

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	2291100085		
法人名	株式会社コスモスケアサービス		
事業所名	グループホームこすもす原 (2ユニット共通)		
所在地	沼津市原1528-1		
自己評価作成日	令和3年 2月 1日	評価結果市町村受理日	令和3年3月16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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和3年2月17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)】

ご利用者様1人1人のADLに応じた支援をさせて頂いています。季節に合わせたイベントやコロナ禍でもあり市内のドライブなどを季節感を感じて頂けるようになっています。医療面に関しましては連携医による往診・24時間のオンコール体制をとり、安心していただける様にしています。ご家族様には、施設の様子を毎月のお便りと2ヶ月に1回の運営推進会議の資料を送らせて頂いております。

【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)】

静かな住宅街の中でありながら、近隣には日常の買い物に困らないスーパーマーケットや用品店が建っている。ケアにおいては個別対応を意識している。医療連携は24時間オンコール体制をとっている為、緊急時の対応が迅速に取れることが本人や家族の安心に繋がっている。また、併設されたデイサービスの浴室を利用し、重度化及び終末期になっても入浴支援ができる強みがある。毎月行っている会議では管理者自らが勤務調整を行い、職員全員が参加できるよう努力している。

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	取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印	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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	「三つの誓い」を理念とし、玄関と事務所に掲示共有する様に努めている	理念は「三つの誓い」とし、玄関と事務所の目につく場所に掲示してある。入社時に内容を具体的に説明し理解に繋げている。毎朝の朝礼時に唱和し、意識を高めている。	
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人として日常的に交流している	地域の夏祭りの時に駐車場の提供や近隣の保育園児の来訪など	自治会に加入しており、地域の夏祭りの時はホーム駐車場を貸し、神輿が来ている。新型コロナウイルスの影響で地域行事への参加が難しいが、落ち着いたら清掃活動等に参加を予定している。	
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	運営推進会議などで知識の発信をしている		
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。併設しているデイサービスと合同での開催。同地域内のグループホームの代表者にも出席頂き、情報の共有に努めている。	昨年8月の開催が最後で、その後は書面で対応している。家族や近隣のグループホームの代表者、市役所等と課題や情報の共有に努めている。「コスモスだより」を家族に毎月送付し、情報の発信を行っている。	
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	運営推進会議の資料や議事録など直接担当者へ手渡しするようにし関係の構築をしている。	運営推進会議の議事録は、市役所に出向いて手渡ししている。補足説明や顔を見せることによる関係性の構築が出来るよう努力している。	
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「介指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	身体拘束防止委員会を中心に話し合いを行った研修をしている。	年間の研修計画に組み込まれており、4月は身体拘束防止について、8月は高齢者虐待について、学びの場を設けている。身体拘束防止委員会は2か月に1度開催している。日常的にスピーチロックや行動制限に注意している。	
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	研修を行い職員全員で意識しあい防止に努めている。		

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
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	研修課題として学ぶ機会は少ないですが、必要に応じて資料を用意し共有するようにしている。		
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	契約時改定時には、文面と直接説明をさせて頂き、ご理解して頂けるようにしている。		
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	運営推進会議の資料の郵送や来訪時に要望等の意見を聞き、会議の議題にするようにしている。	ケアプランの更新時や「預り金」持参時に家族から伺っている。現状報告も含めた要望の聞き取りを行い、歩行訓練の実施や運動表の作成、日常のレクリエーションやプランに反映させている。	
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	日々の業務の中で意見や提案を聞き、会議で話し合うようにしている。	日常的に意見を聞いている。月に1度の会議を利用して話し合いの機会を設けている。勤務表や日々のケアについての相談や提案を話し合い、勤務の組み方については意見を反映させて改善した。	
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	日々の業務や利用者様への対応などを見させてもらい、部長に報告し時給のアップや寸志として評価をしています。		
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	コロナ禍で外部研修は出来ませんが、施設内で研修を行っている。		
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	運営推進会議に出席して頂き、情報の交換をしている。		

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
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	ご本人様の話を傾聴し、話をしたり一緒に作業をしたりして関係性を構築するよう努めている。		
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	まず契約時に話を聞き、利用されてからも来訪時などにもお伺いするようにしている。		
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	入居される前にサービスを利用している場合には、ケアマネより情報の聞き取りをし、補足部については、ご家族様に伺うようにしている。		
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	ご本人様の残存能力を生かし、過剰になり過ぎないように気をつけています。		
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	コロナ禍でもあり面会規制をしていますが、感染予防をし短時間での面会している。外出は現在控えさせて頂いている。		
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	ご友人にも気軽に来訪出来る様にしている。ご家族様とお墓参りにも出かけている。	入所時に、生い立ちや生活歴等について暮らしの情報シートに記入している。家族に記入してもらい、以前の生活や馴染みの人の把握に努めている。また、面会者には必ず「また来てください」と声をかけ、関係が途切れないように努力している。	
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	同じテーブル同士の利用者様とお話をしたり、ユニット間の行き来も自由にされ隣のユニット利用者様とお話されたりしている。		

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
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	サービス終了後における相談等はありませんが、機会があれば積極的に応じていきます。		
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					
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	日々の生活の中やケアプランの更新前などに要望等を傾聴し、ご家族様にも伺うようにしている。	日々の生活の中で交わした言葉や表情、行動を見ながら本人の意向をくみ取るようにしている。家族と本人の意向と差がある時も本人と話し合い、本人の意向を重視し家族に説明、同意を求めようとしている。	
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	ご本人様やご家族様にお伺いしている。		
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	ご本人様やご家族様に入居前の生活リズム・スタイル伺うように努めている。医療面からのアプローチにも努めている。		
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	ケアプランの更新ごとにユニット内にて看護師も同席し会議を行っている。	ケアマネジャー、管理者、職員、看護師が参加して毎月カンファレンスを開催している。日常のケアの場面から課題を抽出している。モニタリングは本人の意見を代弁できるように、担当職員が中心となり聞き取っている。	
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	日々の様子はタブレットに入力している。特変時には手書きにて気づきファイルに記入をしたり、申し送りノートを使い情報の共有に努めている。		
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	現在施設での入浴困難の利用者様に訪問入浴サービスを導入している。		

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	買い物にご本人様と一緒に出かけように取り組んでいる。		
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	連携医の往診時に相談出来るよう関係性の構築に努めている。	提携医による月1回の訪問診療と個別に必要性のある人は更に1回増回している。歯科は希望者と必要時で月2回の定期往診がある。その他の病院は家族対応で受診が可能である。24時間のオンコール体制がある。	
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	常に相談出来るような関係性の構築は出来ている。		
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。	連携医の医療機関への入退院時には最新の情報を入手出来る様にし、速やかな対応が出来るようにしている。他の医療機関への入退院時には連携室と密に連絡を取り合うようにしている。		
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	ご家族様と連携医のドクターと施設とで話し合いをし、方針や情報の共有を図るようにしている。	入居時に終末期ケアを説明し希望を聞いている。重度化・終末期になると訪問診療に合わせて家族に来設してもらい、医師から説明がある。家族の意向に合わせ、今後の方針や具体的な支援内容など話し合っている。研修で終末期のケアのあり方を学ぶ機会を設けている。	
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	年1回は講習や研修を行っている。		
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	防災訓練にて災害時の避難方法を訓練している。地域への協力体制が構築出来ていないので、地域の防災訓練に参加し構築していく。	年2回防災訓練を実施し利用者も参加している。地震や水害を想定した訓練と消防署による消火器訓練を実施している。避難経路の地図を掲示している。備蓄品は3日分常備され、防災委員が期限のチェックを行っている。	職員間の連絡網等の体制を整えることで更に迅速な対応が可能になると思われる。早急に連絡体制を整え、連絡訓練の実施が期待される。

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	尊厳を傷つけないように声掛けをするように心がけている。	毎月行う会議を利用して言葉使いや日常のケア場面で不適切な呼び方等、具体的な事例を活用して注意している。自らのケアを振り返り、気づきに繋げている。利用者には選択肢のある聞き方をしている。	
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	自己決定して頂くような声掛けをする様に心がけている。		
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	業務中心にならないように、一人一人のペースに合わせた支援を心がけている。		
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	お化粧される方は鏡の前でお化粧されたりと、洋服をご本人様に選んで頂いたりしている。		
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	職員も一緒に食事を食べるようにしている。片付けでは食器を拭いて頂いたりしている。	メニューは決まっていない。その日の担当が利用者の食べたい物を反映させて調理している。食器拭きは利用者が行っている。週1回生活共同組合を利用している。排便を促す目的で、おやつはヨーグルトを基本としている。	
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	ご利用者様に合わせた食事形態し、食事量・水分量はチェック表を活用し支援している。		
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	ご利用者様に合わせて介助に入り清潔保持に努め ご希望者や状態を見てご家族様に説明をし、訪問歯科の導入をしている。		

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	排泄表を活用し、声掛けしたり誘導のタイミングを決めトイレ誘導している。	排泄表を使用し、本人の様子を見ながら個々に対応している。誘導のタイミング等、最善な方法を会議で話し合っている。リハビリパンツのみで、パットを使用しないように努力している。	
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	なるべく繊維質の食材を提供したり、腸の動きが悪くならないように歩行運動など取り組んでいる。		
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	基本午前中での入浴ではあるが、時間や日にちをずらすなどの対応もしている。	週2回10時～12時を入浴時間とし、1日に3人ほどが入浴している。併設のデイサービスにくる按摩師が、午後はグループホームで2名ほど施術するために午前の入浴としている。毎回一人ずつ湯交換及び浴槽を洗浄している。	
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	据え置きベッドではなく、布団での対応もしている。寝具についても個別の馴染みの布団を使用している。		
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	連携している薬局から届くお薬情報を確認する様にし看護師にも服薬のタイミング効果と副作用について直接確認出来る体制を構築している。		
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	入居時にご本人様やご家族様から聞き取りをし、一人一人が楽しみを見つけ出せるよう支援している。		
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	現在はコロナ禍で外出は出来ませんが、近所への買い物や施設の車使いドライブ行くなどの支援をしている。	外部の人との接触をさけ、ドライブでの外出支援を行っている。季節ごとに半日ほどかけて外出している。弁当を購入し、事業所に戻って食べるようにしている。各月で担当を決め、外出計画を立てるよう努力している。新型コロナウイルスの影響もあり、家族の協力などは控えている。	

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	ご家族様より、日用品や消耗品の購入に必要なお金をお預かりしており、ご本人様が購入の希望された時には、ご家族様に確認した後に、なるべくご本人様と一緒に買い物に行けるよう支援している。		
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	ご本人様が希望された時には、電話や手紙を書くことができるように支援している。		
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	整理整頓に心がけ、季節に合わせた飾りつけをしている。	利用者と共に作った作品を共有ホールに掲示している。季節や行事に合わせた掲示物になる様に配慮している。清掃と消毒は午前中に行い、24時間換気している。同じホールであっても席を決め、テレビや音楽を楽しめるように配慮している。	
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	1人掛けのソファでゆっくり過ごされたり、ユニット間の行き来を自由に行っているため、ご利用者様同士で交流を深めたりしている。		
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	備え付けのタンスとベッドはあるが、その他にも使い慣れた馴染みの物を持ち込んで頂いている。布団の対応も可としている。	居室の清掃は曜日ごとに決めて行っている。備え付けのベッドはあるが、希望により和床の対応も可能である。馴染みの物の持ち込みは可能で、以前はペットを持ち込まれた方もいた。衣替えは家族の協力を得ながら職員も対応している。	
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	段差はなく、手すりも設置しており、不安なく移動できるような環境作りをしている。トイレや浴室など大きめなプレートを設置しわかりやすくしている。		