

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	4572000489		
法人名	社会福祉法人 聖水会		
事業所名	グループホームおすず		
所在地	宮崎県児湯郡都農町大字川北5484-1		
自己評価作成日	令和2年8月10日	評価結果市町村受理日	令和2年11月4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 https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_pref_search_list_list=true

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	令和2年9月24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)】

利用者一人ひとりに寄り添う時間を確保する為に、職員が調理に費やす時間を減らし、全体でのレクリエーション活動、個別での運動、脳トレなど充実させている。突発的な外出希望にも対応出来ている。また、系列事業所の行事にも参加し交流を図っている。2階にある障害者グループホームと一緒に行事を行う事も出来ている。

【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)】

職員は利用者が穏やかで笑顔で過ごせるようにとの共通意識を持ち、利用者に寄り添うケアを目指している。利用者の希望による外出支援や地域の行事への参加等、外出支援に努めているが、感染症感染防止対策により、室内レクリエーションを増やすなど、利用者が穏やかに過ごせるよう取り組んでいる。

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、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

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	目につきやすい場所に掲示しており、常に意識出来るようにしている。	法人の共通理念を2～3年前に介護理念3か条をグループホームの理念とした。現在、地域密着型の意義を踏まえた理念の再構築を検討している。	
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	地域の盆踊り、敬老会、防災訓練等に参加している。屋外での活動時に地域住民からの声掛けもある。今年は地域行事は全部中止となり参加できていない。	町内の神社の夏祭りや地区の行事に参加している。買い物や散歩の外出時には、地域の方達と挨拶を交わすなど、地域交流に努めている。	
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。	近隣の保育園児の訪問を相談していたが、コロナの影響で実現できていない。		
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	2か月に1回、地域住民3名、行政2名、家族の参加があり、現状報告し助言を受けている今年度開催できておらず、書面での報告を行っている。	運営推進会議には、自治会長や消防団、行政、家族が参加し、状況報告、課題等について意見交換を行っているが、ホームが手狭なため利用者の日常に接する機会が少ない。	民生委員も参加することで、民間としての情報が入り、よりバランスの取れた会議になることに期待したい。また、会議の前などにホームを訪問するなどして、利用者やホームの状況を把握することに期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と口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	町の担当者が運営推進会議委員であり、相談している。月初めには待機者数の報告を行っている。	行政担当者は運営推進会議に参加し、ホームの状況を把握している。待機者報告や事故報告時の相談や対策など、相互の連携を図るよう取り組んでいる。	
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「介護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	身体拘束防止委員会を定期的開催し、身体拘束について理解を深めている。	身体拘束防止担当職員が中心になり委員会を年4回開催している。研修参加後の伝達研修を行うなど全職員が理解を深め、身体拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	内部研修を行い虐待防止について学んでいる。不適切な言葉かけや対応があれば、個別で指導している。		

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	知識として学ぶ必要性は感じているが、活用出来ていない。資格取得時に個々で学ぶ機会はある。		
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	契約の際にしっかり説明し理解を得ている。改定時にもしっかり説明し同意を得ている。		
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	利用者からの要望や意見は聞く事が出来る。家族とは良好な関係を築き意見や要望を聞いている。苦情箱を玄関に設置し意見を得られるようにしている。	職員は利用者の言葉、表情、動作等から、要望や思いの把握に努めている。家族は面会や毎月の利用料持参時に、話せる機会にしている。要望、意見、苦情は職員は共有しているが、ホーム便りで家族への共有も検討している。	
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	毎月の職員会議で職員の意見や提案を聞く場を設けている。	毎月の職員会議には法人所長も出席している。ケアに必要なものの購入など職員の意見を運営に反映させるよう取り組んでいる。	
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	代表者が関わる機会が少なく、把握してもらっていないので不満がある。		
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	外部研修や、内部研修で学ぶ機会を設けている。		
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	行政の主催している交流会に参加を促しているが、今年は中止となり参加できていない。		

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	初回の面談時に不安や困り事を把握するようにしている。他事業所からの情報も活かしている。		
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	入所までの面談で家族の不安もくみ取る。また在宅時の担当ケアマネジャーから様子を伺う。		
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	利用者、家族との面談を行うが在宅での生活が困難な方が多い。		
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	利用者の方からの意見や希望を言える関係性を築くように努力してる。		
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	利用者の希望を家族に伝える事で、一時帰宅や面会など協力を得ている。定期の通院は家族に協力してもらい共に過ごす時間を持っている。		
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	馴染みの店への買い物や、ドライブ、知人へ会いに行ったり、図書館に行ったり可能な限り支援している。現在外部との接触が来ず、ドライブのみ実施。	ホームの近辺にスーパーマーケット、図書館、公民館、レストラン等があり、馴染みの場所や知人に会うために外出し、支援に努めている。	
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	トラブルを未然に防ぐ為に、利用者間の些細な事は情報の共有を図っている。		

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
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	契約終了時も入所、入院機関との情報共有を図っている。家族との関係も保っている。		
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	利用者からの希望はなるべくみ取り、実現可能な事は実現できるようにしている。意見の言えない方には安心できる暮らしを提供するようにしている。	利用者に寄り添い、趣味や生活歴を会話に取り入れ、言葉、表情、動作等から、希望や思いの把握に努め、実現できるよう努めている。	
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	ご本人、関係機関や家族からの聞き取りを行い把握に努めている。日々の関わりの中から話を聞く事も出来ている。		
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	日々の記録、申し送り等で情報を共有し把握に努めている。		
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	モニタリングは担当職員が行い、ケアカンファレンスで他職員からの意見も交えて介護計画を作成している。	利用者の担当職員が3か月ごとにモニタリングを行い、カンファレンスには家族や職員の意見、個人記録などの情報を提供し介護計画を作成している。6か月ごと、及び必要時に見直しを行っている。	
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	日々の記録を参考にしながら、心身状態の把握に努め、介護計画を見直している。		
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	高齢利用者の看取りに対して、家族の希望があり医療機関と連携し柔軟に支援を行った。今後は医療連携体制の必要性が高まっている。		

宮崎県都農町 グループホーム「おすず」

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	地域ボランティアによる誕生会の催しでの交流がある。町の運営している保育園との交流を企画していたが、現在は外部交流できていない。		
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	在宅時主治医への受診を継続している。定期受診時に主治医へ日々の様子や異常時の報告している。	利用者全員が入居前から受診中であり、家族同行で定期受診している。文書、電話、家族に情報提供を行っているが、共通の書面での情報提供を検討している。	
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	看護職は不在。かかりつけ医の看護職や、系列の事業所の看護職へ相談する場合もある。		
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。	入院時は1週間ごとの面会に行き情報を得ている。退院時のカンファレンスがある場合は参加している。		
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	超高齢利用者の看取りを行った。地域医療との連携で今後も同様の支援が想定される。職員研修も必要で今後は医療連携体制を整えていく。	入居時に終末期の対応はできない事を説明しているが、今後看取りについての方針を見直す予定である。	終末期を住み慣れたホームでとのニーズは増えている。看取りには医師や看護師、職員の連携が必須であり、医療機関と連携したホーム独自の体制づくりや指針作成等の取組に期待したい。
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	緊急搬送時の手順やマニュアルはある。夜間急変時は管理者が指示し対応している。救急法の訓練未実施。		
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	定期的に防災訓練実施している。地域住民の参加や地域防災訓練への参加できている。	火災による避難訓練は夜間想定を含め、消防団や地区防災協力者が参加して年2回実施しているが、建物の耐震度の確認や、避難ルートの表示がない。	避難時に利用者の身体状況を把握できるよう居室等に表示したり、誰もが分かるように避難ルートを表示するなど、更なる取組に期待したい。

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	常に心掛けているが、ホーム内が狭く、食堂とトイレが近く、排泄支援時の声掛けが筒抜けの時もある。	尊敬や尊厳、プライバシーを保持する対応に努めている。構造上、トイレとリビングが近いので耳元での声掛けや内容の言葉選びなどに留意するよう努めている。	
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	日々の生活の中で関わる時間を多く持ち、本人の思いをくみ取れるようにしている。自己決定を促す言葉かけを行っている。		
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	利用者一人ひとりの生活のリズムに合わせるように支援しているが、行事やレクリエーション活動など全体で実施する時は参加を促している。		
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	入浴時の衣類を選ぶ方、化粧水や乳液、椿油など馴染みの身だしなみをする方がおり、個々のニーズがあれば、対応している。		
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	食事は調理済み食材を使用している。作る楽しみは行事として実施している。毎日のメニューを掲示し、口頭でも伝えている。盛り付け、片付けなどはほとんど出来ていない。	主菜に調理済み食材を使用し、利用者に向き合える時間を増やしている。餅つき、団子、漬物などの保存食づくりをするなど食事が楽しみなものになるよう取り組んでいる。	
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	カロリー、塩分、栄養バランスのとれた食事を提供して。食事摂取量は記録し、体重の増減も把握している。		
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	毎食後全員口腔ケア実施している。利用者一人ひとりに合わせて口腔ケア介助している。		

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	夜間オムツの方も日中はトイレで排泄促している。排泄表を活用しながら個々の排泄状況に合わせて支援している。	排せつパターンを把握し、トイレ誘導や夜間自室でのポータブルトイレを使用し、排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	便秘気味の方は腸内環境を整える飲料を飲んだり、排便状況の悪い方については主治医へ報告している。		
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	入浴日は設定されており、利用者の希望に沿った入浴は提供できていない。状況によって入浴日の入れ替えはある。浴槽内に入れるようにバスボードを購入し浴槽内に浸かれるようにしている。	概ね週3回の入浴回数になっている。バスボードの利用により、浴槽内に浸かることが出来、ゆったりした入浴を楽しめるように工夫するなど入浴支援に取り組んでいる。	
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	希望者は昼食後に休養している。利用者それぞれ好きな時間に入床しており、自宅から持ってきた寝具を使用している。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	服薬一覧表を掲示している。薬情は一人ひとりファイリングしており、いつでも確認できる。薬の変更時は申し送りで情報共有している。		
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	単調な生活にならないように、毎日の活動を職員が提供したり、洗濯物たたみ、干しなど出来る事で役割を持つことが出来るように支援している。嗜好品についても提供できている。		
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	行きたい場所など可能な限り、希望に沿って連れて行っている。遠出の場合は前もって計画を立てる必要がある。家族の協力がある時は相談しお願いしている。	近辺のスーパーマーケットへ買い物に行ったり、希望により図書館に本を借りに行くなど、外出支援に取り組んでいる。	

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	お金は本人所持しておらず、金庫で管理している。欲しい物があるときは一緒に買いに行く事が出来ている。		
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	希望があれば対応する。		
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	共有空間が狭いが、季節感を出す飾りをしている。外気を取り入れたり、外の様子を見たり工夫している。	日常的に机、椅子や手摺り、ドアノブなどの手が触れる所の清拭や、室温や換気など感染防止や健康管理、物品の整理整頓に留意し、開放感を損ねないよう努めている。	
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	共用空間が狭く、食事席とソファしかない。席もだいたい決まっている。		
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	寝具は自宅から持ち込んで。家族の写真や飾っている方もいる。	本人にとって使い勝手の良い布団や枕を持参して使用している。布団のベットや床での利用は、本人の好みで選択している。家族の写真やテレビ、絵などを配置して、安心して穏やかに過ごせる居室になるよう工夫している。	
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	狭い場所はクッション材で保護し安全に移動できるようにしている。自室にはネームプレートをつけている。		