

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	0870101706		
法人名	有限会社 ドウ・ライフ		
事業所名	グループホーム ゆう		
所在地	茨城県水戸市元石川町2523		
自己評価作成日	2022年6月17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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&JigvosyoCd=0870101706-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町4637-2		
訪問調査日	2023年2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)】

・個々が生きることの喜び、自分であることの喜びを感じていただけるような支援を心かけています。当たり前の毎日が当たり前を送れるために出来る事、いつまでも自分らしくあるために、お手伝い出来ることを考えサービスの提供につなげています。

【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)】

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)			
---------------------------------	--	--	--

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、活き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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
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	・職員は、理念カードを所持していて、いつでも確認できるようにしている。ユニットや玄関、会議室等に貼ってあり共通意識をもってサービスを実施している。		
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	・地域のそば会や、盆踊りへの参加をしている。毎年、石川囃保存会の山車が来訪し楽しませてくれている。また囃子の演奏会をして頂いている。近所の方から野菜を頂いたりしている。酒門小学校地区「子供の安全を守る家」に協力している。		
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	・ボランティアの受け入れは行っている。介護教室などは開催していない。地域ブロック会へ参加しており、認知症カフェや徘徊声掛け訓練に参加している。地域の方が相談に来ることもあり、地域の高齢者支援センターに連携をお願いしている。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	・会議で出た意見などに対しては、その場で説明したり、次回までに説明できるようにしている。スタッフにも全体会議などで伝えている。報告書は閲覧できるように玄関に掲示している。		
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	・高齢福祉課と協力し家族への支援も行っている。介護保険課とは個別に介護サービス計画書の指導を受けるなどしている。生活保護受給者もいるため、生活福祉課との連携も日頃から行っている。障害者手帳を所持している方もおり、障害福祉課との連絡もある。		

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
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	・身体拘束をしないケアを行うため、スタッフで話し合い、時には家族にも相談し何が出来るか考えている。夜間から明け方は、防犯の意味も含めて施錠している。定期的な内部研修、外部研修参加の実施。3ヶ月に1回身体拘束廃止委員会実施。身体拘束になるかもしれない事例等を話し合う。		
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	・スタッフ間で話し合い、注意しあえるようにしている。ホーム内にポスターを掲示。研修等への参加も行っている。		
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	・必要のある方には、関係者と話し合い、必要な制度を使えるよう支援している。自立支援事業、成年後見人を使っている方がいる。		
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	・契約時に、しっかりと説明するようにしている。介護保険改定時や食事代変更や、緊急時看取りの内容の変更には、書面時にて同意を得ている。		
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、面会時に受けるようにしている。そういった意見等は、会議や連絡ノートを使って周知し、反映していけるようにしている。具体的には喫煙所の場所や食事に関しての変更があった。		
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	・全体会議や、毎日のプチ会議を通して意見の交換をするようにしている。飲み会や食事会、遠足等を実施して意見しやすい関係を構築している。		
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	・出来る限り、そういった環境を作るようにしている。就業時間や家族の病気で早退等働きやすい環境にあると思う。子育て中の職員への就業環境に力を入れている。		

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
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	・社内、社外ともに積研修を実施している。会社からの要望もあれば、個人で行きたい研修にも積極的に参加している。資格取得に向けてのフォローにも力を入れている。講習代の援助やスケジュール調整など。今年の社外研修はZOOMでの研修を実施。		
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	・他施設との研修会やカラオケ教室などに参加している。地域ブロック会の交流会等にも参加し他事業所職員と情報交換をしている。		
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	・これまでの生活歴を、本人、家族、またはケアマネジャー等から聞いたり書面で頂いたり、安心して生活して頂ける環境を作る努力をしている。病院やケアマネさんからの情報もいただいており生活に役立てている。		
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	・利用者様に関しては、認知症である限りどのような方でも受け入れるようにしており、家族との関係を構築するために見学の段階から、希望や不安を把握し、それに応えられるように支援している。		
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	・相談に応じて、他サービスの説明をさせて頂いたり、必要に応じて、連絡調整を行い家族につなげている。例としては、認知症の診断が無い方が入居希望されたときに、地域の高齢者支援センターに繋ぐなどの対応をした。		
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	・利用者と職員と言う垣根をつ作らない為に、ユニフォームやネームプレートをつけていない。また、利用者様には、やれることは自分でやって頂き、生け花や裁縫を教えて頂く事もある。朝の掃除などは利用者様主体で行っていただいている。		

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
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	・家族と密に、連絡をとり、情報交換しながら行っている。毎月、状態をお知らせするお手紙も送付している。安心・安全に外出、外泊等が実施出来るよう連携している。家族が畑をしたり、水戸黄門に扮して楽しませてくれたりということがある。		
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	・家族の方にも協力してもらい、昔ながらの友人にも遊びに来てもらえるようにしている。知人宅への訪問や馴染みの床屋等に行けるように支援している。お寺での学習会参加や図書館へ定期的に通うなど支援している。		
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	・無理に引き合わせる事はせず、それぞれが気に入った場所、時にコミュニケーションを取れるよう支援している。		
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	・退去後もお付き合いさせて頂いているご家族も多数いる。野菜を頂いたり、定期的に来訪して頂いている。そこから、次の入居に繋がった例もある。		
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	・家族や主治医を交え、希望や意向に沿った生活が出来よう検討し実行している。状態が変わった時などは、随時本人と話すようにしているが、認知症であるため本人の希望を正確に把握することが困難な時もある。その時はチームで話し合い、本人の意向に近づけるようにしている。		
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	・ライフヒストリーの記入や家族から聞くなどして情報を得るようにしている。入居時に、ケアマネジャーさんや病院関係などからも情報を頂いている。		
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	・毎日の記録や、毎月のユニット会議の中から情報を集め意見し共有している。日々状態が変化することもあるため、連絡ノートや医療ノートなども使い共有している。		

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
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	・家族や本人の希望や意向を、月1回の会議等を利用して、検討している。状況が変化した時にもその都度話し合いを実施している。主治医の意見書や認定調査時の資料も参考にしている。状況によっては病院での話し合いをすることもある。		
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	・1日の流れに沿って、記録できるようにしてあり、申し送りや、連絡ノートを使うことで情報を漏れなく共用出来る様にしている。		
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	・外泊や床屋などへの支援をしている。家族の方の病院受診への対応をしたこともある。来訪時の家族の送迎や、ターミナル期の家族に対する支援も行っている。ご家族の結婚式への参加や葬儀への参加なども対応している。		
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	・シルバー人材やボランティアによる作業療法などを活用し、楽しみながら活動できる場を提供している。		
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	・医療の選択は本人と家族の希望が第一である。入居前からお世話になっていた医療機関の先生に看取りを実施して頂いた事例もある。専門医への受診なども、本人、家族と相談して決定する。セカンドオピニオンなどへの対応もしている。		
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	・平成26年10月より看護師を配置し、今まで以上に医療面での充実が見られている。病院に行かなくても、点滴を受けられる等利用者様にも良い環境と言える。看護師の記録は、医療ノートに記録され職員も自由に診る事が出来るようにしている。		

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
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。	・入退院時、病院や家族と連携をとり、早期退院に向けられるようにしている。入院時は食欲が低下する利用者がある中で、Drと相談し、一時退院などを実施し、食欲向上に取り組んでいる。病院側としても入院患者が戻る場所があると積極的に対応して頂ける。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	・本人や家族の考えに一番近く、本人にとって良い結果になれるよう、関係者と話し合い、支援している。定期的なDrとの話し合いや、福祉用具業者を交えて行うこともある。葬儀屋さんとも連携し亡くなった後の対応についても、本人や家族の希望に沿って実施出来るようにしている。		
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	・定期的に救急法を受講し、有事に対応できるようにしている。吸引機や人工呼吸をするための用具も準備し備えている。		
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	・消防を入れた訓練をしている。隣の事業所とも一緒に訓練を行うことで、協力体制を強化している。認知症の方を避難させて頂けるように、老健や特養、近隣グループホームとも連携している。避難所に行くルートや方法に関しても話している。		
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	・一人一人に合った対応を心がけ接するようになっている。		
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	・利用者を選んで頂く場面を作っている。上手に表現できない方は、表情や仕草等から読み取るようにしている。食べたいものや外出に関しても希望に沿って対応している。		

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
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	・利用者、個々のペースで過ごせるようにしている。職員が個々のペースを把握し、支援する事で認知症があっても穏やかに生活する事が出来る。		
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	・これまでの好み等を継続していけるような支援をしている。季節に合わないものでも優先順位は本人の希望であるが助言をさせて頂くことはある。		
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	・好みや能力に合わせ、献立や配膳を変えている。現在は一緒に作る事は難しい状況であるが下膳など出来ることをやっていたい。外食やお弁当などの対応も柔軟に行っている。味付けや食べ物の温度なども好みにあわせている。		
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	・現在は一緒に食事を摂る事は出来ないが、食事量、水分量をチェックし見守り、必要に応じて、介助をしている。色々な種類の飲み物を提供することで、水分量を増やしている。定期的に栄養士にも助言を頂いている。		
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	・さまざまな状況に合わせて、声かけをし場合によっては、介助を行っている。月1回歯科医に指導を受けている。		
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むけた支援を行っている	・利用者個々に合わせ誘導をしている。極力、オムツの使用は控えるが、尿漏れを気にする利用者様などは、パットを使用する事で安心して外出して頂けるような状況もあるため考えながら対応している。		

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
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	・水分量を増やす等の他、主治医と連携し定期的に排便が出るようにしている。食事だけでの対応は正直難しい所はある。漢方などを使いながら溜まらないように工夫している。体操や散歩なども取り入れている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	・ユニット別に朝からお湯を沸かし、交互ではあるが毎日入浴出来るようにしている。ゆずや菖蒲を入れるなど季節の物を取り入れたりもしている。		
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	・個々のペースに合わせ、昼寝の時間をもうけたりしている。居室の温度や湿度などにも気を付け、乾燥する季節などは、濡らしたタオルを設置するなど工夫している。		
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	・職員全員が、服薬について分かるように前日に用意し、服薬する時にもう一度確認してから出している。薬の変更があったときや副作用があったときは連絡ノートや医療ノートに記録し随時確認できるようにしている。		
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	・出来なくても、言葉での指示をもらったり、見てもらうことで活力が出るような場面づくりをしている。出来る事は安全に行えるように支援している。昔は得意であっても現在やりたくない事もある。新しくても、楽しめることを見つけ提供している。		
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	・外食、水族館に行ったり、車椅子で買物に出かけたり支援している。お花見や竜神大吊り橋の鯉のぼり見学など、季節にもあった外出も提供している。外泊時等は、家族と連絡を取り合い支援している。温泉や大浴場、デパートなどにも出かける。		

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	・本人管理だったり、施設で管理したり能力に合わせて支援している。時々、お金をなくして不穩になることもあるが、職員が全力で探す。		
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	・電話は居間にあり使えるようにしている。手紙も希望があったときには支援している。携帯電話を持っている利用者様もおり、充電が切れないようにも支援している。		
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	・それぞれが好きな場所で過ごせるよう空間づくりをしている。食材や花などから、季節感を感じられるようにしている。タケノコを掘ってきたり、季節の果物があるときは、テーブルに置くなどする。庭の草花を植えたり、草取りなども一緒に行っている。		
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	・談話室や廊下、テラス等に座れるスペースを作り、落ち着いたたり、一人で過ごせる雰囲気を作っている。		
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	・出来るだけ今まで使っていた物を持ってきて頂き、なじみのある空間を作れるよう、家族にも協力していただいている。使い慣れた物を見て不穩になる方もいるため、導入時は慎重に行っている。		
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	・当たり前の目印ではなく、なにが分かりやすいか色々当てはめ、考え工夫している。落ち着いた環境が提供出来ていれば、少しの支援で自立した生活が送れるようになる。		