

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	1193300132		
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	東松山グループホームそよ風		
所在地	埼玉県東松山市東平2164-3		
自己評価作成日	令和2年3月16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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9-103		
訪問調査日	令和2年3月23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)】

<p>医療連携体制加算を取得しており、見取りの行えるグループホームです。 ご家族様やご本人様の希望をお聞きし、最後まで安心して暮らせるサービスを提供します。</p>
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ●利用者一人ひとりのこだわりや趣向が把握されており、利用者の意思を尊重した支援に努めています。フロア会議の話し合いからは、普段は見えない配慮や思慮が支援に込められていることが理解できます。 ●入浴・散歩の回数についてはデータをグラフ化するなど活動や課題について見える化に努めています。運営推進会議においてもデータを提供し、積極的な情報開示に取り組んでいます。 ●利用者同士の関係性についても席替え等において詳細に検討しており、穏やかな共同生活の実践に取り組んでいます。
--

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)	○	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、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	事業所理念として掲げているものはあるが、職員への浸透はほとんどなく、「理念に基づいた実践」というには行えていない部分もある。	方針と目指す支援方法を明記したパンフレットが作成されている。フロア会議等において支援方針の具現化について話し合いがなされている。	
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	年に一回地域行事での使用はあるもののそれ以外では、ほとんど孤立状態である。	自治会主催の獅子舞巡行の休憩所として立ち寄ってもらうなど交流がなされている。オーナーが地域の方であることから運営推進会議への出席など接点となってもらえるよう努めている。	
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	地域貢献についても行える機会が極端に無い為、積極性を持って考えてく必要がある。		
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	二か月に一度開催。地域包括支援センター・東松山市高齢介護課・ご家族様をメインのメンバーとしてサービス報告等行っている。	地域包括支援センター、家族、行政等を招いて定期での開催がなされている。入浴・散歩の回数についてはデータをグラフ化するなど活動や課題について積極的な情報開示がなされている。	
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	運営推進会議の参加を頂いている。現状の運営報告や有事の際の情報共有を行っている。	運営推進会議への招待等を通じて報告・相談等がなされている。加算の取得等を議題にし適正な取り組みや改善について協力を求めている。	
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	身体拘束廃止委員会の設置を行い三か月に一回開催。身体拘束については制限が多い為、「行わない」という前提をもって運営をしている。	身体拘束廃止委員会の実施により適正な運営と支援提供にあたっている。職員のストレスコントロールなどの施設内研修を実施しており、適切なケアの実践と維持に取り組んでいる。	
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逃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	定期研修を行っている。 職員のストレスのケアの為にも職員の充足が不可欠。		

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	認知症利用者には必要不可欠であるが、具体的に制度を学ぶ機会はなく職員の理解度は低い。		
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・入居の際は必ず責任者と対面での説明を必ず行っており、入居前の疑問についてすべて解消できるよう努めている。		
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	重要事項説明書に本社苦情相談窓口や、市の相談窓口等載せており、入居前にすべて説明を行っている。	そよ風だよりを月に1回発行しており、利用者の様子や姿を家族に報告している。手書きのコメントからは利用者への思いと丁寧な支援を理解することができる。	
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	設備面・人員面で職員からの意見は多くあるが物理的に不可能なものや経費的な弊害もあり、スピード感をもって反映させられてはいない。	毎月両フロアにおいて会議を実施し、利用者個別のカンファレンス、運営方法について話し合いがなされている。議事録からは一方的な報告ではなく、職員からの意見聴取がなされていることが理解できる。	会議内において職員の昼食・休憩時間について今後の課題としており、職員からの意見聴取と検討の継続が望まれる。
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	年一回の考課で給料の改定や評価の見直しを行う機会はあるが、決裁権は責任者になく、努力や勤務状況等の評価のすべてを反映させるのは難しい状態である。		
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	施設内の研修を行っているが、外部の研修等は参加できておらず、自力でのスキルアップに頼ってしまっている。		
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	他業種との交流も少なくなり、利用者の入居や退居の際にかかわる程度となっている。		

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	ケアプランの第一票で本人の希望・ご家族様の希望を掲げており、それに基づいた方向性でのサポートを行い、ご本人へ安心して頂けるよう計画を立てている。		
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	ご家族様の希望をくみ取れるよう、ご家族様だけでお話を聞く機会を設けている。全ての要望に応えられるよう努めているが、難しい部分については必ず説明を行っている。		
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	情報の少ない初期の段階ではご家族様や、関係者からできるだけ多くの情報を抽出できるように、入居前に生活歴等詳細情報をいただいている。		
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	グループホームの中での役割づくりを意識し、家事の手伝いや行える範囲での生活上の行動を職員、他の利用者様と行うことにより、職員含めた全員での共同生活を目指している。		
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	いつでも面会を行えるように面会時間の制限はかけていない。		
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	問題の無い方であれば面会のご家族様以外でも歓迎している。	面会・連絡等により家族との関係継続を支援している。利用者同士の関係性についても席替え等において詳細に検討しており、穏やかな共同生活の実践に取り組んでいる。	
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	利用者様同士の関係性は本人同士の相性の部分が大いだが、日々の対応の中で関係性を持てるよう意識し席の位置など話し合っている。		

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
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	サービス終了後も協力できる部分は全て行うつもりであるが、契約終了後関係がある利用者は居ない。		
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	生活の中での会話に本人の希望などを聞き出せるよう意識している。くみ取れた意向を実現させるためにどうすればいいのかわ、プランを更新し実現を目指している。	利用者の要望・家族の思いを聴取し、支援に反映するよう努めている。また日々の利用者の様子を考察し、利用者の心の内を察し、寄りそうケアにつなげるよう取り組んでいる。	
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	入居前に生活歴の記入用紙をお願いしており、入所中のヒントを頂いている。		
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	過ごし方は経過記録で後からでもたどっていける状態である。1回/週の訪問看護や2回/月のDrの往診時に相談することにより、より専門的な角度から利用者様の現状把握に努めている。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日々のケアから計画作成担当が課題やケアの方向性を抽出し、介護計画書の確認は必ずご家族様へ行っていただいている。	利用者の能力を分析し、医師の所見、家族の希望等を考慮しながらケアプランの策定がなされている。安全と自立を両立した生活となるよう目標が定められている。	
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	経過記録は時系列、網羅的に記録、気づきや変化を後から追えるような形をとっている。		
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	変化する要介護度や身体状況に応じて対応も変化するため、ご家族様と相談の上、関係他社と協力しケアに当たっている。		

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	地域資源については有効に扱えているものが少ない。		
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	往診や、受診の利便性の関係上、「村山内科クリニック」村山Drに主治医として頂いている。他の先生による診断等にも寛容であるため、より専門的な医療を受けることも可能。	電子化により効率的かつ共有しやすくなった記録により健康が管理されている。往診医・訪問看護・薬局等と連携し、医療体制の構築を図っている。	
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	週一回の訪問看護時に、変化や気づきについてお伝えし、以後の対応等のアドバイスをいただいている。		
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。	利用者様の入院時には情報の開示を行えるようにご家族様の許可を得ており、病院関係者へ情報提供を行える体制を作っている。		
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	入居の際に重度化した際の対応の説明を行っているが、その時点で方針や回答が決まっている場合も少ないため、心身状況の低下があった際にも同様の説明を行い方針について本人、ご家族様、の意思を最大限尊重できるよう対応を行っている。	重度化と終末期の支援に対してわかりやすく・詳細な指針が作成されている。特に医療行為の選択肢・たどる経過については家族の思いに十分配慮した対応と説明になっている。	
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	独自判断で間違った対応を防ぐため、急変時には医師や看護師の指示を仰ぐことが多く、実践的に行っていることは少なくはないが、自身で判断する能力を身につける場は少ない。		
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	定期的な避難訓練を消防署立ち合いの元、行っており避難方法についてその都度、見直し等行っている。	年に2回の火災・自然災害想定避難訓練は、双方とも夜間を発生時間帯として実施している。実施時の判断を反省・評価し、次の訓練および災害対策につなげるよう取り組んでいる。	避難完了時間の計測を次回の課題としている。計測により避難の評価・改善方法が検証されることが期待される。

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	コンパクトな生活空間の中で言葉の使い方には気を配っているが、咄嗟の声かけ等で不適切な声かけ等も見られており、まだ職員の意識・知識の不足が見られている。	利用者一人ひとりのこだわりが把握されており、利用者の意思を尊重した支援に努めている。フロア会議の話し合いから見えない配慮や思慮が込められていることが理解できる。	
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	日々の会話や対応の中で、選択肢を持たせる声かけを意識し、利用者様の希望や自己決定を促している。		
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	決まった生活周期の中で利用者が選択肢を持った声かけを心掛け、希望をくみ取る意識を持っている。		
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	衣類はすべて自身の私物をお持ちいただき、衣服への関心の高い方には、着替えの際数点の中から選んでいただく等、自己決定を促している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は全員で行い、準備、片付けも余裕のある方にはお願いしている。	バリエーション・利用者の好みを反映した献立の作成に努めている。また食べやすさ・体調・摂取状況・介助方法を考慮し、低栄養状態からの脱却・十分な摂取に取り組んでいる。	
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	食事や水分量についてはケアマネ、主治医等話し合い個別の量・形態で提供している。		
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。 実費ではあるが1回/週、訪問歯科の往診もあり、問題があればそこで対応をお願いしている。		

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
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	トイレでの排泄が基本である。という共通認識があり、利用者様のADLによる部分もあるが、出来る限りトイレに座り排泄を行っている。	排せつ・装具交換等について細かな支援・記録がなされている。またトイレでの行動を考察し、対応を協議するなど個別への対応にあっている。	
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	散歩へ積極的に連れ出し、運動量を増やす取り組みを行っている。		
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	希望があることはほとんどないが、希望があれば好きな日に入浴が出来る体制である。	計画に基づき、体調をみながら定期的な入浴が実施されるよう支援がなされている。入浴後にはスキンケアを実施するなど配慮している。	
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	希望があれば日中でも居室で休める時間を取っているが、夜間の状況が重要であるためある程度のコントロールを行っている。		
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	くすのき薬局様に各ご家族様へ居宅療養管理指導の契約を交わしていただき、薬剤師からお薬の説明を受けられる状態である。		
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	嗜好品や楽しみ等はご本人から聞き出せることも少ないが、出来る範囲であれば個別に希望を叶えることもできる。		
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	現在は散歩の回数を増やす施策を打っており、歩いて行ける範囲では戸外に出ることも増えた。	芋掘り大会・お花見などの外出行事を計画し、季節を楽しめるよう取り組んでいる。また散歩については毎月データ化し、取り組み状況を検証しながら進めている。	

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
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	金銭管理の重要度については理解があるが、認知症特有の金銭事故を防ぐため、基本的にスタッフの管理となってしまっている。		
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	電話を掛けていただければご利用者様・ご家族様のやり取りは可能であるが、ご家族様の都合もあるためあまり積極的には行っていない。		
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	室内は快適な温度になり、温度での季節感を感じづらいため、利用者様に見えるようカレンダーを設置する、飾りつけを定期的に入れ替える等で、季節感を取り入れられるよう心掛けている。	リビングでの席配置を考慮するなど利用者が穏やかに生活できるよう努めている。また清掃についても職員間で確認し、隅々まで配慮するよう取り組んでいる。	
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	日中は基本的にリビングでの生活が主になるため、座席は利用者様同士の関係性も考慮し配置している。		
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	ご家族様の状況や持ち込み家具の大きさ等で難しいものもあるが、入居の際に必ず使い慣れた家具、思入れのあるものの持ち込みについて説明を行っている。	居室で過ごしている時間・夜間帯についても巡視が心がけられており、センサーの使用等により安全な生活となるよう見守りにあたっている。	
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	職員の安全面での意識が高すぎてしまい、手を出しすぎてしまう部分も少なくないが、「できること」「わかること」は利用者様の自立で行うよう職員の共通認識がある。		