

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	1090500206		
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームもみじ		
所在地	群馬県太田市大原町2236-3		
自己評価作成日	令和2年9月11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	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2年10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)】

明るく笑って生活できる環境作りを目指し取り組んでいます。
また、地域の行事やお祭り等に参加し、地域の方々との交流を大切にしています。
ホーム内に於いては、誕生日会やイベントなどの楽しみや、出来るお手伝い、役割をもって頂き、張り合いのある生活になるよう取り組みを行っています。

【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)】

ホーム長が代わり、前任者の支援を引き継ぎつつ、自分の思いを理念に沿って実践していきたいという決意がうかがえる。一般職員からホーム長になり、事業所の弱点や伸びしろのある部分の把握と、これまでの気付きや経験を活かし、他の職員の協力を得て運営していく今後に可能性が感じられた。また、今までの外部評価の結果を真摯に受け止め、共用空間の掲示物の整理を行い、認知症の人が混乱せず、わかり易く、生活し易い設えに変えたことに、利用者本位で個別性のあるケアの実践に取り組む姿勢がうかがえる。

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 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
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	毎日の申し送り時や職員会議で唱和し、理念に基づき個別支援を基本としたサービスの提供に努めている。	入職時にスタートブックを渡し、先ず理念を理解するよう指導している。職員は利用者が明るく、楽しく、笑って過ごせるよう、穏やかな接遇で個別支援に取り組み、理念の実践に努めている。	
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	お祭りや清掃活動に参加し、地域の方々との交流の場を設けている。	地域の清掃活動に参加したり、祭り等の行事や近隣の幼稚園児の慰問等を受け入れ、地域との交流を図っている。	
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	運営推進会議にて話し合い、理解や支援をお願いしている。その際、グループホームの役割やホーム内の様子を見て頂いている。		
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	運営推進会議の話し合いにて出された意見や要望をサービスに活かしている。	隔月で家族、区長、民生委員、行政の出席により開催し、行事等の活動報告、利用者状況、ヒヤリハット報告、家族アンケート調査結果の公表、テーマに沿った話し合いを通して意見交換をしている。	
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	運営推進会議に出席頂き、事業所の取り組みをお伝えし意見を頂いている。長寿あんしん課に積極的に接点を取り、情報交換をしている。	法人の課長が市への相談、連絡、報告を行い、担当者で連携を図っている。また、認定調査の立会いや家族からの要望があれば介護保険の更新代行を行っている。	
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	職員会議や勉強会で取り上げマニュアルを理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員の人員状況により1日開錠は難しく、玄関は施錠しているが、他の身体拘束はない。職員は毎月の職員会議や勉強会で、身体拘束について資料に基づいた話し合いをし、ケアに活かしている。	玄関の施錠は身体拘束にあたるので、職員間で閉めることの意味を話し合い、鍵を開ける努力をしてほしい。
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	職員会議や研修の実施、日々の話し合いにより全員で問題の共有を図り虐待の防止に努めている。		

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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、提案や支援を行うようにしている。		
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	重要事項説明書及び、運営規定や利用契約書を基に、契約時・解約時に説明を行い、理解や納得を図っている。また、その後の不安や疑問に対応している。		
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	定期的なアンケートの実施や、家族面談・意見箱の設置により、家族の意見や要望の収集に努め運営に反映させている。	ガラス越しの面会やアイパッドの利用等、利用者、家族の要望を面会方法に反映させたり、個別ノートを通して意見等を把握している。利用者からは会話の中で意見や要望を聞き、把握に努めている。	
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	管理者は職員会議を月一回実施して意見交換を行い、提案を聞き業務に反映させている。	職員は連絡ノートや日誌を通してホーム長と意思疎通を図り、ホーム長と個人的に話をする機会もある。提案はホーム長から課長へと判断が委ねられ、業務の運営に反映されることもある。	
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	各自で目標を設定し、年一回の人事考課の際に評価を行い、向上心を持って業務を行えるよう努めている。		
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	研修勉強会への参加を勧め、スキルアップを促している。法人の全体的な研修の機会を設けている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会の研修等の利用、スキルアップ研修による他ホームへの相互訪問等活動を行い、サービスの向上を図っている。		

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	入居時の面談にて、利用者様やご家族から過去の生活歴や、不安な事、要望等を聴取し、個別支援が実践できるよう努めている。		
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	面談時、ご家族との話し合いの中で利用者様に対する悩み、不安、要望等を伺い、ご家族の立場を尊重し相談に乗るよう努めている。		
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	グループホームの利用を踏まえ、必要に応じ他のサービスの利用も提案しながら対応に努めている。		
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	本人の状態を理解し、能力が活かせるような介護を行っている。職員は可能な限り、利用者様に寄り添うよう心掛けている。		
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	電話での連絡、面会時の報告、相談などを密にし、信頼関係を築けるよう努力している。		
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	面会時ゆっくり談話して頂けるよう、ホールソファーや居室ですごして頂いている。馴染みの場所への外出等の支援に努めている。	家族の他、友人の訪問を受けたり、馴染みの場所を訪れる機会を作り、入居前の関係性の継続を支援している。また、自室の掃除をする等、これまでの習慣を支援している。	
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	利用者様の状態を把握し、孤立せず関わりあえるよう職員が仲介者となり、利用者様が主体的に生活できるよう支援に努めている。		

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	入院が長期になったり、他の施設に入所した場合でも、本人の生活歴の一つとして対応する。		
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	毎月のカンファレンスや、利用者様ご家族の話や希望を通し、意向の把握、希望に添えるよう努めている。	ケアマネジャーは職員が記録した利用者の言葉や日常会話の中から意向を把握したり、家族との接点を作り、家族にケアの現状を伝えることで家族の意向を引き出し、介護計画につなげている。	
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	家族面談等で話を伺い、生活歴を把握し支援を行っている。		
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	記録や申し送りの中で一日の生活状況を把握し、状態変化に対応できるよう努めている。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様やご家族と話し合い、ケアカンファレンスにて意見交換を行い、介護計画を作成している。	職員は毎月モニタリングをし、カンファレンスで申し送り、ケアマネジャーに伝えている。必要があれば担当者会議を開き、3ヶ月毎に介護計画を見直す他、利用者の変化に伴い随時見直しをしている。	
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	日々の様子や変化、又は気づきなどをケア記録に記すよう心掛け、情報共有し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	利用者様の状況の変化、ご家族の希望等に応じて支援を行っている。		

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
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	避難訓練では消防署にご協力を頂き、ボランティアや慰問、祭りの参加等を通し交流を図っている。		
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し、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	主治医との継続性を大切にしている。要望があれば協力医による月二回の往診、週一回の健康管理を行う看護師と連携し支援している。	かかりつけ医の選択については説明している。協力医から月2回の往診を受け、歯科や眼科等の専門医の受診には家族が付き添っている。入居2～3か月後に協力医に変える利用者がいる。	
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	体調や身体の変化、気づき時には連絡し指示を仰いでいる。看護師との連携ノートや往診ファイルを使用して情報共有に努めている。		
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。	地域医療と協同し、互いの役割が果たせるよう普段から、介護施設や医療機関と連携を取っている。		
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	状態変化に応じ主治医、看護師へ連絡相談を行っている。また、ご家族と相談し、終末期へ向け方針を共有し、チームで支援に取り組んでいる。	看取りの経験もあり、利用者、家族の希望があれば家族、主治医、看護師の連携の下、主治医の判断で実施する。看取りに際して職員はその都度勉強会を開き、実践に臨む取り組みをしている。	
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、実践力を身につけている	AEDを設置し、職員は救急救命講習を受け知識を身につけている。		
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	年二回消防署指導のもと、日中夜間両方を想定した避難訓練を行っている。その他、苑内にて避難訓練を行っている。	年2回消防署立会いの総合避難訓練を実施し、ハザードマップで危険地域ではないことを確認している。備蓄品として粥、米、カップ麺、氷砂糖、レトルト、水、排泄用品等の他、AEDも用意している。	

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
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	個別対応を行い、プライバシーや誇りを損ねないよう、さりげない誘導、声掛けなど配慮している。	利用者はそれぞれが異なった状態にあるので、トイレ誘導や食事介助は個別で行い、声かけも職員間で統一している。また、入室時は必ずノックし、了解を得てから入室するルールがある。	
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	利用者様との時間を多く持つよう心掛け、要望・希望を引き出せるよう対応している。		
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	一人一人のペースや希望を尊重できるように見守り、支援している。		
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	起床後の整容支援、外出・行事前など要望時に支援を行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	出来ることを積極的に行って頂いている。おやつや行事食も日々の会話を通して、希望を取り入れている。	食事は届いた食材を調理している。行事食は利用者の希望を反映し、おやつは利用者も手伝い、駄菓子バイキング等楽しめる工夫をしている。飲み物も選択でき、家族との外食も支援している。	
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	水分摂取量・食事量チェック表を確認し、個別に必要な応じた支援を行っている。		
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い、義歯は夕食後消毒している。		

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	自立支援を念頭においた対応を行っている。 トイレ誘導を排泄パターンに合わせた声掛けで行っている。	トイレでの排泄を基本とし、排泄チェック表や利用者の排泄パターンに合わせた声かけをしている。食事の前には利用者がトイレに行こうと思う声かけや雰囲気作りを心がけ、自立支援に努めている。	
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	無理のない範囲で運動・体操を行い、乳酸菌飲料やヨーグルトを取り入れている。		
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ず、個々にそった支援をしている	いつでも入浴できる体制をとり、少なくとも週二回は入浴して頂いている。	入浴は週2回の実施を前提とし、希望があれば対応しているが、予定日以外に入浴ができることを伝える声かけはしていない。着替えを自分で選べる利用者には、一緒に用意をする支援をしている。	入浴は定期的実施しているが、いつでも入浴できることを情報として提供し、利用者全員に「入りますか。」と声かけをし、選択の機会を作ってもらいたい。
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	安楽に就寝できるよう、個別に応じた対応をとり昼夜逆転にならないよう働きかけている。		
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	全職員、内服薬における理解を深めるため徹底し、誤薬等ないよう申し送り確認を行っている。		
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	食器拭きやモップを使用しての床清掃など、得意分野を活かし主体的に行っている。		
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	声掛けや見守り等の中で本人の希望を読み取り、ご家族へお伝えし外出支援に繋げたり、行事での場所決めを考えたりと努めている。	利用者も歩行が難しくなっているが、ホーム内だけでは季節感を感じられないので、外出の機会を検討し、家族からの申し出にも応えられるよう外出行事の実施に取り組んでいる。	

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	管理はホームで担っているが、希望時には意思を尊重し使用できるような見守り・代行をしている。		
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	仲介支援とし、ホームとしては個人の意思を尊重しながら対応している。		
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	季節に応じ装飾を施し、生活感や季節感を感じるよう努めている。	利用者にとって手作り作品、季節感のある掲示物等馴染みの物や、献立、カレンダー等わかってもらいたい物を飾るよう整理している。また、臭い対策として汚物処理に工夫をし、頻繁に換気をしている。	
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	一人一人が自由に過ごせるソファや椅子の位置など、空間作りに努めている。		
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	家庭的な気持ちを活かす為、居室内は馴染みの小物など持参して頂き、居心地の良いようにしている。	居室にはテレビ、CDプレイヤー、寝具、化粧品等を持ち込み、手作り作品や写真を飾っている。室内は換気をよくし、利用者も自ら掃除をすることで臭いのない清潔な居室作りを支援している。	
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	安全で分かりやすいホームの整備に充分配慮している。		