

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	2291300057		
法人名	有限会社在宅支援センターふれあい		
事業所名	グループホームふれあい伏見		
所在地	静岡県駿東郡清水町伏見280-2		
自己評価作成日	平成28年1月7日	評価結果市町村受理日	平成28年3月2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.kaiyokensaku.jp/22/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyouvoCd=2291300057-00&PrefCd=22&VersionCd=
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価 調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成28年1月19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)】

ゆったりとした時間が流れる様子指している。

【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)】

清水町の北地区に開設されて3年目のグループホームである。地域に無くてはならない施設としての認識が高まると共に事業所として貢献できることを念頭に運営している。管理者は介護現場は「モラルに反することや生命に関わることでなければ良い」という最低限の取り決めのもと、あえて口を出さずに職員が自ら考え、力を発揮できるよう支えている。さらに職員面談や細やかなコミュニケーションにより働きやすい環境整備にも努めている。事務室の壁に全職員が介護の仕事を選んだ理由と半年毎の目標を掲示して、管理者と共に定期的に反省と達成度を確認しており、職員の成長がサービス向上につながるよう取り組んでいる。

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している (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	法人の理念を元に、事業所独自の理念を構築。なお、構築にあたり管理職は同席せず現場職員のみで実施。直接ケアを行う者が納得し取り組める具体的なものを理念とした。毎朝朝礼で復唱。	職員は個々に目標を立て、管理者と共に半年毎に達成度を確認する中でスキルアップしている。全員で事業所の理念「笑顔あふれる幸せいっぱい家族の輪」の実現を図っている。	
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	日常的には出来ていない。地域の防災訓練や町の催し物などには積極的に参加。地域の慰問などは積極的に利用。	民生委員に地域密着型事業所の役割を理解していただくための説明会を実施している。現在は他事業所と共に災害時に児童と親ができることや高齢者と児童のコラボについて話し合う取り組みが始まっている。	
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	認知症サポーター養成講座や、民生委員に向けての勉強会などを実施。運営推進会議を通じて認知症及び地域密着型サービスの役割などの理解を深めて頂ける様働きかけ。		
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	実施できている。また、今後はさらに有意義なものになるよう、運営推進会議に力を入れている他法人の会議を見学させて頂いたりしている。	役場や地域包括支援センター・民生委員・家族が出席し、地域情報やアイデア等をいただいている。事業所からはデータの報告や事故・ヒヤリハット等を説明すると共に専門職としての情報提供にも努めている。	
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	管理者及びケアマネージャーが在宅サービス(小規模多機能)を兼務している為、接する機会も多く、幅広く関係性を築けている。	介護課・福祉課との業務に関する連絡や地域の連絡会での情報共有等連絡を密にしている。またボランティアに関する連絡や催し物については、商工会を活用して利用者へのサービス向上に繋げている。	
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「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	生命との天秤を考え玄関の開錠は取り組めていない。他の拘束事項については都度管理者のチェックが行われている。現場職員一人一人が具体的な事項を習得するまでには至っていない。	身体拘束等の支援の中で起こりがちな行為については勉強会で説明している。また、ミーティング等でサービス業に従事するものとしての心構えを意識させることで、自然と目線を低くする姿勢が育まれてきた。	
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	勉強会や討論の場を設けるなど具体的に取り組んでいる。		

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
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	管理者及びケアマネージャーは把握している。現場の職員までは至っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	実施している。		
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	ご意見箱の設置、運営推進会議で聞くこともある。職員にこのような情報の収集も含めた目的のためにご家族へのコミュニケーションは意識を向ける様常日頃から話している。	運営推進会議の案内は毎回全家族に出しており、出席の際には家族同士の会話もある。また、管理者だけでなくどの職員も家族とコミュニケーションを取れるため、伺った要望は話し合って反映させている。	
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	年に4回ほど(各1時間以内)の個別面談の実施と、日頃からこまめに面談を行うようにし、チームの意見を重視するスタンスを方針としている。また、月に2回ある事業所会議の場で意見を収集している。	管理者は年に3～4回の個人面談を行っている。継続して実施しているため、話しやすい環境ができて日々の問題にも対応が容易である。管理者と現場の信頼関係により、のびのびした雰囲気を感じられる。	
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	事業所の事は各管理者に権限移譲されており、より近い場で職員の評価や課題の取り組みなどが行われるようになってきている。各管理者の独自の取り組みが展開されるようになってきている。評価はキャリアパスを導入。		
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	研修は法人研修、委員会研修、事業所研修からなり、資格要件になる研修も積極的に受講出来る様に取り組んでいる。		
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	管理者及びケアマネージャーにおいては、地域ケア会議や連絡会の活動、親睦会などを定期的に行い情報共有を行っている。現場職員単位では十分とは言えない。法人内での実習は行っている。		

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
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	インテークから常に意識を持って接している。		
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	同上		
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	小規模多機能と居宅を併設している為、入居にとらわれずニーズに適した支援を選択できる様心がけている。また、法人内には介護付き有料及び住宅型有料もあり、常に幅広い選択を視野に入れている。		
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	食器洗いや洗濯や掃除や料理などの家事を、可能な限り一緒に行い、自身で生活を継続する流れを汲んでいる。		
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	外泊や外出を働きかけ、施設外に出て頂く機会を作っていたい。		
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	積極的な働きかけは不十分。面会などが主となる。こと家族について毎月の手紙などで情報を共有し、関係性が気うすにならない等取り組んでいる。	利用者の介護度に関きがあり外出困難な利用者もいるが、状態の良い利用者は家族が個々に希望の場所に連れ出している。暑中見舞いや年賀状が届く利用者や、所属する団体の新聞が届く利用者もいる。	
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	その時に応じてより適した関係性を考慮し、席を変える等取り組んでいる。		

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
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	現段階で対象ケース無し。		
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	訴えを傾聴し可能な限り行う。また、食べたいものや行きたい場所などは行事として計画したり、誕生日に叶える等を取り組んでいる。	家族からの情報だけでなく、利用者本人の口から直接要望を言ってもらえている。トラブルの原因と考えられることは事前に排除するように気を配り、平穏な生活が過ごせるように心掛けて日々取り組んでいる。	
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	可能な限りご要望を伺う。危険物についてはご遠慮頂いている。		
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	日常のケアの中で観察し、カンファレンスにて共有。		
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	各職員が知った出来事は日常的に申し送り等で共有。カンファレンスにて改められプランへと生かしている。	法人作成のファイルは、個々の情報を探しやすく改善されており、アセスメントやフロア会議・モニタリング等により介護計画を作成している。定期的に見直しを行った介護計画は、本人や家族に説明し確認を取っている。	
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	同上		
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	現状そこまでの困難事例無し。		

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	スーパーや食事処、シルバーセンター等、可能な地域資源を積極的に活用。		
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	訪問診療を利用。他専門医についても家族が受診にいけない場合、スタッフが受診支援を行っている。	利用者全員が事業所の協力医をかかりつけ医とし、月2回の往診がある。また月1回歯科医の往診と、週1回口腔ケアを行っている。協力医は365日24時間体制であり、緊急時にも対応できるようになっている。	
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	巡回看護師が個別で日常的な健康状態を把握。介護職員との情報共有を行う。医療的な見解のアドバイスをもらうなど行っている。		
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。	入院先のSW及びNSと連絡を取り情報共有を行っている。また入院時及び退院時は病院でカンファレンスを実施。		
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	重度化に伴うケアの指針を文章で定め、契約時に説明し同意を頂いている。また、またターミナル期が近づいた場合はムンテラを行い現状に即したケアへ転換する。	契約時に生前意向確認を取っている。グループホームではまだ看取りの経験はないが、併設の小規模で看取りを行ったことがある。終末期については利用者の状態を見ながら看取りの希望があれば行う方針である。	重度化や看取りについて、職員の精神面のケアや技術の向上等、研修や勉強会を行って、その時がきても戸惑わない取り組みを期待したい。
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	勉強会を実施している。		
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	マニュアルの整備と訓練の実施。消防署との相談の元火災時も実践的な計画が練られている。	年2回の防災訓練を行っている。地域の避難場所としての役割を果たす一環として、緊急用に自転車を購入した。近隣の協力を得るまでには至っていないが、すぐに駆けつけてもらえる距離に消防署がある。	

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
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	「100%丁寧語」の方針を基本とし、お客様としての一線を引くことで、馴れ合いや、してあげる介護を発生させないように心掛けている。	言葉遣いを丁寧語にすることで、利用者への対応が馴れ合いにならず、相手を敬う気持ちを失わないという心構えにつなげている。	
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	過剰な介護にならないよう心掛け、会話の中から引出し、自己決定の尊重を心がけている。		
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	テレビが見たい、寝たい、読書がしたいなど、その方によって流れが違い、家事なども強制はせず、訴えを受け取るよう心掛けている。		
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	衣類は在宅の頃からの物を継続し、ADLに低下による重度化などやむ負えない状況に至るまでは心がける様にしている。		
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	実施できている。	職員が当番制で献立を作成して食事を作っている。畑で育てた野菜がおかずの一品となることもある。お汁粉や七草粥等の季節や行事の食事、利用者も手伝ってホットケーキ作り等を職員と一緒に楽しんでいる。	
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	状態に応じた変更を行っている。		
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	実施できている。		

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	尿量やタイミング皮膚状態などを考慮。	食事の前等に声掛けをし、トイレ誘導を行っている。チェック表を使用しなくても自発的にトイレに行く利用者もいる。状態を改善することは難しいが、現状を維持できるように心掛け、その人に合った排泄支援を行っている。	
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	年度の目標として掲げ、各項目ごとにアプローチし、結果のデータ化を進めている。		
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	入浴が可能な時間帯の範囲であればご本人の心身状態に応じて変更している。	入浴は週2回行い、汚れてしまった時にも入浴して清潔に保っている。入浴を拒む利用者には、声掛けのタイミングを変えたり日をずらして再度声掛けをして、入浴を促している。	
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	その方のスタイルに合わせている。		
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	マニュアル化し特に薬に関する部分は徹底。		
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	行事に対しては力を入れており、行事外でも日々の生活の中で楽しみを持てる様に取り組んでいる。		
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	敷地内であればリアルタイムで実施できるが、外出は日を改めて行事として企画が必要。ご家族様等々については常時可能。	日常の外出では敷地内の散歩をしている。個々の外出については、家族と一緒に会食したり外泊する等して希望の場所へ出掛けている。職員と利用者全員が車で初詣や市内の名所へ出掛けることもある。	

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	貴重品の持ち込みは契約段階でご遠慮頂く様理解を求めている。ただし、認知症状によるケアの一環としては可能としている。		
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	実施できている。		
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	担当がおり取り組んでいる。また利用者様と一緒に季節物の作成なども実施。	廊下や居間の壁には、職員手作りによる和風の落ち着いた作品が飾られ、職員を紹介する写真もさりげなく季節を感じさせる飾り付けになっている。施設内や居室は、利用者も職員と一緒に掃除を行い清潔に保たれている。	
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	間取りの関係上難しい現状がある。		
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	居室内に入るのであれば、可能な限りお持ちいただく様ご家族様にお伝えしている。	利用者全員が事業所のベッドと備え付けのクローゼットを使用している。使い慣れた家具を置いたり、家族の写真やお気に入りの人形等好みの物を持ち込んでいる。重厚なカーテンが居室を落ち着きのあるものになっている。	
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	自由な移動の為の導線づくりや、居室内洗面が可能なように設置。座位が不安定な方でも一人でプライバシーを守りつつトイレが可能なように3面アームレストなどを設置している。		