

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	4572100586		
法人名	医療法人社団慶城会		
事業所名	グループホーム仰星台東郷		
所在地	宮崎県日向市東郷町山陰丙1507-2		
自己評価作成日	令和4年10月13日	評価結果市町村受理日	令和5年1月11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/45/index.php?action_kouhyou_pref_topiigvosvo_index=true
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階
訪問調査日	令和4年11月25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)】

自治会に加入し地域とのつながりがあります。台風の際の災害の時も地域の消防団からの協力があり状況確認の電話連絡があり連携がとれています。
行事計画の中で利用者同士・職員とのコミュニケーションを図ることで個々の思いを受け止め安心、安全な生活が送れるように支援しています。
母体が病院であるため医療との連携を図ることができ急変時の対応が迅速にできます。
利用者と家族のつながりを大切に思い、施設での生活状況をお便り写真にして毎月報告しています。

【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)】

母体が病院で緊急時の医療体制があり、連携ができています。天気の良い日は毎日、外気浴や事業所の周囲を散歩しているため、歩けない人が歩けるようになったり、排泄など自立した利用者が多い。誕生日には利用者の好きな料理を提供したり、ホットプレートを使って一緒に焼きそばやホットケーキを料理して食べることを楽しみにしている。避難訓練は消防団や支所の担当者との連携も取れており、備蓄も多くなる。職員は言葉のチェック表やリスクマネジメントで自己評価をし、課題を解決できるように話し合いを行っている。

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 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

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	職員間で話し合い利用者の目線で理念を作成し実践している。	理念は2年ごとに現状に合うように見直しを行い、定例会や申し送りの際に読み合わせをして実践に繋げている。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入しているが、現在は交流が困難なため出来ていない。	コロナ禍で自治会活動がなくなり、交流ができなくなっている。台風での被害があり、支所や消防団、地域の方々から見回り、連絡など頻繁にある。	
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	運営推進会議の構成委員に施設の取り組みを2か月に1回手紙で報告する。		
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	現在は会議を開催することは困難なため手紙や電話などで報告を行っている。	コロナ禍で会議の開催はできないが参加者には現状の報告をしている。以前は自治会の行事計画など情報を聞いたり、推進委員の提案で避難に使用する担架を購入している。	
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	市の担当者に書面と電話での報告、WEB会議の参加や蜜にならないような説明会に参加し意見交換を行っている。	管理者が市主催のWEBで研修に参加したり、日頃から日向市の担当者まで利用者の現状の報告書を持参して協力関係ができています。	
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	定期的に会議を行い職員間の意識向上に努めている。不適切なケアや言葉のチェック表で振り返ることで身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	リスクマネジメント表を利用して自己評価や定例会議で話し合いを行い、玄関の施錠を殆どしないなど拘束をし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	マニュアル作成し職員間で共有している。日々のケアや定例会議で支援方法などの話し合いを行っている。		

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
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	現在、成年後見制度を利用されている方はいない。職員も学ぶ機会がない状態である。		
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	入所時に契約書を基に家族、本人の希望を聞き取り施設でできる支援を説明している。		
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	面会や電話で家族の意見を聞き、利用者の希望を取り入れ書面にて説明を行い、日々の支援に実践している。現在は外部の意見を取り入れる機会がなく施設側から報告のみとなっている。	コロナ禍で家族とは話ができないが利用者の様子を電話や写真入りの現状報告の際に聞いている。利用者からは日頃の言動から読み取れるように努めている。	
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	事務長が1か月に1度来て職員の意見を聞く機会がある。管理者が要望などを聞き取り、理事長に相談し指示を受け対応している。	毎月、事務長が来て職員に声掛けしている。又処遇改善が行われ、環境が良くなり、なんでも話せる雰囲気作りに努めている。	
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	処遇改善手当を取り入れている。就業規則を基に個々の実績、経験年数に応じてベースアップがある。		
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	定例会議でWEB研修会や説明会に参加した情報や内容を報告している。		
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	系列の施設の管理者会議とその都度対応し疑問がある時は連絡し支援方法取り入れている。		

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
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	入所前に本人の希望や思いを聞き取り、生活歴を基にカンファレンスを行い事前に支援方法を話し合う。		
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	契約時に家族に要望を聞き取りし計画書を作成し計画担当を交えてどのような支援ができるか伝えて納得して頂く。		
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	面談時に本人の希望やできることを情報収集し必要なサービス考える。		
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	利用者の目線でできることを一緒にやり、個々の暮らしを知ることで関係を深め、顔なじみの人となっている。		
19		○本人と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	面会時に日ごろの様子を伝え、家族の要望を取り入れ共に利用者を支えるように努めている。必要な時は連絡して家族に支援していただく、他科受診や美容院など外出支援をしていただいている。		
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	家族の面会のみで馴染みの人が来られることはない。利用者の中で馴染みの人や場所の会話で本人の気持ちの中に残していくことに努めている。	コロナ禍で面会の制限があり、家族でも窓越しで行っている。日頃は情報を基に昔話をして馴染みの人や場所を忘れないように支援している。	
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	午前中の活動時にホールで体操・作業・外気浴など一緒に行うことで会話する様子が見られる。洗濯物たたみなど皆でできることをして頂く。		

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	母体の病院に入院された方は許可があれば面会や治療の経過を聞いている。		
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	本人の話を傾聴することで生活に対する意向や希望を把握できるよう努める。困難な場合は家族に話しながら検討している。	本人や家族の希望や意向を聞いてできる限り、沿えるように努めている。誕生日には好きな食事を提供したり、本人の気持ちを大切にケアに取り組んでいる。	
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	入所前に面談を行い本人にこれまでの生活やに暮らしについて聞く。家族からも情報収集、施設から資料を参考にしてサービス提供に努めている。		
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	日々体調管理に努め本人のやりたいこと、できる力を把握しそれぞれの過ごし方に寄り添ってサービス提供努めている。		
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	定例会議等で意見やアイデアを話し合いその人にあった介護計画ができるよう努めている。月末にモニタリングを行い介護計画の見直し時に使用している。	定例会で職員全員で一人ひとりの状況を話し合い、見直しを行っている。月末にモニタリングをして現状に即したケアプランを作成している。	
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	職員それぞれの介護記録やケア方法の確認をし、申し送りを行いその都度対処方法を話し合い見直しを行う。		
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	その時必要と判断した場合は希望であれば家族と話し合いの場を持ち思いに添った支援を提供している。		

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	自治会に加入しており、回覧板等で地域の活動状況を知ることができる。地域包括支援センターの職員が時々訪問され情報提供がある。災害時に消防団の協力がある		
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	母体が病院であり、定期受診、臨時受診等本人の体調に合わせて主治医と連絡を取りながら支援を行っている。眼科、歯科受診は家族の協力があります。	利用者は全員、母体の病院をかかりつけ医として日頃から連携して緊急時も適切な医療を受けられるようにしている。専門医(眼科、歯科)への受診も行われている。	
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	看護師は常勤職員で配置している。経過観察を行いながら気づきがあった時は看護師に報告、相談をして適切な受診が出来る様に努めている		
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。	母体が病院なので医師、看護師とは連携がとれている。本人の事を医師や看護師も理解したうえで受け入れられる。入院計画の説明も本人と家族に行い納得して頂いている。		
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	入所時の中で重度化した場合、施設で出来る事を説明し本人と家族の意向を傾聴し受け止めた上でその都度医師や管理者からの説明をしている。	入居時に重度化や終末期の方針を説明している。重度化した場合、主治医からグループホームでできることなどの説明をもらい、利用者本位の支援をしている。	
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	定例会で職員が1人の時間帯の対処方法について話し合い緊急連絡先・入居者名簿を掲示している情報提供カード作成し急変時に備えている。		
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回訓練を行い運営推進会議の委員の中に消防団部長がいる。施設のとなりの方なので頻りに連絡を取りあっている	台風で被害を受け、体験をもとに訓練が行われている。日用品も想定より、多く備蓄され、地域の消防団や支所の担当者との連携もあり、協力体制が築かれている。	

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
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	言葉のチェック表によるスタッフ自身の何気ない声掛けに気づくことがある。今後も1人ひとりにあった声掛けしていく必要がある。	言葉のチェック表や虐待の芽チェックリストを使用して半年ごとに自己評価をしてそれを基に定例会で話し合っって全員で課題を解決するよう取り組んでいる。	
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	現在、要支援2の方が多く自由に発言や自己決定が出来る。他の方には職員が寄り添い傾聴しながら本人の思いに近づけて行けるよう努めている。		
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	基本的な1日の流れはあるが、基本それ以外は自由に過ごされている。居室でテレビ・塗り絵・編み物・パズルなどされている。		
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	起床時の着替え・整容は半分以上の方はできている。出来ない方は職員が手伝います。散髪は職員が行っている。		
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	美味しかったと言われ完食される。スタッフが交替で手作り料理を提供している。月に1～2回ホットプレート野菜を切るところから炒めたり、焼いたりを共同で行い食べている。	職員が自慢の料理を交替で調理している。毎月、1～2回ホットプレートで焼きそばやホットケーキなど利用者と一緒に調理し、食べる楽しみを引き出す工夫をしている。	
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	食事摂取量を記録しその人にあった食事形態を提供。1日5回に分けて水分摂取して頂き各居室にも白湯を持っている人もいる。糖尿病の人は栄養指導を受けている。		
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	食後は歯磨きの声掛けを行い、その他の方は居室にて管理ができる方もいる。		

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	排泄チェック表を見ながらトイレの声掛けを行い尿意の確認トイレ誘導行う人もいるが、殆どの人は自立している	介護度の重い方は排泄チェック表で声掛けしたり、誘導しているが5名の利用者は布パンツを使用しているなど排泄の自立に取り組んでいる。	
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	排泄チェック表で排便間隔を確認し、必要に応じて下剤服用、座薬を使う方もいる。朝のお茶の時間に牛乳、ヤクルトを提供している。食事面では野菜中心の献立になっている。		
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	水曜日・日曜日を除いて入浴ができる。本人の意思を確認し一人ずつ職員が見守りながら入浴ができています。入浴中は職員とゆっくりと会話ができる。	水・日曜日を除く以外は入浴ができ、平均、週3回は入浴している。入浴剤やゆず風呂など工夫をしてゆっくり一人ずつ入浴できるように支援している。	
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	就寝は個々の休みたい時間に休んでいた。眠前薬を服用される方もいる。昼食後は全員居室で過ごされている。		
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	受診記録や薬の説明書を確認し服薬介助を行う。臨時薬も職員間で確認しながら介助を行う。		
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	利用者の生活歴を把握しその人にあった支援方法を考える。得意とする事は積極的に参加して頂く。会話の中で今やりたいこと聞き実践している。		
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	現在は外出制限があり、希望に沿うことはできていない。緩和されたら家族と外出の約束などしている方もいる。	コロナ禍で外出制限があり、以前のように花見などできないが天気の良い日は毎日、敷地内で外気浴や事業所の周囲を散歩できるように支援している。	

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	1名の方のお金を預かり欲しいもの、必要とする時に使っている。		
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	必要に応じてスタッフが連絡したり、直接家族などと話して連絡している方もいる。		
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	作業の中で季節感の物づくりをしている。それを共用のスペースに飾る。利用者の居心地のいい明るさ、温度に気をつけている。洗濯物たんだりお茶碗を洗ったりと普段の生活でやっていたことをして頂く。	共用の空間は温度の管理をし、居心地良くよく過ごせるようにしている。また利用者と一緒に作成した作品を壁に展示して季節が感じられるように工夫をしている。	
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	ホールにテーブルを設置、その周りにソファ3台設置し、一人になりたい時や会話楽しみたい時など自由に使えるようにしている。		
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	入所時に本人の希望を取りいれ家族と一緒に設置場所を決めて頂く。	居室は利用者と家族の希望で家具や小物など設置場所を決めている。マットレスは定期的にメンテナンスをして衛生的で気持ちよく過ごせるように支援している。	
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	居室は全室移乗バー付きのベッドを準備している。それを活用して移手段として車椅子、シルバーカー、歩行器を使用しできるだけ自立に向けて工夫している。		