

### 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	0572408714		
法人名	医療法人 清流会		
事業所名	グループホーム野崎		
所在地	秋田市河辺三内字野崎35-4		
自己評価作成日	平成26年1月21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	<a href="http://www.akita-longlife.net/evaluation/">http://www.akita-longlife.net/evaluation/</a>
----------	---

【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 秋田マイケアプラン研究会		
所在地	秋田県秋田市下北手松崎字前谷地142-1		
訪問調査日	平成26年2月19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)】

市の郊外に位置して2ユニットで構成、周辺には公園や三内川、遠くには太平山を眺望、四季折々の自然が体感出来る場所に立地しています。当事業所は入居者様が住み慣れた環境の中で楽しみながら安心した生活ができ、心身機能が低下しないように支援することを目的としています。又、職員の質の向上をめざし、定期的に全職員が順番にテーマを決め施設内研修を行っています。職員は理念である「安心、愛情、安全」の心を持ち入居者様に寄り添いながら軽体操、音読等のレクリエーション活動を日課として活気のある生活を送れるよう努めています。

【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)】

山と川に囲まれ、公園、ゲートボールコートに隣接した広い敷地内に建てられたホームで四季を感じながら生活されています。利用者が安全な生活を安心して送れるように、職員は愛情を持って接しており、理念に掲げて実践されています。家族や知人との関わりも大切にし、利用者本位の暮らし方が継続できるように支援されています。

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 3. 利用者の1/3くらい 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. 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)	○	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				

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	運営理念をホール内やスタッフルームの常に目の届く場所に掲げ、時に振り返り、理念の心を持ちサービス提供に心掛けている。	明確で覚えやすい理念が見やすい場所に掲示されており、ケース会議で確認し、心にかけてながらサービス提供されています。	
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	近くのお店に買い物に出掛けたり地域の行事に出掛けられる支援をしている。又地域住民の方にも行事の参加の働きかけをして協力を得て交流を図っている。	町内会の活動はないものの、散歩や買物に近所に出かけて交流が図られています。家族とともにホームの夏祭りを開催し、地域住民が子供を連れて参加してくれています。	
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	運営推進協議会等で地域の方に定期的に入居者の状況やサービス提供の内容を具体的に報告し交流を図っている。		
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践、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	定期的に議題を決め報告をし参加者から質問や意見を頂きそれを反映し、サービスの向上に取り組んでいる。	行政や家族、地域関係者から、サービス向上に繋がる意見をいただき、職員会議で話し合っ運営に反映させています。	
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取り組んでいる	運営推進協議会で地域支援センターの方と意見交換をして協力関係を築いている。また日頃から連絡を取り事業所の実情を伝え協力をいただいている。	包括や介護保険課と日頃から連携し、利用者の支援に繋がっています。	
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	施設内研修やケース会議、日頃の話し合いで拘束をしないケアの勉強をしている。夜間以外は玄関に施錠せず見守り重視、行動を共にし事故のないように配慮をしている。	勉強会を通じて理解を深めるとともに、利用者の状況を見ながら拘束に繋がらないように対応されています。	
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	定期的に施設内研修をしている他、ケース会議の場でも議題にしている。又、入浴や更衣の際には身体の変化等がないか観察している。		

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
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	今後は研修等で成年後見制度について学ぶ機会を持ち、理解をし、活用できるようにしていきたい。		
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、解約時、制度改正時には書類を用い説明、同意を得、書類に認め印を頂いている。		
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	定期的に「家族の意向書」を送付して意見、要望をいただいている。又家族面会時には職員の方から要望をお伺いするようにしている。	面会時には居室で話して意見や要望の引き出しに努め、また、定期的に意向調査を行なって運営に反映されています。	
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	ケース会議で職員から出た要望等をまとめそれを運営会議で開く機会があり、運営に反映出来るようにしている。	日々の業務の中で、或いはケース会議で意見を出し合い、運営会議に諮って反映させています。	
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	定期昇給があり、向上心を持って働けるように資格手当を支給、資格を取る場合は休日を与える等してバックアップを図る事としている。		
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	施設内研修では定期的に職員が順番にテーマを決め勉強会を行っている。外部研修では研修計画を立て職員の力量を把握して参加させている。		
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	ネットワークはあるが同業者との交流は少ない。今後は交流を図りサービスの質の向上に努めたい。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に事前訪問を行いニーズの把握に努めている。又、訪問時には施設見学をして頂き要望等を伺っている。		
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	事前に施設見学をしていただき、説明をしてこれまでの生活歴、要望にも耳を傾け対応している。		
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 ※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	本人の意見を尊重し、共に支え合い生活していく事を大切にしている。		
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	定期的に本人の状態をお便りでお知らせをして面会時には情報を提供し共有している。		
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	馴染みの関係を維持出来るよう手紙のやり取りや電話の要望がある時は快く応じている。又、外出の体制もとれるように配慮している。	電話や手紙のやり取り、地域行事の参加で馴染みの関係を継続支援され、墓参り、山菜採り等、これまでの習慣が家族の協力を得ながら行なわれています。	
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	利用者同士の関係を把握してトラブルにならないよう、さりげなく声掛けをしている。又、個々の性格や能力を活かし役割のある生活が出来るように支援している。		

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	退居時の相談に応じ必要があれば入所先の施設紹介をする等支援している。信頼関係を大事にし退居後も相談受付が出来る体制を取っている。		
<b>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</b>					
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	日々の生活を通し意向を把握、定期的に本人の意向を聞く等してアセスメント作成をしている。	利用者の状態に合わせてコミュニケーションを図り、意向の把握に努めています。困難な場合は、家族の情報や日常を通して検討されています。	
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	入居の際、事前訪問を行い、生活習慣環境等を聞き取り今まで関わったサービス事業者にも必要な情報をいただき、個々のファイルにまとめ一目で解るようにしている。		
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	一日の過ごし方を時間毎に記録し、心身の状態も細かく観察、把握に努め、記録申し込みを徹底している。		
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	3か月毎のモニタリング、6か月毎のアセスメントの見直し、介護計画書を作成、又、状態変化時は見直しをしている。	電話や面会時の家族との会話や利用者の日常や状態変化を共有して話し合い、介護計画に反映させています。	
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	本人の訴えや、行動等を毎日、個別記録し、気づきや、問題点等をケース会議で共有して介護計画の見直しに活かしている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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	近隣の理髪店の訪問サービスを利用したり近くのお店に買い物に行った際は、本人が主体となって買い物を楽しめるよう支援している。		
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	利用者、家族の同意を得た上でかかりつけ医を決め、他医療機関受診時にかかりつけ医の紹介状により対応している。	利用者、家族の意向を確認し、納得のいく医療機関で受診できるように支援されています。	
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	職場内に看護師が従事しており、常に相談ができ指導を受ける事ができる。		
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。	入院時に安心して過ごせるように面会を行ったり早期退院出来るように家族や医療機関の相談員と情報交換を密に行っている。		
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、事業所の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	重度化の指針については入居時に本人家族に説明、同意を得ている。状態変化に応じ早い段階から家族や医療機関と話し合い合意を得ている。	継続的な医療行為が必要になった場合は他施設のサービスを紹介する等、重度化した場合にホームで対応できることを説明されています。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時、事故対応マニュアルはあるが、実践訓練は定期的には行っていない。今後は実践力を身につけ急変時に備えたい。		
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	年に2回運営推進委員、地域の住民にも声掛け消防署、立ち合いの下、通報、消火訓練、火災避難訓練(夜間想定を含む)を行っている。今後は他災害にも対応できるよう対策を講じたい。	消防立会いの下で年2回避難訓練を実施している他、ホーム独自の訓練を毎月行なっています。運営推進会議でも意見交換されており、反省点を次に繋げられるように検討されています。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	プライバシーを損なう声掛けがあった場合はお互いに注意し合い、ケース会議等でも取り上げ一人一人の人格を尊重しプライバシーの確保に心掛けている。	ケース会議で話し合っ注意喚起する等、その人に合った対応ができるように心がけています。	
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	自己決定できるようひとり一人の想いを掌握し、選択しやすい声掛けに心掛けている。		
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	食事や入浴時間は決めているが希望がある場合は強制せず、又、余暇時間の過ごし方は希望や考え方を尊重し対応している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	外出時や行事がある時は担当のスタッフが介入、服を一緒に選び、身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
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	強制のないように一人ひとりの好みや力量を考慮し職員と一緒に食材の下処理、盛り付けや配膳後片付け等、役割分担して行っている。	食材は発注していますが、時には利用者と一緒に買物に出かけることもあり、できることをしていただきながら職員と一緒に食事をされています。外食をしたり、外注弁当の日を設け、利用者は気分転換になると楽しみにされています。	
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	食事摂取量は毎日記録をし水分摂取についてはおやつ時間、希望により夜間も居室に準備して十分に行っている。嫌いなものや食べられないものがあれば代替をしている。		
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	毎食後ひとり一人の状態に応じた口腔ケアを行っている。必ず見守り等をしてチェックしている。		

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	個々の排泄パターンを把握し失禁のある利用者には排泄チェック表で確認、定期トイレ誘導を行いパット使用を減らす等自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表を活用して定期誘導し、排泄用品を使用しなくてもよいように努力されています。	
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	軽体操を日課に取り入れ水分補給(起床時に牛乳)や腹部マッサージを行い予防に取り組んでいる。又、かかりつけ医と相談、報告をし、アドバイスを頂いている。		
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	入浴日を決めており、個々に沿った支援はできていないが拒否がある時は時間をずらしたりして無理強いをしないように心掛けをしている。	入浴日を決めてはいますが、希望に合わせて支援できるように配慮されています。気の合う利用者同士と一緒に入浴されることもあります。	
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	日中は昼寝の時間を設けている。その日の体調を考慮して自由に休息できるようになっている。		
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	一人ひとりの服薬の説明書はファイルして一目で見ることができるようになっている。症状の変化があった場合は医療機関と速やかに連携相談できるようになっている。		
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	個々にあったレク活動、体操、ドライブ、散歩、買い物、希望があれば外食等できるよう支援している。		
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	その日の天気や利用者の体調を考慮し希望に応じて散歩、買い物、ドライブに出かけている。又、家族等と出かけたいと要望がある時は連絡を取るなど支援している。	散歩やドライブ等、希望に応じてホームで対応されている他、地域行事の参加や墓参り等が知人や家族の協力を得ながら行われています。	



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
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	ひとり一人の能力に応じ、所持できる利用者には買物時にスタッフが見守りの中レジで支払いできるように支援している。		
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	要望がある時は快く応じ対応している。又、不穏時には家族と話すことで安心することもあるため状態に応じて電話ができるよう働きかけている。		
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	季節感を感じてもらえるように季節の花(庭で摘んだ花)をテーブルに飾ったり職員と一緒に作成した作品を壁に飾り居心地良く過ごせるようにしている。	ホールの窓からの景色がユニット毎に異なり、四季を感じながら過ごすことができます。行事の写真や利用者の作品を飾り、部屋間違いを防ぐ工夫をされ、職員手作りの表札代わりの作品を季節毎に交換する等、居心地良く過ごせる環境となっています。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	気の合う利用者同士がテーブルの席やソファでテレビを見たりくつろいだりして過ごせるよう支援している。又、余暇時間は自由に過ごせるように遠目で見守る等して事故のないよう支援している。		
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	テレビ、椅子、引き出し等、本人の使い慣れたものを自由に持ち込み配置も家族、本人と相談しながら決め居心地良く過ごせるように支援している。	使い慣れたものを持ち込み、安全に過ごせる工夫をしながら居心地良く生活できるように配慮されています。	
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」「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	危険のない限り拘束や強制は行わず見守り重視をして「できること」「わかること」を活かし自立した生活ができるよう支援している。		