

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	1291000147		
法人名	企業組合 房州の家		
事業所名	グループホーム 古茂口の家		
所在地	千葉県館山市古茂口68番地		
自己評価作成日	平成29年11月21日	評価結果市町村受理日	平成30年2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	http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ACOBA		
所在地	千葉県我孫子市本町3-7-10		
訪問調査日	平成29年12月7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>地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護事業所として力を入れている事を、以下に示す。</p> <p>1.認知症ケアの継続を地域社会で展開するために、地域の一員として行事や共同作業に参加する。</p> <p>2.認知症ケアの専門職として知識・経験の習得に努め、自己研鑽に励む職員を支援する。</p> <p>3.認知症の正しい理解と地域ぐるみで認知症高齢者を支える事の必要性を訴える啓蒙活動を実施する。</p> <p>4.上記啓蒙活動を実施する運動として</p> <p>①小学3年生への出前講座開催 ②認知症メモリーウォークの開催・企画 を行う。</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>点在する集落は古くからの住民が多く、高齢化率43.6%という地区にあるホームは「地域との繋がりを大切にす家」を目指している。認知症サポーター養成講座の開催、清掃活動、地元の祭礼見学、ホーム納涼祭への近隣住民の招待などでの交流に取り組んできた。その結果は、ホーム運営に理解のある住民も増え、運営推進会議への6名の地域委員の毎回参加、来訪のボランティアの増加など、認知症ケアの啓蒙拠点の役割も果たしている。当ホームはデイサービスも併設し、本年4月で開設3周年を迎えたが、施設長は、介護の品質の更なる充実を目指し、若手職員の育成とレベルアップを指導している。最近では高齢者障がい者施設も計画する等、地域福祉の推進に取り組んでいる。</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		事業所で記入 ↓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)
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)
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)
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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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
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	理念共有の場として、管理者会議や全体会議、社内研修等で管理者が直接職員に伝えている。	「すべての人々と共に生き、生きる喜びに共感する」理念を掲げ、パンフレット等にも記載されている。ホーム会議で施設長が話したり、日常の支援の中で職員間で話し合い、介護に反映されてるか等を確認している。	
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	散歩時の挨拶、納涼祭、運営推進会議、地域の清掃活動・地域の祭礼等に参加し、交流の場を設けている。	当ホームは「地域との繋がりを大切にする家」を目指している。地域行事や清掃活動、祭りなどに積極的に参加し交流を図っている。納涼祭に住民も誘ったり、認知症サポーター養成講座等啓発活動の実施により地域住民のホームへの理解を深めており、ボランティアの来訪も多い。	
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	ハッピーサロンや近隣の小学校の子供たちに向けた勉強会を続けている。		
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	2ヶ月に1回開催し、入所状況、行事等を報告し、施設の様子を知っていただき、意見をもらっている。また、地域内のお知らせもその際に教えていただいている。	市高齢者福祉課、地域包括支援センター、6人の地域委員の参加を得て、デイサービスと共同して年6回の開催である。利用・活動状況、行事、研修、地域交流、看取り等を説明し、課題について意見を伺っている。毎回の議事録が、大変わかりやすく纏められており、ホームの地域福祉推進への思いが理解できる。	
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	運営推進会議に市の職員および、地域包括支援センターの職員に毎回出席していただいている。	上記(3)に記載の市関係者には毎回運営推進会議に参加頂き、ホームの活動に理解いただいている。懸案事項があればすぐに市と相談し、市からの要請で高齢者の緊急一時保護施設的な場所を提供するなど協力関係がある。	
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	安全上の事も考え、夜間は玄関・門扉を閉めている。他の時間帯は自由に出入りができるようにしている。	身体だけでなく、言葉での拘束(スピーチロック)も重要問題として、必要な都度話し合い、指導することもある。施設長は職員の意識と知識を高めることが重要として、年間研修計画を立て、内部研修以外に県の身体拘束廃止研修を4名受講予定である。	
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	千葉県研修や、市の勉強会等に参加し、研修結果を全体会議で発表している。		

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	千葉県権利擁護の研修に順番に参加している。		
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	契約の締結時の説明と、改定等の際は家族会での報告や、文書の送付にて説明を行っている。		
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	家族会やケースカンファレンス時に家族が参加していただき、サービスの向上を目指している。面会の際には、入所者様の日々の様子をお知らせしている。	古茂口便りや、家族向け手紙、家族によってはメールで情報を提供している。家族の住まいは市内6割、関東圏4割で、来訪頻度にはばらつきがあるので来訪時や年3～4回の家族会で積極的に話しかけ状況報告の他、要望を伺っている。緊急時は電話で確認している。	今年度の家族アンケートの回収率が減少した。来訪頻度の少ない方もいる中での貴重な家族意見を伺うアンケートでもあり、回収率の向上をご検討頂きたい。
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	毎月全体会議を行い、意見を聞いている。また、職員と管理者の面談も、適宜行っている。	施設長はホーム運営の向上には、職員の育成によるレベルアップが重要と考えて、職員と話し合う機会を増やしている。職員・パート対象の施設長面談を実施し、意見や提案を聞き、毎月開催の管理者会議(施設長・管理者・ケアマネ・事務参加)で検討し、運営に反映している。	
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	同上		
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	認知症実践者研修や、初任者研修、吸引研修等への参加支援を行っている。また、職員に資格取得の希望をとり、支援の体制をとっている。		
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	研修や勉強会のお知らせを常に発信している。研修に積極的に参加できるように、支援している。		

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	入所時のアセスメントと、生活支援計画にて3ヶ月ごと、又は、状態の変化が起きた時にモニタリングを実施している。	
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	アセスメントの際や、面会や家族会の時、ケースカンファの際などに話をする場を設けている。	
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	アセスメントに基づくニーズを把握しサービスを実施している。3ヶ月ごとのケースカンファに家族や本人のニーズに耳を傾け、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	入所者様個々が出来る事を行っていただいている。	
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	毎月、日々の生活の様子を手紙にて送っている。また、家族に連絡する時や、面会時に日々の様子をお知らせしている。	
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	友人や知人の面会、馴染みの場所への外出を行っている。	馴染みの床屋に行ったり、思い出の場所を外出時のドライブコースに組み入れたりしている。また、家族や知人への電話連絡を取り持つなど、本人の思いを大事にして継続的な関係が維持できるよう努めている。
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	入所者様同士の相性も考えあわせ、時には職員が会話の間に入るなどして支援している。	

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	他施設へ移られた方への面会や、亡くなられた入所者様のご家族へのフォローを行っている。		
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	日頃生活の中での困った事などの意見を聞き、改善方法を生活支援計画に組み込んでいる。	生活歴や日ごろの支援で得た情報を職員で共有し介護に活かしている。言葉による意思の表出が困難な利用者には表情や仕草で推測したり、家族の来訪時や電話で家族を通して情報を把握している。	
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	入所時、面会時に家族から生活歴や、今までの生活の仕方、好きなもの等、ヒアリングをしている。		
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	バイタルチェック、排泄表等で健康観察を毎日行っている。申し送りで日々の過ごし方について、把握している。		
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	ケースカンファレンスを開き、職員・家族の意見を聞き、生活支援計画を作成している。	担当者およびフロアスタッフ全員が日々のやりとりや定期的なモニタリングで、またカンファレンスは家族に参加を呼びかけて、本人や家族の意向を把握して介護計画に反映できるように努めている。	
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	日々の記録、業務日誌内の特記事項・引き継ぎ事項欄を活用し、情報を共有している。また、日々の申し送りでも情報を共有している。		
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	夕方不穏になる入居者には、デイサービスの送迎時に同乗し、ドライブに出たりしている。通院などの家族対応が難しい時は、職員が対応し通院の付き添いを行っている。		

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	地域の方、家族の方のボランティアの協力を得て、行事を盛り上げていただいている。		
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	在宅の頃からのかかりつけ医がいる方は、引き続き受診して頂いている。受診時には日頃の様子ができるように、受診記録を作成している。	入居契約時に受診医療機関を選択してもらっている。入居前からのかかりつけ医の受診の際は、家族同行を基本とし「受診記録」を携帯させ、よりきめ細かい情報伝達ができるよう支援している。他に訪問歯科・訪問看護が利用可能である。	
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	週に一回の訪問看護来所の際、相談・アドバイスをいただいている。その他、日常とは異なった事が起きた場合も、その都度相談をしている。また、看護職員にも報告・相談をおこなっている。		
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。	入院中は本人の現状や治療について、面会時に担当看護師に聞いている。退院時はケースワーカーや病院関係者と連絡をとり、退院に向けた話し合いを行っている。		
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	家族にはアンケートにより、あらかじめ意見を聞いている。事業所の方針は、家族会などで説明を行っている。	ホームは「支援の最終目標として看取りまで」を目指し、すでに4件の看取りを経験している。終末期には看取り計画書に基づき本人や家族の意向に沿えるように努めている。チーム全体で関わることで、看取り後のスタッフの心理的負担軽減にもつながっている。	
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	普通救命講習を行っている。		
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、避難訓練を行っている。地震・火災・水害を想定し、実施している。今年は、初めて、夜間想定避難訓練を実施した。	年1回の消防署の立ち合いのほかに自主的な避難訓練も行っている。また、地域の消防団や近所の住民からの協力体制も整備されつつある。敷地内に防災倉庫が設置され、おむつや水、食料など必要な物資の備蓄がされている。	

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	職員一人一人が心掛けている。また、不適切な場面があれば、その都度管理者が注意を行う。	名前を呼ぶ時や声かけする場合にも丁寧な言葉遣いに努めている。支援が必要な時は、さりげない言葉かけや自己決定しやすい言葉かけで、利用者の気持ちやプライドを尊重した対応を心掛けている。
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	選択が可能な方には、なるべくご自分で選択していただいている。	
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か、希望にそって支援している	出来る限り、本人のペースで生活をしていただいている。	
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	月1回理容師による理髪を実施している。好みの髪型の要望に応じていただいている。	
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	梅干しやふりかけ等を活用し、食事が楽しみなものになるよう、支援している。出来る方には、テーブル拭きや食器の片づけを手伝っていただいている。	専任の調理師2名を配し、近所でとれた野菜などを使った季節ごとのメニューを工夫している。また、おせちやそうめん流しといった行事メニューや外食を企画したり、日常的に職員も一緒に食事をする事で、楽しく食事ができる雰囲気を作っている。
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	身体管理表にて、1日の水分量や食事量を記入し、摂取量の少ない方には、本人の好きな果物、ジュース等を活用し、摂取を促している。	
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	毎食前に口腔体操を実施している。食後は歯磨きやうがいを行っている。	

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	訴えの無い方には、時間でのトイレ誘導等、排泄介助を支援している。排泄表を活用し、排泄パターンの把握をしている。	日中はリハパン、夜間はおむつの利用者が多い。食事や水分補給の前にトイレに誘導したり、排泄表で声掛けするなど、自尊心に配慮しながらできるだけトイレで排泄できるよう支援している。	
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	水分摂取を促したり、朝食にオリゴ糖入りの牛乳を提供している。レクにて体操を行い、自然排便を促している。それでも出ない方には、服薬でのコントロールを行っている。		
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	週2回の入浴日以外も、本人希望時に入浴を行っている。午後からの入浴を希望される方にも、対応している。	併設のデイサービスの浴室(個浴)で、決まった日または本人の希望に沿って入浴を行っている。脱衣場はヒートショック対応もなされており、安全な入浴環境の整備に努めている。	
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	眠そうな時や疲れているような時は、デイルームのソファや自室にて、休息がとれるように促している。		
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	職員が服薬管理し、誤薬や未服薬が無いように支援している。服薬内容が変更になった際には、その都度職員に伝えている。		
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	週3回、デイサービスでのレクにグループホームの方も参加し、体操や、ボール遊び、手作業等を一緒に行い、楽しみや気分転換の機会になっている。		
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	行事やドライブを企画し、実施している。希望したその日に外出は難しいが、希望を反映できるように計画を組んでいる。	この1年で全体的に介護度が高くなり、日常的な外出頻度は昨年度より減少した。その中で、敷地周辺の短距離の散歩や、デイサービスの車を利用した馴染みの場所へのドライブで、気分転換を図るように工夫している。地元の祭礼や八幡神社への初詣、那古寺への花見などへも出かけている。	

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	お金を自由に使うことは、管理上難しい。外出の際や、希望があれば、預り金にて好きな物を購入することが出来る。		
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	本人の希望時にその都度対応している。また、携帯電話を個人で持っている方は、自由に使用している。		
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	施設の壁等を利用して、季節感のある装飾を行っている。	デイサービスが併設され、デイサービス利用者とホーム入居者が自由に行き来できる環境で、お互い顔馴染みの関係もできている。居間は大きなテーブルを中心に置き、落ち着いた家具を配して利用者が思い思いの場所でゆったり過ごせるよう工夫されている。	
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	ソファや、日当たりの良い廊下奥で休むことが、いつでもできる。		
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	なるべく自宅で使用していたものや、家族の写真などを持ってきて頂いている。	居室には大型のクローゼットがあり、職員が季節や状況に応じて布団や衣類なども、こまめに対応し、利用者が快適に落ち着いて暮らせるよう工夫している。中には季節ごとに布団や衣類を入れ替え、家で保存するために持ち帰る家族もいる。	
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	ダイルームや居室の行き来は自由に出来る。廊下や階段・トイレ等には、手すりが設置されている。		