

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	2393200072		
法人名	社会福祉法人せんねん村		
事業所名	せんねん村グループホームとみやま 2丁目		
所在地	西尾市富山二丁目2番地8		
自己評価作成日	令和4年12月3日	評価結果市町村受理日	令和5年4月7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/23/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoOd=2393200072-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和5年2月28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)】

○「せんねん村は地域の皆様の暮らしを支え共に歩み続けます」「こころのびのび・からだいきいき・いのちきらきら 大切にしますあなたの個性」の使命・方針に基づき、『今日も一日良い日でした』と言っていただけるようなサービスを提供しています。○利用者の生活習慣の継続や出来ることの維持を心がけ、一人ひとりの力や要望を受け止めた支援を心がけています。○建物内部は、木をふんだんに使用し、廊下やリビングなどにも畳を使用して、温かみのある雰囲気です。○法人としてのバックアップ体制が整っており、「育ち合い」の心で職員一人ひとりの力量に応じた目標に取り組み、スキルアップややりがいを得ることができます。

【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)】

--	--	--	--

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

[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	理念を名札や見えるところに掲示しており、理念からホーム目標、個人目標へ落とし込んでいる。職員も利用者も今日も一日良い日でしたと言っていただけるような日々を送れるような行動を意識できている。		
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	町内会に加入しており、コロナ渦で行事は縮小にはなったが、廃品回収や神社の祭礼などに参加できている。町内の床屋を利用して、気分転換の散歩などでコロナ渦でもできる交流は続けている。		
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	コロナ渦で他施設で受け入れが断られてしまった介護福祉士養成校の実習生の受け入れを行っています。管理者は県での認知症研修の講師を務めています。		
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	コロナ禍のため外部からの出席はないが、事前に意見を頂き議題にすることができている。その他、運営状況やサービスの実際、目標達成計画の進捗状況等について報告している。		
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	管理者は市の地域密着型サービス運営委員やケアパス策定委員など、行政とは密な協力関係を築いている。行政の窓口に出向く、電話、メール、リモートなどを使い分け、情報交換を密に図っている。		
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	身体拘束適正化委員会は毎月、同法人グループホーム3事業所の幹部会議で開催。法人で身体拘束に関する学習会を実施しており、玄関は日中開錠し見守りながら、拘束感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されることがないように注意を払い、防止に努めている	年1回のストレスチェックを実施している。一人で抱え込まないように、毎月の職員会議ではケアについて不適切なケアになっていないか考える機会を設けている。高齢者虐待防止について学習会を開催している。		

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	成年後見制度に関しては利用されている方が事業所内にいないため、全員が把握、理解している訳ではないが、資料で学べるようにしています。		
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	事前に重要事項説明書で時間をかけて丁寧に説明し、不安な点はないか確認後に契約をしています。報酬改定時は分かりやすい言葉で説明内容を書面にして、理解していただけるようにしています。		
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	入居者は日々希望や要望をくみ取り、言葉としてケアプランに反映しています。家族はメールや電話でこまめな連絡をする中で要望を聞き出し、サービス担当者会議においても確認をしています。		
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	毎月のユニット会議、日々の業務中でも意見や要望を言い易い環境に努め、半期ごと又は随時の個人面談も行い、意見や要望が反映できるよう努めています。		
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	一人一人のキャリアビジョンの達成ができるよう、人事考課面談を充実させています。また職場環境や将来の希望、意見を法人へ申告できる制度が整備されています。		
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	年間の法令順守研修プログラムや、各自が目指しているキャリアビジョンに沿って、内外の研修が受けられるようにしています。		
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	県や市のグループホーム間の研修や交流会で情報交換をしています。法人内では会議や委員会があるため他部署の取り組みを自部署に活かせるようにしています。		

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
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	本人・家族にとって、これまでと違う生活環境に置かれることを理解して、不安な気持ちをを受け止められるように、本人・家族の視点に立つ受け入れや関りを心掛けています。		
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	これまでの苦労や経過を事前面談で受け止められるようにしています。家族により思いが違うことがあるため、それぞれの家族との関係づくりに努めています。		
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	ケアマネージャーにこれまでの経過を確認し、必要に応じてケアマネージャーと共に訪問や入居までのサポートを行っています。		
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	生活の中で職員が利用者に支えらる場面（食事や掃除など）があり、お互い様の気持ちや感謝する関係性を大切にしています。		
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	毎月個別に写真つきの活動状況や健康状態を記載したお便りを作成し郵送しています。サービス担当者会議では、家族としての役割をお願いすることもあります。		
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	入居前に家族から提供される本人の生活歴や暮らし方の情報から、趣味や地域活動などを把握し、日々の暮らしの中でケアプランに反映し、馴染みの人や場との関係性が途切れないようにしています。		
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	それぞれの居場所や利用者同士の関係性を考慮しながら、日々の状況に応じて配慮をしています。そのために常に職員同士が情報交換をして環境について検討しています。		

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
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	サービス変更時にはこれまでの支援方法や生活環境などを情報提供することで、連携をしています。病院や特養で最期の時を迎える際には会いにいたり、家族が挨拶に来てくれることがあります。		
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	日々の会話の中や、センター方式を活用して記録に残しカンファレンスで話し合いをしてケアプランに活かしています。暮らしの中で今日やりたいことの意向を引き出し、その時の思いの実現に努めています。		
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	「私の暮らし方シート」やセンター方式のC-1-2シートを活用し、本人の日頃の言動から思いの把握に努めています。職員は本人の今までの暮らしを大切にし思いを聞きだしています。		
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	本人の一日のおおまかな過ごし方、ケアプラン内容やできること気を付けることを個別に24時間シートを作成し現状の把握をしています。		
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	介護計画は利用者担当介護職員とケアマネにて本人の日々の要望や、医療関係者の助言も取り入れ作成。全職員と毎月ケアカンファレンスで情報交換し、3ヶ月毎のモニタリングを経て6か月毎に更新しています。		
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	日々の支援内容は電子カルテで情報入力し共有しています。毎月の職員会議にて全職員が気づきや工夫などを自由に発言できるようにしています。		
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	要望に対して家族にも協力してもらって本人の要望が満たされるように取り組んできます。法人で様々な職種がいるため、気軽に相談でき、解決できるようにしています。		

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
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	入居時に「私の暮らし方シート」「生活史シート」を記入してもらい、なじみの場所(故郷、墓参り)や人とのつながりを維持できるように出来る範囲で実施しています。		
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	協力医の他に、皮膚科や眼科、精神科等専門医は家族と相談しながら希望の医療機関を受診しています。家族が受診に行くときには伝達用紙を作成し日頃の状況を伝えやすいように工夫しています。		
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5日看護師勤務、不在時は法人内の看護師に相談ができます。介護職は「いつもと違う」状況を看護師へ報告し、家族や主治医へ連絡をしています。介護職が状況を的確に判断できる教育に力を入れています。		
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。	家族とも相談しながら病院関係者、本体の理学療法士、介護士、看護師、管理者で入退院時の連携をしています。的確なサービスの導入ができるよう回復の状況等の情報の交換をおこなっています。		
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	入居時に看取りに関する指針、事前指定書を用いて終末期に対する意思確認を行っています。重度化に至る過程で、再度の意思確認や要望を聞き、自分たちができることや不安なことなど法人内での連携して対応できるように努めています。		
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	急変や事故後には看護師や管理者と個別で全職員に対応の振り返りや、自分だったらとケース検討ととらえてシュミレーションを毎回行っており、初動の対応や家族や医療機関への連絡などの実践力を養っています。		
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	災害に備えた対応手順(BCP)はあるため、毎月の災害委員会で実践的な取り組みを行い、職員への周知を徹底しています。地域との協力体制がコロナ禍により進んでいないことが課題です。		

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
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	せんねん村プライバシー保護マニュアルに準じ、情報の取り扱いや羞恥心に配慮、丁寧な言葉遣いは丁寧なケアになることを基本としてケアに努めています。		
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	利用者の様子、行動から、そばに寄り添い、目を合わせ、希望を聞くことを心がけて、意向を読み取るようにしています。		
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	起床時間や午後の過ごし方など、その日、その時の気持ちを尊重し、一人一人のペースに合わせた過ごし方ができるようにしています。		
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	起床時には本人と服を選ぶようにしています。洗面所や居室で身だしなみを整えて1日が始まるようにしています。		
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	各ユニットごとに毎日利用者と献立を考えて買い物に行き、3食手作りをしています。コロナ渦で利用者は買い物に行かなくなったが、調理や片付けなどでもできる力を引き出し、一緒に行っています。		
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	一人一人の状態により、主治医に高カロリー補助食品を出してもらい、嚥下の状態を言語聴覚士にみてもらい、献立バランスは管理栄養士に指導してもらいなど、系列法人の他職種に相談して対応をしています。		
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	毎食後の口腔ケアは欠かさずに行っています。歯科衛生士に月1回状態を確認してもらい、ケアのアドバイスを受けています。状況に応じて歯科受診へとつなげています。		

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
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	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、生活リズムや動作のついでにといったさりげないトイレの案内につとめています。排泄用品はどの時間帯にどの用品が必要か、状況に応じて使い分けています。		
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	便秘予防には運動や食事内容、水分、乳酸菌飲料等提供し、薬に頼らない自然排便に努めています。		
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	曜日を設けず、本人に意向を確認して入浴の案内をしています。入浴を拒む方には、孫の動画や家族からのコメントなどを用いたり、季節のゆず湯など、入浴が楽しめ安心しできるような工夫をしています。		
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	日中にできるだけ体を動かす活動や適度な昼寝もとりいれ、生活リズムを整えています。夜間寝つけない方には、リビングで職員と一緒に過ごたり温かい飲み物を提供するなどして不安の解消に努めています。		
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	一人ひとり服用している薬の内容を把握するためにファイルにし、随時処方たびに更新しています。訪問診療時には介護職員も薬の効能を確認しながら服薬支援をしています。		
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	「生活史」や「暮らし方シート」を参考に一人一人が興味があることを話題にしたり、力の発揮ができる場面を提供しています。		
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	コロナ渦により外出の機会が減少したが、近隣への散歩やホーム内の菜園やテラスを利用して屋外での活動に努めています。地域の床屋さんには継続して利用しています。		

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
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	コロナ渦により職員のみでの買い物に変更になったが、お小遣いで購入した商品を説明し、台帳に本人のサインを記入する際にお金の確認をしていただいています。		
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	オンライン面会を用いて顔をみて気軽に話せるようになり気軽にやり取りができています。毎月の個別のお便りに本人からのコメントを掲載したり年賀状など季節のはがきなどを出しています。		
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	リビングや食堂の間の仕切りのガラス扉は音や光の強弱、居者同士の関係性を考慮しながら適宜レイアウトできるように工夫しています。開放的な窓から見えるテラスから見える景色から季節感を感じられるよう工夫をしています。		
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	それぞれが思い思いの場でくつろぐことができるよう、間仕切りやソファ、椅子、廊下のベンチなどを配置しています。利用者同志の関係性に考慮しつつ適宜案内をしています。		
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	入居時に馴染みの家具や装飾品の持参の意義を説明し持参して頂いています。入居後に作成した小物や写真を居室飾ったりと本人と相談しながら居心地のよい居室を作っています。		
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	居室の場所がわからない方には居室入口に表示をしたり、矢印での案内をしています。手すりはトイレ以外、あえて設けておらず、壁や家具をつたって歩けるような導線を随時検討しています。		