

### 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	3170300473		
法人名	社会福祉法人健推会		
事業所名	認知症高齢者グループホームいわきの里		
所在地	鳥取県倉吉市宮川町153-7		
自己評価作成日	令和 2年 11月 20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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JizvosyoCd=3170300473-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JizvosyoCd=3170300473-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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未来		
所在地	鳥取県倉吉市東仲町2571		
訪問調査日	令和 年 月 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)】

法人の基本理念の下、グループホームの介護理念を職員全員でつくり、特に一人ひとりの思いや身体機能に合わせた個別支援を充実させている。また安心の持てる空間を提供すると共に、生活リハビリとしての散歩や排泄の管理を行いながら、精神的な安定を図り、認知症の方にも生活の中に生きがいや楽しみ、そして安心感を持って頂くように努めている。また様々な障害や病気があっても自立支援を意識しながら支援を行っている。体調の変化や急変時には主治医や医療機関と連携し迅速に対応している。口腔でのトラブルが発生した場合は、中部歯科医師会の地域歯科医療連携室と連携して訪問歯科診療を活用し早期の治療も行っている。認知症の専門施設として、認知症状の対応だけでなく行動理由を検討し、症状の改善に努めている。

【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)】

--

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

## 自己評価および外部評価結果

## ★努力している点

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	利用者が住み慣れた地域での生活を安心して継続できるような一つの家をつくることを基本理念にし、職員が理念を共有しながらサービスの展開に努めている。また、毎月職員会議にて基本理念の唱和を行い気付きの場を設けている。		
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	コロナ禍の為、例年行われていた地域の方や保育園等との交流行事は中止している。		
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	コロナ禍の為、例年行われていた地域の方や保育園等との交流行事は中止している。		
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	今年度はコロナ禍のため家族参加を中止している。民生委員、地域包括センターのスタッフ、市職員等から貴重なご意見やアドバイスを頂き、大変参考になっている。それらを活かしサービス向上に繋げている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	今年度はコロナ禍のため施設内への出入りを中止している。市へ事故報告書を提出し、必要があれば指導、助言を受けている。		
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	法人にて身体拘束等の適正化の為に指針を明記し、身体拘束廃止委員会や身体拘束等適正委員会を定期的に、または必要に応じて開催している。年に2回は学習会で職員に学ぶ機会を設けて介護の基本として全職員に周知徹底している。		
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	運営規定や重要事項説明書にも明記して防止に努めている。1年に1回虐待について学ぶ機会を設けている。定期的に虐待に関する啓発をミーティングで行っている。		

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	日常的にミーティングや引き継ぎの会で権利擁護について情報を共有している。また年に1回は権利擁護について学ぶ機会を設けている。		
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	利用開始の契約時にはもちろん、改定時には文書や口頭にて、利用者や家族に不安のないよう十分な説明を行い、理解、納得をして頂いている。		
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	毎月の利用者との座談会や意見箱で個別に意見をすい上げて反映させている。家族の面会を通して家族の意見を聞きとっている。遠方の家族には、電話で対応できるよう心掛けている。		
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	毎月の全体ミーティングにおいて、意見、提案を事前にすい上げて議題を全員で協議している。また、管理者は職員一人ひとりが一回以上は発言できるよう配慮している。他、毎日の引き継ぎの会でも意見を聞いている。年2回の個別面談も実施している。普段から意見の言いやすい環境作りを心掛けている。		
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	職員個々の勤務状況や家族環境を把握しながら勤務形態や日数を配慮すると共に、適材適所の役割分担でやりがいに繋げるような組織づくりに努めている。		
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	年度当初の職員の個人目標を基に法人内外の研修参加を促し、ステップアップに努めている。月に1回開催される法人内の学習会への参加も促し育成に努めている。また、ミーティング時外部研修の報告会を行い職員職員全員で知識の共有を行っている。		
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	コロナ禍の為、例年行われていた研修等は参加中止している。リモートでの研修参加を準備し、参加を行っている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご家族や他の事業所と情報の共有を行い、必要があれば日中・一泊のお試し利用で、不安の軽減を図っている。利用者のペースに合わせて信頼関係を築いている。		
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	ご家族の心配事や希望を受容し、本人とご家族にとって良いと思われる方針と一緒に考えるようにしている。連絡方法や連絡内容を確認し、面会時等、ご家族とのコミュニケーションを心掛け信頼関係に努めている。また、カンファレンス時にも意見の召集を行っている。		
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	本人、家族だけでなく関係機関からアセスメントを行い、本人と家族が希望する生活を主体とした計画書の作成と支援を行っている。また地域の情報収集や連絡調整を行い、地域資源の活用を心掛けている。		
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	基本理念の一つでもある、ひとつの家で暮らす関係をめざし、見守りや寄り添いの支援を心掛けています。また、普段から利用者の話を聞くなど信頼関係の構築に努めています。		
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	面会や電話、毎月の「便り」等、機会のある毎に生活状況を共有するようにしており、時にはご家族に依頼し、支援の協力を頂いたり、ご本人の状況の変化があれば報告と確認を行っている。		
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	コロナ禍の為、例年行われていた地域の方や保育園等との交流行事は中止している。		
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	利用者同士の円滑な関係を保つよう席や家具の配置を変え、時には職員が間に入っている。また、新たな関係づくりの為の環境を整えたりと関係づくりに努めている。		
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	契約終了後も、入院先への訪問や家族の不安に対する助言等、可能な範囲で取り組んでいる。		

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
<b>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</b>					
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	その人らしい生活を基本にしており、利用者の言動を察しながら、ドライブや散歩、屋内での歩行訓練、レクリエーション時に1対1での会話を行う機会を設け、個々の思いを把握するよう努めている。また面会時等に家族からの情報収集を行っている。		
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	出来るだけ住み慣れた場所の延長として生活できるように、本人・家族の方から情報を収集し、又利用開始後もその都度情報を頂くよう、「寄り添い」、なにげない会話から把握するよう努めている。		
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	「寄り添う」「気づく」ことを支援の基本として利用者に接し変化を把握している。日常の支援の中で現状把握に努めている。		
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	マンダラシートを活用して職員からの意見を集めている。また、主治医とは随時連絡を行いケア方法を確認し、カンファレンスでは本人・家族に参加して頂き意見、意向を確かめながらその人らしく生活する為の介護計画を作成している。介護記録にモニタリング評価の項目を設けることで、よりモニタリングの機能の向上を図っている。		
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	個々に記録を行い、申し送りの際に情報を共有しており、日々の取り組みやケアプランの見直しに活用している。毎月、介護記録にケアプランとモニタリングを記入し、共有化している。		
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	医療連携体制により受診・入院の回避、早期退院の支援、医療処置を受けながらの生活の継続に取り組んでいる。訪問診療や往診により医療の連携を図っている。また外泊希望があれば外泊支援を行っている。		

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
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	コロナ禍の為、例年行われていた地域の方や保育園等との交流行事は中止している。		
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	ご本人の状態や家族の希望を口頭や文章で主治医に伝え、薬調整も含め相談を行っている。状況に応じて主治医変更の相談にもり、ご本人、ご家族の希望にそようにしている。通院時は、ご家族の方が直接医師との面談ができるように定期的にご家族の同伴をお願いしている。		
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	毎日の健康チェックや定期的又は随時の受診を介護職と家族が協同で行い支援している。日常生活の中で、利用者の変化があれば訪問看護師に報告、相談し対応を行っている。必要時には病院受診し、家族へ連絡している。		
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。	日頃から状態について主治医や病院看護師へ報告、相談を行っている。緊急時対応についても相談している。入院時、サマリーを使用し、情報提供を行っている。入院中、面会時状態把握を行い退院に向けて調整している。		
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、事業所です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	定期的に、意向確認書を記入して頂き家族の意向を把握、共有している。看取りマニュアルと重度化及び看取りに関する指針を基本とし、個々の状態に応じた対応が出来るように話し合っている。また、その人らしい最後を迎えられるよう、本人や家族から情報収集を行っている。主治医、訪問看護師と連携を図り、看取りケアを行っている。		
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	年1回の救急法訓練を実施し、その都度災害時緊急対応マニュアルを全職員に周知徹底させている。また、利用者個人ごとに緊急対応及び連絡先等を設置し職員に周知させている。職員の緊急連絡網も作成し連絡体制を整えている。		
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	消防職員立会いの訓練を含め年2回の火災避難訓練、年1回水害訓練を実施し、その都度マニュアルを全職員に周知徹底している。また、法人として安否コールシステムを導入し、非常食の備蓄などを行い災害時の対応に努めている。随時マニュアルの整備や見直しをしている。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	「一人ひとりの人権を尊重し権利擁護する」を基本とし、個々の支援に取り組んでいる。特にトイレの案内や入浴は利用者のタイミング、プライバシーを損ねないように声掛けや対応をしている。		
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	月1回「座談会」を行い、利用者と職員の話合いの場を設けることにより利用者が希望や要望等を言いやすいよう、支援している。また、日常的に寄り添いを心掛け、会話の中からその人が何を望んでいるのかを聞きとるようにしている。		
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	一人ひとりの生活スタイルやペースに合わせながら、行動制限をしないよう努めている。利用開始時等、利用者、ご家族から情報をなるべく多く聞きとり、希望に沿うよう支援している。その日、何をしたいかなどの希望も聞くようにしている。		
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	定期的に散髪の希望を伺ったり、個々の能力に応じた対応をしている。また季節に合った衣類の着用を心がけ、天候により寒さを訴える時は1枚はおることで調整を行っている。		
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	日常会話や座談会の中で希望されるメニューを聞き、行事食や希望食として献立の中に取り入れている。利用者と一緒にお菓子作りなどを行ったり、きのこほぐしなどの料理の下準備を一緒に行って食べる楽しみへと繋げている。		
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	利用者の状況に応じた摂取カロリーや食事量、食事形態を医師や看護師に相談し提供している。また、1日の水分量を把握し、水分を摂って頂けるよう飲み物の種類・形態を工夫し提供している。定期的に「栄養スクリーニング」を行い栄養状態の確認を行っている。		
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	毎月歯ブラシの交換を行っている。食後の歯磨き等の声掛けや介助を行い口腔内の清潔保持に努めている。また歯ブラシの使用が困難な方へはスポンジブラシや口腔ケアウエティを使用し口腔ケアを行っている。 <u>口腔状態の悪化時、中部歯科医師会と連携し受診等の対応を行っている。</u>		

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	一人ひとりの力や排泄パターン、習慣を把握しトイレでの排泄案内を行っている。日中はリハビリパンツを使用し、トイレでの排泄を心掛けている。排泄の失敗やおむつの使用を減らす、自立に向けた支援に取り組んでいる。		
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	薬だけに頼らず、毎日ヨーグルトを提供。また、排便困難者にはきなこ牛乳も提供し食べ物や日頃の散歩、運動などを行いながら出来る限り自然排便が出来るよう取り組んでいる。排便困難あれば訪問看護師、主治医と連携して対応している。		
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、個々に合わせた支援をしている	一人ひとりの希望、体調、能力に合わせた入浴方法、湯温、シャワー浴など個々に合わせた支援をしている。個々に合わせてシャワーチェアや入浴中のイスなど身体機能に合わせ無理なくゆったり入浴できるよう心掛けている。入浴が困難な状態の場合は清拭で対応し清潔を保っている。		
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	個人ごとの生活リズムに合わせて居室で横になる時間を設けたり、散歩やドライブなどの外出支援やレクリエーション、室内歩行、体操などの活動を行い身体を動かすことにより夜間の安眠につなげている。また、状況に応じて主治医に相談を行い連携を図っている。		
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	入所時や通院時に個々の薬の内容を確認し情報を共有している。またひとり一人に応じた服薬管理、服用方法を行い、その後の経過観察に努めている。情報共有の為、利用者別服薬効能書綴を活用している。新しい薬が処方された時は、介護記録や引継ぎを活用し周知に努めている。		
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	日常生活の中で、調理の下準備、洗濯物など慣れた作業をして頂くことで役割をもち、自立支援へとつなげている。		
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	天候、気温をみながら毎日散歩へ出る支援を行っている。年間行事や本人の希望を聞き取りながら、季節ごとに様々な場所へ外出、外食されている。また車の移乗などを支援しながらご家族と一緒に外出を楽しまれるよう心掛け支援している。		



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	現在、1名の方が小遣いを自己管理している。その方以外は、家族から小遣いを預かり、本人の状況に応じて、家族の方と相談を行いながら本人が購入希望されている物や必要な物を購入している。		
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	事前に家族との連携を計画にあげる等を行い、本人が不安を感じたり、希望があれば対応に応じている。本人と家族の同意の下に、電話がかかってきた場合は取次ぎを行い、リモート面会も可能になった。郵便物は手渡ししている。		
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	季節を感じて頂けるような飾りを利用者と一緒で作成し、飾りつけを行っている。また、季節の花も飾り季節を感じられるようにしている。利用者の意見をもとにホワイトボードを設置し一ヶ月の行事や希望食が把握できるようにしている。通路に、行事や外出等の写真を掲示し、思い出話や気持ちを伝え合う機会を設けている。		
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	居間には全員が座れるソファや椅子を設置し、利用者同士の関係性などを配慮した居場所づくりを心掛けている。		
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	利用者、家族が希望する家具類や慣れ親しんだ物を部屋に持参して頂いたり、居室内の家具等の設置場所を本人の希望や能力に応じて対応している。また、自宅で住み慣れた環境が保たれるよう配慮している。月に1回居室の環境見直し、整備を行い、換気を行いにおいへの配慮を行っている。		
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	ひとり一人の残存機能を把握し、活かしながら活動に制限を作らないようにしている。出来る限り1対1の見守り支援に心掛け、安全を確保しながら自立支援を行っている。また、安全な生活ができるよう机、椅子の形状や位置を考慮したり、散歩・室内歩行等を行うことで日常生活リハビリを心掛けている。		