

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	2170102277		
法人名	特定非営利活動法人さわやか福祉ネットワークぎふ		
事業所名	グループホーム千寿庵万葉		
所在地	岐阜市神室町3丁目1番地1		
自己評価作成日	令和7年7月21日	評価結果市町村受理日	令和7年9月10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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/21/index_nhp?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JieyosyoCd=2170102277-00&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 ぎふ福祉サービス利用者センター びーすけっと		
所在地	岐阜県各務原市三井北町3丁目7番地 尾関ビル		
訪問調査日	令和7年8月8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>家庭的な雰囲気の中、利用者、家族様に安心していただける介護の提供を心懸けています。毎日の生活の中で利用者様の希望に沿った介護を提供しています。</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>事業所は、交通の便が良い市の中心部にあり、家族も訪問しやすい。周辺住民とは、向こう三軒両隣の関係が築かれており、協力を得ながら運営している。車で、図書館や大型商業施設への外出は、利用者の楽しみになっている。職員は、利用者がホームでの暮らしを家庭生活の延長と思えるよう支えながら、楽しめるよう支援している。長く勤めていた職員の息子が事業所に入職するなど、職員が退職する際には、次の人を紹介する事も多い。代表の方針は、利用者が生きがいのある生活を送れるよう、エステを楽しむ機会や様々な行事を行い、職員と共に過ごしなが、明るい笑顔が見られるよう支援している。</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
43	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:15)	○ 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	50	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:8,9)	○ 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
44	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:14,27)	○ 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	51	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)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
45	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:27)	○ 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	52	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の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:3)	○ 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
46	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:25,26)	○ 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	53	職員は、活き活きと働いている (参考項目:10,11)	○ 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
47	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:36)	○ 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	54	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
48	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:20)	○ 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	55	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. ほとんどいない
49	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:18)	○ 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踏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	利用者に対して良好なコミュニケーションが図れるように、また職員同士のコミュニケーションのために月に1度ミーティングで話し合う機会を設けています。	利用者の笑顔、楽しみ、生きがいのある生活の継続を目標に「出会い・ふれあい・学び合い」を理念に掲げている。利用者が慣れ親しんだ地域で、住民とふれあえる関係を継続できるように、職員同士もコミュニケーションを図りながら、利用者支援に取り組んでいる。	
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	近隣での買い物やあいさつを通じて顔なじみの関係性をきずいています。資源ごみの当番担当を受け持ち交流しています。自治会会合等に参加しています。	町の一軒家的なつながりから、地域の清掃活動、ごみ処理、行事などに参加をしている。地域の一員として、事務長が自治体の役を担いながら、地域の協力を得られるよう取り組み、運営を行なっている。	
3	(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	利用者の状況報告をして意見をいただきます。近隣の方にも参加を促し協力いただいています。家族の方にも参加を促しています。	運営推進会議には自治会長、民生委員、地域代表、家族、行政等、多くの参加者が意見交換している。参加者自身も、いつか世話になる時が来るという思いから、意見交換も盛んである。行事報告・ヒヤリハット、利用者の状態なども報告している。	
4	(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	利用者の状況報告、介護保険制度の相談や情報提供等協力していただいています。	日常的に行政とは連携を密にし、介護保険制度の動向、利用者の現状について相談したり、意見交換を行いながら、助言や指導を得ている。運営推進会議の際にも、最新情報を得ることが出来ている。	
5	(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	身体拘束排除の指針を作成してミーティングで情報共有しています。年に2回身体拘束の有無について振り返りを行います。	身体拘束が必要な利用者はいないが、強く外出を希望する利用者もあり、寄り添いながらのケアを実践している。身体拘束廃止委員会や学習会を定期的に行い、身体拘束の弊害について、事例を挙げて話し合っている。	身体拘束廃止に向けた委員会や学習会等を開催しているが、参加できない職員への対応記録等が不十分である。今後は、全職員が拘束廃止に向けて、ケアの実践を徹底できる方法を工夫し、取り組まれることを期待する。
6	(6)	○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	虐待防止の指針を作成して周知しています。年2回チェックリストを活用する等虐待防止研修を行います。	虐待防止のための対策、検討委員会を開催している。虐待防止指針に基づいて、外部・内部で学習会を行なっている。虐待防止法についても研修で学び、内容を全職員に周知徹底している。利用者の心身の状態を職員間で共有し、確認を行っている。	

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
7		○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	社協の自立支援制度利用者0名、後見制度2名利用されています。施設では預り金以外の金銭管理をしないようにしています。		
8		○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	面談の中で本人、家族の要望を尋ねホームができる事できない事を伝え、リスクについての説明も行います。		
9	(7)	○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	ケアプラン更新時に要望書を送り希望が無いかを確認します。オンライン面会を希望者には実施して要望がないかの確認をします。毎月状況報告を行います。	些細なことも、LINEや電話で家族に報告しており、家族アンケートにも、感謝の言葉が書かれている。ケアマネジャーも個別に状態を報告し、詳細な介護プランで改善につなげている。管理者は、家族の面会時にゆとりを持って意見交換をするなど、サービス向上に活かしている。	
10	(8)	○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	月に1度のミーティングを通じて情報を共有して意見や提案があれば話し合える機会を設けています。年2回代表と話す機会を設けています。	勤続年数が長く、利用者全てを理解する職員も多い。職員全体で、一人ひとりの利用者を支援する関係性が出来ている。気が付いたことは速やかに管理者に提案し、改善に繋げるなど、職員それぞれが、責任感を持って取り組んでいる。	
11	(9)	○就業環境の整備 代表者は、管理者及び職員個々の努力や実績、勤務状況を把握するとともに、職員が向上心を持って働けるよう、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境や就業条件の整備に努めている	要望を聞く機会を設けて個々に対応しています。キャリアパス制度の活用。資格取得支援を行っています。残業が無いように業務分担をして取り組みます。	職員同士が互いに支え合っており、希望休も取得しやすく、無理なく働ける環境である。事業所は、ワーク・ライフ・バランスに配慮しながら、資格取得を支援し学んだ内容は職員間で共有している。勤続年数の長い職員が多い。	
12	(10)	○職員を育てる取組み 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	外部研修や資格取得などの積極的な参加を促し、希望に沿って研修費の支援や有給制度の利用を活用しています。	管理者は、利用者への新鮮な支援体制の構築を常に考え、外部研修や学習会を重ねながら、全職員のモチベーションを高めている。研修受講を希望する職員には、環境を整え、研修費の支援を行っている。	

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
13		○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づくり、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組みをしている	グループホーム協議会のメンバーとの情報交換や、居宅ケアマネからの見学等に応じています。月に1度包括主催の研修に参加します。		
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
14		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	個別に利用者の話に耳を傾け、スキンシップなど状況に合わせて対応しています。利用者間にトラブルがないように調整を図ります。		
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					
15	(11)	○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	個別に食事や外出の希望を尋ね対応しています。本人の意思表示が難しい場合は家族からの要望を聞き対応しています。	個別ケアの際に思いや意向を把握し、希望が叶えられるよう努めている。意思表示が困難な利用者には表情や仕草を観察したり、家族の協力を得て意向を把握するよう努めている。利用者の笑顔が職員の喜びであり、事業所全体で話し合いながら、実践につなげている。	
16	(12)	○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	ケアマネ、スタッフが家族の意見を参考に話し合いをしています。訪問看護での看護師の助言を参考にします。	家族の訪問時や運営推進会議の際に利用者の状態について話し合っている。ケアマネジャーは、家族や職員の意見も参考に、日常の支援体制を検討しながら、医師や訪問看護師の助言を得て、現状に即した介護計画を作成している。	
17	(13)	○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	毎日の個人記録を参考に改善点をミーティングで話し合い、介護計画の見直しに活かしています。	利用者の状態を、全職員が理解しやすい個別記録となっている。日々の様子に加え、変化時には、詳細を丁寧に記述し、職員間で改善点や支援の成果などを共有しながら、介護計画の見直し時に、活かしている。	
18	(14)	○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	訪問歯科医療、福祉用具レンタル等必要に応じて取り入れています。眼科や皮膚科等専門医療機関への受診支援を行っています。	利用者の状態を把握し、必要に応じて福祉用具レンタルを補強したり、眼科・歯科・皮膚科などの受診支援を行っている。また、利用者の買い物代行や利用者の希望を受け、図書館に出かけるなど、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
19		○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	包括支援センターや病院、近所のお店など交流を図りながら支援しています。柳ヶ瀬商店街への散歩等支援しています。移動スパーの活用。葵劇場の観劇。		
20	(15)	○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し、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	家族の了解を得て定期的に内科嘱託医に往診してもらい訪問看護や訪問歯科を受診しています。整形外科や眼科等外来受診支援を行います。	契約時に、利用者・家族にかかりつけ医の選択について説明している。事業所の協力医について説明し全員が内科嘱託医の往診を受けている。定期的に訪問看護師が訪れ、健康管理を行っている。他科への受診は同行支援を行うなど、医療連携を充実させている。	
21	(16)	○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。又は、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	嘱託医を通じて迅速に対応しています。入院先への情報提供や身の回り品の準備を手伝います。	嘱託医と訪問看護師が連携しながら、職員と共に利用者の健康状態を確認している。入退院手続きや情報提供等は管理者が行っている。家族と連携しながら、身の回り品等の準備を手伝い、本人が安心して医療を受けられるよう支援している。退院時には、受け入れ体制を整えている。	
22	(17)	○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	嘱託医と家族、本人の3者で方針を決めて方針が反映されるように対応します。ホームで出来ることを早期に家族に伝えます。	契約時に、利用者・家族に重度化や終末期について、看取り指針を提示して説明している。ほとんどの家族が看取り希望であり、終末期には、早い段階で再度確認し、嘱託医、家族、職員が方針を共有している。研修で学びながら、看取りを実践している。	
23		○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	急変時には訪問看護に連絡を入れて対応しています。到着までの処置の仕方等については緊急時対応研修等で話し合いをしています。		
24	(18)	○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	避難マニュアルの作成、年2回の避難訓練実施と報告、ミーティングでの話あい等。避難時の飲料水や薬、紙パンツ等備品の確認。家族の連絡先を掲示して緊急時に対応できるようにしています。	避難訓練は夜間想定を含めて年2回実施し、感染症対応等の訓練も行っている。近隣との協力関係も整い、誘導や避難場所の確保など、支援を受けている。備蓄の完備、点検等も定期的に行い、地域の防災訓練など参加しながら、協力体制を構築している。	

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					
25	(19)	○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	利用者に対する声かけや態度に十分配慮して対応の仕方について話し合いをしています。利用者本人の話を否定せず思いに合わせた対応を取るよう取り組んでいます。	プライバシー保護については、毎年の研修課題でもあり、利用者との会話、排泄・入浴支援時は、十分に配慮し支援するよう努めている。利用者1人ひとりの誇りやプライバシーを損ねない声かけと対応を行っている。	
26		○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	顔の表情や、態度、言葉などで何を希望しているか感じ取り話を聞くようにしています。		
27		○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	体調により入浴の方法を変えたり食事のメニューを変えたりして希望に沿った生活をしてもらいます。		
28	(20)	○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	利用者の希望を取り入れ手作りで提供しています。一汁三菜を基本に野菜を多く取り入れています。食事前の消毒や食事の後片付けを手伝っていただきます。栄養士に月に1度訪問していただき助言をいただきます。	栄養士の助言を受け、職員が3食共、手作りの食事を準備し、職員も利用者と同じ食事を食している。同じ食事を摂ることで会話も弾み、利用者の希望を聞きながら、次の希望メニューに繋げるなど、食事を楽しむことができるよう支援している。	
29		○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	1日の食事量や水分量を記録して不足している方には補助的な食品で補っています。		
30	(21)	○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	1人ひとり声かけを行い毎食後口腔ケアをしています。月2回歯科衛生士からのアドバイスを通じて対応して家族に報告しています。	定期的に歯科衛生士が訪問し、職員が口腔ケアの重要性について指導を受け、利用者への支援につなげている。自立を目標に介助し、できない部分は職員が補助している。治療が必要な場合は、家族に連絡し協力を得ている。	

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
31		○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	個々の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行います。早めのトイレ誘導で排泄の自立を支援しています。		
32		○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、個々に応じた入浴の支援をしている	週3回を基本に体調によって柔軟に対応、補助具を活用したり2人介助で対応しています。		
33		○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	体調を配慮した上で運動を交えています。精神的に安心して頂けるように心懸けています。		
34	(22)	○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	薬剤情報の副作用等に気をつけて情報を共有します。体調に変化があれば訪問看護等で相談します。飲み忘れがないか確認します。	服薬管理は管理者が行い、変更時は薬剤師の指導の下、管理者が全職員に周知している。職員が利用者一人を担当して服薬介助を行うとし、安心・安全な服薬支援を行なっている。服薬後の状態変化は、速やかに医療機関に連絡している。	
35	(23)	○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	居間でテレビを見ながらスタッフとおしゃべりをしたり、部屋で過ごされたり一人ひとりに合わせて対応しています。カレンダーを製作してもらおう等壁飾りの工作を手伝ってもらいます。	職員は、利用者が今まで出来ていた手伝いや作業が、日によっては無理な場合もあると理解している。無理強いすることなく、利用者の様子を見ながら、少しでも、生きがいと自信に繋がるよう、感謝の言葉かけをしながら、一緒に作業を行っている。	
36	(24)	○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	オレンジカフェの参加や商店街の散歩等個別支援以外に全体外出として梅、桜の花見、鏡島弘法散歩、マーサ21ショッピング等実施しています。	近隣にあった大手百貨店が閉店となり、異常な暑さもあって、以前のような外出や散歩は難しい。オレンジカフェ、図書館、鏡島弘法など、車で出かけている。年間行事では、梅や桜などの季節の花見に出かけ、岐阜祭りなどを楽しんでいる。	

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
37		○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	利用者の状況に合わせて無理のない支援をしています。事務所金庫管理だけでなく、自分で管理されている人もいます。		
38		○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	手紙やファックスを自由に使ってもらいます。手紙は本人に手渡し、後で確認を取ります。		
39	(25)	○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	トイレは清潔を心懸け、使用した後はチェックしています。居間は花や写真、季節ごとの飾りつけをして、暖かい雰囲気が出せるようにしています。	共用の空間は清潔感がある。2階にはソファが設置された広い休憩室があり、寛ぐ事ができる。利用者と職員の共同作品も掲示している。エステや音楽療法等、様々な行事予定を利用者に分かりやすく掲示し、自宅のような雰囲気を作り出している。	
40		○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	部屋にいたい時とリビングにいたい時と本人の希望を優先させています。		
41		○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	入居時に使い慣れた家具や食器を持ってきてもらうなど本人の希望に沿う形で対応しています。		
42		○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	設備面で手摺や床材などスタッフが相談して対応しています。		