

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	1292600630		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム八千代大和田新田		
所在地	〒276-0046千葉県八千代市大和田新田487-7		
自己評価作成日	令和8年1月27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	https://mcs-ainoie.com/search/chiba/yachiyoshi/gh336/
----------	---

【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NPO共生
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15
訪問調査日	令和8年2月13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)】

入居者様のケアに関して、当たり前のことではあるが、特に自立支援を意識し、過度のケアに当たらないように、できることは皆様に積極的にお手伝い頂き、自立支援の徹底に努めている。

【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)】

特徴ある事業所像を目指して、“利用者の嗜好に関する情報収集”をしているところであり、「好きなこと」や「嫌いなこと」を知るための会話のきっかけ作りにもなり、また、本人の馴染みの把握やお手伝いいただける作業の把握などの取り組みにもなっている。入居に伴う引っ越しを手伝ったり、利用者の体調変化をすぐに家族に連絡したり、入居者が喜ぶ各種イベントを頻繁に開催するなど、利用者の寄り添ったきめ細かな対応を実施している。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・ご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、取り組み方針を共有するようにしている。

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、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
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	常に目に入る場所に掲示し、共有している。	2025年7月にオープンしたばかりなので、事業所理念はまだできていない。理念の実像となる特徴ある事業所像を目指して、利用者の嗜好の情報収集をしており、お手伝いいただける作業などの把握の取り組みにもなっている。	オープンして半年以上が経過したことから、施設長の哲学を織り込んだような「事業所理念」の作成を期待したい。
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	外食レクや散歩の際などを通じて、交流を図っている。	前の施設時代には、地主が主催する餅つき大会への参加をしていたが、コロナもあって今は途絶えている。運営推進会議で、地元のメンバーから有益なアドバイスをもらっており、地元密着の良い検討材料になっている。近くの保育園とは、園児の散歩のついでに、立ち寄ってもらう関係ができています。	地域のつながりとして、自治会(町内会)や、運営推進会議のメンバーになる地元の民生員との関係を期待したい。
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	実践できていない		
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	運営推進会議における意見や提案に関しては実践し、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議が2ヶ月に1回行われ、議事録も作成している。運営推進会議には、ご家族のみならず、介護相談員、地域包括支援センターの方が参加している。会議が“報告の場”で終わらず、“改善が生まれる場”になるように取り組んでいる。	
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	八千代市長寿支援課へは運営推進会議議事録を提出し、必要に応じて協力を仰いでいる。	八千代市長寿支援課に法令上の解釈などの相談をしている。八千代市には各施設の運営推進会議に相互参加できる、市内の「グループホーム部会」があり、来期からの参加を予定している。運営推進会議には、地元の介護相談員が参加していて、地元での連携についてのアドバイスをもらっている。	
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「介護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	身体拘束をしないケアには取り組んでいるが、玄関の施錠の開放には至っていない	不適切なケアのチェックシートでのチェックと身体拘束廃止委員会及び研修会を3か月毎に実施している。今のところ目立ったチェックシートでの問題はないが、グレーゾーンなどへの理解を深めていくこととしている。玄関の施錠は裁判の判例もあり、継続実施してゆくことにしている。	

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
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	定期的に研修やアンケートを実施し防止につとめている。		
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	パンフレットなどを設置し周知している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	実践している。		
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	投書箱を設置し、要望や意見を表せる体制を整えている。	地域密着の介護サービスらしく、融通を利かした支援をしている点がご家族からも高く評価いただいている。また運営推進会議でも、利用者やご家族の意見・要望をすぐに議題として挙げて、その対応が真摯に話し合われている。	
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	定期的に面接をして、意見や提案を聞いている。	半年に1度の職員との個人面談が実施されている。普段の会話から、「言いたいことが遠慮している不満や要望」を忌憚なく聞き出す、日々のコミュニケーションができるように努力しており、施設長への話しやすい雰囲気づくりへの取り組みもなされている。	
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	職場環境や条件の整備に努めている。		
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	オンライン研修等も含めて推奨している。		

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
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	実践できていない。		
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	アセスメントの段階で意識的に情報を収集している。		
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	実践できている。		
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	相談段階で、グループホーム以外の適応である場合は、具体的なサービスを提示し検討いただいている。		
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	スタッフへは過度なケアはせずに、できなくなってしまった箇所をお手伝いさせていただき自立支援を意識するよう指導している。		
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	入居者様の状態の変化や要望に関して、ご家族様へも常に共有しながら、スタッフから提案したり、ご家族様の判断を仰ぐなど密接な関係を意識している。		
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	なじみの方の面会なども推奨している。	利用者の嗜好の情報収集をしている途中であり、その中で、“馴染み”に関する情報収集もすることになっている。馴染みの方の面会では事前に家族の方から情報をいただくようにしている。回転ずしやファミレスなどの、“馴染みの食事場所”にも行けるように、きめ細かく要望を取って取り組んでいる。	
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	入居者様の関係性を常に把握し、食事の際の座席の変更等、円滑な関係性を図れるように努めている。		

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
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	退去されたご家族から、介護を必要とする身内の方の相談を受けるなど、関係性を構築できている。		
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	好きだったこと。できること。やりたいことを意識して、レクリエーション等に反映させている。	入居時にケアマネージャーが過去の経歴や趣味を丁寧に聞き取り、関係づくりの材料として活用している。専業主婦であった利用者には食事や洗濯物の手伝いを依頼し、職員が感謝を伝えることで存在価値を実感できる環境づくりに努めている。	
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	個人個人の生活歴を尊重し対応している。		
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	常に心身の状態を観察し、自立支援を意識し、個人個人のできることを把握し、日常生活に活かせるよう努めている。		
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	本人、家族、スタッフと課題を共有し、それぞれの意見を反映した介護計画書を作成している。	日常の変化を職員が記録しケアマネージャーが読み取る体制を整え、月1回の担当者会議ではモニタリング表を用いてケアプランの見直しに繋げている。ケアの見直しは3か月ごとに行われており、排泄ケアではリハビリパンツからマジックテープ式パッドへの切替など具体的改善が図られている。	
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	日常記録において、日々の変化を共有し、介護計画作成に活かしている。		
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	実践できていない。		

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
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	本人やご家族様の要望等、必要に応じて地域の訪問マッサージ等を活用している。また、散歩の際にコンビニ等に立ち寄り、嗜好品を購入したりしている。		
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	実践できている。	ホームでの一元管理と24時間体制の観点から入居前のかかりつけ医から提携医への切替を進めているが、リウマチのある利用者は家族が従来の医療機関へ通院している。訪問看護師が週1回健康チェックを行い、主治医・訪問看護・ホームの連携により24時間支援体制が整っている。	
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	週1回の訪問看護の提供時に個々の入居者様の情報を提供し、その情報に基づき対応していただいている。		
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。	入院時には、定期的にMSWと連絡を取り合い、状況の把握と早期退院に努めている。		
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、事業所の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	入居契約時に常に書面にて説明し共有している。	入居時に重度化時の対応指針と看取り介護指針を家族に説明し、理解を得ている。重度化の判断は、食事量の低下を一つの契機として捉えている。主治医の特別指示書に基づき訪問看護師が入り看取り体制に移行した実績があり、連携による支援体制が整っている。	
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	急変時の対応に関しては、会議などの場で書面を読み合わせるなどして、確認している。		
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	定期的な訓練は実施しているが、地域とお協力体制は構築できていない。	11月に日中の火災を想定した自主訓練を実施し、中庭を避難先として消火訓練に参加した。3月には消防署立会いの夜間想定訓練を予定している。BCPはマニュアルが整備されており、今後は想定訓練の実施を進めていく方針である。	

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
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	実践に努めている。	排泄場面での声掛けや扉の開放などプライバシー配慮に課題があるとの意見が会議で共有され、改善の必要性が認識されている。職員は排泄に限らず利用者の側に寄り添った姿勢で関わる意識の見直しを進めており、尊重を基盤とした支援体制づくりに取り組んでいる。	
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	利用者様のしたいこと等を意識して、外食レクなどの実践につなげている。		
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	入居者様のその日の状況に応じて、臨機応変に対応するよう心掛けている。		
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	毎日の更衣の際や入浴の際などに、着替える衣服は入居者様の意思を尊重している。		
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	自立支援を意識し、できる方には盛り付けや食器洗い等に積極的に参加頂いている。	食事の手伝いを依頼することは、自立支援の観点から本人の能力維持を図るためである。料理は業者から食材を仕入れ、湯煎方式で提供している。通常食に加え、バイキング形式やレクリエーションを兼ねた外食を行い、回転ずしや市内の洋食店、仕出し弁当など多様な楽しみを提供している。	
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	嚥下の状態に応じて形態を変更したり、個人個人の水分量などを把握し、足りない方には、声掛けにより少しでも摂取いただけるように意識している。		
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	毎食後に実践し、必要に応じて介助している。		

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むけた支援を行っている	定期的な声掛けやによるトイレでの排泄や、リハビリパンツから布パンツへの変更等、排泄の失敗を減少し、おむつの使用を減らすよう努めている。	失禁後の交換に頼るのではなく、失敗を防ぐため事前の声掛けを行っている。タブレット入力での排泄管理表を基に変化を把握し、適切なトイレ誘導に結びつけている。こまめな自立支援の積み重ねにより失敗が減少し、おむつ使用量の低下にも繋がっている。	
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	水分量、運動等を意識し、状況に応じて腸の動きを活発にするためにお腹を温める等の対応を実践している。		
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	1ユニット1日3名程度の入浴に限定し、ゆっくり入浴頂くよう努めている。個々の入浴日は前もって予定しているが、当日の入居者様の状態やお気持ちにより柔軟に変更できるように努めている。	入浴は午前中に一日3名程度で実施し、一人あたり45分を確保してゆっくり入浴できるようにしている。職員は入浴中のコミュニケーションを重視している。浴場は庭を望む和風の構造で、入浴前のバイタル確認、入浴中の見守り、入浴後の水分補給に十分配慮している。	
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	安心して眠れるよう努めている。		
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	往診医、薬局からの指示に基づき、情報を共有し、服薬の支援と症状の変化の早期発見に努めている。		
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	個々の趣味や好きな食べ物、場所、芸能人、歌等を把握し、コミュニケーションやレクリエーションの実践に活かしている。		
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。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	日常的に散歩は実践している。また、定期的に外食等のレクを実践したり、ご家族様との外出や外泊は推奨している。	ホーム周辺で10分程度の散歩を行い、寒い冬は駐車場や館内周遊にとどめている。車いす利用で外出が難しい人も、雪だるまを見たいという希望に応え外気に触れる機会を設けたこともある。市内のバラ園や公園へのドライブや家族による外食支援など多様な外出が実施されている。	

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
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	レクリエーションの一環として、入居者様と一緒に買い物などの出かけた際に、お金を渡して入居者様にお支払い頂く等の取り組みはしている。		
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	携帯電話を利用される方がいたり、ご家族様へ連絡を希望される方は、実行している。		
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	掲示物等で季節感などを感じていただけるよう努めている。また、温度や湿度に関しては常に意識している。	季節感を大切にし、ひな壇の設置や折り紙作品の掲示など季節行事の装飾を行っている。リビングで過ごす時間が長いため、職員は会話の中で月日を思い起こせる工夫をしている。さらにテラスに出て外気に触れる機会を設け、季節を感じられる環境づくりに努めている。	
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	座席の配置などに配慮している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	少しでも安心頂けるように、ご家庭で慣れ親しんで物をお持ちいただくようお願いしている。	入居直後は落ち着かない日が続くが、家庭で使っていた物を持ち込んでもらうことで不穏を軽減し安心して過ごせるよう配慮している。持ち込み品にはタンスや小物、位牌など馴染みの物が見られる。転倒しやすい人にはセンサーマットを使用し、介護用ベッドは低床に設定して安全に留意している。	
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	居室の表札やトイレの表記など、入居者様にご理解いただけるように努めている。		