

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	1891800011		
法人名	社会福祉法人 健楽会		
事業所名	グループホームいけだ		
所在地	福井県今立郡池田町常安22-5		
自己評価作成日	平成24年 7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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成24年 8月 22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)】

<ul style="list-style-type: none"> 第三者からの評価を得るために「DCM」を用いサービスの質の向上につなげている。 家族の方に日々の様子をお知らせするために月に1度広報を発行し郵送している。 楽しみの1つである食事についても、利用者の方の嗜好を聞きながら、旬の食材や外食などを取り入れている

【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)】

<p>当ホームは川沿いの坂道を登った丘にあり、役場、図書館、JA会館など町の主要な施設も近く、診療所や社会福祉協議会、デイサービスセンター等を備えた総合福祉センターと合わせて高齢者福祉・医療・介護の一翼を担っている。また、入居者と職員は全員が池田町在住であり、近所の住民が収穫した野菜を届けてくれたり、行事や買い物で知人・友人に出会うなど慣れ親しんだ場所で馴染みの関係を継続しながら生活している。さらに、入居者支援では「認知症ケアマッピング」を導入し、入居者の行動を観察し、行動から状態の良し悪しを判断することによりケアの質を評価しており、特別養護老人ホームと共有しながら更なるサービスの質の向上を目指している。</p>
--

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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+)- + (Enter+)-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
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	施設の建物に入った時から職員が心がけてもらえるよう正面玄関に基本理念を掲示している。	管理者は申し送りの時に理念とその実践について話し合う機会を設け、職員の共有に努めている。また、玄関に理念を掲げ、来訪者に対しても周知している。	理念を日々の支援につなげるため個別目標達成計画の導入を進められたい。
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	地域で行われるイベントや行事等に参加、もしくは施設に子供達を招いている。また散髪や買い物など極力地域に出かけて行き顔見知りの関係が継続できるよう努めている。	入居者は全員が町内在住者であるため、日常的な外出時の交流をはじめ、地域や事業所や併設特養のイベントで交流するなど、近所づきあいを行っている。	
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	日々地域へ出かけて行くことで、認知症があっても安心して暮らしていけることを理解してもらうよう取り組んでいる。また納涼祭等、施設の大きな行事には地域の方を招いていつでも相談できる施設であるということに努めている。		
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	福祉関係の方が集まるので、いろいろな意見が聞くことができ充実している。「エコキャップ」や「エコキャンドル」の話しを聞き、できることをさせてもらうことで地域貢献に参加している。	運営推進会議は区長、民生委員、福祉課課長、社協局長、家族代表の参加を得て2か月に1回開催しており、運営に協力的な意見が出され、サービスへの反映に努めている。	開設から5年目を迎え、新たな会議運営の取り組みとして、婦人会、子供会など次世代に向けた代表者の出席についての検討が望まれる。
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	年に1度「指導監査」を受け、そこでケアプラン等の意見を求め改善に努めている。	運営推進会議やエコキャップ運動への参画など町職員が訪れる機会が多く、日常的にコミュニケーションが取られ、気軽に相談できる関係を築いている。	
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	身体拘束は行われていないが、月に1回程度「身体拘束」について話し合いを持っている。	併設の特養と合同の身体拘束委員会を設けており、管理者が出席して身体拘束の内容と解決方法を検討し、職員に指導している。また、玄関は解放しており、地域住民の見守りによる支援体制も確立している。	
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	虐待については、職員に対してストレスを与えないように職場環境の改善に努めている。		

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	勉強会において、成年後見制度や日常生活自立支援事業について理解を促した。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時は必ず契約書を見ながら疑問点等を問う。説明を行い納得してもらう。		
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	月1回発行する広報に要望やご意見等公表しその改善についても提示している。	運営推進会議に家族代表の参加を得て意見や要望を聞くとともに、得られた意見の内容や対応について広報紙に掲載し、公開している。なお、入居者から食事メニューや買い物などの要望があれば即時対応するよう配慮している。	
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	月1回職員会議において職員から意見を聞き改善できることは改善に努めている。また年1回職員個人から意見や要望を聞き改善するよう努めている。	法人代表者と年に1回「施設長と話す会」が設けられ意思の疎通が図られている。また、毎月の職員会議でも意見・提案する機会を設け、得られた意見のサービスへの反映に努めている。	
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度「話す会」を設けて、職員の意見や要望を聞き、改善できるところは改善している。		
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	「DCM」を取り入れることで、他人から見る良い点・悪い点を振り返り「気づき」につなげケアの質の向上や改善に努めている。		
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	同法人の中で研修も含め交流を深め、互いに質の向上に努めている。		

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
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	直接本人より要望等を伺い、ケアプランに反映させている。		
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	入所される時に家族より要望等を聞きフェースシートに記入している。		
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	ほとんどの方が、在宅生活が困難な状態で入居されているため、1日でも早く生活に慣れていただくよう努力している。		
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	「自分の居場所」を築いてもらうためにできるところは本人にしてもらうよう促している。		
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	月1回「暮らし」見えてくるような広報を送付している。また、年2回交流会を開くことで家族との時間も大切にしている。		
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	近くの病院に受診すると、顔見知りの方が居て雑談会に発展したり、敬老会に参加することで同級生の方や近所の方が声をかけて下さるなど地域で暮らすことの大切さを支援している。	本人の社会関係を把握し、行きつけの店への訪問や診療所での受診、地域イベントへの参加など馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	職員がお互いをフォローし独立せず穏やかな生活が送れるよう支援している。		

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
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	サービス終了者は、死亡者のみ。		
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	センター方式を利用することで本人の希望や意向の把握に努めケアプランに反映している。	「センター方式」を使ったアセスメントをケアプランの作成に活用している。また、「認知症ケアマッピング」を利用し、入居者の活動を観察してケアの質を評価するなど入居者本位の支援に努めている。	
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	本人や家族の方より今までの「暮らし」について機会がある度伺っている。また初回時には、サービス担当者等に情報をもらうようにしている。		
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	心身の状態の把握については介護日誌等に記載し職員が把握できるようにしている。1日の過ごし方については介護記録等で把握している。		
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	月2回程度「カンファ」を行いケアの在り方について検討している。	入居者および家族の希望や意向を事前に把握し、ケアカンファレンスを行って介護計画を作成している。	介護計画の家族同意が事後となっていることが常態化しており、サービス提供前に説明し同意を得よう改善されたい。また、入居者及び家族のカンファレンス出席についても検討されたい。
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	月2回程度「カンファ」を行いケアの在り方について検討している。		
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	なし。		

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	地域資源の活用に努めている。		
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、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	入居される前から受けている医療を存続できるように努めている。	町の診療所をかかりつけ医としており、週1回の受診を支援している。また、診療所医から介護職への看護的な対応や入居者の夜間の体調変化への対応について指導を得るなど良い関係が築かれている。	
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	特養と合同の勉強会において、医師や看護師から意見を求めている。		
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。	入院された時は、家族や医療機関と連絡をとりながら状態を把握している。また医療機関よりカンファレンスの要請があった時は、柔軟に対応している。		
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	終末期はどうしたいか本人に元気なうちから聞いている。また終末期においては家族の意見を尊重し医師と連携を図りながら安心して安楽に暮らせるよう支援している。	終末期について、利用前に入居者家族の意向を確認し、家族の希望があれば事業所で終末を迎えることができる。看取りの実績もあり、入居者と家族が安心して暮らせるような体制が整備されている。	
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	医師との勉強会や消防士との救命講習を開いて緊急時に対応できるよう取り組んでいる。		
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	消防や地区の自警団の方とともに災害に対応できるよう取り組んでいる。	消防署の協力を得て避難訓練を実施している。また、災害時の避難場所となっており、食糧等の備蓄も行っており、地域の重要な拠点としての機能を果たしている。	

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
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	施設の基本理念である「尊厳ある暮らし」を大切にしているため、人格を傷つけないよう努めている。	管理者は職員の日々の対応を常に観察し、理念「尊厳ある暮らし」の実践に努めている。なお、職員ヒアリングや食事時の関わり、排泄誘導等で人格に配慮した支援が行われていることが確認できた。	
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	本人の希望や自己決定ができるような関係づくりに努めている。		
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	希望に添えるよう努めている。		
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	家族の方が気にとめて下さり、面会時等に季節の洋服の交換やまたは理容等は今までの行きつけの所に行きおしゃれを楽しまれている。		
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	利用者の方と一緒に準備や片付けを行うことで食に対する楽しみを持ってもらう。	週1回、生協から仕入れた食材で料理しており、近所からもらった野菜や事業所の畑で収穫した野菜も利用している。また、入居者は職員と一緒に食事の準備、後始末を行っており、希望のメニューを作る際は入居者から味付けや調理を教わっている。	食材の在庫に応じた料理を提供し、後追いで献立表を作成しているが、併設特養の栄養士からアドバイスを受けるなど栄養管理の面に十分配慮されたい。
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	近くの畑で収穫した野菜や近所の方から頂く野菜を使用し「旬」を大切にしている。水分もいつでも気軽に摂れるような工夫とおやつ の時間や就寝前の補給に配慮しながら1日1800mlを心がけている。		
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	食後はうがいや歯磨き等、口腔ケアに努めている。		

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
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	本人の状態を勘案して自立に向けた排泄に努めている。	殆どの入居者が紙パンツを着用しており、排泄は自立している。また、本人の要望や時間を考慮してポータブルトイレを用意することもある。なお、食欲の有無や本人の訴えにより、適宜、声かけをしている。	
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	水分摂取の重要性和野菜等の食物繊維の摂取、適度な運動を心がけてスムーズな排便に努めている。		
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	1日3人程度の入浴を実施しているが、本人の体調や意向を大切にしながら入浴できるようにしている。	基本的に週2回、午前入浴としているが季節や入居者の体調、意向に応じ柔軟に対応している。	
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	日中に散歩やお参りなど過度な運動を促すことでほとんどの方が良眠されている。時より眠れない方は話を聞いたり、本人の希望で飲酒されるなど自宅にいた時にされていたことをすることで安眠できるよう支援している。		
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	職員が管理していることで、受診時におけるいしとの連携に役立っている。		
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	庭の掃除や食事の準備・後片付け等、自分のできる仕事をしてもらっている。		
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	外出は本人の希望に添って行っている。	日常的に事業所周围を散歩しており、地域行事や誕生日の帰宅、馴染みの店への訪問、墓参り、海水浴など入居者の希望にそって外出している。また、月毎に外食を実施しており、入居者に喜ばれている。	

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
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	少々の金銭は本人が管理されているが、本人が希望される大きな物については、家族の方から金銭をお預かりし通帳管理している。		
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	本人が書ける方は自分で手紙を書いたり電話を自由にかけたりしているが書けない方もいつも面会に来て下さる方にお礼のはがきを出すよう支援している。		
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	散歩の時に道端や花壇に咲いているお花を採ってきて花瓶に挿したりして彩りある生活が送れるよう工夫している。	居室前の廊下に休憩スペースが設けられ、リビングには季節の花が生けられるなど入居者がくつろげるよう工夫と配慮がなされている。	
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	死角になる空間にソファを置くなどして気の休まるような配慮をしている。		
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	ベッドと洗面台、エアコンは施設設置。後の家具等については、家族の方をお願いし今まで使われていた物を持ってきてもらうようにしている。	居室には馴染みの物や思い出の品が持ち込まれ、本人が落ち着いて安心して暮らせるよう配慮している。	
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	浴室は目でわかるように温泉マークの暖簾をつるしたり、トイレはわかるように看板が設置してある。居室もわかるように、ネームプレート掲げている。本人が自分で理解できるよう工夫している。		