

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	2691200188		
法人名	医療法人 啓信会		
事業所名	グループホーム リエゾン宇治おおくぼ 夕霧		
所在地	京都府宇治市大久保町山ノ内55-2		
自己評価作成日	平成30年8月10日	評価結果市町村受理日	平成30年11月2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://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JirvosyoCd=2691200188-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【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30年9月18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)】

2ユニットが隣同士にある事を生かし、ボランティアの演奏会やレクリエーションでは合同で楽しむ時もあり、顔なじみが増える事で安心して過ごせる生活空間の提供を行っている。同じ建物にある地域交流スペースを利用した全体行事に参加、近隣の方々との交流の機会を持つようにしている。ベランダスペースを利用して洗濯物を干したり、プランターにて季節の花や野菜を作ったり収穫する事で、生きがいのある充実した生活が送れるように支援している。洗濯物を干したりたたんだり、モップ掛け等掃除をしたりと、日常行っていた生活行為の維持を図るようにしている。

【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)】

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	開所時に全職員で話し合い決めた理念を事務所に掲示、毎日朝礼時に皆で唱和を行い、理念の共有と実践に努めている。新人職員には、OJTを通して学ぶ機会を設けている。		
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	施設内にある地域交流スペースにて地域の皆さんを招いての夏祭や餅つき等の行事を行い、顔なじみの関係作りに努めている。また地域の祭りに参加し交流行っている。		
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	運営推進会議などを通じて、認知症の方についての対応・介助などの情報提供をしている。また見学を受け入れグループホームについての理解を深めてもらっている。		
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	運営推進会議では、入居状況・ひやりはつと説明。行事等は写真を交えの日々の生活の様子を報告。家族よりのご要望や地域の方の意見をサービス向上に反映するよう努めている。		
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	運営推進会議を通じて市役所の方や地域包括支援センターの方と連絡を取り合い、協力関係を築いている。また市の家賃助成事業について情報提供し、ご家族の負担軽減に努めている。		
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	身体拘束適正化委員会を運営推進会議時に開催、外部よりの意見をもらい、結果について職員に周知徹底を図っている。また内部研修を行ったりミーティングで話し合うなど、職員の知識や意識向上に努めている。		

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
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	研修や伝達を行う事で、全職員に周知徹底を図っている。職員間で情報交換を行い、実践へと生かしている。異常がないか、利用者の様子を日々観察している。		
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	利用者から相談された時的確にアドバイスできるよう、研修や伝達を行う事で、全職員が学ぶ機会をもつようにしている。		
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・改定時には十分な説明を行い、不安のないよう、理解・納得に努めている。また内容に変更のあった場合は、書面と口頭説明により理解・了承頂いている。		
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	入居者様からは随時、家族からは面会時や電話などで聞き取るようにしている。玄関にご意見箱を設置し、誰もが投函できる状況となっている。家族向けにアンケート実施、意見を取り入れている。		
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	職員向けアンケートを実施、意見をくみ上げるようにしている。ミーティングではお互いに意見を交換し合っている。年1～2回あるキャリアパスでは、面談を通じて職員の意見や提案を聞く機会を設けている。		
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	自己目標管理シートや人事考課表・面談を通じて個々の努力や目標など把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている。		
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	研修の案内を掲示し、個々の職員に応じた、または希望があった研修を受講できるよう努めている。また受けられなかった職員に対しては、伝達講習を行うようにしている。		

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
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	研修や行事を通じて交流をし、意見交換を行っている。全ての職員に内部・外部研修に参加できる機会を確保し、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	入居前面談・入居時、本人の思いを聞き取る。特に本人の気持ちに寄り添い安心出来るよう、職員が思いをしっかりと受け止め気持ちを共有し、統一したケアを行うようにしている。		
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	申込時・契約時、経歴や要望・問題点について確認や話し合いを行い、満足頂けるよう努める。些細な事にも耳を傾け、把握するよう努める。入居後はこまめに近況報告を行い、信頼関係構築に努めている。		
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	契約時・入居時に何を望み必要としているのかを話し合い、状況を見極めながら個々にあったサービス提供を行っている。問題が起きた時は、サービスの変更を行っている。		
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	出来る事・出来ない事を見極め、出来る事は職員と一緒にしてもらおう事でハリのある暮らしを提供。日々を共にする事で生活空間の共有を行い、信頼関係の構築を図っている。		
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	何かの時はまず家族と相談を行い、共に関わるようにしている。面会時は、施設での様子を報告している。行事は一緒に参加して頂くよう働きかけ、家族との絆を大切にしている。		
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	家族や知人の面会など、自由に行われている。入所前よりのかかりつけ医に通われたり友人と出かけられたり、電話の取次ぎもっており、馴染みの人達との関係が継続できるよう支援を行っている。		

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
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	入居者間の関係や身体状況を考慮し、職員が間に入ったり席の配慮を行っている。一緒に行える生活リハやレクリエーションを通じて他者との良好な関係性を作りあげている。		
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	入院中死亡による退去時、家族と相談行い予定を配慮して退去手続きを行っている。		
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	日々のコミュニケーションの中で、思いを汲み取れるよう心掛けている。日常生活からアセスメントを行い、個別性に努めている。		
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	入居前の面談や生活歴・経歴表を通してこれまでの生活の把握に努めている。入居前のサービス利用状況について前任のケアマネと連携している。		
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	一日の過ごし方や状態の変化を、カルテや申し送り・生活リハビリを通じて観察、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	毎月、モニタリングを行っている。必要時にはプランを見直し、サービス担当者会議で家族・本人から意見を頂きプランに反映させている。		
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	日々の様子や心身の状況・ケアの実施状況など個人記録に記入し、職員間で情報の共有を行っている。必要時は個人記録を見直し、ケアカンファレンスに活用している。		

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
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	個々の状況に合わせて対応を行っている。本人の要望に沿って以前から利用の訪問マッサージを継続できるよう医師へつないでいる。高齢のご夫婦・遠方の息子の場合、状況に応じて連絡・相談させて頂いている。		
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	地域の自治会に入り、行事など回覧でお知らせさせて頂いている。市役所情報よりの精米店を利用。ボランティア・介護相談員の受け入れを行い、入居者の楽しみや不安の解消に努めている。		
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	9人中5名が本人や家族の希望により往診対応。専門科受診時はご家族や医療機関へ情報の提供を行っている。4名の方は以前よりのかかりつけ医を受診。情報提供を行う。		
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	看護師は週1～2回ホーム来所、入居者の相談や状況観察・職員の申し送りノートによりの確に情報を把握、健康管理を行っている。必要時は電話にても相談を行っている。		
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。	入院時は連携票などを活用し、医療機関と連携を図っている。本人との面会や病院の相談員・看護師と連携を取り、正確な情報の収集を行い、早期の退院へつなげている。		
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	主治医から身体状態が悪化したと情報を得た場合、主治医と家族とをつなげたり、今後どのような生活を望んでいるか・どのようなサービスが受けられるのかの話し合いの場を持ち方針を共有し、調整を行っていく。		
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	急変時や事故発生時の対応は、研修に参加し対応を学んでいる。また、救急車来所時のEVの対応方法など当ホーム独自の事は、現場を実際に回り周知徹底に努めている。		

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
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回のうち1回は消防署の協力の下、避難訓練を行っている(日勤帯・夜勤帯どちらも)。避難用具を实际使用し、皆が対応できるように努めている。またマニュアルも常備している。		
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	言葉遣いはミーティング等でも話し合い、職員の意識向上に努めている。また一人一人の人格の違いに合わせた対応をとるよう心掛けている。入浴時ご本人が気にされる方には、同性介助を行うように配慮している。		
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	勝手な判断はせず、入居者の表情やしぐさなどから気持ちを汲み取るように努める。入居者自身の思いを伝えやすいよう、和やかな雰囲気を作るなど、環境にも配慮している。		
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	体力低下の方には臥床時間を設けたり、スポーツ好きの方にはTV中継を一緒に応援したり、個々のペースに合わせて過ごして頂き、孤立しないような環境を整え、その人らしい暮らしを支援していく。		
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	希望者には訪問理美容を受ける体制が整っている。季節の服装など家族とも連携を取り、その時に最適な装いが出来るように支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者の好きな食べ物を聞き取り作ったり、季節に合ったメニューの提供を行っている。ホームで育てた野菜を使用したり、食事レクなどで食事作りに参加してもらったりと、楽しむ事が出来るように努めている。		
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	月1回管理栄養士による栄養バランスなどチェックを受けアドバイスをもらい、日々の献立にいかしている。本人の状態に合わせ、トロミ食や刻み食にするなど個別対応を行っている。		

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
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	毎食後全員が口腔ケアを行い、清潔保持出来るように支援している。就寝前には義歯洗浄を行い洗浄液に浸け、汚れや口臭を取り除き、衛生を保っている。問題がある時は、希望の方に訪問歯科を紹介している。		
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	個々に合ったペースや排せつパターンをチェック表にて把握、誘導する事で、自然な形で排泄を促すように努めている。医師と連携をとり便薬調整を行い、下痢による失便を減らすよう努めている。		
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	日常より便秘解消を心掛け、毎日の食事メニューに乳製品を取り入れたり、水分摂取を促したりしている。毎日の排便チェックもを行い、服薬など医師に情報をつなげるようにしている。		
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	入浴時間や曜日等は、家族や入居者に入居時同意頂き基本は決まっているが、外出や個人の希望に応じ柔軟に対応している。同性介助や入浴時間の希望にも、できるだけ対応している。		
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	毎日の体調や生活習慣に合わせ、昼夜逆転に配慮しながら好きなタイミングで休息してもらえるよう取り組む。自分の好きな枕を使用されたり、体力低下気味の方には体調を観察しながら臥床時間を設けている。		
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	往診対応の方は訪問薬剤管理指導を受け、薬について相談・アドバイスを受けている。往診以外の方は説明書や医療連携にて理解に努める。日々の体調の変化の把握を行い、医療につなげるようにしている。		
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	趣味や得意分野の把握に努め、個々に合った生活リハやレクを提供。掃除や洗濯干し・野菜作りなど、その方の嗜好に合わせ声掛けを行っている。特に生活リハは日課としており方もおられ生活のハリに繋がっている。		

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
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	散歩や買い物、ドライブなどに出かけている。家族と一緒に美容院やレストランなど定期的に外出される方もいる。遠足など行事にて、家族とご本人共に外出できる機会を作っている。		
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	基本的にお金は金庫に保管し、外出レクや個人の希望物品購入など必要な時に使って頂いている。本人の安心の為、家族の同意を頂き自身で所持されている方もいる。		
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	家族や知人との電話・手紙のやり取りは自由にして頂き、いつでも連絡が取れるように支援している。ご自宅に届いていたDMを、ホームで受けとっている方もおられる。		
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	リビングに天窓があり、明かりを調整する事で明るい空間となっている。また季節を感じられるよう毎月装飾を工夫している。ベランダに対して大きな掃出し窓がついており、空も見え、広々とした印象。		
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	リビング・食堂が続いており、自由に行き来・会話ができるようになっている。リビングにはソファが何か所かに設置、ご自身の気分で選べるようになっている。		
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	居室には以前より使い慣れた家具や物・思い出の品、写真などを持参してもらい、本人が安心して過ごせる居心地の良い場所となるようにしている。		
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	バリアフリーや手すりのある安全な環境で、自立した生活が送れるよう支援している。ドアが沢山あり、居室入口には名札を、トイレには案内板を貼り出している。自身の予定が把握できるよう入浴日等貼り出している。		