

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	2670700471		
法人名	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポートセンターけいほく 2G		
所在地	京都市右京区京北塔町中筋浦44-1		
自己評価作成日	平成28年8月17日	評価結果市町村受理日	平成28年12月2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)】

平成26年11月、元々はデイサービスであった施設を改装し、リニューアルオープンしたユニットである。開所2年目となり、徐々に重度化してきているが、利用者様各々が、ちぎりであったり縫い物であったりご自分が好きなことやしたい事ができるように、また家事等を通じて、各々の利用者様が現在持っている力を発揮できるように支援している。施設であっても、利用者様にとっての「家」であるように、職員も家族の一員であることを意識し、家庭的な雰囲気の中でゆったりと暮らしていただけるように関わっている。施設のイベントに地域の住民の方を招待し、昔馴染みの方との交流や、利用者様も地域の一員として生活できる機会を作っている。重度化していく中で、ターミナル介護を希望するご家族様もでてきている。新しいユニットでは未経験の職員も多く、これからの課題となる。ご家族様の希望があれば、基本的には受け入れ、人生の最後を見送るより良い支援をしていければと思う。

※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.kaigokensaku.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=2670700471-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【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)】

--

【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成28年9月21日		

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広がったり深まり、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

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	理念を掲示し職員が意識できるようにしている。「ゆっくり楽しく寄り添って暮らせる家を目指します」という理念を念頭におき支援しているが、業務に追われ実践できていないことがある。		
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	町内会に加入し、美化作業等の行事に参加している。保育園児との交流会、中学校のイベントの見学、コーラスや大正琴のボランティアを定期的に受け、交流している。		
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	京北町内全戸に新聞折込にて広報誌を発行し、認知症への理解や事業所の支援内容を紹介している。		
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	会議内では現状を伝え、意見をいただいている。7月の会議では、ご家族様の参加が少ない事について相談すると、家族会等のイベントの際に会議を開催してはどうか？とアドバイスしていただいた。		
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	平成27年3月までは、京都市右京区京北出張所福祉担当課長様に、運営推進会議に出席していただき、協力関係を築いていたが、4月より異動により担当者が変更後は出席していただけなくなってしまっている。		
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	夜間は防犯の為に施錠している。日中は離設の可能性のある利用者様1名いらっしゃる為、職員配置により、手薄になる時間帯に限り施錠し、対応することがある。骨折後、歩けなくなってしまった利用者様1名に対して、ベッドからの転落事故があった為、離床の訴え時等に、職員配置により対応ができない場合に限り、ベッド柵4点で拘束することがある。身体拘束の記録あり。		

ケアサポートセンターけいほく(2G)

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	法人内の研修や、社外の研修に参加している。研修に参加していない職員に対しては、伝達講習を実施し、虐待防止に努めている。		
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	法人内の研修や、社外の研修に参加している。研修に参加していない職員に対しては、伝達講習を実施している。		
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、管理者(計画作成担当者兼務)が説明している。改定の際には、覚書にて説明し了承を得ている。		
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	面会時や受電時に利用者様の状況を説明し、要望や意見を聞くようにしている。また、家族会等の行事の際には、アンケートを取り意見を聞くようにしている。		
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、年1回管理者と面談する機会があり、その際に、職員の意見や提案を伝えている。また、管理者は月1回の全体会議やケースカンファレンスにおいて意見や要望を聞いている。		
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	年1回、代表者と、管理者と面談する機会が設けられている。		
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	法人内のスキルアップ研修に参加している。外部研修参加の機会を多く取り、各職員の年間目標に合った研修があれば、積極的に参加してもらっている。また、参加した研修の伝達講習を行うことにより、個人のスキルアップにも繋げている。		

ケアサポートセンターけいほく(2G)

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
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	年1回のケアサポートセンター研究発表会や法人内のスキルアップ研修、ケアサポートセンター8事業所間での研修を通じて、他事業所と交流する機会や勉強会を行っている。		
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	ご家族からの情報を基に、これまでの生活歴を理解した上で、表情の観察や訴えを傾聴、積極的に声かけを行い、信頼関係が築けるよう支援している。また、職員間で意見交換を行い、情報を共有し支援に繋げている。		
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	初期においては、計画作成担当者を中心にゆとり時間を取って、話をする機会を作っている。また、面会時には近況報告を行い、話しやすい環境をつくるようにしている。		
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	利用者様の状況に応じて、ご家族と相談し、適切な福祉用具の購入やレンタルを行っている。		
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	家事等の生活場面に参加していただく事により、ホームで共に生活する住人として、支え合う関係を築いている。		
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	月1回、ご様子を伝える手紙をご家族様に送付、また面会時や電話での近況報告を通じて関係を築いている。計画作成担当者からは、介護計画書の説明等を通じて共に支えていく関係を築いている。		
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	近隣のスーパーやイベント等に外出する事により、支援しているが、自宅への外出や、馴染みの人や場所へで出向く支援については、ご家族様にお任せしている部分が多い。		

ケアサポートセンターけいほく(2G)

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
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	利用者様同士の相性を把握し、家事やレクリエーション等を通じて、関わり合い、支え合えるような支援を行っているが、難聴や認知症のレベル差により、トラブルになることがある。		
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	管理者(計画作成兼務)やケアサポートセンター担当部長が転居先(老健や特養)に面会に行く等して支援している。		
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	利用者様との普段の何気ない会話の中や、訴えの傾聴、生活歴、ご家族様からの情報をふまえて、意向の把握ができるように努めている。		
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	平成27年8月以降に入居された利用者様については、入居時にご家族様にわかる範囲でセンター方式シートを記入していただき、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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	毎月1回のケースカンファレンスにより、利用者様の情報を把握をしている。経過観察記録や、申し送りを通じて日々変化する利用者様の情報把握に努めている。		
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	職員が担当を持ち、各々2名のモニタリングを実施。その情報を基にして、カンファレンスを開催し、職員の意見やご家族の意向を反映し、介護計画を作成している。		
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	関わった職員が日々の様子やケアの実践を記入しているが、気づきや思った事に関してしっかりと記録している職員は少ない。モニタリング時には記録を見直し、介護計画の見直しに活かしているが、記録を通じての情報共有を密にする必要がある。		

ケアサポートセンターけいほく(2G)

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
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	既存のサービスに捉われない支援までできていないが、その時々ニーズに対応して、柔軟な支援ができるように努めている。		
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	殆どの職員が地元に住んでいることもあり、地域との繋がりには密にある。田舎ならではの自然豊かな地域の中で、安全にゆったりとした暮らしができるように支援している。		
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	ご家族の事情により、これまでのかかりつけ医への通院が遠方となってしまった利用者様に対しては、京北病院の訪問診療を利用している。利用者様の病状に応じて月1回～4回の範囲で訪問診療を受けている。		
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	週1回京北病院訪問看護師により、健康観察を実施。その際に体調や気になることについて相談、指示を受けている。利用者様急変時には電話相談し、指示を仰いでいる。また、事業所内にも看護師2名配置されており、常時相談可能である。		
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。	入院時には計画作成担当者が介護サマリーを作成し、情報提供を行い、積極的に面会に出向き、病院の相談員や看護師と情報交換を行い、早期退院の支援に努めている。		
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	早期から、病状の変化に応じて、ご家族様、医師、計画作成担当者と相談し、事業所でできることについてご家族様に納得していただいた上で介護計画を作成し、チームで共有し支援している。		
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	急変時の連絡体制はできているが、応急処置や初期対応の訓練はできていない。今後の課題である。リスクマネジメント研修(事故や急変時の対応)やAED使用方法の研修を受講し伝達講習を行っている。		

ケアサポートセンターけいほく(2G)

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
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、避難訓練を行っている。夜間火災想定での緊急連絡網の確認を行った。地域の住民も参加しての訓練はできていない。地域との協力体制は不十分である。		
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	年長者として、人格を尊重した声かけを行うように努めているが、馴れ馴れしい言葉かけになってしまっている事があり、排泄時の声かけは配慮が欠けていると感じる時がある。		
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	普段から傾聴を行い、本人の希望を聞き、自己決定できるように働きかけているが、希望をなかなか言ってもらえない、表出できない利用者様もいる。表情を汲み取る等の支援が必要。		
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	日々のレクリエーションや家事手伝いについては無理強いせず、支援しているが、何もしたくないという利用者様へのアプローチに苦慮している。また、職員のペース、都合で過ごしてしまっていることがある。		
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	最低限の身だしなみや、外出時の装い化粧等については支援できている。洗面台に個人のブラシを用意し、自分で整容できるようにしている。訪問カットを利用し、カットや毛染めをしている。希望される利用者様には、職員が毛染めの支援もしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	朝食は利用者様の好みに応じて、全日パン食に変更して対応した。調理に関しては、なるべく関わるようにしてもらっていたが、関わってもらっていない日が増えてきている。盛り付け、配膳、食器洗いについては参加してもらっている。		
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	食事形態については、嚥下力や口腔内の状態に合わせて支援している。水分量は最低一日1,000ml摂取を目標とし、数種類の飲み物を用意し、好みの飲み物で水分補給している。		

ケアサポートセンターけいほく(2G)

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
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、必ず行っている。磨き残しのある利用者様に対しては、再度、職員が介助し支援している。義歯の方には義歯洗浄剤の使用や、口臭のある利用者様に対してはマウスウォッシュにて対応している。		
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	個人の排泄パターン、行動等から、トイレの声かけや誘導をし、習慣づけている。入所時はリハビリパンツ使用の利用者様がショーツを使用するよう改善した。		
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	体操参加や朝食にヨーグルトや果物(バナナ)等を提供し、また水分不足にならないように努めているが、薬剤で調整している利用者様もいる。		
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	職員の人員配置上、夜間入浴の支援はできていない。時間帯は職員の都合になってしまっているが、1対1で関わり、ゆっくり職員と会話したり、入浴剤等を使用し、気分転換してもらっている。個々の支援はできていない。		
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	起床時間や就寝時間は特に決めていない。日中においても、その日の体調や気分に合わせて自由に休息してもらっている。居室内の温度、湿度に気をつけ快適に入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	個別に薬剤情報をファイルし、職員が薬の目的や副作用を理解できるようにしているが、薬の目的や副作用等について理解していない職員もいる。症状の変化については週1回の訪問診療にて報告相談している。		
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	各利用者様の役割については家事を通じて積極的に設けている。縫い物や貼り絵等、各々やりたい事を自ら取り組んでいる。楽しみ事や気分転換の支援が画一的になってしまっている。		

ケアサポートセンターけいほく(2G)

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
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	全体での行事として、ドライブや外食、喫茶店に行く等の支援をしている。一部の利用者様には買い物や散歩等の外出支援をしているが、本人の希望に沿った外出支援にはいたっていない。今後の課題である。		
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	お一人だけ本人の希望で金銭所持しているが、実際に使用してはいない。その他の利用者様は金銭所持できていない。		
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している	年賀状や暑中見舞いを出す支援をしている。知人やご家族様から、便りが届いた際には、返事を出す支援や、電話をかけてお礼を言っていたり支援をしている。		
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	季節を感じてもらえるように、毎月、季節のちぎり絵にてカレンダーを作成(利用者様作成)生け花や行事毎のディスプレイ(雛飾り、七夕、クリスマス)に取り組んでいる。トイレや浴室はわかりやすいように表示。中庭には、プランターに花を植えて季節の花を見てもらっている。		
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	共用空間においては利用者様同士の相性に配慮し、座席等も工夫している。食卓席、ソファ席と分けてあり、お好きな所で過ごしてもらえるようにしている。廊下にもソファや椅子を置き、一人になれるよう配慮している。		
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	ご家族様には、入居時に、馴染みの物を持ってきていただくように声かけしている。家族の写真や飾り、ぬいぐるみを置いたり、仏壇を持ってきている利用者様もいるが、必要最低限の物しか準備していただけていない利用者様もいる。		
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	トイレ、浴室、手洗いの表示、居室には表札等、利用者様がわかりやすい表示にしている。		