

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	1070400948
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社
事業所名	グループホームのいちご
所在地	群馬県伊勢崎市連取町2344-7
自己評価作成日	令和7年9月6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.mhlw.go.jp/10/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号
訪問調査日	令和7年10月14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)】

入居者の健康管理が最優先であると考えております。日頃の様子をきちんと把握しておくことで小さな変化も見逃さずに医療連携がしっかり出来ていると思います。ご家族様からも安心して預けられるとのお言葉をいただいております。そのためにも日頃から家族のような関わりを持って意思表示が難しい方の状態の把握や、不調も言いやすい環境である様努めております。

【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)】

利用者のお顔が明るく生き生きとしている。平均年齢が89.6歳と高齢で重度化もしているが、本人ができることは職員が見守りながら続けている。編み物や新聞の購読、自室のモップかけ等を続けることで自信がついているように推察した。ホーム長から聞き取った『自分がされたいいやなことはしない、自分だったらどうしたいか』と自身に置き換え、本人の気持ちを大切に支援の様子が伺えた。また、今回の訪問時はお看取りの実践報告を受けた。協力医・訪問看護師の協力の基、職員もチームワークで本人と家族の希望を叶えることができた。実践中は家族がいつでも会えるように感染症対策をしながら居室面会で家族だけの時間を提供することもできた。お看取り後は家族からお礼の言葉もあり、職員にとって、支援が自信に繋がったように推察できた。

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. 全くいない
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、活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

〔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	ホーム内に理念を掲示し、理念に基づいた支援を行っている。職員会議の際は出席職員にて唱和している。	会議時に参加者は唱和し外国人の新入職員には読み上げて教えている。職員は利用者を敬う(自分ならどうしてほしいか考える)姿勢を持ちホーム長は理念が共有されていると感じている。	
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	近隣の方との挨拶。近隣に住む大家様との交流は図れている。	近隣の人と挨拶を交わし、今後は避難訓練にも参加要請の声を掛けることを予定している。ギターの慰問を受け入れている。	
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	運営推進会議を通じて【認知症に対する理解】や【ハザードマップ上のリスク】等、参加されている民生委員の方や区長様に情報をお伝えしている。		
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	ご家族様、区長様、民生委員様に地域の情報を頂き、意見に対応できる部分から実施している。	運営推進会議は対面で2ヵ月毎に開催している。市の職員・区長・民生委員・家族(1～2家族)が出席し利用者状況、事故・活動報告、避難訓練等を報告し意見交換が行われている。議事録を送付している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議には市の担当者にもご参加頂き意見や情報の交換を行っている。	行政への報告は法人の部長が行っている。介護保険の更新申請はケアマネジャーと家族が行っている。認定調査の立ち合いは支援している。	
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	職員会議を通してマニュアルなどを常に学んでいる。身体拘束をしないケアを重んじている。身体拘束適正化委員会実施。	玄関・中扉は利用者との外出や避難訓練時以外は施錠している。スピーチロックに関しては『待ってね』の言葉に気をつけて会議時に話し合っている。身体拘束適正化委員会では毎回振り返りをしている。	利用者が外に出たい様子の時はいったんは職員と一緒に外に出て、気分転換のできる支援につなげてほしい。
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	職員会議を通してマニュアルなどを常に学び虐待の防止に努めている。職員同士が注意確認しあうように努めている。		

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	成年後見制度について会議を通じて学んでいる。		
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	入所時の契約や改定後の際は管理者家族間で必要書類の読み合わせをする。契約後も不明な点があれば説明する。		
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	ご家族様とはLINEにて要望を頂いております。こちらからのご案内もLINEで行います。LINEを利用していないご家族様にはお電話やお家に出向いております。	家族には面会時やラインで写真を送り日頃の様子を伝え、眼鏡を使用してほしい、コミュニケーションしてほしい等の希望が出ている。本人からは買い物に行きたい・外出したい等の希望が出て反映させている。	
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	職員同士の意見交換を常に行い、申し送り等で必要時に報告を受け業務に反映させている。また、意見を言いやすい環境づくりを心がけている。	月1回開催の会議で出勤者が出席し、不参加者には会議録を確認してもらい共有している。職員からは仕事をしながら感じたことや改善に繋げてほしいこと等の意見が出て話し合っている。	
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	自己評価を行い、年一回管理者、本部担当にて面談を実施している。		
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	毎月の職員会議で社内研修は実施している。		
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	情報交換や互いの質の向上を目指し取り組みを行っている。		

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
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	日頃の会話、雑談などから何を求めているのかを見極め安心して頂けるように努めている。		
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	ご本人、ご家族様の気持ち、要望等に沿ったサービスをケアプランに反映させ、安心したサービスの提供に努めている。		
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	ご本人やご家族様との初回面談と基本情報等から必要とするサービスを見極めている。		
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	ご本人様に寄り添い、同調し家族の一員という気持ちを持ったサービスを心がけている。		
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	面会の際に日頃の様子をお伝えし、どのような支援をしていくか意見を交換しながら共に支え合う関係を築いている。		
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	ご家族様から情報を頂きながら出来るだけ関係が途切れないよう支援に努めている。	入居前に家庭で行ってきたこと(カーテン開け・モップかけ・洗濯物たたみ等)を手伝ってもらっている。新聞をとっている方や編み物・居室でテレビを楽しむ等支援している	
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	どの利用者様同士でも笑顔で接することが出来る環境づくりに努めている。		

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
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	サービスの終了後であってもいつでも相談に対応する方針、または対応をしている。		
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	ご本人、ご家族様の意見を聞きサービス提供に活用している。	ケアマネージャーが週1回訪問しており、利用者との会話を通して意向等確認している。家族からは、面会時に意向欄(ケアプラン1表)に直接記載してもらったり、電話等で確認している。	
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	入所時の聞き取り情報等からご本人の生活状況、性格等を把握できるように努めている。		
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	ご本人の様子を記録に残し把握出来るように努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	職員会議での意見やアイディアをご家族様へお伝えし話し合い、ご家族様の気持ちも取り入れた介護計画を立てている。	モニタリングは月1回実施している。介護計画については、アセスメントと共に3ヵ月毎に見直しを行い、サービス担当者会議で共有している。	
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	個々に介護ケア記録を作成し、情報の共有や介護計画の作成に活かしている。		
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	ご本人、ご家族様の意見を取り入れて柔軟に対応している。		

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
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	コロナ後は外出が減りましたが、新聞を読んでいただくなどで対応をしている。利用者様のレベルにあった支援をしている。		
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	月に二度訪問診療の実施変化が見られた利用者様の状態を報告し支持を仰ぐ、また入居時にかかりつけ医を選択していただいている。	契約時に説明しこれまでのかかりつけ医か事業所の協力医を選択できる。協力医による月2回の往診がある。かかりつけ医の受診と専門科への受診は家族支援となっている。訪問歯科は希望で受けられる。	
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	週に一度の健康チェックの実施。急な体調の変化等が見られた時など随時報告相談をし、支持を仰いでいる。		
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。	必要な場合には病院関係者と連絡をとりスムーズに入院出来るようにしている。		
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	穏やかに終末期を迎えられるように主治医、訪問看護師の指示のもと、ご家族様の思いを織り込みながら職員一丸となりチームケアを行っている。また、重篤な状態が進む都度、家族と連絡を取り合うように対応している。	状態の変化により、協力医から家族に説明し、希望が出れば終末期対応支援を実施。家族はいつでも居室で面会ができる。2年間で2事例あり、お看取り後家族からは『幸せでした』という言葉をいただいた。	
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	対応法をホーム会議、申し送りで周知している。		
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	年に2回の定期避難訓練(昼夜想定)月一回の自主避難訓練の実施、水や食料の備蓄をしている。(3日分)	R6年2月昼夜想定、6月15日消防署立会い総合訓練、10月24日昼、R7年3月25日昼夜想定総合訓練を実施。水害地域に指定されており、水害想定避難訓練を月に1度実施。避難場所は決められている。	

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
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	入浴時出入りの際プライバシー配慮し対応している。トイレ後も着衣の乱れがないかプライバシーを尊重している。	管理者は「してほしいこと、自分だったらどうするか」と問うことを基本に、利用者からは『こういうの大好き』と言葉が出ている。異性介助の際は声を掛け、排泄や入浴時にはタオルで覆う等の支援をしている。	
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	日頃の関わりを通してご利用者様本人の気持ちに寄り添いながら、自己決定しやすいように介助している。		
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し、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	その人らしい気持ちを尊重しご本人のペースを大切に無理なく過ごして頂けるように介助している。		
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	季節や気温に合わせたその人らしいおしゃれや身だしなみが楽しめるように支援している。		
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	食事が楽しめるように季節や変化に富んだものを提供するように心掛けている。	配食業者の食材を使い事業所で作り提供している。行事食や誕生会、敬老の日等希望によりお弁当・スーパーでも買い物し提供している。イベント時では菓子作りや飲み物を数種類用意している。	数種類用意されている飲み物を、利用者が選択ができる場面に繋げる等、工夫をしてはいかがか。
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	毎食、摂取量と水分量を記録し、ひと目でわかるようにしてあり、食事形態も個別に対応している。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。個別に洗浄や歯磨きを本人の力に応じたケアをしている。		

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	排泄チェック表を活用し、個々に合ったトイレ誘導を心掛けている。	トイレで排泄してほしいという気持ちで支援している。重度化にて5名が寝たきりで他の方はトイレ誘導と自立者である。自立者には日中、夜間と同じ支援をしている。失禁の場合は清潔保持の対応をしている。	
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	水分摂取を記録し管理。食物繊維を多く取り入れた食事を提供したうえ、個々に合わせた服薬も医師に相談しながら取り入れている。		
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	週二回の入浴を実施している。希望があれば入浴できるように努めている。個々に合った入浴を実施している。	基本的に週2回午前中の支援を目安としている。入浴時には「これからお風呂です」とアナウンスをしており、拒否のある人は入れるときに入ってもらい、曜日を指定する人や週に2回以上入浴している人もいる。	
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	個々に合った寝具の対応や居室の照明、夜間は巡視を行い安眠の様子を確認している。		
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	処方箋の確認や往診時のノートを活用して確認をしながら行っている。		
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	利用者様に出来ることのお手伝いをさせていただき、感謝の気持ちを伝えることで張り合いのある生活をしていただける様支援している。		
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	天気の良い日には近隣の散歩や庭先で日光浴をしたり花の水やりをしていただいている。	天気の良い日や職員の人数が揃ったときは季節の花見、散歩や買い物に出かけている。個別で家族支援の受診時には家族と買物や外食にも出かけている。	

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
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	お金の管理をホームで行っている。ご利用者様ご自身が必要とされているものを職員が購入し、レシートは紙に貼り何を購入したかわかるようにしている。		
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	利用者様の訴えに沿うよう電話をかけて差し上げたり、はがきや便せんを用意し、住所などを調べてつ仕上げる支援をいつでも出来るようにしている。		
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	生花や制作物、季節に合った飾りものなどを飾ったりしている。温度計により湿度、室温を調整している。	共用空間から調理中のキッチンが見える。テーブルが4つに分けられ異なる方向を向いて座っている。カレンダー、時計、手作りの作品が掲示されている。掃除も行き届いており、整理整頓され不快な臭いはない。	
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	ソファやテレビの位置を工夫したり、自席のテーブルの向きや椅子にクッションを敷くなど工夫している。		
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	利用者様の気に入っている写真や本、家具などご家族の協力を得て持ってきていただき配置や飾り方など工夫している。	契約時に自由に設えてもらえるよう説明している。長年使っていた物、馴染みの物、趣味の物等を持ち込んでいる。また、誕生日の記念の色紙や写真、手編みの帽子、手紙、年賀状が飾られている。	
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	車椅子で自走出来ようテーブルなどの位置を工夫している。トイレや居室がわかるように氏名や花の名前を掲示している。		