

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	0491200135		
法人名	テクノケアサービス株式会社		
事業所名	グループホームきずな		
所在地	宮城県登米市豊里町新町10-4		
自己評価作成日		評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	2020年10月29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)】

季節を感じる壁紙でリビングや居室を飾り、居心地の良い空間づくりを行っている。利用者様・家族様の立場に立ち日々安心して過ごして頂けるようにケアしている。昨年の敬老会では家族様にも参加していただき、ボランティア様の演舞をお楽しみ頂いた。10月にはグループホームきずなの家との合同運動会をしたあと、参加者全員で芋煮会を行ってお喜び頂いた。

【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)】

ホームは開所して8年、気仙沼線陸前豊里駅から程近い住宅街の中にある平屋建て1ユニットである。周辺には稲荷神社、小・中学校、郵便局、病院があり、同法人の事業所が隣接している。町内会に加入し、地域の行事に参加するなど、地域との関わりを大切にしている。家庭的な雰囲気の中、利用者はゆったりと過ごしている。理念は、「利用者様とスタッフが心から信頼し心から笑えるように」である。職員は、理念を念頭に、利用者一人ひとりに笑顔で寄り添いながら支援に努め、3月に年間の事業と理念にそった支援が行えているか実施状況の振り返りを話し合っている。運営推進会議には、市職員も参加しており、活動報告やヒヤリハット報告などに活発な意見交換がなされ、参加者からアドバイスもあり、サービスの質の向上に活かされる会議となっている。コロナ禍の影響により、5月以降は資料配布により、ホームの状況報告を行っている。

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 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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームきずな ）「ユニット名 」

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	実践し、共有するように努めている。	理念は「利用者様とスタッフが心から信頼し心から笑えるように」である。玄関に理念を掲示し、年度初めに振り返りをしている。職員は、理念を念頭に、日々の介護の中で利用者・家族との信頼関係を築いていけるように努めている。	
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	地区清掃や花植え等に参加し当ホームの避難訓練等に参加してもらうなど交流を図っている。 昨年からは認知症カフェにも参加し交流を図っている。	町内会に加入し、例年は地区清掃、夏祭りなどに参加し交流している。近隣住民にホームの行事、敬老会やバーベキューへの参加を呼び掛けており、ボランティアの訪問もある。認知症カフェへの参加などをとおして交流の場を広げている。現在はコロナ禍の影響により、職員のみが参加するなど自粛している。	
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	地域の方々に認知されている。認知症カフェなども積極的に地域と交流図るよう努めている。		
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	登米市長寿介護課の職員、地域包括支援センター、町内会区長に意見を求め活かしている。	隔月、町内会長、区長、民生委員、市職員、地域包括職員、利用者、家族、事業所職員が参加し開催している。活動、ヒヤリハットなどを報告し意見交換している。玄関に議事録を掲示している。コロナ禍のため4月以降は、文書報告としている。	
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	運営推進会議で連携を図っている。	市職員や地域包括職員が運営推進会議に参加し、ホームの実情や課題を共有している。コロナ禍で、使い捨てグローブやマスク、消毒液の確保が困難な時に相談をし支援を受けた。市から新型コロナウイルス感染対策や感染性胃腸炎対策の研修会などの情報提供がある。	
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	施設内で身体拘束廃止委員会を設置し三ヶ月に一回身体拘束について研修を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	利用者の外出傾向を把握し、職員が同行しながら散歩するなど対応している。身体拘束廃止委員会を設置し、3ヶ月に1回、ケア会議に合わせて身体拘束11項目の学習や、高齢者虐待防止について学び、全職員で取り組んでいる。玄関の施錠は19時から翌朝7時までである。	
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	研修を行い、虐待の無いケアに努めている。		

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
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	研修し理解を深めているが、関係者と話し合う機会はない。		
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	十分な説明を行っている。		
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	ご利用者様より要望あれば、反映できる案件は反映している。ご家族様面会時や行事参加時、要望や意見を伺い反映できる案件は反映させている。玄関に意見箱を設置し、直接話しにくい案件は登米市へ連絡して頂くように説明している。	運営推進会議、面会時、利用料の支払い時などで意見や要望を聞き、運営に反映している。利用者一人ひとりの様子を毎月の便りでお知らせし、また、利用者の状態に応じて電話をするなど、家族などが意見を出しやすい関係づくりに努めている。	
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	スタッフ会議にて要望あれば聞いている。	毎月のスタッフ会議で意見を聞いている。職員からの要望で非接触型体温計に変えた。退院後の利用者の食事に関してなど、意見が出され職員間で話し合い、声掛けを工夫することについて確認した。「勤務希望ノート」に有給取得の希望を各自記入しシフト調整や勤務体制にも配慮している。	
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	努めていると思うが、職員として不満が無いわけではない。		
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	外部の研修が少ないが、内部研修は行っており職員を育てる取り組みは行っている。		
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り組みをしている	地域ネットワーク会議、認知症カフェ等で交流の機会を得ている。		

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	想いを共有した声掛け等を行っている。		
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	アセスメント時に聞き出している。		
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	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	築けるように配慮している。		
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	家族面会時に現状を伝えている。 月一回の手紙で近況報告し現状を報告している。		
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	時々自宅付近までドライブを実施している。 馴染みの方も高齢になり面会に来ることが困難になった。	イベント係が毎月の外出を計画し、花見やリンゴ狩りなどに出かけ、楽しく過ごせるように支援している。今年度は車の中から見学に変更するなど、工夫している。コロナ禍の中でも、工夫しながら馴染みの関係が途切れないようにも努めている。	
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	共通の話題・行事等で係るように支援しているが、各々個性があり合う合わないの関係が観られている。		

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	退去後は係る機会はない。		
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	本人本位、または心身状態把握に努めている。	日常の会話から要望を把握し、叶えられるように支援している。「カレーが食べたい」、「電気屋に行きたい」など、利用者の声に耳を傾け対応している。把握が困難な利用者には、仕草や表情を介して、単語、ジェスチャーを使って思いや意向の把握に努めている。	
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	配慮し努めている。		
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	本人本位、または心身状態把握に努めている。		
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	課題やケアの方向性についてケア会議内で話し合っている。家族様にも相談し意見を伺っている。	介護計画は3ヶ月に1回、利用者、家族、担当医からの意見も取り入れ、見直しを行っている。また、体調が変化した場合は随時見直している。介護計画に変更がある時には、家族に確認し、同意を得ている。月1回、利用者や家族の意向を確認し、満足度も確認し記載している。	
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	共有し活かしている。		
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	柔軟な支援が出来るように図っている。		

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
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	運営推進会議で地域の方と交流したり、認知症カフェに参加した際にレクリエーション参加している。		
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	定期受診を行っている。協力医療機関以外の受診時は同行し症状・身体状況の把握に努めている。	かかりつけ医が協力医療機関の場合、月1回、職員が同行し定期受診している。他の医療機関を家族のみで受診する際には、ホームでの様子を文章にし、適切な医療が受けられるよう支援している。受診後は家族からの報告を受診記録に記載し、情報共有している。訪問看護師が週1回、利用者の健康管理を行っている。	
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	毎週水曜日訪看訪問されるので、気づいたことは日誌に記載し、訪看に伝える。内容は支援記録に記載し情報の共有を図っている。		
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。	入院時は症状の確認に伺い、情報を得るようにしている。入退院時には主治医との面談実施している。		
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	終末期・重度化の際、方向性や希望を入居時に確認している。訪看との連携に努めている。	入居時に「終末期ケアにおける確認事項」、「重度化対応・終末期ケア対応指針同意書」について説明し、同意を得ている。体調の変化に応じて家族、医師と話し合い、ホームでできるケアの説明や特別養護老人ホームへの申請手続きなど、選択肢について説明している。看取りの実績はない。	
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	定期的に防災訓練、AEDの研修を行っている。		
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	地域の方々と共に避難訓練を実施している。	火災、風水害、地震マニュアルが作成されている。避難訓練は年2回、例年は、うち1回は地域住民参加の夜間想定訓練を実施している。年2回、業者による設備点検を行っている。非常用食料が備蓄されている。	

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	耳の遠い方も居るので、配慮に欠けることもある。	接遇やプライバシー保護について研修を行っている。一人ひとりの人格を尊重した言葉掛けや対応を心がけている。呼び方は名前に「さん」づけで呼んでいる。居室に入室の際はノックと声掛けをし、排泄介助はさりげなく誘導している。	
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	認知症の症状の重い方も居るので、相手の思いを汲み取る努力をしている。		
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	時々、職員優先になることもある。		
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	眉毛を整えたり、身だしなみに気を使っている方も居る。		
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	利用者と職員は同じテーブルで食事している。準備は難しいが、片付けは利用者に手伝っていただくこともある。	調理は職員が行っている。食材系の職員が利用者の希望や好みを考慮して献立を作成している。イベント係とも協力し、誕生会や敬老会などのイベントメニューも提供している。毎日の献立表が掲示され、利用者の楽しみになっている。職員は食事介助をしながら利用者と一緒に和やかに食事をしている。	
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	嚥下や咀嚼に応じて食事形態を変え、主食量も各個人によって調整している。主治医に主食量の相談をすることもある。		
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	起床後、毎食後、就寝前に口腔ケア実施している。義歯は入歯洗浄剤で消毒し、口腔状態に応じ口腔スポンジを使用している。		

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
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	トイレでの自立した排泄を支援しているが、高齢化とADL低下により難しくなってきた利用者も居る。	できるだけトイレで排泄ができるよう、一人ひとりの排泄パターンを把握し、利用者に合わせて声掛けやトイレ誘導などを行っている。便秘対策には、乳製品を取り入れたり水分量など調整している。状態によっては、医師の処方薬を服用することもある。	
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	体操、おやつにヨーグルト提供など便秘予防に努めている。場合によっては主治医より処方された服薬により便秘解消に努めている。		
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	曜日は決めているが、声掛けし気が乗らない時は変更している。入浴したいと希望あれば行っている。	週2回の入浴を基本とし、状態によっては足浴に変えることもある。利用者が希望すれば毎日でも入浴することができる。湯は一人ひとり交換し、好みの湯加減で入浴している。個人で入浴剤やシャンプーなど準備し、楽しんでいる利用者もいる。	
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	下肢の浮腫み、心臓疾患等の現病に応じ声掛け行っている。		
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	薬一覧ファイルにて服用している処方箋がいつでも見られるようにしている。		
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	洗濯物量みやリネン交換時手伝って頂いているが、利用者がおっくうになってきている。		
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支援している	希望に応じるようにしているが、高齢者になり声掛けしても外出を好まなくなってきた傾向がある。昨年末イルミネーションが見たいと希望ある駅前まで見に行った。	例年は近くの稲荷神社にお参りに行く、買い物に行くなど、利用者の要望に合わせて外出支援をしている。車いす対応の車を使用し、希望に応じて外出計画を立て、車いすの利用者も一緒に外出できるように支援している。今年度はコロナ禍の影響を勘案し工夫しながら外出している。	

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
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	お金を所持している利用者も居る。所持しなくても、必要なものを即時購入できる状況にある。		
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	希望があれば電話かけたり、手紙送っている。一部の利用者して行っていない。		
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	壁紙、花など飾り季節を感じて頂いている。	共用空間は、天窓による採光が工夫され、明るく広々としている。温・湿度管理は職員が行い、3時間ごとに記録している。冬場は、加湿器を使用している。季節に合わせた飾り付けがされ、日めくりカレンダーや時計は見当識に配慮されている。利用者のために新聞をとっており、チラシを見て会話が弾むこともある。	
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	席替えで気の合う方同士を近くにするなど行っている。		
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	家族の写真など飾って頂いている。壁飾り等で本人の好みになるように配慮している。	居室にはクローゼット、チェスト、テーブル、イス、電動ベッド、エアコン、火災報知器、スプリンクラーが備え付けてある。利用者は、テレビ、位牌、家族写真や誕生会の色紙などを持ち込み、居心地の良い部屋になっている。清掃、整理整頓は職員と一緒にしている。	
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	導線の確保、段差の解消、各部屋、トイレ等分かり易いように行っている。		