

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	1292400106		
法人名	株式会社愛誠会		
事業所名	はなまるホーム光風台A棟		
所在地	千葉県市原市光風台4-377		
自己評価作成日	平成25年1月8日	評価結果市町村受理日	平成25年3月15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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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VAICコミュニティケア研究所		
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生1107-7		
訪問調査日	平成25年1月22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)】

四季に応じたレクリエーション活動の実施。また訪問看護ステーションとの医療連携体制により、医療と介護の連携が確保され、健康異常の早期発見により、末永く健康で暮らしていただけるように支援していきます。
食前の口腔体操や、散歩、軽体操により、身体能力の低下を防いでいます。
また、各種レクリエーション活動により、日常生活の活性化を図り、認知症の進行を防ぎます。

【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)】

職員は理念にある地域社会との連携を意識して、地域のイベントに参加していくべきだという考えを持っており、理念が浸透していることが伺える。実践としては、地域のお祭りに参加したり、近隣小学生との交流などがある。また、職員から出された意見を取り上げ、救急救命講習を全職員が受けた。若年性認知症の利用者を複数受け入れているが、利用者の希望に応じて、1週間に1回程度職員が付き添って自宅に帰り、家事をすることを支援している。毎日の入浴希望とか、飲酒なども心身状況に応じて柔軟に対応し、利用者本位のケアを実践している。介護計画も実態に即した詳細で具体的なものになっている。

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

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	経営理念の中に地域社会との良好な関係を作るといった文言があり、朝礼時に唱和しています。	経営理念に加え「利用者様も職員も笑顔な生活を」というモットーがある。職員は理念にある地域社会との連携を意識して、地域のイベントに参加していくべきだという考えを持っており、理念が浸透していることが伺える。	
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	地域密着型サービスの位置づけとして、地域の夏祭りに参加し、住民との交流を図りました。また光風台小学校の職場体験実習を行い、小学生に介護の体験をしていただきました。	自治会に参加しており、案内が来て、敬老会に参加した人もいます。ホームのお祭りを7月に開催した時には小学生がボランティアに来てくれるなど、地域の中にだんだん溶け込んできている。	
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	入居相談の際に、ご家族から介護相談をされる事もあり相談に応じています。		
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	運営推進会議において報告、話し合いを行なっています。	運営推進会議は2か月に1回、地域包括支援センター、地域住民、利用者などの参加により開催している。内容については、今のところホームからの報告が中心なので、今後は活発な意見交換ができると、さらによいと思われる。	
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	事あるごとに、担当者に確認の連絡を取っています。	若年性認知症の利用者を受け入れているが、何かあれば必ず市町村窓口に出向き、相談しながら進めている。また、運営推進会議に行政の職員が参加しやすいように、時に平日に実施するなど、連携に努めている。	
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	取り組んでいます。現在、身体拘束を必要とする利用者様はいません。	身体拘束ゼロに取り組むべく、身体拘束委員会を設置しており全職員で内容を共有するようにしている。薬を見直してもらい、状態が改善した例もある。	
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	社内研修を行なっています。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	成年後見人制度を活用している利用者様が1名います。		
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	契約書、重要事項説明書に基づき、説明を行なっています。		
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	運営推進会議において、利用者様、ご家族も出席していただき、意見、要望をお聞きしています。	運営推進会議の出席時や、夏祭り、敬老会に家族が参加した時に、意見を聞いている。なかなか来られない家族には電話で希望などを聞くようにしている。	
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	全体職員会議、ケアカンファレンス、各ユニットミーティング又は施設長会議等で、意見や提案を話す機会があり、反映させています。	各会議における職員の意見交換は活発である。救急救命講習を受講したいという意見が出され、結果として全職員が受けることになった。	
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	自己申告書・評価表を用いて、職員を評価するとともに、人事制度を設定し、目標が持てるように努めています。		
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	社内研修にて働きながらトレーニングが出来るようにしています。		
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	外部研修の予算を組み、職員が外部研修に参加できるようにしています。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	初回アセスメントの際に要望に耳を傾けるようにしています。		
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	初回アセスメントの際に要望に耳を傾けるようにしています。		
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	往診・訪問看護・訪問マッサージにより、医療的ケアが必要な利用者様にも安心して生活できるように支援しています。		
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	食事を一緒にしたり、出来る方にはお手伝いをして頂いたり、暮らしを共にする者同士の関係を築いています。		
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	外泊・外出・面会が気軽にご家族と行けるように、特に時間・日程設定などせず、対応しています。		
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	外泊・外出・面会が気軽にご家族と行けるように、特に時間・日程設定などせず、対応しています。	若年性認知症の利用者は一週間に1回3~4時間職員が付き添って自宅に帰り、家事をしている。この他、友達が遊びにきたり、年賀状を出す支援などもしている。	
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	食事の席など、利用者様孤立しないように配慮しています。		

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
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	退居後の、他施設の受け入れ先を一緒に考えたり、在宅に復帰の際は、在宅サービスをうけらるるようケアマネージャーの紹介等を行なっています。		
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	暮らしの中やアセスメント時に本人の、希望をお聞きし、ケアカンファレンスで話し合い出来る限り本人要望あった生活が出来るように努めています。	日常生活の会話の中から本人の思いを把握する事に努めている。本人の話したことを介護記録の中にそのまま記載し、情報を共有できるようにしている。入居する際には自宅を訪問し、暮らしぶりについて情報を得ている。	
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	初回アセスメント時、お話を伺っています。		
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	ケアカンファレンスを開催し、現状把握に努めています。		
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	ご家族と相談したり、本人から意見を聞いたり、現状に即した介護計画を作成するように配慮しています。	職員が気づいたことなどを出し合いケアカンファレンスで検討し、家族の意向や情報を元に介護支援専門員が介護計画を立てている。介護計画は詳細で具体的である。	
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	日々の様子を個別記録に記入し、朝礼での申し送りを行い情報を共有しています。		
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	家に息子様一人で掃除も出来ないと言われる利用者様がいますが、一緒に自宅に行き、掃除等のお手伝いをしています。		

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
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	必要とされる医療機関の把握に努め、利用者様の何らかの健康上異常が出たときは速やかに通院介助を行ないます。		
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	提携医師が往診に月2回来ていますが、入居の際ご説明納得が得られた方の受診となっています。その他の方は、もともとの、かかりつけ医師の受診が出来るように支援しています。	月2回協力医の診察を受けているが、以前からのかかりつけ医に通院している人もいる。眼科、皮膚科などは専門医に受診しており、訪問歯科も利用している。ホームで医療保険のマッサージを受けている人もいる。	
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	訪問看護は週二回来ています。介護職が一人一人の利用者について適切な受診が出来るように、健康状態などを看護師に報告しています。		
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。	入院時には、病院の医師や看護師から情報を得るようにし、医療相談を交えて退院の時期を相談しています。		
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	重度化した時は、往診医師と訪問看護師と連携し、ぎりぎりまではなまるホームで暮らしていけるように支援しています。	入居の際終末期の希望、考えをアンケート形式の書式でもらい、重度化、終末期の主治医の希望も把握している。方針に対する同意書も作成している。基本的には医療、家族の連携が取れば、できるだけホームでの生活が継続できるようにしたいと考えている。	
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	消防署指導の下、スタッフ全員が普通救命講習Ⅰを取得しました		
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	防災訓練は年2回実施しています。しかし近隣の住民と合同の避難訓練が行なわれていない為、25年度は実施したいと思えます。	ホームは平屋作りで、居室の窓も大きく部屋からの避難が容易にできるような構造になっている。防災訓練は夜間想定も含め年2回実施し、自治会の防災訓練にも一部利用者が参加している。水、食品などを備蓄している。緊急時には近隣に住む5名の職員の協力が得られる。	今後は地域との協力体制を少しずつ築いていくことが期待される。

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	誇りやプライバシーが損なわれ言葉かけができるように、研修等を通し意識付けをしています。	職員と利用者の関係は家庭的であり、リラックスした雰囲気がある。昼食時も適度に職員からの話しかけがあり、職員と利用者の雰囲気は穏やかである。	会議録に言葉かけが適正であるかなどの問題点が挙げられている。家庭的ではありながらも高齢者を尊重した、より良いコミュニケーションを期待したい。
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	利用者様の要望で、買物がしたいと希望された方は、一緒に買物に同行する等、出来る限り対応しています。		
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	出来る限り利用者様の生活リズムに合った生活をして頂いています。		
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	ちぐはぐな恰好とならないように、身だしなみが整うように支援しています。		
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	出来る方には一緒に食事の準備をしています。	食事の献立は入居者の希望を入れながら、職員が作り食事を提供している。そのため食事の好みは反映しやすい。また常食だけではなく、入居者の摂取状態に合わせた食事形態での提供もされている。準備、片付けができる入居者は職員と一緒にやっている。	
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	バランスの良い食事が出来るように配慮しています。パン食を希望される方には、対応していきます。水分量を毎日チェックし、脱水とならないよう配慮しています。		
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	毎食後口腔ケアを実施しています。		

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
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	出来る限り、その方の排泄パターンを把握し、トイレで排泄が出来るように支援しています。	詳細に排泄状況の記録を作り、排泄パターンを把握して誘導している。7割がリハビリパンツを利用はしているが、ほとんどトイレで排泄をしている。	
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	飲み物の工夫を行ったり、軽体操を行ったり、それでも出ない場合は、医師に相談したりし便秘対策を行なっています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的には週2回の実施を心がけ、希望者には、入浴ができるようにしています。	週2回の日を日にちを設定することで逆に入浴が確実にできるようになったケースもあり、今は日にちを設定して入浴の支援をしている。しかし毎日の入浴を希望する利用者には柔軟に対応するようにしている。季節に合わせてゆず湯など、入浴を楽しめるよう配慮している。	
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	日中の生活は利用者様のペースで過ごしていただいています。体調不良者の方は、その状況に合わせて臥床していただくように配慮しています。		
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	服薬セットを各職員が行なう事で、利用者様がどんな薬を飲んでるか把握できるようにしています。新しく処方されたお薬が出た場合は症状の変化を申し送るようにしています。		
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	晩酌が好きな方には、飲み過ぎない程度に提供したり、ホーム外のお友達と外食に行かれたり、気分転換が図れるように支援しています。		
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	月2回は外出・外食レクを実施しています。	月1度は行事や外食など外出する機会を設けている。天気の良い日は近隣に散歩に出るよう努めている。家族や友人と外出したり、定期的に自宅の掃除に帰る人もいる。	

【評価機関】

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	小遣いの管理は事務所でこなされていますが、外出の際は自分で使えるように支援しています。		
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	支援しています。利用者様の中には携帯電話ご持参されている方もいます。		
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	季節に合ったお花を飾ったりし、季節感があるようにしています。	廊下をはさみ居室が配置されており、居間、食堂につながっている。居間にはテレビ、ソファが配置されており、食堂のどのテーブルからもテレビを見ることができる。温度、湿度は適切に調整されている。	
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	気の合った利用者同士が、隣の席になるように配慮しています。		
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	出来る限り、使い慣れたものをお持ちくださるようにはしていますが...	居室にはギャジアップができるベッドとクローゼットが備え付けられている。それぞれが自分の家具を持ち込めるスペースがあり、仏壇を持って来るなど、それぞれが安心して過ごせるような居室になっている。	
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	トイレや廊下等の手すりの設置をし、出来る限り自立した生活が送れるようにつくりなっています。		