

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	2371501251		
法人名	医療法人香徳会		
事業所名	グループホームよつば II 棟		
所在地	〒465-0025 愛知県名古屋市中東区上社3-2002		
自己評価作成日	平成28年9月30日	評価結果市町村受理日	平成29年2月22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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigvosvoCd=2371501251-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中東区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成28年10月27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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・9割の職員が5年以上勤務し離職率が低い為、入居者との馴染みの関係が築きやすい。 ・介護度が高くなっても環境を変えず、よつばで生活できる様支援している。 ・看護師が常勤しており、緊急な対応を適切に行える。 ・本人、家族の意向を確認しながらターミナルケアを行っている ・介護福祉士、胃ろう・喀痰吸引の資格取得を積極的に行っている。 ・キャリア段位制度のアセッサー職員を増やし、制度の導入、質の向上に努めている。 ・法人内の託児所をはじめ、地域の託児所に中庭を開放して地域交流を行っている。

【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)】

--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	医療・介護の両面で地域密着を目指していく理念のもと、一つ一つの言葉の意味を噛み砕き、意味を考える取り組みを行い、理念の重要性を伝えている。誤薬ゼロスローガンや職員が考える毎月の接遇目標を毎朝申し送り時に唱和し実践に務めている。		
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	法人内の託児所や名古屋市委託の託児施設に中庭を開放して、子供と高齢者の交流の場を提供をはじめ、盆踊りやお月見どろぼう等の地域行事などにも積極的に参加している。		
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	近隣の中学生の職場体験、製薬会社からの実習も受け入れている。気軽にホームに立ち寄ってもらえるよう呼びかけている。又、法人と合同で認知症カフェを開催して、相談・啓発活動に務めている。		
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	職員、民生委員、区政協力委員、ボランティア代表、いきいきセンター職員の構成でホームの現状報告と意見交換を行ない、サービスの改善、向上の取り組みを進めている。ご家族には事前にご案内して参加を呼び掛けている。参加されなかったご家族には議事録の送付を行っている。		
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取り組んでいる	市町村との定期的な意見交換の場は設けられていないが、名介研や介護事業者連絡会を通じ、名古屋市の福祉担当者との情報交換を行なわれている。アクシデントがあった場合には速やかに報告を行っている。		
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	身体拘束が必要な場合は必要最低限に止め、家族と十分に話し合い同意を得ている。3か月に1回検討、更新を行っている。 日勤帯での玄関の施錠をせず、開放している。		
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	虐待防止マニュアルを参考にして、職員間での話し合いの場があり防止に努めている。 上司と職員、職員同士が気軽に相談、注意し合うことで、不安を取り除き、虐待につながらないように努めている。		

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
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	毎年、研修へ参加し様々な立場の方から学ぶ機会を得ている。実際に成年後見人制度を利用されている入居者もいて、家族、弁護士と情報交換を行いながら、活用していける様、支援している。		
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	契約締結、解約時は十分な時間を設け、不安や疑問点に答え、理解・納得を図っている。解約後もできる限りの支援ができる様、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	年に2回の家族会、家族へのアンケートなどを行いから意見、不満などを吸い上げ、具体的に改善している。家族と職員の交流の機会を大切に、意見、要望がある場合は、都度検討し周知を図っている。		
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	「教育」「業務」「食事」「レク」のグループに分かれ自主的にQC活動を行っている。月1回の会議、又は必要に応じ随時、報告、見直し、統一を行っている。		
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	年2回の目標面接を行い、各自が向上心を持てる様、働きかけている。又、人事制度を導入し、明確化、やりがいに繋げる取り組みも始めている。託児所の整備、他事業所の給与水準、年間休日と比べ働きやすい職場づくりに努めている。		
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	よつば内、法人内での研修・勉強会をはじめ、外部研修を積極的に行っている。新人担当職員、中堅担当職員を置き、細かなチェック、フォロー体制を整えている。介護プロフェッショナルキャリア段位制度、評価者アセット研修に参加、OJTの推進に努めている。		
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	法人内の介護職員間で勉強会、問題の解決に取り組んでいる。法人外の施設へも見学や交流を行い、サービスの向上に取り組んでいる。		

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
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	入所2週間以内にアセスメントシートに基づいて、介護計画を立ててカルテに提示、周知を図っている。		
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	ご家族の生活環境、入居に至った経緯、不安な事、意向など様々な方向から話しを伺い、相談しやすい雰囲気を作り、信頼して頂き今後良好な人間関係が築いていけるよう努めている。		
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	入居するにあたり、少しでも不安が取り除ける様じっくり時間をかけて話を伺っている。入院中や他施設で生活されている方には外泊扱いで行えるお試し入居、自宅で生活されている方にはショートステイを利用できるように対応している。		
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	本人に合わせて支援ができるように「させていただく」気持ちを大切にしている。一対一になる入浴・排泄介助時はより傾聴に努めている。		
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	入居者に担当職員がついており、依頼や日々の様子を家族へ連絡して絆を大切にしている。頻繁に来られる家族もみえ、良い関係を築いている。		
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	家族の了解も得て、なじみの人の面談を受け入れている。		
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	日中は部屋に閉じこもることなく食堂で過ごせる様に支援している。又、食事の片づけ、洗濯、掃除等、出来る事を皆で分担し、職員と一緒にしている。囲碁やカラオケ等、趣味を通じて入居者同士の交流もある。		

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	退所後の訪問も歓迎し、快く接している。退所後もご家族からの紹介で見学に来られる方もみえ、繋がりを大切にしている。		
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	日々の様子や本人、家族との会話から、利用者個々の思いや意向の把握に努めている。意思疎通の困難な利用者に対しては、本人の表情やしぐさ、家族などから情報を得て、日常生活に寄り添うようにしている。		
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	アセスメントシート・情報収集をもとにカンファレンスを行い、職員間で共有・把握に努めている。これまで楽しみにされていた事を継続できる様、努めている。		
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	できる事は見守りで、本人の持っている残存能力を使いできる事はやっていたい。日々の生活の中で些細なことでも共有し合い、家族の意向も伺いながら介護計画を作成。日々の様子の変化の把握に努めている。		
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	介護計画は本人、家族の意見を取り入れ、職員間で情報を共有、検討したうえで、作成している。日々の様子、意見からカンファレンスの課題とし、利用者がその人らしく生活できるよう努めている。		
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	介護記録、申し送りノート、カンファレンスなど利用し日々の気づきを職員間で共有しながら実践している。記録の書き方、共有方法を見直し、把握しやすい工夫をしている。		
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	喀痰吸引修了者・看護職員の増員、訪問看護ステーションとの連携強化により医療的なニーズに対応していけるよう取り組んでいる。認知症デイサービスをはじめ、ショートステイの事業整備を行いサービスの多様化に取り組んでいる。 医療法人の豊富な人材を利用し、栄養士、ST、看護師等様々な分野と連携をしている。		

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
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	ボランティアの受け入れや託児所の慰問、地域の喫茶店、美容院等を利用し、認知症への理解して頂きながら、安全で豊かな暮らしを楽しむ事ができるよう支援している。		
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	日々の様子など細かな説明をご家族、医師へ報告。本人、家族の意向を伺いながら適切な対応を行っている。正確に伝える為、必要に応じ手紙や職員も同行して、情報を伝えられるよう努めている。		
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	些細な事でもよつばの常勤看護師に相談して、看護の目線で指示、指導をいただく。週1回訪問看護ステーションの訪問と随時相談できる関係もあり、判断に偏りが無いよう適切な対応と早期発見に努めている。		
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。	入院サマリーの作成。本人、家族の負担が最小限になる様、支援している。入院中の様子を見舞い、病院関係者との情報交換、必要に応じ入退院時の付き添いを行い、本人、家族、医療機関との関係作りに努めている。		
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	事前指定書を通して、日頃から家族、ご本人と話し合いを行っている。必要時にはかかりつけ医、ご家族、職員にて現状の説明、今後についての相談を行っている。		
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	救急蘇生法の研修への参加、喀痰吸引、胃ろうの研修へ参加し、急変時の対応に努めている。		
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2回避難訓練及び緊急連絡網を整備している。職員の意見を取り入れて、食べやすい非常食を取り入れている。備蓄強化に努め、新しい情報を収集しながら定期的に見直している。		

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
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	接遇のチェックシートや研修を通して利用者やご家族の気持ちを尊重し、プライバシーを大切にすることを努めている。		
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	個人のペースを尊重し、ゆっくり本人の話を傾聴している。その中で何がしたいか本人が表現、自己決定できるよう声かけ支援をしている。		
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	職員の都合でなく、本人ペースを崩さない様対応している。家族との外出は自由にしている。その日の体調、気分を考慮し、可能な限り、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	個々の好みを取り入れたおしゃれが出来るよう支援している。メイクボランティアも受け入れており、気分転換できる様支援している。		
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	月2回職員が手作りし、利用者様がお好きな物を提供できる様に務めている。		
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	外部委託の食事により、食の質、味、安全をムラなく提供できている。「食事」に関する業務改善班を設け、外部委託業者と改善に努めている。嚥下困難な方には、一人ひとりの能力に応じた支援を行っている。1日の水分摂取量を把握し、お茶、ポカリスエット等飲みやすい物を提供している。		
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	誤嚥性肺炎のリスクをしっかりと認識した上で、口腔内の清潔の保持に努めている。嚥下勉強会を行い知識の向上に努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、必要に応じ水分の摂取量と尿測を計測して支援している。使用するオムツ類もその都度検討、変更している。		
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	乳製品を食事に取り入れ、体操、水分補給の促しをすすめ自然な排便に努めている。下剤使用の際も個々に合った物を医師と相談している。		
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	入浴の日は週3回(男女1日交替)、車椅子利用者の機械浴は週2回行なっている。入浴を拒否される利用者には希望やタイミングを合わせて声かけし、入浴できるよう支援している。		
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	グループホーム内でも高齢化、介護度の重度化が進み、一日を通して起きていることが困難になってきている。本人の希望や状態を考慮し休める様支援している。夜間も巡視を行い温度調節に気を付け、安眠していただけるよう努めている。		
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	服薬管理指導を導入しており、誤薬のリスクを減らすよう努めている。往診時には薬剤師も同行、24時間連絡、相談できる体制をとっている。入居者の病気や症状に必要な情報を職員に周知できるよう資料の提供も行っている。		
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	洗濯、掃除等出来る事の役割。中庭を利用した楽しみ方を模索しながら気分転換ができる様支援している。ボランティアの受入れ、誕生日会や毎月行事を行い、季節を感じていただけるイベントで楽しく過ごしていただける様努めている。		
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	希望があれば近くの喫茶店に出かけたり、散髪は日にちを決めずに本人の希望がある時に地域の床屋に向いている。その他希望があれば検討し、職員、家族で実現できる様支援している。		

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
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	管理はしているが希望に応じて使えるように支援している。可能な方は、職員と一緒にコンビニへ買い物支援を行っている。遠足、喫茶等でお金を使う機会も作るよう努めている。		
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	自宅や家族への電話をする事は家族関係を考慮しながら、可能な限りの支援をしている。入居前の人間関係を継続していけるよう努めている。		
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	食堂兼リビングからは、中庭の緑や季節折々の風景が楽しめ、利用者は自由に出入りすることができる。季節にあった飾りつけを行い、施設内でも季節感を感じれる様努めている。心地よく過ごしていただける様、5S、カイゼン活動を行っている。		
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	入居者の状態、人間関係に応じ、席替えを行い、気持ち良く過ごしていただけるよう支援している。		
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	居室にはベッド、エアコン、空気清浄機を除いて、利用者の馴染みの物を持ち込むなど利用者と家族に任せるようにしている。必要な物があれば本人、家族に相談し、準備していただいたり、購入したりしている。入居者担当を決め、整理整頓を入居者と一緒に行っている。		
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	既存の建物の限界にとらわれず、新しい物を取り入れながら、快適な生活が送れるよう工夫、対応している。「できること」「わかること」から意欲を引き出し自立に繋がるよう支援している。		