

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	0572608990		
法人名	(有) ゆう愛		
事業所名	グループホーム サンピア		
所在地	秋田県仙北郡美郷町六郷字熊野118-1		
自己評価作成日	平成24年9月30日	評価結果市町村受理日	

※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.jp/05/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	平成24年10月5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)】

一人ひとりのペースに合わせ、無理をさせず、出来ることはして頂き、出来ないことをご一緒にさせて頂いています。また「看取り」にも職員全員で取り組んでいます。地域の方との交流もあり、地域の方からお花や野菜等を頂いたり、大きな行事等にはご招待して一緒に行っていますし、こちらからも参加しております。職員は月一回の社内研修や必要に応じての社外研修等にも積極的に参加し、研鑽を積む努力をしています。また委員会活動も盛んです。

【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)】

代表者や管理者を含めすべての職員は、事業所が地域の一部として成り立っていることを強く認識している。事業所は、敬老会を催して地域住民を招待したり、認知症に係る相談場所としてその機能を還元するなど、地域住民や家族が気兼ねなく訪ねて来られるような雰囲気作りに努めている。支援においては、利用者の日々の記録用紙と最新のケアプランをひとつのファイルにまとめ、すべての職員がケアプランを読みやすいよう工夫することで、より早く利用者に関する情報が周知できるようになっている。さらに、本年は「ホスピタリティ精神の向上と、選ばれる事業所」を目指すため、接遇マナーの取得に力を入れ、継続して研修を開催している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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
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拡がり深まり、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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	当ホームの見えやすい場所に掲示し、職員全員で共有している。	事業所の理念の他に、職員の話し合いにより毎月の目標を掲げ、月末にはそれについて自己評価し職員会議で話し合わせ、達成の度合いを互いに確認している。	
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	地域の方を事業所の行事にご招待したり、地域の行事にも利用者が参加したりしている。	当該事業所を含め法人全体が、主催する敬老会に地域住民を招待したり、認知症に係る相談を受けるなど、地域に根差し運営していくことに積極的に取り組んでいる。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	認知症の講演や研修がある時は、地域の方々も誘っている。又「認知症なんでも相談所」を設けて地域に貢献している。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回開催し、利用者や家族、地域の方等に活動報告等を行い、意見や評価を頂き、サービスに繋げている。	会議の委員より地域行事へ参加の誘いがあり、利用者の外出の機会となっている。また、災害等非常時に利用者を避難させる時には、両手が使えるよう懐中電灯ではなくヘッドランプ使用の提案があり、順次交換するなど、意見を反映させている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に出席して頂いたり、また管理者やケアマネージャーは日ごろから、連絡を密にしている。	運営推進会議には毎回出席してもらっている。町の担当者と顔見知りになるため、外部評価報告書の提出など、直接足を運んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	事業所内で研修の場を設け、しないケアに取り組んでいる。どうしても必要な時は、家族に説明し同意書を頂いている。	ベッドの柵を取り付ける事例があったが、介護方針の話し合いに職員の他家族も同席し、要望や意見を踏まえた上でケアの実践につなげている。現在その事例は終結し、拘束は行われていない。	
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	事業所内で研修計画にも組まれ日々のケアからの見直しに努めている。		

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	社内研修を行ってはいるが、まだ実際の活用はしていない。		
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	契約時は十分な説明をし、改定などがあった場合は、速やかにお手紙等で連絡している。		
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	運営推進会議の他、意見要望は聴けるようにしている。又電話連絡や面会時にもご要望や意見を聴いている。	利用者の状況変化時や毎月の状況報告として、職員手書きの手紙が家族へ送付されている。また、遠方に住む家族へは電話連絡をより密にすることで、つながりを持ってもらえるよう努めている。	
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	月1回の職員会議で意見や提案を聴き、管理者は管理者会議に持込み代表に相談している。	「委員会等各種の会議録がより早く回覧されるようにしてほしい」という職員からの要望に対し、管理者会議にて話し合いが行われ改善されるなど、意見を反映させている。	
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	環境や条件等には努めてはいるが、難しい所もある。それに対しては、職員に説明する時間をきちんと設けている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	教育委員会が主になり、社内・社外の研修の場を設けている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や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	同業者との研修もあつたり、主任会議にて他施設へ訪問する機会を設けている。		

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
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	近くに寄り添って不安や希望、その他の感情の表出に向けて工夫している。またケアプランにも反映させている。		
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	家族には、いつでも要望等をお聴きすることが出来る旨を伝えている。又、面会時や月1回の家族への手紙に不安なこと、困っていることがないか聴いている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	出来るところはしてもらいながら、お互いに生活しているという意識で関係を築くように努めている。		
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	職員の力だけでは不足する所を家族へ協力依頼することもある。協力体制は上手く築けている。		
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	面会者の中には、家族のみならず、友人や仕事仲間といった方が見えられ、情報を頂く機会としても嬉しく歓迎している。	近隣住民から畑や山で採れた野菜等の差し入れがあったり、家族のほか利用者の教え子が訪問するなど、地域の人達が気兼ねなく立ち寄れる様子が確認できた。	
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	気の合う、合わないも考えながら、孤立させない様に心がけし、耳の遠い方には、職員が仲介にはいる。		

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	退所時には、いつでも相談に応じられる旨は伝えている。		
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	意思疎通が出来る人には、本人に聴き、出来ない人は、家族に聴いて情報収集し、検討している。	入居時のアセスメントの他、入居後の状況を知るため、ケアチェック表を都度用いて利用者を客観的に捉え、今何が必要かを検討している。さらに、日常会話の中から把握した思いを申し送りノート等に書きとめ、共有し理解するよう努めている。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族から情報を聴いたり、入居時のフェイスシートから確認出来ている。		
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	個人記録や申し送りノート等を活用し、速やかに現状把握出来るようにしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	個人のリスクについて話し合い、プランに反映させている。	利用者毎の記録と最新のケアプランがひとつのファイルにまとめられている。利用者の担当者だけでなく、すべての職員が日々気付いたことを記録しており、それを基にケアプランが作成されている。	
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	情報のツールとしてよりわかりやすくする工夫をしている。変化の共有・ケア方法への反映はしている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	行きつけの町内店舗や町内に住むご家族とより関係を築いている。		

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
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	週1回の訪問看護と月1回のかかりつけ医の往診が受けられるほか、協力医院以外でかかりつけ医の定期受診の付き添い介助を行っている。	協力医院や訪問看護を利用しており、随時相談できる関係にある。入居前からのかかりつけ医への定期受診も支援している。受診の結果は家族へ電話連絡している他、面会時や毎月の手紙等で情報を共有している。	
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	体調の変化時、急変時等には、社内の看護師に連絡し、指示をもらっている。又、「報告書」を作成し、少しの変化や、薬変更時等の時に、記入し、看護師に提出している。		
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、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、出来るだけ面会に努めている。入院中の変化も担当看護師から情報を頂き、ホームでも知っておけるようにしている。		
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	全員が焦らず取り組めるように協力体制を密にしたうえで、ご家族と連絡をとりながら、方針・方法の共有・実践に努めている。	主治医の助言をもとに、事業所にある看取り指針の説明を家族に対して行っている。さらに、利用者の状況や家族の要望に応じ見直しや話し合いが複数回もたれ、納得のいく終末期を共に考える姿勢で臨んでいる。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	社内研修にも組み入れ、伝達含め確認できている。		
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	避難訓練(日中・夜間想定)を年2回実施し、近所の方にも協力をお願いしている。	大震災の教訓もふまえ、防災委員会が先頭になり必要な物品を揃えている。また、食材等備蓄品は3日分を確保しており、万一の時に備えている。	

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
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	人格の尊重や自尊心を傷つけない様に、その人、それぞれに伝わりやすい言葉かけに努めている。	ひとりでの入浴を希望する利用者には、着替えから入浴まで職員はドアの外で待ち、さりげなく状況確認をするなど、安全への配慮やプライバシーの確保に取り組んでいる。	
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	「はい」「いいえ」で答えやすい質問や選択肢をある程度用意してから選んで頂けるように工夫をしている。		
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	目安の時間に声かけはするが、強制力はなく、個人のペースで過ごせるようにしている。入浴等は本人の気分に合わせている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	衣替えや衣類調整の支援をし、季節、気温に合ったものを身に付けられるようにしている。		
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	盛り付け等にも気を付け、利用者と一緒に準備や食事、片付けを行っている。片づけの後は、お礼をいい、感謝の言葉を伝えている。	利用者が思い思いに希望したメニューを最大限取り入れ、バイキング形式の食事を提供するなどして好評を得ている。また、運営推進委員も参加しての芋煮会も企画されている。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養バランス、色どりにも気を付けている。食事量を見て、補助飲料を活用している。水分表の活用が出来ている。		
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	毎食後に、行っている。寝たきりの方やうがい水飲んでしまう方は、「歯磨きティッシュ」を利用し口外に出せるように工夫している。		

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	「排泄チェック表」で排泄ペースをつかみ、個人のパターン把握に努めている。	排泄チェック表の観察から、個々人のタイミングを把握しトイレへ案内したり、不快な思いをしないよう努めながら支援している。身体状況から夜間のみ居室でのポータブルトイレを使用する場合は、臭いの配慮や、利用者の希望に沿えるよう努めている。	
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	繊維のある食材の使用や乳製品の活用のほか、下剤での調整もしている。		
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や健康状態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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴前には、体調やバイタルを確認し、希望や清潔の状態に合わせて支援出来ている。出来ないところだけの支援、危険ないように見守りしている。	入浴を好まない利用者には、「体重を測らせてください」等と声掛けを工夫したり、タイミングを合わせて利用者の負担にならないよう配慮し支援している。	
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	疲れの様子や、体調の観察をし夜間のみならず、日中でも必要時には休める支援をしている。また夏場は、アイスノンや扇風機等を活用し、個人に合った寝具を使用している。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	いつでも見れるように、「薬情」をファイルしており、その都度確認できるようにしている。また副作用の有無や体調変化にも気をつけている。		
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	一人ひとりに合った役割を持って頂き、張り合いや喜びのある日々を送って頂いている。お祭りへの参加やドライブ等で気分転換して頂いている。		
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に支援している ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	ご家族様の協力が得られ、外出や外食等を設けられている。町内の行事への参加、見学にも外に出掛けられている。	季節毎の外出行事以外にも、食材の買い出しや自分の家の様子を見に行ったりと、積極的に外出支援をしている。止むを得ず日中ベッドにすることが多い利用者でも、その日の体調を考慮しながら、車イスの使用等により少しでも外気に触れてもらえる機会をつくり出している。	

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	事務所管理の他、身の回りにお金を置きたい方には、トラブルや危険がない限り、制限していない。		
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をしている	荷物等が届いた場合や電話が来た場合は、直接電話に出て頂いている。また手紙は、直接書くことはないしろ、月1回のご家族への手紙に伝えたい事を聴いて代筆している。		
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、臭い、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	季節感を感じる装飾や室内の温度チェック、消臭芳香剤の活用、カーテンでの調整等で気を付けている。	退院後や介護度や体調が安定せず、頻繁に外出できない利用者のために、居室内でも季節を感じてもらえるよう花や落ち葉、時には小さな雪だるまを見えやすいところに飾るなど、工夫した空間作りをしている。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	リビング以外にもソファを設けている。また座敷で休まれたり思い思いに過ごせる。		
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	持込みの制限は設けていないので、本人、家族と相談しながら馴染みのもの、使い慣れたものを使用している。	長年使用している自作のタンスや遺影、家族写真、使い慣れたテーブルを持ち込んでもらい居室の雰囲気づくりに一役かっている。	
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	トイレには、「便所」、居室には、名前(表札)をつけたり、邪魔なものは寄せている。		