理指導の医師の訪問診療で、利用者様の健康維持を図っている。	入居時に24時間オンコール対応の協力医療機関の説明をしています。利用者は月2回、協力医の往診を受診しています。入居前からの医療機関の受診も可能で、継続して数名が往診してもらっています。訪問看護師による健康管理や歯科医の訪問もあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	訪問看護師による定期的な健康管理をしている。主治医へ訪問看護より情報を提供している。		
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、また、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。又は、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。	主治医の指示で医療機関と協働して利用者様が安心して治療できるように病院関係者と連携を図っている。		
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。	主治医の先生とご家族、管理者で話し合い、終末期に向けた方針を共有する。事業所は終末期の介護計画を作成し、主治医、家族、訪問看護師等と情報の共有を図る。	看取り介護を行っています。終末期の対応は、かかりつけ医の指示を基に、事業所の方針に準じ、医師と家族と合意の上で介護計画書を作成しています。事後に振り返りを行い、担当職員のメンタルケアをフォローしています。	
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変や事故発生時の職員の対応マニュアルを作成しておく。		
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。	日中、夜間の避難訓練を年2回実施する。利用者様の安全に努める。	避難訓練や初期消火、誘導などを年2回、夜間も想定して実施しています。自治会などの参加を事業所のオーナーを通じて依頼しています。災害備蓄品は法人が管理し、消費期限などに応じて入れ替えています。2週間分の食料や防災用具などを用意しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	研修等で実施している。	接遇や倫理コンプライアンスの研修を通して、丁寧な対応を心がけています。常々継続できるよう、定例会議などを通じて丁寧な言葉遣いや対応の振り返りをしています。居室は、プライバシー確保のため、夜間施錠している人もいます。	
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。	自立支援で本人がしたい事を傾聴して自己決定できるように働きかけている。		
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。	介護計画で利用者様の生活支援をしています。お一人、お一人お話を傾聴して支援していきます。		
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。	更衣介助時、本人の希望を聞いています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の楽しさを感じてもらえるように支援しています。盛り付けなど出来る事は職員と一緒にします。食器の片付け等一緒にしています。	外部専門業者が調理した食品を温め、米飯と汁物を職員が用意しています。利用者の状態に応じ、食品や飲み物の形状を変え、食べやすいように調理しています。「お寿司を食べたい」などの利用者の要望にも応えています。利用者は食器拭きなどを行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者様に必要な栄養や水分量を決めて実施しています。		
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に、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、本人に洗面所で口腔ケアを実施しています。訪問歯科で治療している方もおります。		
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向けた支援を行っている。	居室内にはトイレが設置していないので、共有のトイレに誘導しています。一人、一人の排泄サイクルを記録して確認して声掛けをしています。	自立している人、おむつやリハビリパンツを使用している人など様々ですが、自立に向けた取り組みをしています。個人別の「GHケアサービス管理表」で排泄パターンを把握し、誘導支援をしています。	
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。	食事形態や、お薬で改善できるように支援しています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は清潔を維持するため、ゆったり入浴をして頂けるようにしています。	基本は午後から、週2回、1回当たり40分ほど、入浴をゆったりと過ごして楽しめるよう支援しています。拒否のある人へは、担当する職員を替えたり、時間をずらしたり、言葉かけを工夫して対応しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	安眠がとれるように、日中の生活を大事にして、夜間、安眠できるように支援しています。		
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。	薬事情報で一人、一人の服薬内容を把握しています。症状の変化が見られる時は主治医に連絡し、指示を受けます。ご家族に報告します。		
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。	生活の中で、楽しみを見つけられるように支援します。生け花を楽しんでいます。		
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。また、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。	外気が温かい日は散歩等をします。気分転換になります。	天気の良い日に、希望者を募って散歩や喫茶店に行っています。車いすを使用している人も同様に出かけたり、外気浴をしています。毎月、地域の社会福祉協議会主催の「ふれあいサロン」に参加しています。初詣、花見、外食などを企画して外出しています。	
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。	認知症の方なので、ご家族の同意を得て、決めていきます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	本人への手紙は渡します。手紙が書ける支援をします。		
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。	共用部分は清潔に維持しています。	リビングは対面キッチンのある食堂も兼ね、和室の小部屋とも面しています。昼食後、リビングで職員と共に合唱を楽しんだりして、和やかに過ごしています。季節に合わせ、紙細工で節分を描いた作品を掲示しています。共有空間は清潔が保たれています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	畳みの部屋で利用者同士、お話が出来るように支援しています。		
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。	入居前、自宅でお気に入りの道具は持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるよう支援します。	クローゼット、洗面台、介護ベッド、カーテンが備え付けです。火を使わないものであれば持ち込み可能です。写真、ぬいぐるみ、テレビ、椅子など、使い慣れた物を置いています。掃除は、職員がサポートして利用者と共に清潔を保っています。	
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」や「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。	好きなことができる場所として食堂のテーブルを利用してレクリエーションを支援しています。		

事業所名	イリーゼグループホーム小田原鴨宮
ユニット名	ユニット1

V アウトカム項目			
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
57	利用者と職員と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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、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。	小田原市の地域密着型サービスで認知症対応型共同生活介護を運営しています。認知症と診断された方が、安心して生活が送れるように、管理者と職員はイリーゼの介護理念を共有して入居者様の生活支援に努めています。		
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。	地域の時治会、民生委員、ボランティア等の方々と連携をとりながら地域のお祭り等に参加をします。また、施設内での催しに来て頂いています。ボランティアの方が、昔の懐かしい音楽を演奏して楽しませて頂いています。		
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。	市内のグループホームでネットワークを構築しており、地域の方々に、イベントを開催して、認知症の人の理解を伝えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	定期的(2ヶ月)ごとに、運営推進会議を開催しています。利用者様、家族様、地域の役員様、オーナー様が出席されて、日常の取り組みについてお話しをしています。サービスの質の向上のために、色々な意見を傾聴しながら改善に努めています。		
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。	保険者からの研修等は必ず出席して情報の共有を図っています。介護保険の改正等は担当職員にお話を聞いて対応しております。事故報告は速やかに書面と口頭で伝えております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体拘束ゼロの実践に取り組んでいます。徘徊等には寄り添いの介護で安心して生活して頂いています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	法人本社で定期的に研修があり、介護者の接遇など研修で学んでいます。現場ではユニットリーダー中心に虐待の防止を事例を通じて行っています。		
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。	法人本社研修で、管理者に伝えられています。現場の職員には管理者より事例を通じて、全体会議等で報告され、情報の共有をはかります。		
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。	契約時は管理者が丁寧に契約書、重要事項説明書、運営規定、サービス一覧を説明し、同意を得ています。また、介護保険利用のサービスを説明し、暫定ケアプランを説明・同意を頂きます。		
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並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。	家族が面会に来られた時や、お話を傾聴しています。運営推進会議等で、意見を聞いて、施設運営に反映しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	法人本社では各施設に職員の意見を聞いてもらえる窓口があり、本社の人事部に直接連絡ができる。各施設を統括するグループ長がおり、職員の意見や提案を受け入れてもらえる。		
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。	法人本社で就業の改善や、定期的な研修で職場環境の改善等話し合っています。		
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。	法人本社で、定期的に職員研修があり、スキルアップ研修を実施しています。各種の資格取得ができるシステムができています。		
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。	グループホームのネットワークがあり、イベントを通じて職員間の交流があります。勉強会もありサービスの向上につながります。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居後、しばらくは不安がありますが、職員がお話を傾聴してなじみの関係を時間をかけて構築します。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居時の契約の中で、暫定ケアプランを作成し、施設生活を説明する。介護保険を利用することの説明と同意を得ます。医療的な支援がある時は、居宅管理指導で往診医の説明をします。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用者様の生活歴をアセスメントし、職員が情報共有をしておきます。本人が不安でいる時は、お話を傾聴して寄り添う介護をします。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	自立支援の一つとして、お食事の盛り付けなど職員と利用者様が一緒に行くことで、暮らしを共にしていると感じてもらえる。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	入居後、家族にも定期的に来て頂き利用者様の生活状況を見て頂き、職員とご家族で不安なく生活が送れるよう情報の共有を図っていきます。		
20		○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。	生活歴を大切にして、毎日の生活の中で、利用者様が出来る事を支援する。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事やレクリエーションを通じて一人一人が仲間作りができる環境を作ります。		
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。	サービス利用が終了しても、本人、ご家族の相談・支援に努めます。		
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。	本人の生活に対する希望、思いなどお話を通じて把握していく。		
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。	アセスメントで、生活歴や趣味等をお話の中で把握して、生活支援に活かして行く。		
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。	毎日の生活支援で気が付いた事を支援記録に書き入れています。その内容を職員同士、情報の共有を図ります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ケアカンファレンスを開催して、介護計画の進捗と改善等を職員同士話合います。本人の生活支援が出来ているかモニタリングで確認します。		
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。	個別の記録で実践しています。必要な情報は職員間で共有しています。		
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。	家族に現状のサービス以外に必要なサービスは説明し同意を得て実施する		
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。	社会福祉協議会の資源を利用して、イベントに活かしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	居宅管理指導の医師の訪問診療で、利用者様の健康維持を図っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	訪問看護師による定期的な健康管理をしている。主治医へ訪問看護より情報を提供している。		
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、また、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。又は、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。	主治医の指示で医療機関と協働して利用者様が安心して治療できるように病院関係者と連携を図っている。		
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、事業所です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。	主治医の先生とご家族、管理者で話し合い、終末期に向けた方針を共有する。事業所は終末期の介護計画を作成し、主治医、家族、訪問看護師等と情報の共有を図る。		
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。	急変や事故発生時の職員の対応マニュアルを作成しておく。		
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。	日中、夜間の避難訓練を年2回実施する。利用者様の安全に努める。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	研修等で実施している。		
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。	自立支援で本人がしたい事を傾聴して自己決定できるように働きかけている。		
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。	介護計画で利用者様の生活支援をしています。お一人、お一人お話を傾聴して支援していきます。		
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。	更衣介助時、本人の希望を聞いています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の楽しさを感じてもらえるように支援しています。盛り付けなど出来る事は職員と一緒にします。食器の片付け等一緒にしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者様に必要な栄養や水分量を決めて実施しています。		
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に、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、本人に洗面所で口腔ケアを実施しています。訪問歯科で治療している方もおります。		
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向けた支援を行っている。	居室内にはトイレが設置していないので、共有のトイレに誘導しています。一人、一人の排泄サイクルを記録で確認して声掛けをしています。		
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。	食事形態や、お薬で改善できるように支援しています。		
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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は清潔を維持するため、ゆったり入浴をして頂けるようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	安眠がとれるように、日中の生活を大事にして、夜間、安眠できるように支援しています。		
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。	薬事情報で一人、一人の服薬内容を把握しています。症状の変化が見られる時は主治医に連絡し、指示を受けます。ご家族に報告します。		
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。	生活の中で、楽しみを見つけられるように支援します。生け花を楽しんでいます。		
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。また、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。	外気が温かい日は散歩等をします。気分転換になります。		
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。	認知症の方なので、ご家族の同意を得て、決めていきます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	本人への手紙は渡します。手紙が書ける支援をします。		
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。	共用部分は清潔に維持しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	畳みの部屋で利用者同士、お話が出来るように支援しています。		
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。	入居前、自宅でお気に入りの道具は持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるよう支援します。		
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」や「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。	好きなことができる場所として食堂のテーブルを利用してレクリエーションを支援しています。		