

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	0570608893		
法人名	医療法人鹿嶋医院		
事業所名	グループホームお達者倶楽部		
所在地	秋田県男鹿市北浦北浦表町字表町52-2		
自己評価作成日	平成25年1月7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.akita-longlife.net/evaluation/
----------	---

【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25年1月29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)】

利用者さんが自分らしく、明るく生活できるようにしたい。

【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)】

運営母体が医療機関であり、利用者の身体状況を毎日医師に報告してアドバイスを受け、食事面を含めて健康管理されており、利用者始め家族の安心に繋がっています。職員は、思いを表出できない利用者やジェスチャーでコミュニケーションを図り、関係づくりに配慮されています。また、スーパーバイザーによる定期的な個人面談が行われて職員の相談に応じ、運営に反映されるよう取り組まれています。
--

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	月1回の職員全体カンファレンスで運営理念や具体的な方向性等を職員に説明している。地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念である。	平成18年にわかりやすいものに作り変えられ、玄関、事務所の目に付く場所に掲示されています。意識してサービス提供できるように、毎月の会議で話し合われています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 2013/1/7	ホーム近所の美容室を利用したり、天気の良い日は、散歩するなど積極的に気軽に声を掛け合えることができています。	隣接するデイサービス利用者や保育園児との交流、近隣の散歩、地区の行事で地域と関わりが持てるよう支援されています。	
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	地区の文化祭等に皆で作った作品を出品し見学している。		
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	運営推進会議の開催回数が少ないこと、評価や意見をサービスの向上に活かされるように2ヶ月に一度開催したい。	24年度は8月に1回開催されて以降、会議は行われていません。	運営推進会議の意義を理解して概ね2ヶ月に1回開催できるよう工夫し、会議での話し合いをサービスの向上に活かす取り組みをされることを期待します。
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	運営推進会議を開催し行政の方の出席をしていただきホームの実情やサービスの取組みを説明し協力を得れるようにしていきたい。	行政から空き情報の確認や、生活保護利用者の状況確認がありますが、ホームで直接関わることは少なく、事務的なことは法人本部で対応されています。	運営推進会議の他、色々な機会を通じてホームの現状を伝えながら積極的に連携し、協力関係を築いていかれることを期待します。
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	マニュアルを整備しており、利用者が身体拘束を受けることがないように努めている。カンファレンス等を通じ、拘束禁止について意識を高めている。	職員は拘束による弊害を理解し、拘束に繋がらないように、その都度カンファレンスで話し合っ対応されています。	
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	マニュアルを整備しており、利用者が身体拘束を受けることがないように努めている。カンファレンス等を通じ、拘束禁止について意識を高めている。		

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学ぶ機会を持ってないでいる。		
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	契約に関しては、十分な説明をしたうえで、納得を得ている。		
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	面会時、毎月の利用料の請求書明細確認書送付時に返信ハガキに要望や意見を記入していただいている。	家族とは、面会や電話で話されている他、毎月ハガキで意見の引き出しに努めています。	
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	法人で契約しているコンサルタントが2～3ヶ月に一度、業務上での意見を聞き個人面談を行っている。	毎月のカンファレンスや申し送りで活発な意見交換が行われてサービス提供に活かされ、専門のコンサルタントとの個人面談での意見も運営に反映されています。	
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	資格取得といった条件を満たしている職員に対し正職員への登用の機会を確保するなど各職員が向上心を持って働けるよう取り組んでいる。		
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	できるだけ時間をつくり、外部への研修を受けられるようにしている。		
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	男鹿南秋地区のグループホーム連絡会を設立し勉強会・交流会を通じネットワーク作りをしサービス向上に取り組んでいる。		

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
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	サービスを開始する前に本人の話をよく聞き、不安なこと、困っていることを出来るだけ受け入れ関係作りをしている。		
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	入所時に家族等の困っていること、不安に思っていることを聞き、援助方法を説明し経過を報告し安心していただいている。		
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	本人が馴染める環境を作り、話を聞き尊敬の念を持ち人間関係を大切に支援している。		
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	定期的に電話連絡をし状況報告をしたり、面会時には、共に喜び家族と一緒に過ごす時間を作り安心した関係づくりをしている。		
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	馴染みの場所へのドライブ、馴染みの人は、家族や本人への面会受け入れ時に聞き取りをしている。	初回のアセスメントや日常生活の中から、利用者の生活歴やできることを把握し、友人や親戚、家族の協力を得ながらこれまで行われてきたことが継続できるように支援されています。	
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	リビングで一緒に過ごせる時間を多くし会話やレクリエーションを行い孤立しないような支援に努めている。		

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	必要に応じ長期入院や転居によりホームを退居した場合であっても関係者に情報提供するなど利用者本人の支えとなれるよう努めている。		
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	日常の関わりの中から利用者の希望を把握するよう努めている。本人からの確認が困難な場合は面会時などに家族から聞き利用者本位となるようにしている。	日常生活で、また、職員と二人きりになる時等に意向の把握に努め、思いを表出できない利用者とはジェスチャーでコミュニケーションを図って理解できるように努めています。気づいた事は記録に残し、共有されています。	
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	入所時のアセスメントで家族や本人から聞き取りするほか、日常の会話を通じて、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	日々の個人記録を基に、利用者一人ひとりの出来るできないことの把握に努め日常の活動に繋がるようにしている。		
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	利用者・家族の意向を踏まえ職員間でカンファレンスで意見などを出し介護計画書を立てている。	日々の記録を基に、職員全員でカンファレンスが行われ、現状に即した介護計画を作成されています。状況に応じて随時の話し合いも行われています。	
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	個別のケース記録に記入し共有している。申し送りノートを使用し常に情報を共有している。		
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	地域のボランティアの慰問があるなど地域資源の協力をえながら利用者のへの支援を行っている。		
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	理事長である医師や法人本体の診療所に24時間いつでも報告できる体制が整っている。また、近隣の薬局にも日々気軽に相談できるようにしている。利用者、家族から希望があれば訪問歯科を依頼できる体制もできている。	入居前から運営母体である医療機関で受診していた利用者が多く、家族の希望によって同法人に変更した利用者もおられます。月2回の往診の他、1日2回利用者の状況を報告し、アドバイスを受けて健康管理され、家族の安心が得られています。	
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	看護師は、職員として配置はしていないが法人本体診療所の看護師といつでも連携を図っている。		
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。	利用者が入院した際には、経過などについて医療機関との情報交換を家族や面会を通じて行っている。		
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	家族から希望があれば、主治医から助言を得たりそれを家族、職員とで共有し支援を行っている。また主治医や家族の協力を得て看取りを行ったケースもある。	希望があれば、医療法人としての機能を活かして終末期のケアに対応できるようにしており、状況によって家族と話し合いをされることにしています。	
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	緊急時マニュアルを作成しており職員は内容を把握している。ただ実践的には不安があり、訓練や応急手当の講習を受講させたいと思う。		
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	消防計画にそって年2回避難訓練を実施している。	消防署立ち会いの下、日中、夜間を想定した訓練をデイサービス事業所と合同で実施しています。	近隣に協力が得られるよう働きかけ、消防署の講評を活かして、安全に避難できるよう具体的に取り組んでいかれることを期待します。

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
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	プライバシーやプライドを損ねないよう利用者一人ひとりに合わせた優しくわかりやすい声がけを心がけている。	利用者の誇りを損ねることのないように職員同士が注意し合うようにしており、一人ひとりに合わせて接しているのが確認できました。入浴時の同性介助にも対応されています。	
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	利用者の希望をできるだけ聞き入れて日々を暮らしていただけるようにしている。		
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	できるだけ本人の希望に添って本人のやりたい事ができるように支援している。(買い物や外出等)		
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	本人の希望により行きつけの美容室にいけるよう支援しているほか、本人の気に入った衣類や化粧品などをしようできるように、把握し、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	行事を通じ職員と一緒に調理や後方づけを出来る利用者が担当して実施している。献立も希望を聞きながらメニューに加えている。	調理法や野菜の収穫等、利用者ができることをしていただき、季節の物を取り入れた献立を考えて、職員と一緒に食事をされています。	
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	摂取量や水分量は把握できるが、栄養バランスは、主治医と相談する形を取っている。		
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	毎食後のうがいや入れ歯の洗浄・歯磨きをしている。また本人家族から希望があれば歯科の検診も行えるようにしている。		

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
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	排泄チェック表に利用者一人ひとりの排泄状況をチェックし、その人のパターンに合わせてトイレ誘導を行っている。	排泄パターンを把握して適切に誘導し、トイレでの排泄を支援されています。	
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	毎日軽体操を行ったり、便秘予防に繋がる水分と食事の工夫の提供を行っている。どうしても便秘傾向にある利用者については、主治医と相談し下剤を処方してもらう場合もある。		
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	一人ひとりの希望に添って入浴日や入浴の順番を決めている。また、あまり入浴を好まない利用者については、誘い方を工夫している。利用者の体調に合わせてシャワー浴や足浴も行っている。	週2~3回入浴できるように支援されています。車椅子の利用者も工夫しながら、安全に入浴できるように対応されています。	
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	寝具は、自宅で使い慣れた物を持参している。個々の状態に合わせた就寝時間にしていく。		
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	職員が利用者の服薬内容を確認できるようになっている。内服薬の変更や随時の処方があった場合は、申し送りや記録から職員が共有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	本人の希望や好きなことを行事に盛り込み、楽しみがもてるようにしている。(レクリエーションやドライブ、買い物等)日常の中で家事仕事の役割を持つ利用者もいる。		
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	天気の良い日は、近所を散歩したり、買い物、ドライブ、地域の行事へ参加するなど出かけられるようにしている。	近所の商店での買物や周辺の散歩、畑作業、自宅訪問等々、家族の協力を得ながら利用者の希望に応じた外出支援が行われています。	

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		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	家族の理解もあり利用者本人がお金を所持されている方が数名いる。また、買い物や、美容室での支払いは、職員の見守りの中で自分で支払うようにしている。		
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	家族が遠方に住んでいるなど、なかなか合えないケースや、その都度訴えがある場合などは、電話の利用をしている。		
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、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	季節や行事の写真をホーム内に飾ったり、利用者が作成したものも展示している。また、夜間、朝方など、廊下の光の調整や調理の際の冷蔵庫の開閉など気をつけている。また、季節に合った室内の換気や温度、湿度調整に配慮している。	ホール、廊下に明かりを取り込む窓があってホーム内は明るく、小上がりの畳スペースやゆっくり休息できるソファが設置され、利用者が思い思いに過ごせる場所が確保されています。	
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	食事以外の時間は、ホールや居室等それぞれ好きな場所で自由に過ごせるようにしている。		
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	ベットは、ホーム備え付けの物があるが、本人の状態によって布団を敷いて寝ている利用者もいる。その他、本人が必要とするタンス、テレビなどを持ち込まれている。本人の希望に添って共に使いやすい環境を作っている。	趣のあるタンス等、使い慣れた物や家族の写真を持ち込み、タオルで乾燥防止されて過ごしやすい居室づくりをされています。	
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	見やすい大きい時計や暦を置き、トイレも分かりやすいよう大きな字で印を書き間違いや混乱がないようにしている。		