

### 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	0570609065		
法人名	有限会社 サクシード		
事業所名	グループホーム こかげ 1号棟		
所在地	秋田県男鹿市脇本脇本字頭名地73-1		
自己評価作成日	平成28年9月1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28年10月31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)】

・外庭の景色の変化に四季の移ろいを感じながら散歩を楽しみ、日々穏やかに過ごされています。  
 ・地域で開催される文化祭への出品を目指し、日々作品作りに精を出すことで生活の中にあるおいを見いだせるよう努めています。  
 ・感染予防に対する衛生面の配慮に力を入れています。  
 ・家族との交流を積極的に行いさまざまな行事等への参加を呼びかけ相互の信頼関係の構築に一生懸命です。・年間行事の一環として外食ドライブ(男鹿周辺)を取り入れ男鹿の文化を感じとりつつ外への関心を持って頂くことで笑顔を得よう努めています。

【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)】

ホームの庭は東屋を初め木々を植栽してきれいに造成され、利用者の心を和ませています。地元ボランティアの定期訪問やホーム内外の行事を通じて男鹿の文化を感じ、ふれあいを大切にしながら共に過ごし、日々の生活が楽しいものとなるよう支援されています。また、年代の違う職員の思いを認め合うことで利用者への理解を深め、ケアの向上に繋げています。

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	
54	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	61	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
55	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	62	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
56	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	63	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
57	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	64	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
58	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	65	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
59	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	66	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
60	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
<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	季節折々の土地の風習等を話題にして入居している方とコミュニケーションをとるようにしている。	利用者の思いを感じ取れるようその立場に立った支援を心がけ、理念の実践に繋がっています。	
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	物品の購入、文化祭等の催しへの参加、通院など地域の中での暮らしを日常としている。	近隣との日頃の挨拶やホームの納涼祭、町内の運動会等、日常的に交流しながら地域と繋がりが持てるよう取り組まれています。	
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	事業所内研修や認知症についての書籍などで知識を積み上げている。ボランティアを招くなど地域の方々と交流することで内容を理解してもらっている。		
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	会議には利用者の方の家族が必ず出席されているので要望等をあげてもらいサービスにつなげていくようにしている。	さまざまな職種の方に参加していただけるように働きかけて意見や提案をいただいています。情報交換を行う場であると共に地域の理解が得られる機会ともなっています。	
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	会議への出席を依頼したり行事などへの参加をお願いしたりと折にふれ事業所の取り組みを理解してもらい機会を作っている。	書類の提出に出向いたり、生活保護担当部署とも積極的に連携を図っています。	
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	何が身体拘束にあたるのかを知り安全を確保しつつ身体拘束をしないケアに取り組んでいる。マニュアルも作成している。	利用者の機能が低下してきてはいますが、職員全員で考え、工夫しながら身体拘束をしない取り組みをされ、結果として利用者の安心感にも繋がっています。	
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	虐待についての知識を研修等で深め毎日のケアに活かしている。		

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	利用者の権利が守られるよう活用できる制度について勉強し、必要ならば関係機関に連絡している。利用料の支払いなど制度を利用されている方もおられる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	面会時など折にふれ家族の方との会話をもち説明する機会を作っており、お便りなどの文書も発送している。		
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	利用者、家族との話の中で意見、要望を見つけ、日誌、申し送り等で知らせ、課題を解決している。推進会議に出席していただき意見をとり扱ったりしている。	利用者の状況を伝え、意見を聞く努力をされています。報告書送付時に意見書を同封していますが、遠慮があるのか記載されることが少ないため、記入しやすくする等、様式の工夫を検討されています。	
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	二カ月に一回の職員カンファレンス時、その他の機会にも職員の意見、提案を受け入れようとしている。	職員からの前向きな発言が日々のケアに活かされています。利用者との関わりの中から生まれた提案を検討し、介護計画に反映させています。	
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	仕事がしやすいように職員の意見を聞いてくれ、物品、車輛の整備など環境を整えてくれている。		
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	研修への参加を積極的に応援している。(勤務のやりくり等)また、ホーム内研修も定期的開催し、全員で共有できるようにしている。		
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	地域のグループホーム連絡協議会等に参加しており、定期的な研修、総会などを通じて他との交流をする機会を作っている。		

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
<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	入居前の面接を行い本人をよく理解できるように話を聞くことを忘れない。周辺機関とも連絡を取り合い情報提供を求めたりして本人を理解しようとしている。		
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	家族との面談等を通して状況を把握し、入居後も経過報告をする機会を増やしている。		
17		○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	会話などを通して本人の希望や考えを汲み取り、職員全員で共有する。そして手伝いなどを通して生活に参加していると実感できるよう働きかけている。		
18		○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	毎月、お便りなどで状況をご家族へ伝えたり、行事などでご家族と共に過ごす時間を作っている。		
19	(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	お盆などの外泊、外出は自由にいただき、入居前のかかりつけ医があった場合は入居後も引き続き診てもらえるようにしている。	電話や手紙のやり取りをされている方、自宅近所の方々と旧交を温めている利用者もあり、大切な関係が継続できるよう支援されています。	
20		○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	食事時やお茶の時間などでは、入居者の方が他の方の為に茶碗を配ったり、排泄があることなどを報せて下さったりとお互いに協力し合っている。		

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
21		○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	家族からの問合せなどには応じるように努めている。		
<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>					
22	(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	毎日の生活の中で利用者一人ひとりの状態を把握し、問題があった時や変化の見られた時など定期的なカンファレンス以外にもその都度話し合う機会を作り、解決に努めている。	家族から情報を得たり、日頃から利用者の状態に気を配り、日々のケアや生活に取り入れています。	
23		○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	聞き取り調査などで情報を集め職員間で共有している。		
24		○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	日誌にその日の状況を記入し、体調の変化等を把握するようにしている。できそうな事はなるべく自分でしてもらい、できる事とできない事をきちんと把握するようにしている。		
25	(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	定期、不定期のカンファレンスやモニタリングを行い、より一人ひとりの現状にあった介護計画を立てることで毎日のケアの目標とするようにしている。	担当職員を中心にカンファレンス、モニタリングを行って意見を聞き、家族の意見も参考に介護計画を作成しています。	
26		○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、日誌への記入を欠かさず変化等があった場合は必ず記入するようにしている。申し送り等で情報を伝え共有するように努め、月に一回ケアプランに沿っているか検討している。		

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
27		○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	地区の行事、ホーム内外の催し物への参加、ボランティアの方との交流などを通じて家族、地域とのつながりを実感していただけるよう支援している。		
28	(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と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	基本的にかかりつけ医があり、健康管理をしていただいているが、変調等の場合、本人、家族が納得するような治療の為に紹介状等を出していただくこともある。	ほとんどの利用者は協力医がかかりつけ医となっていますが、意向を尊重して希望する医療機関でも受診されています。歯科医、薬局とも連携して支援されています。	
29		○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	身体的変化等、その都度、看護師でもある管理者に報告、指示を仰ぐようにしており、場合によっては速やかな受診となることもある。申し送り共有する。		
30		○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。	普段からかかりつけ医を持ち病状や生活状況を理解していただいております。紹介状やサマリー等情報を提供してもらったり相談にのっていただいております。		
31	(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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に本人、ご家族の考え、希望などを確認しており、状態の変化に伴いその都度話し合っている。	医師の協力は得られることになっていますが、現在終末期の対応はされておらず、検討の段階です。	
32		○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	消防署の救急訓練を定期的に行っている。マニュアルを作り、いつでも職員が使えるようにしている。		
33	(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	避難訓練を定期的に行い、全職員がどんな時でも混乱なく対応できるように備えている。運営推進会議時に避難訓練を行うことにより、地域の方とも連携できるようにしている。	訓練は毎月行っており、運営推進会議の際にも行って参加メンバーから意見をいただいております。避難場所や避難経路の確認がされ、災害に備えています。	各居室の棚に落下を防ぐ工夫をし、安全に過ごせる対策を検討さ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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
34	(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	一人ひとりの性格を把握し、言葉がけするように心がけている。笑顔と思いやりの心を忘れないように対応している。 (理念に基づいて)	嫌な気持ちにさせることのないよう接し方や対応の仕方を話し合っています。また、居室では排泄用品がそれとわからないような入れ物に保管されています。	
35		○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	買物や入浴時の着替えの準備など、本人が選択できる状況を考え支援している。(室内のインテリアなども)		
36		○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か、希望にそって支援している	すべてに対応できている訳ではないが、個人の訴えがあればなるべく対応するよう心がけている。		
37		○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	入浴時など本人と一緒に着替えを用意したり、外出、行事がある時なども本人の好みの物を準備したりしている。		
38	(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	配膳の準備や食材の切り分けなど、得意としている事をそれぞれ担当して行っている。声をかけると自然に自分の仕事としてやって下さる方がいる。	旬のものを献立に取り入れ、誕生日には食べたいものを聞いて提供しています。家族からの要望もあり、できることを手伝っていただいています。	
39		○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	一日の水分量チェックは毎日行い体調に合わせて食事量の加減をし補助栄養品なども使用している。		
40		○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	食後の口腔ケアは欠かさず行い、必要に応じて歯科医の往診もお願いしている。		

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
41	(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	排泄チェック表を作成し、それぞれの排泄パターンを把握するようにしている。また、本人の訴えなどを見逃さずにトイレ誘導し、無理な排泄誘導をしないように気をつけている。	排泄パターンを把握することにより、トイレで排泄されています。入居当初夜間失禁していた利用者が適切な支援を行った結果改善され、排泄用品の削減に繋がり、家族の負担も軽減されています。	
42		○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	繊維質の多い物を摂取するようにし、乳製品も多く摂るようにしている。排便のない人には個別に牛乳を飲んでいただいたりして対応している。慢性的な便秘の方には薬の使用もある。		
43	(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	ほとんどは時間が決まっているものの受診や外出に合わせて日にちを変更したり、なるべく本人の好みの時間帯に入浴できるように順番を考慮したりしている。	週2回、午前に入浴されています。リフト浴ができるように設備されており、その時々状況に合わせて支援が行われています。	
44		○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	個室としており、使い慣れた布団などを持って来ていただいて、落ち着いて休まれるような居室作りに努めている。日中も自由に居室で過ごされている。		
45		○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	かかりつけ医、薬局があり、薬や病状については申し送りノートを活用し情報を共有しており、医師等にも変化についてはFAXなどで相談している。		
46		○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	家事の手伝い等、できる事は手伝っていただくようにしている。レクリエーションやカラオケ、ボール遊びなど気分転換ができるよう支援している。		
47	(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	危険がないよう職員が付き添い外出している。季節毎に花見等に出かけたりもしている。受診やリフレッシュの為の外出はご家族にも協力していただき対応している。	小グループに分かれ、外食を兼ねて色々な場所へ出かけて楽しんでます。地域行事に参加し、散歩や東屋のある庭で食事したりとホームに閉じこもらないよう支援されています。	

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
48		○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	ほとんどの方は自分で管理することができないため、事務所で管理するようにしている。必要なものがある時は訴えに応じ職員が買物したり、一緒に出かけ、選んでもらったりしている。		
49		○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	いつでも電話は使用できることになっている。手紙は本人にまかせ要望がある場合対応している。個人的に携帯電話を持っている方もおられる。		
50	(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	エアコン等を利用し、夏でも快適に過ごしている。季節の花を飾ったり室内の飾り付けをしたりして季節を感じてもらえるようにしている。	ユニットによって食事の支度をしながら会話をしたり、様子が観察できるようソファの設置場所を変更しています。冬季の床暖による乾燥対策や換気を行い、居心地良く過ごせるよう配慮されています。	
51		○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	居間や食堂などそれぞれの場所で自由に過ごせるようにしている。ソファで隣り合った方と会話が弾んだり、居眠りしたりと思い思いに過ごしている。		
52	(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	布団や調度品など身のまわりのものは、なじみの使い慣れたものがあり、思い出の写真などを貼ったり、一人ひとりが自分の居場所としている。	テレビやラジオ、位牌等が持ち込まれ、希望の位置にベッドを配置したり、布団を使用している方もあり、その人に合った暮らし方ができるように工夫されています。	
53		○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	廊下には手すりを設けてあり、段差をなるべく少なくしたりと環境整備に努め、転倒防止の為スリッパではなく内履きを使用されている方もおられる。		