

### 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	1270500810		
法人名	株式会社 桔梗グループ		
事業所名	グループホーム ききょう苑		
所在地	千葉県千葉市緑区あすみが丘8-6-1		
自己評価作成日	平成24年2月24日	評価結果市町村受理日	平成24年5月9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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do">http://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do</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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都港区台場1-5-6-1307		
訪問調査日	平成24年3月5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)】

特に火災や事故に注意しています。介護面ではご利用者様がいかに楽しく快適にお過ごし頂けるかを追求しています。外出や食事に変化をつけそれぞれが生活をしている実感をして頂ける介護に努めています。

1. 郊外の閑静な住宅地に立地したホームです。近くに緑豊かな公園やコミュニティセンター等があり、付近の住宅は庭の草花がよく手入れされていて、散歩が利用者の大きな楽しみです。
2. 健康面、医療面に力を入れており、内科医による月2回、歯科医による週1回の訪問診療がある他、夜間などの緊急時の連携対応や看取りができる体制になっています。職員は、口腔ケア、嚥下体操、週3回以上の入浴支援等、利用者の健康管理に努めています。
3. サービス面では、理念の「やすらぎの空間、ゆったりした暮らし」を実践しており、リビングで利用者がトランプをしたり居眠りしたりして、思いおもいに寛いでいるのが印象的でした、

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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)
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)
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)
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、活き活きと働いている (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)	○ 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
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
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、安心して暮らしている (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
<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	地域密着サービスを全職員に理解の上、実践できる様努めています。	理念に「ききょう苑のおもてなし、やすらぎの空間、ゆったりとした暮らし、真心とぬくもりの介護」を掲げ、職員会議で話し合い、日ごろのサービスで実践しています。	理念にグループホームの主旨である地域密着性を織り込み、全職員で共有、実践する事が望まれます。
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	地域交流を深めていく為、挨拶からイベント等への参加を促すなど積極的に行っております。	社長の実家が地域にある関係から町内会には加入していないということです。近隣の方とは散歩時に挨拶を交わしたり、地元のコミュニティセンターの催し物や、サマーフェスティバルに参加しています。現在ボランティアの受け入れ、災害時における井戸水の地域の方々への開放等を検討しています。	
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	現在、活かせる機会がないので今後活かせて行きたいと思います。		
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	会議でのサービス向上の意見は即、活かしています。	年1回、利用者家族7名、社長、管理者、職員で開催しており、家族会としての色合いの濃い会議です。議題は、ホームの状況説明、震災対策等で、活発な意見交換は行われていません。	定期的に地域包括支援センター、民生委員、町内関係者に声をかけ、計画的に開催し、議題に外部評価、介護基礎知識説明、介護業界の話題等を追加し、サービス向上につながる話し合いを行う事が望まれます。
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	余り、頻繁に連絡を取り合うなど、密な連携はしてません。	市担当には必要な都度報告し、相談しています。現在運営推進会議開催時に、地域包括支援センターに出席要請を検討中です。	
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	拘束の理解は、全職員に厳しく指導しています。	身体拘束排除を契約書等で謳い、マニュアルを作成し、職員は会議時に話し合い、確認しています。昼間は玄関の鍵をかけず、夜は安全のため鍵をかけています。	
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逃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	職員一人に任せる事なく、数人の職員のチェックや利用者様からの意見の確認など日々行い防止に努めています。		

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
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、利用者様ご家族様との密な話し合いにおいて本制度を理解の上、実践しています。		
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	契約は細やかな説明を行い又、不明な点などはどんな事でも質問しやすい関係づくりを行っています。		
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	少なくとも月1回はご家族様へご要望など確認を行い、実践につなげています。	家族の来訪時や家族会で意見を聴いたり連絡ノートを用意して、要望があれば素早く対応しています。只意見を伺っても「ホームにお任せします。」と答える家族が多いため、職員は利用者の思いを読み取る等して、利用者本位のサービスに努めています。	
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	意見提案等は、常に聞きやすい環境です。運営向上につながる事は即導入しています。	社長及び管理者は、日常の就業時や職員会議で意見を聞き、運営に反映させています。実施例としては、食材納入業者の変更、オムツ給付の申請、モップ・ハロゲンヒーター・カラオケ器等備品の購入があります。	
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	全職員が気持ちよく勤められる様整備しています。個々の業務実績を把握の上給与賞与などへ反映しています。		
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	介護サービスにおける技術の向上に向け、法人内で勉強会などでトレーニングを行っています。必要な職員は外部の研修などへ参加をしております。		
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	勉強会までは行っていませんが、他事業所との交流を深く蜜に行いサービス向上に努めています。		

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
<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	全職員が、ご利用者様から気軽にご要望などを伝え易い関係づくりをしています。		
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	ご本人様のご要望も併せ、ご家族様のご要望を汲み取りよりよい介護サービスを提案の上、密な関係づくりから始めております。		
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	ご要望される支援に併せ、必要と思われる介護サービスの提案を行い理解の上実行に努めています。		
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	利用者様、職員との壁は無く苑内は全員が家族との認識を持ち、施設とは呼び合っておりません。家である理解で協力して生活しています。		
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	ご利用者様を支える一環として、介護以外の事でもご相談事に応じ出来る事は協力しより深い絆づくりをしています。		
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	馴染みの人への受け入れ態勢や文書支援又、場所へは出来る限りお連れ出来る様努めています。	家族や信仰仲間が訪れる方がある一方、自宅に泊まりに帰る利用者も数人います。又葉書のやり取りを継続支援している利用者もいます。日々の生活の様子は手紙やイベントの時の写真で知らせ、関係継続のための支援を行っています。	
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ご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	常に皆への声をかけ合い孤立する事無く、グループ生活の理解に努めています。		

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	退去後も関係を切る事はありません。必要な支援は継続しています。		
<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	思いや意向はそれぞれ把握に努め実践しています。失語症の方もおりますが、サービスの中で意向の把握に努めています。	利用者へ常に声かけを行い、仕草・表情から意向の把握に努めています。又意思疎通が困難な場合には、家族からの情報をも合わせて思いを汲み取り、申し送りノートにより職員間で気づきを共有し、利用者本位の支援を心がけています。	
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	日々の生活の中から暮らし方などを把握して、より快適で健康的な生活環境づくりに努めています。		
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	全職員がそれぞれのご利用者様の状況を連絡し合い、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	十分な話し合いの上、ご利用者様本位な介護計画に取り組んでいます。	介護計画は、予め家族・利用者から聞き取った内容を基に、ケアマネジャー、ホーム長、事務長、職員の意見、必要に応じて往診医師の情報、看護師の日誌の内容を織り込んで、3、4ヶ月毎に作成しています。特変事にはその都度見直しています。	
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	ご利用者様の状態などは日々の申し送りや職員会議などで連絡し合い、介護計画に反映しています。		
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	介護サービスだけでなく必要に応じ、ご家族の立場に立ったサービスを行っています。		

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	ご要望に応じ地域資源の活用に努めていきたいと思っております。		
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	かかりつけ医やご要望される受診を第一にしています。	提携病院の主治医の月2回及び歯科医の週1回の訪問診療により健康管理を行っています。又入居以前からのかかりつけ医への受診、その他、精神科、泌尿器科、皮膚科には職員が付き添い、早めの対応を心がけています。	
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	医師の訪問受診が月2回ある為、医師及び当苑の看護師へ情報を伝え適切な支援をしています。		
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。	協力病院との連携は特別な契約により、より優先的な強い関係にあります。		
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	主に医師からの連絡により最終的なありかたを検討しています。ご家族様の意向に基づき方針を検討しています。独自に病院や特養との連携により、ご家族様の希望されるあり方に努めています。	入居時に、重度化した場合や終末期の指針について説明を行い、利用者、家族から同意書を貰っています。実際に終末期が近づいた場合には、医師から家族に説明が行われ、利用者、家族の意向を踏まえた最期を迎えられるよう、ホームで支援方法を検討しています。	今後、利用者一人ひとりの状況変化に対応するためにも、職員全員が終末期に対する知識や接し方を学ぶ機会をホームの内外で設け、理解が深まるよう取り組んでいく事が望まれます。
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	病院作成による緊急マニュアルを掲示し、指導しています。		
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	緊急時における避難方法や避難場所は全職員理解の上、連携体制をとっています。	年2回消防署立会い訓練と自主訓練を実施しています。スプリンクラー、自動火災報知器、消火器等が設置され、緊急対応表・連絡先が掲示されています。備蓄は、水、食料、炭等1か月分準備しており、井戸水は地域に開放することも検討しています。	高齢化、重度化した利用者があるので、夜間を想定し職員への連絡、職員の駆けつけ、利用者の避難誘導、必需品持ち出し等実際に即した訓練及び1、2階の非常口の段差対策が望まれます。

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
<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	日々の生活の中でご利用者様への負担のない言葉遣いについて指導しています。	利用者一人ひとりに合わせた声かけや、話す内容によっては居室での対応等、個性を踏まえて人格を尊重する様心がけています。排泄や入浴時には露出部分に気を配り、又洗面所にカーテンを設け人目を気にせず利用できるよう配慮されています。	
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	声かけを頻繁に行い、その時のご要望などを汲み取る様努めています。		
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	ご利用者様本位を大事にそれぞれの過ごし方を尊重した生活に努めています。		
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	外出の有無に拘わらず、着替えは毎日行いお洒落の支援をしています。		
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	食事作りも後片付けも出来るご利用者様と一緒にしています。又、食事内容がマンネリ化しない様努めています。	利用者は、野菜の皮むき、食材のカット、配膳・下膳、テーブル拭き等出来る事を手伝っています。定期的に食材納入業者を変更する事で、メニューのフレッシュ間を演出しています。又行事食や外食に利用者の希望を反映しています。	
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	日々のケース記録などにより、栄養や水分補給を把握し支援に努めています。		
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	口腔ケアは毎日行っています。		

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	おむつは極力使用を控えています。ご家族様の強い要望ややむを得ない場合のみ使用しています。	排泄チェック表や利用者の表情、仕草などから一人ひとりの排泄パターンを把握し、声かけや、介助が必要な利用者に昼夜での排泄介助を行っています。トイレでは、羞恥心に気をつけ、自立での排泄支援を心がけています。	
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	毎日排便チェックを行っています。その中で便秘などあれば医師に相談の上、必要な措置を取ります。飲食物は完全に変えています。		
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	入浴はご家族様と相談の上週何日と決めています。但し、ご利用者様のその時の意向により判断もしています。	入浴は午後の利用者のペースに合わせて週3回、希望によっては週5回、気持ちよい入浴が出来るよう支援しています。シャワー浴での入浴の場合には、部屋全体を暖め足浴と併用しながら対応しています。安全面に考慮し2対1介助を行っています。	
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	それぞれの生活スタイルを尊重し、就寝時間はもうけていません。ご本人様のその日の状況による支援をしています。		
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	スタッフ会議を頻繁に行い薬の理解を指導しています。		
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	特にそれぞれの趣味特技を活かしたレクリエーション等を行っています。全員参加で楽しめる支援をしています。		
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	外出は頻繁にしています。ご要望により個人的なお買い物なども支援しています。	天気の良い日は車イスの利用者も連れ出し、元気な利用者が車椅子を押して30分～60分、近くの公園等を散歩しています。又コミュニティーセンターのイベントに参加したり、利用者の意見を入れて、房総の海の見物等四季折々の場所に車で遠出したりして、皆で楽しんでいます。	



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
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	お金はご家族様が管理しております。一部生活保護者の方のみ管理していますが、必要と考えられるご要望に対し使用しています。		
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	電話も手紙も自由に出来る様、支援しています。		
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	共有の場所は清潔で季節感ある装飾にしております。万一、不快になる事が発覚すれば即対応します。	リビングは日当たりも良く、広く、清潔で、利用者が居心地良く過ごせるようになっています。壁一杯に、職員と利用者の共同作品や季節行事の貼り絵と当月カレンダーが貼られ、季節の花と相俟って季節感、生活感を感じさせます。特に利用者が居眠りしたりトランプしたりと、それぞれ思い思いに寛いでいるのが印象的でした。	
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	主にリビングですが、気の合った同士でのコミュニケーションスペースとなっています。		
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	火気危険物以外が持ち込み自由としていますので、好みの物を置かれています。	利用者は、それぞれ自分の馴染みの物を部屋に持ち込み、自分の家のように居心地良く過ごしています。利用者の好みによっては、床張りを畳風クロスにして、衛生面、安全面に配慮しているのが特徴です。	
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	主に生活リハビリと考えていますので、出来ることは自立して行って頂き、お困りの際に手を添える様にしています。		