

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	1270500687		
法人名	(株)ソラスト		
事業所名	グループホームソラスト土気		
所在地	千葉県千葉市緑区土気町446-6		
自己評価作成日	平成25年1月31日	評価結果市町村受理日	平成25年4月5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2月13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)】

『ソラスト』の語源はラテン語の「solas(太陽・元氣)」と「asto(支える・そばに)」。ロゴマークは空に輝く太陽の下で元気に生きる人々を表現しています。
 人を起点としたサービスで皆様の近くに寄り添い暖かく元氣な暮らしをサポートしていきます。
 また、スタッフの専門知識習得のため研修を実施し日々努力することを大切にしています。
 全てはお客様が『笑顔』で満足して頂けるホームであるために全職員で取り組んでいます。

全国展開する法人のグループホームで入居者処遇、職員育成等について体制が確立されている。経営理念の「元氣」事業所理念の「心」が具体化されており、「入居者個々の心に寄り添う介護」の実践に努めていることが伺える。ホームの立地環境が住宅過疎地であることから、地域との付き合いについては開設以来重視して取り組んできた結果が少しずつ出てきている。ボランティアの受入についても積極的に取り組んでおり、定期的、随時の来訪が定着し、入居者の楽しみになっている。終末期対応については、終末期と判断された時点で医師、家族、看護師、計画作成の4者で協議し、今後の方針を決めている。看取りは、日々の生活の延長と捉え、心をこめたケアができるように努めており、昨年は、5名の看取りを行った。

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

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	「心」を理念とし、職員間で共有し、入居者様の心に寄り添い、日々の業務の取り組みを行っている。	経営理念、事業所理念等あるべき姿への取組を理解し、実践している。運営推進会議のテーマにも挙げて、家族の理解と協力を求めている。	
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	日常的に、ボランティアの受け入れを行い、尺八ボランティア、ウクレレ、傾聴、お食事の準備等協力して頂ける機会は増えてきた。	ホームの立地環境が住宅過疎地であることから、開設以来重視して取組んできた結果が少しずつ出てきている。ボランティアの受入についても積極的に取り組んでおり、定期的、随時の来訪が定着し、入居者の楽しみになっている。	
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	地域貢献の取り組みは出来ていない。		
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	三ヶ月に一回、定期的に開催し事業所運営報告、入居者様ご家族と意見交換を行い、サービス向上に努めている。	家族懇談会を兼ねて年4回開催している。現状把握の他に福祉や介護のテーマを取り上げることで、家族、本部エリアマネジャー、地域包括支援センター、職員が熱心に議論している。	
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	高齢施設課担当者とは、必要に応じて連絡を取ったり訪問している。また、グループホーム連絡会主催会議、研修等に積極的に参加している。	グループホーム連絡会主催の研修に参加している。市担当者には隔月に現状報告し、情報交換している。	
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	身体拘束ゼロに向けての研修を行い、職員全員参加を求め、意識し実践している。危機回避のため、一時的に施錠をすることがある。	身体拘束については年間研修計画にも組み込んでおり、徹底と確認を図っている。一時的な施錠についても、当たり前とせず、状況を確認しながら対応している。	
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	事業所内で研修を行っている。日々の業務を通じて職員に意識付けをし、防止に努めている。		

【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	職員全体に周知できていないため、全員がりがい出来ていない。管理者から必要性のある方の関係者には説明している。		
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、不明な点がないか確認を行い分かり易く説明している。 退去時は事前に充分話し合いの機会を設け退居日を決めている。		
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	来訪時、職員は近況報告をし、ご家族の意見も聞いている。要望等は、運営に活かせるように努力し各ユニットに掲示板を設けている。	入居者のケアはホームと家族の協力で行うという方針から、家族来訪時に意思疎通を図るようにしている。また、運営推進会議は家族懇談会も兼ねており、意見を聞く機会となっている。	
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	運営会議や個別面談を行い意見や提案を聞く機会を設け検討している。	運営会議、ユニット会議、管理者による個別面談等により職員参加によるホーム運営をしている。会議には随時本部エリアマネジャーの出席があり、法人として運営体制が確立されている。	
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	キャリアアップ制度を設けているため、スキルアップできる環境は整っている。		
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	新人職員にはエルダー制度(相談役)を設けている。 法人内外の研修への参加や毎月職員で構成された研修を行っている。		
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	社内が必要に応じて研修を行っているため、サービスの質を見直し向上させる取り組みを行っている。		

【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
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	入居間もない入居者様に対しては、特に気を配り安心して生活して頂けるように声かけを行い職員との信頼関係を築ける努力をしている。		
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	来訪時には、近況報告、困っていること、不安を感じていること等を話す機会を設け関係作りに努めている。		
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	体験入居の段階で共同生活を送れるか、見極め難しい場合は他の施設に紹介する等の支援を行っている。		
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	身体的にも重度の方が多いが意思決定の確認を行いながら、職員の一方向的な介護にならないように努めている。また、生きる力を学び生きる知恵を教わっている。		
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	ご本人が安心して暮らせるように、ご家族と協力し合いご本人を支えられような関係作りに努めている。		
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	ご家族の協力のもと、趣味、サークルの継続が出来ている。ご家族がまめに来訪され近隣の散歩、買い物等外出されることが多い。	入居者の要望は家族との協力により実施する様努めている。利用案内のパンフレットにもこれまでの趣味や活動の継続支援をしていくと謳っている。	
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	お話好きの方はユニット関係なく行き来し互いに語り合っておられる。また職員と共に重度の方のお世話をしてくれている。		

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
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	現在は看取りでの退居であるが、ご家族がボランティアとして訪問して下さるなじみの関係が出来ている。		
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	入念なアセスメントを行い入居者様のご自宅で過ごされていた時に近づけその人本来の生活を送って頂けるように心がけている。	契約の時点で家族や関係者(他職種)から時間をかけた聞き取りを行い、ヒアリングシートを作成している。ヒアリングが終了した時点で、できるだけ早く介護計画書(生活目標プラン)を作成し、利用者の思いや意向に沿ったケアの統一ができるように図っている。	
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	ご自宅で生活していた頃と近い『その人本来の生活』をして頂けるように、ご本人様の趣味、嗜好を考慮したケアを行うように努めている。		
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	一ヶ月毎にケアプランの更新、毎週一回のカンファレンスを行い、入居者様の変化に全職員が柔軟に対応し、自立支援に繋げられるように努めている。		
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	ご本人様、ご家族の希望、医療関係者のアドバイスを積極的に取り入れながら、介護計画を作成している。	毎月、介護計画の変更が行なわれている。介護計画書は生活目標プランと呼ばれ、日常生活に欠かすことのできない14の項目と医療や成年後見に関する項目から成り立っている。毎月計画用の個別ファイルがスタッフに渡され、主に居室担当者により書き込まれている。医療に関する事や家族の要望は、その都度プランに反映している。	
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	ユニット会議時のカンファレンス、毎週月曜日にカンファレンスを行い、また申し送りノートを活用し介護計画を見直すように努めている。		
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	その時々ニーズに合わせて、集団生活が困難だった入居者様に主治医以外の病院に受診して頂くなど柔軟な支援が出来るように心がけている。		

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	尺八や、ウクレレのボランティアに来て頂き日々の生活を楽しんでいただけるように努めてはいるが地域の問題もあり十分な社会資源を活用できていない。		
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	在宅の診療所と提携しており、有事の際に24時間体制で対応していただいております。ご家族からも信頼を得ています。	基本的には24時間体制の在宅診療医をかかりつけ医としている。往診を2カ月毎、採血データによる健康診断を月毎に実施している。問題があればホーム内でエコーやレントゲンによる診療を行い、利用者や家族にとって安心の材料となっている。認知症の専門医への受診は、家族と職員が同行するようにしている。	
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	少しの変化でも施設内看護師、訪問看護師に相談・アドバイスを頂いており適切な受診、看護が行えるように支援することが出来ている。		
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。	入居者様の状況や、経過をまとめて入院時の情報交換をスムーズに出来るように努めている。 24時間体制で対応可能な医療連携はできているが、入院が必要となったさいの受け入れ先の病院の確保は出来ていない。		
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	契約している医療関係者と共にご家族に説明、話し合いを行い終末期ケアを行っている。	終末期の方針を契約時に説明し同意書をもって終末期と判断された時点で医師、家族、看護師、計画作成の4者で協議し、今後の方針を決めている。看取りは、日々の生活の延長と捉え、心をこめたケアができるように努めている。常勤と契約の看護師2名で酸素、点滴も対応している。昨年は、5名の看取りを行った。	
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	施設看護師による所内研修を行い、病気に関する知識や実践力を身につけている。		
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	日中帯、夜間帯共に避難訓練を行い、また通報訓練、消火訓練も行っている。 また、地震についても研修を行い有事の際に迅速に対応できるように努めている。	避難訓練を年2回(昼間、夜間想定訓練、通報訓練、消火訓練、地震訓練)行なっている。災害時の手順が事務所に貼られ、職員用の連絡網は、近隣に住居がある職員から順番となっている。家族会同意のうえで家族の連絡網を作成している。備蓄は、水と利用者個々の非常持ち出し用ポーチを一斉準備している。	

【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
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	接遇担当を置き、入居者様とのコミュニケーションについての研修を開き、状況にあった言葉かけや尊厳を守った言葉かけを職員全員ができるように努めている。	運営会議の終了時に毎回10分の接遇研修を行っている。管理者は、利用者の声なき声(心)を聞き取って欲しいことを常に職員に伝え、言葉による制止や配慮の無い言葉かけは、現場でその都度指導している。氏名の呼称は、すべて「さん」づけを徹底している。	
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	入居者様の訴えに対して、否定するのではなく共感の姿勢を持つことで自己決定ができる雰囲気作りができるように心がけている。		
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し、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	アセスメントをとり、入居者様が入居直前にどのような暮らしをしていたかを調べそれに近い生活を送れるように支援している。		
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	ご自分で洋服を選べない方には、ご家族から伺った趣味に合わせた服装が出来るように努めている。		
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	食事が進まない方には、その方の好みのものを提供したり主治医と相談のもとに栄養補助食を召し上がっていただいている。	食材は、利用者のカロリーバランスなどを考慮し半月単位でメニューを決め、業者から調達している。調理は職員により行なわれ、準備や後片づけに利用者が参加している。秋の食事会やお誕生日は、居室担当者と一緒に外食して気分を変えている。	
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	主治医、看護師と相談しながら、栄養が足りない方にはラコール等の栄養補助食を召し上げて頂いている。 また、できる方には調理や机拭き等の手伝いをして頂いている。		
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、一人一人の入居者様に合わせて声かけや、ガーゼを使用しての口腔ケアを行っている。		

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
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	排泄パターンの理解に努め、決まった時間ではなくその人に合わせた排泄支援を行っている。	排泄の自立は介護側の問題であることを職員間で共有し、取り組んでいる。利用者の排泄パターンを理解する為に試行錯誤しながらリズムを捜し、月毎の目標を計画書に落とし込み、自立に向けて支援している。	
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	施設看護師による指導により、便秘が及ぼす影響を理解し主治医・看護師相談のもと下剤等を使用し排便コントロールを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	希望に沿った入浴支援を行えるように努めてはいるが、毎日の希望に合わせた入浴支援は出来ていない。	利用者が重度化しているため二人介助が増えている。湯は毎日沸かし、定期的に入浴してもらうようにしている。一人で入浴できる利用者には、職員が浴室と一緒に入り見守りを徹底し、安全な入浴を心がけている。	
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	毎日決まった時間に休んで頂くのではなく、疲労や体調に合わせて安楽に睡眠をとって頂けるように支援している。		
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	施設看護師による研修や薬に関しての一覧表を作成し、薬の理解ができるように努めている。 薬の変化に関しても、表を作成し全職員がすぐに対応できるように努めている。		
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	生活歴に合わせて習字などの特技がある方には披露する場等を作るように努めてはいるが、充分とはいえないため今後の課題といえる。		
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	ご家族の協力を得ての散歩や外出の機会は以前よりも増えてきている。今後は、買い物支援の回数を増やしていけるように努力していきたい。	計画的な外出の他に、地域の「いきいきサロン」に通う事を継続したり、外食、喫茶、1週間に3~4回行なわれる散歩などが家族の支援も得て日常的に行なわれている。広い庭園には、野菜やさつま芋、木、花が植えられ、うね作りに参加する利用者もいる。パラソルを立ててお茶を飲みながら、外気浴もしている。	

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	ご家族や、職員間で相談を行いその方にとって本当に必要なものを購入するように努めている。		
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	希望される方には、電話や手紙が出来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	カーテン等は刺激が少ない色を使用し、室温も職員ではなく入居者様に合わせて設定している。 また、その季節に合った掲示物を作成し季節感味わって頂けるように支援している。	木造平屋建て2ユニットの建物は、事務所を挟んで左右対称に作られ、利用者が自由に往来している。廊下は広くゆったりとした作りで、季節の掲示物やイベントの予告、利用者の作品などが飾られている。居間に続くウッドデッキからは庭を見渡すことができ解放感がある。	
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	フロアに和スペースを作って、入居者様がリラックスできるように努めている。 また、食事の際は席の配慮を行い気の合った入居者様同士で過ごせるように支援している。		
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	ご本人様の好みに合わせて和室、洋室を選んで頂けている。 また、ご本人様にとって思い入れのあるものをご家族に伺い持ってきて頂くようにしている。	家族と相談しながら利用者の状態にあった設えになるようにしている。持ち込まれた家具や馴染みの品が配置され、個々の好みに合った居室になっている。	
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	転倒を防止するために、配置を変えたり、障害物になるものは置かないように努めている。		