

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	0990500340		
法人名	特定非営利活動法人 福聚会		
事業所名	グループホームむへん		
所在地	栃木県鹿沼市板荷2972-1		
自己評価作成日	令和4年11月10日	評価結果市町村受理日	令和5年2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)】

大切にしてきたことが継続できるように支援しています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.mhlw.go.jp/09/index.php
----------	---

【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)】

当事業所は、市北部の山あいの集落の中に位置し、閑静で山々が見渡せるなど自然が身近に感じられる環境にある。建物は1階が小規模多機能型居宅介護事業所、2階がグループホームとなっており、日頃から運営推進会議や避難訓練等を合同で実施するなど連携が図られている。職員は、家庭的な雰囲気大切に環境づくりとともに、想いや意向を尊重した利用者主体の支援に努めている。食事は利用者の希望も取り入れながら、毎食手作りとしている。日常におやつ作りを取り入れたり、利用者もできる範囲で野菜の皮むきや後片付けを一緒にするなど、より楽しみとなるよう支援している。入浴は、希望に合わせて時間帯も柔軟に対応するとともに、一人ずつ湯を汲み直して湯加減を調整するなど、ゆったりと入れるよう支援している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人栃木県社会福祉協議会
所在地	栃木県宇都宮市若草1-10-6
訪問調査日	令和4年11月28日

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	主任までの共有にとどまっており、実践につなげられていない。	開設に当たり、地域住民から子供や障がい者も集める施設としてほしいとの声を踏まえ、「共に生きる」という理念を作成した。職員会議等でふり返り、利用者一人ひとりの想いを大切に、これまでの生活が継続できるよう努めている。	
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	屋外に出ているご利用者は限定されており事業所として日常的に交流はできていない。	以前は地域の方を招いてサンマパーティ等を実施していたが、コロナ禍のため中断している。感染対策をしたうえで、ボランティアを受け入れたり隣接するディサービス事業所の利用者と交流を図っている。地域の方から畑を借りて野菜作りをしたり、ゆずをいただいたりもしている。	
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	行うことができていない。		
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	活かせていない。	家族、駐在所員、市職員、コミュニティーセンター所長、民生委員、多くの地域代表の参加を得て、2か月ごとに実施している。活動状況や事故などについて報告するとともに、出された意見は運営に反映するよう努めている。	
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取り組んでいる	運営推進会議以外で連絡を取り合うことはできていない。	通知や報告などでわからないことがあれば問い合わせ、助言を得るなどしている。	
6	(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	エレベーターや階段、外に出ることは自由に行っている。研修会に参加し理解を深められるように取り組んでいる。	日中は玄関を施錠しないなど、可能な限り行動制限をしないケアに取り組んでいる。身体拘束廃止委員会を2か月ごとに開催するとともに、外部のオンライン研修に参加して理解を深めている。スピーチロックについても職員同士がその場で注意しあうよう努めている。	
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	研修会に参加し、不適切なケアや、どんな視点で観察が必要か共有している。ヒヤリハットや事故報告書を集計し見過ごしているアザ等がないか、注意を払っている。		

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	行っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	新しい加算取得に際し、説明し書面にて同意を得ている。加算率だけでなく、具体的な金額を個別にお示ししている。 預かり金の説明が分かりにくいとお声を頂き改善する予定。		
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	運営推進会議以外の場で、意見を引き出す努力や場面が作れていない。	利用者の意見要望等は日頃の支援の中で、コミュニケーションを図りながら丁寧に聞き取っている。家族等の意見は受診などの来所時や電話連絡の際に聞き取るよう努めている。	利用者の日頃の様子を記した便りや写真を家族に送付するなど、コミュニケーションを深めるとともに、意見等の出やすい工夫を期待したい。
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	毎月の職員会議の他、定期的な個別の面談により話を聞き取りを行っている。	毎月の職員会議や3か月を目安に実施している個別面談等で聞き取るようにしている。職員の意見により勤務時間と職員シフト表を柔軟に変更したり、利用者の家庭訪問をしたこともある。	
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	行っている。		
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	法人内の研修はもちろんのこと、法人外の研修へ参加しやすいように配慮している。		
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	小規模ネットワークの事務局を担い、連携に努めているが、コロナ禍で職員同士が交流を図るには至っていない。		

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
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	とことん話を聞き話し合う時間を作っている。		
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	面会時や電話等により、傾聴している。これまでの大変さや、施設サービスを活用せざるをえない気持ちに寄り添えるよう心掛けている。		
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	他の入居者や職員と馴染めるようにコミュニケーションや、環境の変化によって症状が悪化しないように対応に努めている。		
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	一方的な関係にならないように配慮しているが、より深く本人を理解する取り組みは不足している。		
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	面会に来ていただける方に対しては築けているが、そうでないご家族への配慮が不足している。		
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	馴染みの床屋や、郵便、ハガキを出すなど支援に努めているが、特定の方になっており十分とは言えない。	年賀状などの郵便や電話の取次ぎの支援をしている。家族に面会に来るよう促すこともある。編物を趣味とする利用者について、発表会に同行支援したこともある。	
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	互いに声をかけあったり、許し合える関係性作りができていない。暮らしが楽しめているほどの支援はできていない。		

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
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	特別養護老人ホームへ入居の際、大切にしていることや、暮らし方を書面や電話にて伝えることができた。		
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	全てのご利用者に確認しているが、特定の職員になっているため不十分。	日頃の支援の中で丁寧に思いや意向を把握するよう努めている。思いや意向は申し送りノートに記載して共有するとともに、主任に報告している。意思疎通が困難な利用者については、表情やしぐさから本人本位に検討している。	
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	世間話程度に聞くだけで、暮らしを捉える視点ではないため不十分。		
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	できること、分かること見つける視点を共有し、職員会議で検討し介護計画につなげている。		
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	変化を捉えられておらず、現状に即した介護計画になっていない。	本人、家族から要望等を聞き取るとともに、毎月の職員会議で評価して介護計画に反映させている。現在は状態が大きく変わった利用者はいないが、変わればその都度見直すこととしている。	
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	日々の記録が十分に記載できていないため、介護計画の見直しに生かせるものになっていない。		
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	ニーズ自体が施設内で完結できるものになっており、柔軟性に欠ける。		

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	地域資源は把握できているが、コロナ禍でもあり十分に力を借りた取り組みができたとは言えない。		
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	これまでのかかりつけ医に診てもらっている。ご家族の協力が得られない場合でも移送手段などを工夫し継続できるようにしている。	利用開始前のかかりつけ医を主治医としている。原則は家族支援による受診であるが、難しい場合は移送サービスを利用したり、職員が同行することもある。家族、医療機関との情報共有にも努めている。	
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	介護職員と看護職員は日頃から密に連携を図っている。悪化に資する関わりができていない。		
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。	これまでに入退院された入居者はいない。コロナ禍のため、連携シートで情報提供、共有を行う。		
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	入居時に看取りの指針を説明し同意を得ている程度で不十分。	重度化した場合や終末期の対応については、利用開始時に説明しているが、状態が変わるごとに話し合うこととしている。看取りに関する指針も作成しており、関係機関の協力を得ながら希望に添った支援をすることとしている。	
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	訓練に取り組めていない。		
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	避難訓練に取り組んでいるが、地域との協力体制までは築けていない。民生委員や見守り隊とは運営推進会議を通して情報共有している。	年2回、夜間想定も含め法定の避難・消火訓練を実施している。前回の運営推進会議において、自治会役員に災害時の協力について声掛けを行った。水、乾物等の備蓄もしているが、さらに必要なものの整備について検討中である。	災害時には、避難した利用者の見守りなど地域の協力が得られるような働きかけを期待したい。

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
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	研修や職員会議で学んだり共有しているが不十分。	毎朝、代表者の巡回があり、特に言葉遣いについては厳しく指導されている。採用時及び毎年2回法人の接遇研修があり、人格やプライバシーを尊重した対応を学んでいる。排泄の誘導時などは羞恥心に配慮した声掛けをしている。	
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	話し合う時間を十分にとれるよう工夫している。何かを決める時、ご家族にだけ確認するようなことはしない。決められることと、難しい事を見極める努力をしている。		
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	起床時間、食事、入浴、就寝はご本人のペースで行っているが、それ以外は十分に一人一人のペースで暮らせているとは言えない。		
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	居室に化粧台を備え、プライバシーを守りながら身だしなみ(お化粧)ができるようになっている。衣服はこちらで選んでしまう場合もある。		
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	献立は決めずに、食べたい物を聞き取り行うように、一緒に作り片づけまで行っている。職員が行ってしまう日も多く不十分。	その日の食材を見て、利用者の希望も取り入れながら毎食手作りとしている。パンケーキやドーナツなど日常のおやつ作りもしている。利用者もできる範囲で野菜の皮むきや準備、後片付けなどを行っている。晩酌を楽しむ利用者もいる。	
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	塩分や水分制限の指示がある場合は気を付けることができる程度。好みや時間、体重の増減は視点として取り組んでいるが栄養バランスは不十分。		
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	口腔ケアはしっかり取り組んでいる。発熱や感染症の発生がほとんどないため、取り組みの成果と考える。		

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	可能な限りトイレでの排泄に取り組んでいるが、紙のパンツを使用している方が増えている。必要になったとしても、場面によって使用する物を工夫するなど取り組んでいる。	排泄パターンを把握して、利用者によっては早めに誘導するなどしている。日中は必ずトイレに座ってもらい、トイレでの排泄を習慣づけるよう支援している。夜間は、安眠も考慮してパッド交換など利用者に合わせた支援に努めている。	
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	便秘への取り組みは不十分。		
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	個人のペースに合わせ支援できている。	最低でも週2回の入浴を基本としている。時間帯も希望に合わせて柔軟に対応するとともに、一人ずつ湯を汲み直して湯加減を調整するなどゆったりと入れるよう支援している。今までの香りも大切にす観点から、使い慣れたシャンプーやソープ、入浴剤等を持ち込んでもらっている。	
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	どうして眠れないのかなど、生活全般をみて原因を探ることを取り組んでいる。全般的に就寝時間が早い。		
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	看護師を中心に服薬支援等に努めている。受診時に日頃の様子やバイタルなど主治医へ提供している。		
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	ご利用者に合っている。これまで大切にしてきたことが継続できるようにしている。嗜好品が継続できるようにしている。		
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	外出頻度は少なく、限られたご利用者になっており不十分。	コロナ禍のため行事などの外出は難しい状況であるが、日常的に周囲を散歩したり、集落にある郵便局に行ったりしている。時には職員の支援のもとで身近なドライブに行くこともある。	

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
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	金銭管理の大切さを共有し、一律で事業所管理にすることはしていない。契約時に話し合い合意を得ていたつもりでも、時間の経過とともに家族認識も変わるので、定期的に合意形成を図る必要がある。		
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	電話や手紙のやり取りに制限をしたりしていない。必要時に対応しているがご家族が望まない場合が多く支援できていない。		
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	できる限り、家庭的な雰囲気与生活が送れるように工夫している。	リビングは明るく、廊下も広い間取りとなっている。温湿度もエアコンと加湿器で適度に調整している。臭いには特に注意を払うとともに、壁なども飾りすぎないようにしている。	
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	共用の空間で少人数になれる空間は確保できていない。		
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	自宅で使用していた物を持ち込んでもらっているが、介護のしやすさを重視して介護用品を準備してもらうことはしないようにしている。	トイレ、エアコン、洗面台、クローゼット、机、イスが備えつけられている。利用者と相談し、今までの寝室とできるだけ同じような配置となるよう支援している。利用者は布団やテレビ、冷蔵庫、遺影、コタツなど自由に持ち込んでおり、居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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	特殊寝台や車椅子の活用を一律にしていない。車椅子を活用している方も、椅子に移乗するなど対応している。階段の昇降も行っている。		