

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2892000122		
法人名	有限会社ほおずき		
事業所名	グループホームCHIAKIほおずき明石西		
所在地	兵庫県明石市二見町東二見574-8		
自己評価作成日	平成22年10月10日	評価結果市町村受理日	平成23年1月8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	
----------	--

【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 ライフ・デザイン研究所		
所在地	兵庫県神戸市長田区菟乃町2丁目2番14号		
訪問調査日	平成22年11月8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)】

<p>地域の皆様が気軽に訪問できる施設。 協力医療機関はグループホームをよく知っており、ホームを支えていく協力体制が確保されている。 居室は、トイレ、風呂、洗濯場、靴箱、台所等が設備されているので自宅と変わらない環境になっている。</p>

【第三者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)】

<p>法人が運営していた高齢者専用賃貸住宅を、介護保険適用の地域密着型サービス提供事業所として変更して1年目の新しいホームである。以前からの居住設計(居室内トイレ・ミニキッチン・風呂・洗濯場等)を活用した認知症介護(日常生活の継続支援等)が実践されているところは、このホームの特長である。建物まわりの庭の面積も広く、季節の花が植えられ、菜園も作られている。日中は出入りも自由であり、庭の見える開放的な居間等は生活感が感じられる。また、家族や近隣の方々が手づくりの作品を継続的に展示して下さっている「地域ギャラリー」が来訪者の眼を楽ませてくれ、地域との交流や家族との関わりがうまく機能している。利用者の笑顔も印象的である。職員の自発性に任せているが、細やかな所に対する配慮は、管理者の力量があればこそだと感じられた。</p>

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				

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	会社の理念を理解した上で、明石西のテーマを決め、地域の方に理解していただけるよう取り組んでいる。朝礼時、全員で基本理念を唱和し具体的な目標として取り組んでいる。	「ふれあいのあるホーム」として、毎朝、職員間で目標設定が行われ、帰るときに評価をするという取り組みが実践されている。隣接のデイサービスや近隣の人達との交流を目指している。	日々の目標設定を毎日評価するというPDCAを継続して下さい。
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	近隣住民の方がボランティアできてくださったり畑で取れた野菜とかタオル等を頂いたり、掲示板で施設レク等を発信し地域のかたがたとふれあい交流を図っている。	玄関先におかれているベンチや、庭での植栽などを通じて、近隣の人達との挨拶や情報交換が行われている。事務所のカウンター周りが地域のボランティアさんのギャラリーになっている。	郵便ポストを活用して、意見交換や相談対応などの取り組みが期待できます。
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	掲示板で介護相談が気軽に出来る場である呼びかけを行っている。在宅サービスゾーン協議会に参加し地域の暮らしに役立つ活動をしています。		
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	2ヶ月に1回は開催している。会議メンバーとの意見交換をサービスの質向上に取り入れている。	2ヶ月に一回の運営推進会議を通じて、家族や地元の人達との取り組みが出来ている。基本を踏まえ、利用者の視点で意見が出されている。	
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	施設見学を随時、実施している。市担当者が来られたら現状を伝える又、空所があれば情報発信する仕組みがある。	市町村との情報交換をし、施設見学なども受け入れている。地区の在宅サービスゾーン協議会との連携もしている。	
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	社内研修会、マニュアル等を見て周知徹底する。安全を確保しつつ玄関の施錠開放の実施を行っている。	法人としての研修に力を入れており、防犯上で可能な時間帯は鍵を掛けないように取り組んでいる。	
7	(6)	○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	社内研修会、マニュアル等を見て防止に努めている。利用者の少しの異変にも気づける様取り組んでいる。	いろいろなケースによる虐待事例を用いて研修を行っている。小さな変化への気づきを大切にしている。	

自己	者三	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	(7)	○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	職員研修(年間行事に組み込んでいる)での、事例検討かいもおこない、知識が身につけるように取り組んでいる。運営推進会議でも情報提供を行っていく。	利用者の中で、弁護士が金銭管理を行っている事例もあり、職員が研修で学ぶ機会も確保されている。運営推進会議の中でも、情報の提供を行っている。	
9	(8)	○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、十分な説明を行い理解を得ている。退居にいたった場合は、ご家族と話し合い、利用者に会った退居先後の行き先(施設、医療機関、在宅)に理解を得られている。	入居に際し、事前の説明は勿論のこと、出来ることと出来ないことの説明に力を入れている。退居に至った場合、医療機関との連携でフォローも行っている。	
10	(9)	○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	意見要望は、話を傾聴し改善に取り組んでいる。	計画の作成は職員全員で取り組む方針であり、利用者や家族からの意見を傾聴している。家族のアンケートからも、介護計画に関しての説明や話し合いを実践されていることが伺われます。	
11	(10)	○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	本社事業所訪問、月1回全体会議にて意見を聴き運営に反映させている。	事業所としての取り組みは、施設長に任されており、特に地域密着型としての役割を大切にしている。アセスメントやカンファレンスには全員が参加している。	
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	向上心を持って働ける職場環境、条件の整備がされている。		
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	定期的に段階に応じた研修を実施している(全体・施設長・主任・新人)施設内では事例に合ったOJTの取り組みが行われている。		
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	他事業所と相互訪問を行い意見交換会を行いサービスの質向上に役立っている。		

自己 者 第三	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	本人と話し合う機会を設けている(入居前)。		
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	話し合いの場を設け意見や要望を伺っている。		
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	利用者様にとって現在最も適したサービスは何かを話し合い他のサービスの利用(施設)を提案している。		
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	共に暮らす環境をつくりお互いが助け合える関係づくりに努めている。		
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	面会時、医療に変化があったとき等報告を行い要望は計画書に反映している。本人が不安感を持っているときには、ご家族様に協力をお願いしている		
20	(11) ○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	ご家族様に相談の上電話、面会できる機会を得ている	利用者のなじみの関係を維持するために、家族などから聴きとりをしている。	長く一緒に生活している職員も、なじみの関係になることがあります。結婚・出産での退職後等の対応も考慮してみてください。
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	気の合う方同士の席、会話しやすい環境づくりをしている。孤立しないように職員が間に入り利用者様同士がかかわりあえる支援を行っている		

自己	者	第三	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	退居後も満足の行く居場所にいける支援や相談を行っている。			
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	(12)		○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	入居時のアセスメントとご本人様の思いを反映している。	本人の思いや希望を聴きながら、センター方式の一部を用いてアセスメントをしている。		
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	基本情報、アセスメントにより把握し情報の共有に努めている。			
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	一人ひとりのケアプランを活用し毎日、ケース記録、業務日誌に記入し把握している。			
26	(13)		○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	体調の変化やADL低下等気づいたときケース会議を行う。ご家族様には、面会、電話等にて報告し話し合っている。	利用者の変化に気づいた時にケース会議を開き、家族などからのアセスメントも加味した話し合いを行っている。	日常業務の中で、PDCAサイクルを回すことの習慣づけができており、本部への報告もスムーズです。今後もこの習慣を維持することが重要だと思います。	
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	ケース記録や業務日誌に毎日記入し朝、夕の申し送り、申し送りノート等で職員全員が把握している。			
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	希望に応じた対応が出来るよう、訪問美容の活用、協力医の訪問診療、D/Sとの合同行事等に取り組んでいる。			

自己	者 第三	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	ボランティアの受け入れをしている。消防署の協力にて通報、消化訓練等の実施を行っている。		
30	(14)	○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	協力医の確保をしている。(回生病院、太田歯科)協力医から専門医への紹介体勢を整えている。	利用者のかかりつけ医との連携を大切にしている。歯科や皮膚科などへの往診は職員が介助して、臨機応変に対応している。	
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	介護職と看護師の連携は、申し送りノート、ケース記録、往診記録、電話等で情報を共有し適切な支援が来ている。		
32	(15)	○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。	病院に出向き回復状態の把握に努め、ご家族様との連絡を密にし病院関係者とも情報交換し早期に退院出来るよう備えている。	入退院時の医療機関との連携では、施設長が中心となって情報交換などで動いている。看護師が職員の中にいることで、全体の動きもスムーズである。	
33	(16)	○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、医師、スタッフと話し合い方向性を十分に相談している。支援については、全ての状況が揃ったら受け入れられる。	法人としての「看取りの指針」もあり、医師との話し合いや家族からの相談、方針確認なども出来る体制が整っている。	
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	定期的に社内研修、技術勉強会を行い実践的な取り組みを行っている。		
35	(17)	○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	各職員の役割を決め定期的に避難訓練を実施している。	定期的な避難訓練を行っており、困ったときには近隣の人たちにも助けてもらうようお願いをしている。	

自己	者 第 三	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	(18)	○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	一人ひとりの性格などを把握し、声掛けに配慮し対応している。	利用者の生活暦や性格などを考慮し、声掛けなどにも配慮している。	尊厳に配慮した記録のつけ方にも注意が出来るように、今後の研修にも取り組んでください。
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	ご本人の思いが聴ける環境を作り意思を尊重した自己決定ができる働きかけをしている。		
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	一人ひとりのペースを尊重し状況により、ご利用者様の要望を引き出して対応している。		
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	ご本人様、ご家族様の希望に沿うように心がけ個別に支援している。		
40	(19)	○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	会話の中で希望メニューがあれば取り入れている。同じテーブルで食事を味わい食している。準備、片付け等職員と共に行っている。	誕生会には家族も呼んで参加してもらっている。利用者からの希望をメニューに取り入れており、寿司やバイキングを月に1~2回行っている。食事の準備や片付けについても、利用者が手伝ってくれている。	
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	毎食事量、水分量は記録に残している。様子を見ながらその人にあつた食事形態、介助方法を支援している。栄養バランスは、旬のものを利用する事で確保できている。		
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	一人ひとりの状態に応じた口腔ケアを実施している(うがい、歯磨き、ポリデント洗浄)		

自己	者三	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	(20)	○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	ご利用者様、各自の排泄パターンを把握しケアプランにて職員に周知徹底し実施している。(トイレ誘導、声掛け)。	各部屋にトイレがあり、利用者にとっては使いやすい環境が整備されている。利用者の行動パターンを把握し、トイレへの誘導や声掛けをしている。	各部屋にトイレがあることで、今後ADLの低下にともなう見守りへの対応が課題となってきます。
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	毎日、排便確認を行い個々に応じた対応(食事、運動等)に取り組んでいる。		
45	(21)	○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	一人ひとりの希望に添えるよう心がけている。	各部屋に浴室があり、利用者の希望に対応し易い環境である。隣接するデイサービスのお風呂も活用し、週に3回以上を目標としており、申し出があればそれ以上に対応も可能である。	ADLが低下してきた場合、個浴対応以外の入浴環境の整備が課題となります。
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	ソファを活用したり状況に応じた休息を促している。		
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	全職員がアセスメント、服薬管理表にて、薬の目的、副作用、用法、用量等把握して、その都度服薬の確認、症状の変化に配慮している。		
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	アセスメントを活用し興味の伺える楽しみごとを提供している。(手作業等)。		
49	(22)	○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	希望に応じて買い物、散歩等職員と共に外出する機会を設けている。	近くの公園や周辺の安全なルートをお散歩している。また、近隣のスーパーや薬局、100円均一ショップなど、日用品や雑貨など買い物に行きやすい環境である。	

自己 者 第三	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	基本的には、全員の預かり金は金庫に保管し、必要に応じスタッフが本人の希望額を出し個々に使用されている。支払い場所で、支払える利用者には必要額を手渡し支払ってもらう。		
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	手紙は困難だけれども希望に応じ電話は使用されている。		
52	(23) ○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	手作りの品を飾ったり、窓を開放すれば洗濯物が干してある、花壇には季節の花を植えたりする等の生活観や季節感を取り入れている。	1ユニットの平屋であり、生活全体が見渡せる落ち着いた空間である。高齢者専用賃貸住宅を改修しているため、共用空間も充実している。玄関周りの飾り付けやベンチ、廊下の休息スペースなど、寛ぎの空間がある。	車椅子での生活対応をするために、将来的に巾木の高さを大きくしたり、コーナーガードの補強することも検討されては如何でしょう。
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	ソファーや3人脚椅子等気の合った方どうし過ごせる工夫や机、椅子ソファー等で全員が共有できる場所を確保している。		
54	(24) ○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	自分だけの表札を掲げている。馴染みのあがる飾り物、家具等でより家庭的な雰囲気近づける工夫をしている。	各部屋には、トイレ、浴室、洗面、物入れなどがあり、生活空間が充実している。個人宛の郵便ポストがあるのも特長であり、各部屋のレイアウトや飾り付けにも個性が感じられる。	
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	一人ひとりの身体機能に合わせて居室内の物品配置等検討し、安全な環境づくりを工夫している。		