

(別紙4-1)(ユニット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	0170201545		
法人名	有限会社プロケア		
事業所名	グループホームゆうあい(1階)		
所在地	札幌市北区篠路2条7丁目6番30号		
自己評価作成日	平成27年度	評価結果市町村受理日	平成27年12月10日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1 あおいビル7階
訪問調査日	平成 27 年 10 月 7 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)】

全介助になっても、経口摂取(飲み込み良好)可能であれば、住み慣れたホームでその人らしく生活できるように支援したいと思います。

【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)】

札幌市郊外の賑やかな通りに面する3階建て3ユニットのグループホームです。近くにはJR篠路駅や複数のバス停、コンビニエンスストア、スーパーなどがあり利便性に優れています。また、隣には同一法人が経営する小規模多機能型事業所もあります。利用者の家族に対して個別に「状況報告」を毎月作成して提供することで、良好な関係を築いています。また、職員同士のコミュニケーションも良く、意思疎通ができています。職員は利用者積極的に話しかけ、親密な関係を築いています。食事の面では、各ユニットが独自に献立をつくり、彩りが豊富で美味しい食事が提供され、職員も一緒に会話をしながら食事を楽しんでいます。ホームの畑で採れた野菜を利用したり、出前や外食の機会も設けています。外出の面では、日常的にホーム周辺や近くの神社、コミュニティセンターの花壇などへ散歩に出かけたり、裏庭やベランダで外気浴をしています。年間行事でも、花見や紅葉狩り、水族館・お菓子工場見学、百合が原公園へのピクニックなどを行っています。サービス評価に対して職員全体で取り組み、サービスの向上に努めています。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項 目		取組の成果 ↓ 該当するものに○印		項 目		取組の成果 ↓ 該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (参考項目：23、24、25)	○	1 ほぼ全ての利用者の	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 利用者の2/3くらいの				2 家族の2/3くらいと
			3 利用者の1/3くらいの				3 家族の1/3くらいと
			4 ほとんどつかんでいない				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)	○	1 毎日ある	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回程度ある				2 数日に1回程度
			3 たまにある				3 たまに
			4 ほとんどない				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	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 利用者の2/3くらいが				2 少しずつ増えている
			3 利用者の1/3くらいが				3 あまり増えていない
			4 ほとんどいない				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	66	職員は、活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 利用者の2/3くらいが				2 職員の2/3くらいが
			3 利用者の1/3くらいが				3 職員の1/3くらいが
			4 ほとんどいない				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	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				2 利用者の2/3くらいが
			3 利用者の1/3くらいが				3 利用者の1/3くらいが
			4 ほとんどいない				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	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 利用者の2/3くらいが				2 家族等の2/3くらいが
			3 利用者の1/3くらいが				3 家族等の1/3くらいが
			4 ほとんどいない				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				

有限会

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作り、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	実践につなげている。	2項目からなるホーム独自の理念があり、その中に地域との関わりや地域貢献を重視した文言を入れ、地域密着型サービスの理念として確立しています。理念を共用部分に掲げ、職員は常に理念を意識して業務にあたっています。	
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	散歩中の挨拶や会話を通して、馴染みになるように努めている。介護の相談を受けたときは、傾聴し助言を行なっている。施設の行事の際は、地域の子供が参加している。	ホームで行う七夕祭りや運動会に地域の方の参加を得ており、その際に隣接する小規模多機能型事業所の利用者とも交流しています。また、法人が運営する児童デイサービスの児童とホームの利用者が交流する機会もあります。	
3	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	町内会の総会、清掃参加、災害時の協力を呼びかけている。		
4		○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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	年間計画表に基づいて定期的に実施。会議出席者からの意見を各ユニットで検討し、実施につなげている。	会議は2ヵ月毎に開催され、地域包括支援センター職員、家族などが参加していますが、地域の方の参加は得られていません。行事や防災、外部評価、事例検討などのテーマを計画的に設定しており、議事録を家族に提供しています。	地域の方の参加が得られるよう、地域の代表者や民生委員に引き続き働きかけを行うとともに、幅広い観点から地域住民の参加の可能性を探ることを期待します。
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	担当者が役員をしたり、出向いたりして、協働関係を築くように努めている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加を得て情報提供を受けています。市や区の管理者会議に昨年度は役員として参加し、積極的に協力関係を築いています。	
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	ユニットの出入り口に鈴をつけて、行動の把握をしている。	身体拘束の禁止事項を示した資料を基に年に1～2回の勉強会を行い、職員の理解を深めています。玄関は夜間のみ施錠し、日中は自由に出入りすることができます。各ユニットからホールへの戸に鈴をつけ、出入りが分かるようにしています。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	常に身体観察を行い、スタッフ各自が不適切なケアと思われる言動を注意する意識を持ち、しない・させない・見過ごさないを徹底している。また研修会へ自主的に参加し、意識の向上・防止に努めている。		

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
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	自立支援については、全員でケアプランに基づいて活用している。成年後見制度は各自で学習するだけにとどまっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約書面と口頭で十分な説明をし、理解・納得のうえで入居されていると思われる。また、契約内容に変更があった際は、その都度説明し了承を得たうえで更新する。		
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	運営推進会議の意見交換、家族の意見や要望等も連絡ノートや毎月の状況報告にてその都度対応し、全員で共有し反映させている。また率直な意見や要望を言うて頂けるよう配慮を怠らない。	家族の来訪時や介護計画説明時に意見を聞いています。得られた意見は連絡ノートに記載し、職員間で共有しています。毎月、利用者毎の情報提供書を作成し、家族に渡しています。	
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	代表者と職員の意見交換の機会を、一度設けている。	毎月、ユニット毎に会議を行い、活発に意見交換しています。管理者と職員の面談を行っていますが、代表者が職員の意見を聞く機会はありません。行事や防災、サービス評価など、職員が業務を分担し、運営に参加しています。	これまで以上に代表者が職員から運営に関する意見や提案を聞く機会を設けたり、職員とのコミュニケーションを図ることにより、就業環境の整備や運営・サービスの改善につなげることを期待します。
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	積極的に努めているが、不明である。		
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	施設長と管理者で対応している。研修会への参加は、随時回覧し、各自で自主的に行なっている。		
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組をしている	自主参加で対応している。		
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	家族からの情報、ライフヒストリー等を基に、本人の意向を尊重し、安心して生活できる関係づくりに努めている。		

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
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	傾聴し、信頼できる関係づくりに努めている。		
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	本人の意向を尊重し、医療関係者と情報交換・相談・連携し、必要であると判断したので外部の通所リハを利用している。今後も個々の状況に応じて、外部の施設の利用も考慮していく。常に支援の優先順位を明確にして対応を行う。		
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	築いている。		
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	その都度、現状に即した対応を行っている旨説明し理解協力を仰ぎ、関係づくりに努めている。		
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	支援に努めている。	近所の知人や元の職場の方がホームを訪れており、利用者と一緒に年賀状を作る機会も設けています。近所の神社やコンビニエンスストア、スーパーなど馴染みの場所と一緒に出掛けています。	
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	支え合い、共に暮らしを楽しめるよう支援に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	退居されても面会に出かけ、様子を伺っている。また、移転先の関係者に、暮らし方の参考にしていただけるように、状況やケアの情報を伝えている。		
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	モニタリング、日常の会話等を参考にして、本人本位で検討・対応している。	思いや意向を言葉で表現できる利用者は少なくっており、問いかけた時の反応や家族の情報をもとに意向を把握しています。個々のライフヒストリー表でこれまでの暮らしを把握しています。	

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
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	入居時のライフヒストリー、情報提供書、ご家族の情報を基に把握に努めている。		
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	毎日のアセスメント、情報を共有しながら現状把握に努めて対応している。		
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、家族、職員、他職種の方々、ケアマネとモニタリングして現状に即した介護計画を作成している。	介護計画を3ヵ月毎に見直し作成しています。毎月のミーティングで全利用者の計画に対する評価を行っており、更新時に職員の意見を集約して次の計画を作成しています。日々の記録は介護計画に関する内容を記載する欄を設け、活用しています。	
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	介護計画書に基づいたケアを実践し、アセスメントシートの記録情報を共有・協議し、見直しを行なっている。		
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、既存のサービスにとられない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人やご家族の状況に応じて、随時柔軟に対応している。		
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	高齢・認知の進行・入退院による体力低下等の理由により、地域と協働する事が難しくなっている。		
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	月2回の往診、必要に応じて専門医の受診・検査を受けている。	協力医療機関による2週に1回の往診があり、内科以外などを受診する場合は原則家族対応ですが、難しい場合はホームで通院を支援しています。受診内容は受診ノートや個別の記録に記載し、共有しています。	
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	週1回の訪看と情報を共有し、適切なアドバイス・指示をいただき、往診医と連携して受診に至っている。		

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
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。	入院中は病院に出向き、コミュニケーションを図り医療関係者とは情報交換・相談等を行なっている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	早い段階から話し合いをし、ホームで出来ることの限界を説明・理解していただき、往診医とも連携して出来る限りの対応している。地域との取り組みは難しい。	利用開始時にホームでの看取りは難しいことを説明し、重度化した場合のホームでできる範囲や医療機関・家族との連携について示した「医療連携体制」の書類を説明して確認書を取り交わしています。	
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	実践に備えてミーティングの活用、定期的な訓練、マニュアルの見直しをして、慌てず確実に適切な行動ができるように努めている。		
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	消防署や地域の方とも協力体制を取っている。年間の運営推進会議でも訓練実施して、その都度反省点を話し合っている。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を消防署や地域の協力のもと行っています。全職員の定期的な救急救命訓練の受講は十分といえませんが水や食料など災害時の備蓄品を用意しています。	全職員が定期的に救急救命訓練の受講ができるよう、計画的な取り組みを期待します。また、防災マニュアルに沿って、地震等、火災以外の災害に対する対応についても職員間で確認する機会を持つことを期待します。
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	対応している。	利用者への呼びかけは「さん」づけを基本とし、本人や家族の希望でより親しみやすい呼びかけを行う場合もあります。記録等は利用者から少し離れた場所で記載し、ファイルは適正に保管しています。	
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	本人主体の生活をしていただいている。		
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、希望に沿って支援している	本人の自由意思を尊重し、生活できるように支援している。		
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	服選びは本人にさせていただいている。		

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
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	全員に同じ物の提供はしていない。食べたくない物、食べれない物には代替りの物を提供している。役割の一環として手伝いをしている。	各ユニットで独自に献立をつくり、彩りが豊富で美味しい食事が提供され、職員も一緒に会話をしながら食事をしています。一部の方は下拵えや食器拭きを手伝っています。ホームの畑で採れた野菜を利用したり、出前や外食の機会を設け楽しんでいます。	
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	個々の状態に応じて、分量・回数も規定にとらわれることなく、1日／カロリー内で内容も個々に合わせた物を提供している。		
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	毎食後、個々に相応した口腔ケアを実施している。歯科医・衛生士の指導の基、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向けた支援を行っている	個々の状態に応じて対応は異なるが、時間での排泄誘導を主流に考え、対応している。	個々の生活アセスメントシートに排泄状況を記録し、パターンを把握しています。全体の3分の1の方は自力でトイレに行けますが、その他の方は状態に応じた誘導や介助を行っています。誘導の際の声掛けでは利用者のプライバシーに配慮しています。	
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	全職員が理解し、自然排便を促すための食事メニューを工夫したり、身体を動かすことで予防を図っている。		
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、個々に沿った支援をしている	本人の体調・状態・気分に合わせて対応している。	各ユニットで週4回程度の入浴日を設け、各利用者が週2回の入浴を概ね午前の時間帯で行っています。入浴を嫌がる場合も、時間や日にちをずらして解決できています。湯加減を好みに合わせたり、入浴剤を使って希望に沿った入浴を支援しています。	
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	日中の活動と、良眠に向けての環境作りに努めている。		
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	処方箋と薬剤師の助言等を活用し、職員全員が理解・確認に努めている。		

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
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	介護計画書に取り入れ、希望の生活活動ができ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沿って、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	地域の協力はむずかしいが、職員・家族と協力して戸外に出かける機会を増やしている。天候状況に合わせて散歩し、外気浴に努めている。	日常的にホーム周辺や近くの神社、コミュニティセンターの花壇などへ散歩に出かけたり、裏庭やベランダに出ています。年間行事では、花見や紅葉狩り、水族館・お菓子工場見学、百合が原公園へのピクニックなどに出かけており、その際に外食も行っています。	
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	現在、金銭管理できる入居者はおりません。		
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	電話を掛ける手伝いや、手紙等の投函に同行する。		
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	季節感を感じていただけるよう考慮している。	共用空間は家庭的で、南に面した窓があり明るく快適です。キッチンから全体を見渡すことができます。季節の装飾を飾り、壁には行事の写真や利用者の貼り絵作品などが飾っています。2階に広いベランダがあり、天気の良い日は気軽にベランダで外気浴ができます。	
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	廊下に椅子をセッティングして自由に活用していただけ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	入居時に使い慣れた物や、馴染みの調度品を持参していただき、居心地の良い空間作りに配慮している。	居室入口には個々の表札や暖簾があり、分かり易くなっています。室内はベッドの他、テレビやたんす、椅子など利用者の使い慣れたものが持ち込まれています。壁にも利用者や家族の写真、時計などを自由に飾っています。	
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	出来ることと出来ないことの見極めを確実に実施し過剰な介護ではなく、残存機能の維持に努めている。		