

令和2年度

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	0270101512		
法人名	社会福祉法人諏訪ノ森会		
事業所名	グループホーム宮田館		
所在地	〒039-3503 青森市大字宮田字玉水238番地4		
自己評価作成日	令和2年7月25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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	令和2年9月11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>地域の皆様の協力で、地域の行事に参加させて頂いている。入居者様が施設理念でもある「いつもにこにこあずましい」生活ができるよう本人の意向に沿った支援を行っている。また、法人内の認知症学習会が定期的であり、サービスの質の向上に取り組んでおります。</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)】

<p>法人の全体理念に「共生の構築」を掲げ、事業所は地域密着型サービスの意義を踏まえ「いつもにこにこあずましい」を理念とし笑顔を大切に良質なサービスが提供できるように取り組んでいる。環境面においては入居者が集うリビングからは中庭が見え四季の流れを感じられるよう工夫され、自宅との違いによる不安等を和らげるように畳コーナーが設置されている。居室には入居者の大切にしてこられた置物があり不安を与えないように工夫するなど、入居者の思いや、その人らしく生活ができるように支援を行っている。</p>
--

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拡がりや深まりがあり、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、生き生きと働いている (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
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	毎月職員会議等で理念を確認、その理念に沿った関わり方等を話し合い実践に繋げている。	理念を掲げ、共有し意識づけをしていくために掲示し毎月行われる職員会議で振り返りをしている。また、日々のサービス提供時に適切に実践をされている。	
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	小学校や保育園の行事等地域の行事に参加している。また地域の床屋や美容院を利用して馴染みになっている。「認知症カフェ」にも参加し地域住民と交流している。	地域の行事に参加し入居者が地域とつながりながら生活できるように積極的に取り組んでいる。また、事業所の各行事や年4回開催される認知症カフェを通して地域住民と交流を図っている。	
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	運営推進会議など地域の方と関わる機会に、認知症の特徴、対応等を報告して意見をいただいている。		
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	入居者様の状況やサービスの実施報告をしている。また認知症ケアについても報告し参加者から意見をいただき今後のサービス提供に活かしている。	事業所からのサービス状況や運営状況を報告し委員からの意見、質問を受け、双方にとって良い機会となっている。また、委員からの意見を頂き必要に応じて可能な限りサービスに活かしている。	
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	運営推進会議開催報告書は毎回提出している。相談を必要に応じて行っている。	運営推進会議をはじめ様々な機会を通じて情報提供を行い、関わりを持ち協力が得られるように取り組んでいる。	
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	身体拘束適正化のための指針を掲示している。法人内では身体拘束ゼロ委員会があり、情報を共有している。毎月、職員会議で学習会を設け確認している。運営推進会議でその内容を報告し記録に残している。	定期的に行われる委員会活動をはじめ勉強会や毎月行われる会議等において身体拘束の理解と弊害について認識を深め、身体拘束をしないケアの実践に取り組まれている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待防止マニュアルがありいつでも閲覧できる。職員会議等で確認しケアに繋げている。		

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	成年後見制度に関する資料があり、いつでも閲覧でき権利擁護について把握している。		
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	契約時等、本人や家族様には十分に説明を行い理解・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並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	普段から入居者様の要望に沿いサービスに繋げている。家族様には、面会時や運営推進会議時伺ったり、運営推進会議報告書等にご意見、ご要望を書いて頂く用紙を入れている。	入居者と家族の支援者であることを基本に日々の生活の中で意見や要望を吸い上げ、サービスに活かしている。また、法人内に外部委員で構成されるオンブズマンを設置しサービスの充実を図っている。また、玄関に意見箱の設置をしている。	
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	日頃から意見や問題点を吸い上げ改善策を検討し実践している。毎月職員会議でも問題点を話し合い解決に繋げている。	日頃より職員の意見を聞く機会を設け、出た意見や提案などを毎月の会議で検討している。また、日頃から管理者は職員の意見に耳を傾けながら意見が出やすい環境づくりに取り組まれている。	
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	働きやすい環境になるよう日頃から業務改善に取り組んでいる。その人の能力に応じた仕事を任せている。努力や実績を把握している。		
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	法人では認知症や感染症、介護技術学習会等が実施されている。学習したことを日頃のケアに繋げている。		
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	4グループホームの管理者が月1回集まりグループホーム会議を開催している。情報交換したり、問題点を話し合い改善策を話し合いサービスの質を向上に繋げている。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居者様本人や家族様から要望等を伺いサービスに繋げている。前に利用していた施設から情報を得ている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居者様本人や家族様から要望等を伺いサービスに繋げている。前に利用していた施設から情報を得ている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人や家族様の意向を確認しながら事業所の対応方法を説明している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の能力に応じたサービス提供や役割をもった生活をして頂くように努めている。		
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置かず、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	普段と違う状態や言動等家族様に連絡し、家族様と共に今後の関わり方を話し合いながら本人を支えていくようにしている。		
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	以前いた施設等に行き職員や利用者様と馴染みの関係が途切れないようにしている。行きつけの床屋や美容院を利用している。	入居者のこれまでの生活歴や馴染みの関係が継続できるよう家族等から情報を得ながら、その人らしい生活が出来るよう介護サービスに反映している。	
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	気が合う入居者様同士が同じ居場所で過ごせるように席を工夫している。活動や行事には、皆が参加するようにしている。		

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
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	退去した入居者様の状態を、転移した施設に行き確認したり情報を得ている。		
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	日常の言動の中から本人の思いをくみ取りサービスに繋げるようにしている。	日々のかかわりの中で入居者の言葉や表情からその真意の把握に努め、各会議にて職員間の情報共有を図っている。また、意思疎通が困難な方については家族や関係者等から情報を得る様に努めている。	
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	入居時、本人、家族様から生活歴や職歴等を情報収集したり、以前いた施設の職員等から生活状況等を情報収集しサービス提供に繋げている。		
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	一人で過ごしたい時や休みたい時等自分のペースで過ごして頂いている。各入居者様がもっている能力に応じ役割のある生活をして頂いている。		
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	本人の現状を評価し、課題やニーズを把握、入居者様、家族様の意向を伺いながら、サービスに繋げている。	アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、入居者の状態に合わせた介護計画となっており、作成にあたっては入居者、家族、サービス関係者等と話し合いを行っている。	
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	ケアプランに基づきサービス提供し記録に残すよう指導している。日々の変化を記録し、職員間で情報を共有している。気づきや変化についてカンファレンスを行い対応を検討している。		
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	その時々状況に応じ、必要なサービス提供している。		

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
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	招待状をいただき地域の行事に参加している。参加した時行事のお手伝いしている。運営推進会議では、家族様や町会長、民生委員、包括等出席しサービス提供状況を報告し、意見を頂きケアに繋げている。		
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	他科、臨時受診等の医療を受ける際は、入居者様、家族様の要望に応じている。	かかりつけ医による継続的な医療を受けられることを基本とし協力医療機関への定期的な受診とともに身体の変化に応じて臨時受診が受けられるよう支援している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	クリニック看護師に入居者様の状態変化など相談し、指示を受けたり、必要に応じてかかりつけ医を受診している。		
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、また、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、病院関係者と情報交換している。随時面会し状態を確認したり情報収集に努めている。退院後の希望を伺い添うように対応している。		
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	法人内にターミナルケア委員会があり会議内容を共有している。重度化に伴い本人や家族様が今後どのようなことを望んでいるか伺い相談員と連携し添うように努めている。	法人内に専門委員会を設置し入居者や家族の希望や意向を踏まえながら、医療機関と連携を図り、十分な説明を行い安心して納得した最期を迎えられるように、定期的に意志の確認を行いながら必要に応じて住み替えが出来る様に連携を図っている。	
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	緊急時や事故発生時の対応マニュアルありいつでも確認できる。状態変化時、クリニック看護師に連絡し指示を受けている。		
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	年4回(昼間想定2回、夜間想定2回)避難訓練を行っている。近所の方を交えた避難訓練を実施しており協力体制を築いている。	年4回の日中・夜間訓練を行っている。また、その訓練には職員だけではなく地域住民の参加を得ながら災害時の体制強化を図っている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	入居者様の言動を否定することなく傾聴、受容に努めている。	その人らしい暮らしを大切にするため否定をすることなく自己決定しやすい言葉がけに努め、プライバシーを損ねる事のないように敬意を払いながらサービス提供をしている。	
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	「○○しましょうか」など入居者様が意思の表出、自己決定をできるように声掛けを指導している。		
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	入居者様本位の支援している。		
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	自分でできる方にはお願いし、介助が必要な方は介助で身だしなみを整えている。本人に衣類を選んで頂くなどしている。		
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	個々の食事形態や、嗜好に合わせている。入居者様が盛り付けや米とぎ、調理の手伝い等している。	入居者の残存機能を活かしながら職員と一緒に行うことの大切さを理解し、入居者の張り合いや楽しみ、喜びに繋がるように取り組まれている。また、月1回行われる料理教室では四季の食材を利用するなど入居者に喜ばれている。	
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	管理日誌や個人記録に記載し把握している。本人の嗜好を把握したり、食べやすい形態を工夫して必要量摂取できるよう支援している。		
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	入居者様個々の能力や状態にあった口腔ケアをしている。		

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向けた支援を行っている	立ち上がり時や歩き回り、訴え時の他、個々の排泄パターンを把握し誘導している。	これまでの暮らしの状況の把握や一人ひとりの能力に合わせた排泄パターンを活かしてトイレでの排泄を主に自立した生活が出来るように支援している。	
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	食事や水分量を確認している。適度の運動を行ったり、ヨーグルトを提供するなど個々に応じた便秘予防を実施している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	入りたくない時は時間をずらしたり、翌日に延期するなど入居者様のペースに合わせている。	基本的には週2回となっているが、拒否される方には無理強いをすることなく日を改めて勧めており、入居者のその日の気持ちを尊重している。	
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	疲労感ある入居者様には休んで頂いたり、いつでもテレビを見たり、居室で休むなど入居者様本人が決めて自由に過ごしている。		
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	個々の記録ファイルに薬の説明書が閉じられており確認できる。		
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	家事手伝いや趣味等その人の能力に応じた役割をもって生活している。出来る環境を整え支援している。		
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。また、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	「ドライブに行きませんか」等伺い対応している。買い物、散髪等要望に対応している。地域の行事等にも参加している。	日常的な外出支援に限らず、一人ひとりのその日の希望により外出が出来るよう支援に努めている。また、短時間でも外出をする機会を作りストレスの発散、五感刺激を得られるように取り組まれている。	

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
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	家族と相談し対応している。		
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	希望により電話をかけている。電話が来た時は本人に繋いでいる。		
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、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	温度、湿度管理し生活環境を整えている。季節の飾り付けを作ったり、旬の食材を使い料理したりし入居者様が季節感を感じられるようにしている。	天井が高く入居者にストレスを与えないように五感刺激に配慮されている。また、食堂から見える中庭が四季を味わえる空間となっており活気を与える居心地のよい場所となっている。	
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	ソファを設置し一人一人が思い思いに過ごせるような環境作りをしている。気の合う入居者様と食席を一緒にするなど工夫している。		
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	馴染みの置時計、絵画、衣装ケース、寝具などを本人や家族に持参して頂いている。	入居者の希望や家族からの協力を得て、これまで使い慣れた馴染みの物を置くことにより居心地の良い空間となっている。	
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」や「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	その人の日常生活動作を理解し、出来ている事を継続できるような支援を心掛け自立支援に繋げている。		