

### 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	1072100561		
法人名	有限会社 グループホームひらかわ		
事業所名	グループホーム ひらかわ		
所在地	群馬県高崎市中里見町597-9		
自己評価作成日	平成22年05月22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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/</a>
----------	---

#### 【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	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階		
訪問調査日	平成22年6月15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)】

はるなのすそ野、緑豊かで四季折々の草木に囲まれ、ゆったり・のんびりと生活していただけるホームです。巡り合った縁を大切に最後まで(職員と利用者が大家族のように)お世話させていただきます。また、安心・安全のために、火災報知機・スプリンクラーの設置も行いました。野菜をたくさん盛り込んだ食事も大好評です。

#### 【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)】

利用者のホームでの暮らし振りを家族に出来るだけ知ってもらうために、健康状態や生活の様子を記録した生活状況チェック表を毎月作成して家族に報告しており、家族は常に利用者の情報を知ることが出来る。また、利用者の生活状況をチェックすることで利用者に対しても個性のあるきめ細かな支援をすることが出来る。家族からの意見や要望等は申し送り等で職員が共有、家族とも話し合いながら速やかに改善に向け取り組んでいる。管理者は職員の意見を運営に反映するために、あらゆる機会をとらえて職員の意向や希望を聴くようにしており、このことは職員の働きやすい環境づくりに役立っている。

#### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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広がったり深まり、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、活き活きと働いている (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
<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	日常生活の中で、地域の方と顔なじみになり、立ち話もする。お年寄りの今後について相談にのる。	前回の外部評価の結果を踏まえて職員全員で話し合い、地域との関連性を盛り込んだ理念を作成し、申し送り時や会議、日常生活等において理念を意識しながら実践に向けて取り組んでいる。	
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	行事に参加、散歩、床屋、商店を通じて交流有。季節行事には参加。花を見に家庭訪問。産直などに出かける。	地域の行事や小学校の運動会への参加、散歩、産地直売での買い物、地元の理容室の利用等地域の人と触れ合う機会を持っている。地元在住の職員が多いのでホームと地域の交流が円滑に行われている。	
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	近所のお年寄りを訪問したり、家族と症状について話をしている。		
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	サービス状況報告をし、意見交換しながら今後の方針を立てる。	事業所等の事情により今年度の運営推進会議の開催は2回である。ホームからは状況報告や外部評価の結果を知らせ、メンバーの区長から公民館活動への参加や地域で開催のラジオ体操講習会へのお誘い、家族からスプリンクラー設置の話題が出る等活発な意見交換をしてサービスの向上に活かしている。	運営推進会議を地域・家族・行政・事業所等の関係者が一堂に会する貴重な機会として、会議は1年間に6回以上開催して利用者に対するサービス向上に活かして欲しい。
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	運営推進委員会の時に、市町村担当者に実情ケア取り組みを伝えている。	事業所の状況報告・スプリンクラー設置や介護認定の件・各種申請書類の提出・分からない事の相談等で市の担当者を訪ねて積極的に連絡をとっている。毎月介護相談員の訪問があり利用者の思いや意向を聞いてもらいサービスに反映させている。	
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	身体拘束となりうる項目の把握はしている。拘束をしない、具体的内容の把握はしている。お互いが、拘束に対しての鏡となり質の向上を目指している。	身体拘束については会議等で話し合い、職員が共通の認識を持っている。日々の生活の中で対応に気づきのある時はその場で職員間で話し合っている。利用者の状況にもよるが基本的には施錠はせず自由な生活を支援している。	
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	虐待は、職員全体で心得ている。		

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	研修に参加し、知識としてはあるが実際はまだない。		
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	読み上げ説明をして納得をしていただいている。		
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	意見箱を設置している。また、個々に聞きそれへの対応をしている。	意見箱を設置したり家族等の来訪時には気軽に話せる雰囲気を作っている。また、利用者や家族等との会話の中からその意向を汲み取るようにしており、意向や要望等は申し送り等で職員が共有し、家族と話し合って改善に取り組んでいる。	
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	聞く姿勢はある。職員会議など意見を聞いてよいと思うことには参考にする。また、運営推進委員会を活用している。	入職時・職員会議・管理者や先輩職員から・個々の場合は電話等で、管理者は職員の意見を聞く機会を作っている。職員が気持ち良く働ける環境作りや得意分野で力を発揮出来るよう配慮している。	
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	アイデア、考え方など働きやすい環境を作る。		
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	研修の機械を設ける。資格修得への協力を行う。		
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	西部ブロック研修会に参加。他施設へ訪問。		

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	入居間際は、不安定であるので日常生活すべてにおいて声かけ、添いで話を聞くようにしている。		
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	家族の不安を取り除くように、こちらから積極的に声かけをしている。		
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	家で家族がどんなことで困っているか、何を望まれているかを聞くようにしている。		
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	認知症であっても個性としてとらえ大家族であるという意識でかかわる。		
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	本人だけではなく、家族を中心としたすべての方々との関係を大切にする広い意味の支援を考える。		
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	家族の方の配慮に頼り依頼があれば拒まない。家族の方と同行し面会に見える。顔なじみになるようにしている。	親族や馴染みの友人が遊びに来たり、電話や手紙等のやり取りも行われている。以前に利用していた施設に遊びに行きたいとの希望がありお弁当を用意し送迎の支援をしている。	
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	一人ひとりの行動に目を向けている。孤立はない。		

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
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	家族の方との交流は、退居の場合電話や訪問で続くことも多い。		
<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>					
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	出来ること、出来ないことを把握。言葉添え命に別状がなければ自分の好きにしていた。行動をする前には、常に意識を確認する。自分の生活用品・家具の持ち込みあり。	日々の関わりの中での会話や言動等らその真意を推し測ったり、家族や関係者から入居前の生活歴や生活習慣を聞き、本人本位に検討している。	
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	入居前の状況、暮らし方を参考とし不穏時の心休める策とする。		
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	その日、その時の気分により暮らし方は自由。気分が寝たい時は、そのようにすればよい。		
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	アセスメントは、各担当の役目である。モニタリングをしあればその都度調整をする。身近な変化を把握し、危険回避を行っている。	本人や家族等の意向は日々の関わりの中で聴き、毎月担当者が生活状況チェックとアセスメントを行って介護計画を作成している。基本的にモニタリングと見直しは3ヶ月に1回であるが、状態の変化に応じて随時見直しを行っている。	毎月の生活状況チェックを活用して、月に1回のモニタリングを行って欲しい。
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	職員間の情報の共有は朝ミーティングで確認交換する。		
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	現在の方向と変わった時は、計画を立てる前に見守り、行動観察を行う。(一時的なこともあるので)		

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	近隣の方、商店の方とのコミュニケーション。		
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	月二回の往診あり。健康管理。通院する前に連絡。受診(かかりつけ)は自由である。他科受診も自由である。ここでの受診に出向く、(家族の協力あり)ことは自由である。	本人・家族等の希望するかかりつけ医となっている。家族等が受診に同行する時は現在の状況を書いて情報を提供している。かかりつけ医の往診の場合は往診前に利用者の様子をファックスで知らせている。受診後は内容を電話等で家族等に報告している。	
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	かかりつけ医・看護師との相談はあり。		
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。	主治医の経過報告を受ける。治療が長引くようであれば医療連携室に相談、退所して治療を受ける。		
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	ターミナルケア実践。主治医指示のもと行う。ご家族に十分説明を受ける。入所時に家族の方向を聞く。重症化した時は主治医と方向性を決めていただき、ホームはそれに従う。	看取りの経験をしている。入居時に本人・家族等の気持ちを聞き、医師と職員が連携を摂り、状態の変化等も含めて随時家族等の気持ちを確認しながら話し合いを持ち、家族等の気持ちに沿った対応に取り組んでいる。	事業所としての重度化や終末期等に対する基本的な指針はあるが、家族等には口頭で説明している。事業所としての考えを関係者全員が共有するためにも基本的な方針を明文化して欲しい。
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	研修受講。避難訓練継続。		
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	地域協力体制あり。	避難訓練のマニュアルが作成されており、総合訓練は年に2回行っているが、この総合訓練以外にも代表者の意向のもとに随時、避難訓練を実施している。緊急通報装置・スプリンクラーの設置、職員連絡網・地域災害時協力者連絡網が作成されている。	

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>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	気分が壊れないよう心がけている。無理には行わない。職員のサービス業であるという自覚・行動の視点の徹底を心がけている。	認知症をその人の個性として捉え、個別対応や利用者中心の支援を心掛けている。自尊心を損ねるような言葉かけや対応に注意を払っている。記録等の個人情報の扱いについても秘密保持の徹底を図るよう留意している。	
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	「どうしますか。」「行きますか。」本人の意思決定を重視している。		
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し、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	食事時間など決まっているが遅れて食べても、ゆっくり食べても支障はない。一日が穏やかであれば特に決まりごとはない。		
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	季節を考え色・味を変え相応しければ適時交換又は本人に伝える。		
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	食材・皮むき・筋取り・切るなど参加型としている。献立を作るときは、希望を聞き相談しながら行う。	利用者は能力に応じてテーブル拭きやお絞り干し等を職員と行っている。献立に利用者の希望を取り入れながら季節の食材を使用したバランスのとれた食事を利用者と職員と一緒に摂っている。	
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	一日のうち、水分・食事の摂取量を把握。自分で摂れない方は介助する。		
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	食後の口腔ケア、見守り介助、臥床の方は床で行う。		

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	利用者の機能形態に応じた支援。トイレ誘導など自力支援の方向。身体の状態に応じて、おむつをはずしてトイレ誘導をする。	利用者個々の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を大切に考え、トイレ誘導と合わせて排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	水分との関係。野菜を多め。動きの少ない方は、事前に主治医の指示のもと下剤を服用することもある。		
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	週三回。正月・お盆・行事など関係なく。シャワー随時。バラ風呂・色つき風呂・香り(アロマ)を変えて楽しむ。	基本的には週3回の入浴となっているが、希望があれば毎日でも対応している。入浴拒否の場合は言葉かけ等の工夫をしたり、シャワー浴等に対応している。入浴剤やバラ風呂、香り(アロマ)を変える等の工夫で入浴を楽しめるよう配慮している。	
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	夜間見守り。安楽姿勢保持への支援あり。		
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	説明書あり。薬の変更時医師から説明がある。結果報告。		
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	仕事・趣味活動習い事に即して張り合いにつなげる。		
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	周り、季節に合わせて屋外へ出かける。梅・桜・季節の花々を見に行くことあり。ドライブをしながら。空・天気を見て決める。自立度の高い方は、家族との外出あり。	天候や利用者の体調等を考慮して散歩・ドライブ・買い物・季節の花見(桜や梅)、お弁当を持って公園に出かける等、利用者の希望を聞きながら戸外に出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
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	個人力量によって、管理ができればそれに越したことはない。		
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	行う希望があれば添える努力を行う。		
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	快適な環境づくりを行っている。オゾン脱臭機使用。清掃・物置・植物・花などを活用。玄関には、植物などを置き落ち着いた環境を作る。	共用空間は明るく、玄関・居間・食堂には観葉植物や季節の花、写真等を飾り、リビングからは庭に咲く花ばなが眺められ、居ながらにして季節を実感することが出来る。畳のコーナーやテレビ・カラオケの設備もあり、居心地良く過ごせる雰囲気作りを工夫している。	
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	テーブルの座る位置。個室なので、休むことはできる。		
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	入所時使い慣れたものの持ち込み、持ち物は新しくする必要なし。筆筒やご主人、ご家族の写真など身近なもの大切なものを持ち込んでもらう。	使い慣れた衣装ケースや時計、家族の写真、ぬいぐるみ等を持ち込み、個別性のある居室作りをしている。	
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	出来ることは継続。出来ないことは、しないから出来ないのか、機能的に無理なのかを判断し安全な生活への支援。		