

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	2990100287		
法人名	社会福祉法人 協同福祉会		
事業所名	あすならハイツあやめ池 グループホーム		
所在地	奈良市あやめ池南2丁目2 - 16		
自己評価作成日	平成29年4月30日	評価結果市町村受理日	

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	www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action_kouyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=2990100287-00&PrefCd=29&Versi
----------	--

【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 Nネット
所在地	奈良市登大路町36番地 大和ビル3F
訪問調査日	平成29年5月12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)】

独自マニュアル“10の基本ケア”に沿った人間らしい生活の提供を提案いたします。施設内はベッド柵や不必要な施錠をせず、外出や散歩日常的にできることに力を入れています。認知症になったからといって、管理や制限を強めるのではなく、入居者さんとゆっくりとした時間過ごしていく事で穏やかな日常を実現しています。

【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)】

事業所は、近鉄の駅から徒歩3分の便利な場所にある。法人は、鉄筋5階建ての建物に、3階にあるグループホームやデイサービス、ショートステイ、サービス付き高齢者向け住宅などの事業所を運営している。グループホームの玄関やエレベーターは、施錠やロックはされておらず、自由に出入りすることができる。フロア内には、利用者の体格に合わせて使いやすくした高さの異なるテーブルやいすがあり、洗面台も使いやすい高さに調節してある。トイレやお風呂もこだわりの使いやすい工夫がなされている。法人の理念を具体化するため、10の基本ケアにそって利用者本位の介護が行われている事業所である。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	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 利用者や職員が、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、生き活きと働いている (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、その時々々の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-) + (Enterキ-)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
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	お年寄りから子供まで安心して暮らせる街づくりをしていく方針を立てて、地域貢献活動を行っている。	法人の理念の一つに「地域に開かれた組織」があり、いつまでも安心して暮らせる地域や街づくりの一端を担うことを目指している。また、法人が掲げる10の基本ケアを職員で共有し実践している。事業所独自の目標も定めている。	
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	外出できるケアプランを作成し、日常的に外出することで社会性を保つように支援している。	自治会に加入し、クリーンキャンペーンなどに参加している。事業所1階で、地域ボランティアが中心になって月6回サロンを開催し、事業所として地域の方と交流しているが、利用者が地域の方と交流する機会がまだ少ない。	利用者と地域の方との交流が少ないので、地域の幼稚園児や学校生徒達との交流の機会がもてれば、なお良いと思われる。
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	10の基本ケア6番「座って会話をする」の取り組みを地域の人が集まるランチの時に職員が学習会を実施している。		
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回運営推進会議を開催している。入居者家族、地域包括職員、地域の代表が参加して、現在の介護の状況を報告して共有している。	運営推進会議は、地域包括支援センター職員、地域ボランティアの方、利用者家族、利用者の後見人などが参加し、2ヶ月に1回開催している。会議では、事業報告や行事予定のほかに、地域の課題などを話し合っている。自治会長と民生委員は毎回の出席が得られていない。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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に取り組んでいる	半年に1回程度担当者を訪問して事業の状況を意見交換している。また、介護事故が発生した際は都度書面と口頭で報告している。	市の担当課に出向き、要介護認定手続や事故報告などを行っている。市主催の研修会や説明会に参加している。また、生活保護の利用者の方がおられ、市の担当課と連携して支援している。	
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	ベッド柵をしない、玄関の鍵の施錠をしないなど拘束に当たる行為はしていない。職員へは全体会議の学習で身体拘束を学習している。	契約書に身体拘束その他利用者の行動を制限しないことを謳っており、玄関は施錠せず、エレベーターも自由に利用することができる。新任研修で身体拘束をしないケアについて学習しており、言葉による拘束にも気を付けている。	
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	不適切な言動があれば都度注意している。朝礼などで施設長から直接全体に発信している。		

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
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	管理者は学習する機会を持っており、実際に制度を利用されている方もおられる。職員までの浸透はこれからである。		
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	管理者や担当職員が十分な時間をかけて説明し、同意を得るようにしている。		
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	日頃から看護師や担当職員と利用者、家族は連絡を取り合っている。意見等は運営推進会議でも上げていただいている。	面会に来られる家族の方が多く、看護師や職員が家族の要望や意見を聴いている。運営推進会議(ケアラーの会)でも家族に積極的に意見を述べてもらっている。ケアプラン更新時にも意見を伺っている。	
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	最低年2回は管理者と全職員の面談の場を設けている。毎日のミーティングでも意見を出し合っている。	管理者やリーダーは、毎日の朝礼で職員が気付いたことなどを聴き、運営に関する大切なことは、月1回のフロア会議で話し合いサービスに反映させている。キャリアパス制度を採用し、管理者と職員の個別の面談の場を設け、職員から意見を聴いている。	
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	キャリアパスや考課制度をとりいれて、必要に応じて見直している。		
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	法人内のケアマイスター制度、各種研修の案内を毎年行っている。		
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	市内の関係者の研修会や交流会に定期的に参加している。地域包括ケア協議会の立ち上げを行っている。		

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
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	入居前にグループホームの職員と利用者の関係性が作れるように面会等を促している。		
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	入居前の面談や見学などは数回かけて行っている。		
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	必要に応じて内科医や歯科、薬局と連携し、案内している。		
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	職員は可能な限り一緒に座って会話をしたり、食事をしている。		
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	家族の面会は多く、一緒に介護に参加してもらったり、お出掛けに参加してもらったりしている。		
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	来客があった場合はゆっくりを会話できる環境を整えている。	利用開始時に生活歴とともに馴染みの人や場の把握に努めている。家族と一緒に馴染みの理容院やお店に出かける方もいる。家族以外の友人の訪問や電話の取り次ぎを行って、関係継続の支援を行っている。	
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	利用者が孤立しそうな場合は職員が間に入ったり、座席は位置の変更を検討したりしている。		
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	サービス終了後も地域での関わりとして会話をしたり、サロンに参加してもらったりしている。		

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
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	本人本位に努めている。プランの変更に関しては随時ケア会議を開催して本人の立場に立って合意するようにしている。	利用開始時に、生活歴や嗜好、暮らし方の希望などを把握し、アセスメント用紙に記録している。日々の生活の中では、食事の時や入浴の時にゆっくり利用者に寄り添って、意向の把握に努めている。	
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	生活歴を重視したアセスメント表を用いて情報把握に努めている。		
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	職員は利用者個々の心身状態の把握に心がけている。		
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	ケア会議には極力家族に参加していただけるように声をかけている。	利用者の暮らし方の希望に沿って、利用者本位の介護計画を立てている。介護計画は支援経過記録を参考に、家族の要望も取り入れて話し合い、年1回更新している。積極的に「町内にお出かけする」ことも計画に盛り込んでいる。	
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	日々のミーティングで様子やケア内容を出し合っ て共有している。		
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	残存サービスにとらわれないように、管理者がアド バイスしたり、ジョブローテーションをしている。		

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
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	なじみの食べ物や地域に着眼して、長期目標が達成出来るように支援している。		
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	契約時にかかりつけ医の意向を確認している。提携医を選択されることが多い。	利用開始時に、事業所の提携医が今までのかかりつけ医を主治医とするかを選ぶことができる。事業所の内科の提携医が、月1回訪問診療している。歯科医の訪問診療もある。薬局も利用者と個々に契約している。	
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	職場内の看護職との連携が密であり、体調の変化があればその都度対応している。		
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。	入院者が出れば定期的に面会に行っている。管理者と地域連携室で連絡を取り合っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	意向伺い書を基にターミナル期の話を随時行っており、年間数名ずつ見送っている。	利用開始時に、ターミナルケアの意向伺い書を提示し、利用者の意向に沿って、自然な形の看取りを推進している。看取りの事例も多く、医師や看護師、職員や家族が連携して支援に取り組んでいる。	「ターミナルケア意向伺い書」は、あすならハイツが進める基本ケアや介護におけるリスクの理解と同意を求めるもので、利用者や家族の意向を伺う形式になっていないように思われる。また、ターミナルケアの基本的指針を、契約書か運営規程に明文化されることが望まれる。
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	初期対応の研修やマニュアルはあるが、職員によって対応力の差はある。		
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	年に2回の消防避難訓練を実施している。夜間の訓練は出来ていないが会議で確認している。	グループホームは建物の3階にありエレベーターや階段のほか、非常階段や中庭などがある。年2回、通報、消火、避難訓練が行われている。今後、非常災害時の地域の認知症の方の避難場所として機能するためにも備蓄を含めた取組みの充実に期待したい。	

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
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	学習を繰り返して実践している。出来ていない職員へはその都度注意して改善するようにしている。		
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	ホーム内は自由に行動してもらい、希望があればその都度職員が聞くようにしている。		
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	その日の過ごし方については基本的には自由ではあるが、タイムスケジュールを押し付けないように柔軟な対応が出来るよう都度見直している。		
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	普段着と寝巻きと外出時のおしゃれを分けて支援している。		
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	一緒に会話を楽しみながら食事をしている。	食事の主・副菜は、クックチル製法で業者より届けられ、ごはんと味噌汁は台所で職員がつくり提供している。美しい磁器の食器にもこだわりがあり、味噌汁は本格的にだしを取って作られている。職員も同じ料理と一緒に食べ、会話しながらの食事は、家庭的な雰囲気が感じられる。	
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	栄養バランスが取れた食尽加えて、味噌汁作りや一品作りに力を入れている。		
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	訪問しかと連携しながら毎食後の口腔ケアに力を入れている。		

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
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	トイレで排泄できる事を優先してケアをしている。夜間のトイレ誘導は課題である。	利用者全員、トイレで座っての自然排泄することを基本にしている。利用開始時におむつ使用者も、普通の布パンツで生活できるようおむつ外しに取り組んでいる。トイレは非常に使いやすく工夫された構造で、男性用小便器も設置されている。	
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	酵素ジュースやヨーグルト、朝の散歩などを個別に取り組んでいる。		
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	入浴日は概ねスケジュール化しており、希望や拒否があればその都度調整している。	浴室にはヒノキの浴槽が設置され、窓から木々の緑を眺めることができる。週2回、午後の時間帯に入浴することができる。ゆっくり時間をとって、職員と利用者がコミュニケーションを楽しんでいる。	
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	日中の休息は声をかけながら個別に支援している。		
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	服薬マニュアルに沿ってケア担当を教育している。様子の変化があれば看護師や管理者に報告するようにしている。		
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	毎日の散歩、食事の盛り付け、食器の片付けや洗濯物に参加してもらっている。		
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	本人の希望に沿って外出している。家族もなるべく参加してもらっている。	グループホームは建物の3階にあり、同じ階に中庭があって気軽に外気浴をすることができる。「町内にお出かけをする」ことが法人の基本理念の中にあり、ケアプランの中に取り入れて、散歩や買い物に出かけている。	

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
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	ほとんどの入居者は事業所での立て替え金対応をさせていただいる。契約時に確認し、金銭を所持する事を禁止はしていない。		
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	家族から定期的に連絡がある利用者は直接出ていただく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	不必要な音や光が入らないように家庭的な雰囲気重視している。	玄関は完全なバリアフリーではなく、意識的に段差のある上がり框がつくられている。広い居間には、高さの異なるテーブルや椅子、洗面台などがあり、利用者の身長に合わせた使いやすい構造となっている。居間の一角に畳スペースがあり、ソファが置かれて安らげる空間になっている。	
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	気の合う入居者同士が座っていただけるように随時座席配置を見直している。		
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	自宅から使い慣れたもの(タンス、椅子など)を持ち込んでいただき、居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室には備えのベッドが置かれている。利用者の好みによって、使い慣れたテレビや冷蔵庫、筆筒やソファ、仏壇などが持ち込まれ、居心地よい工夫がなされている。また、居室から直接ベランダへ出ることができ、開放感がある。	
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	自立支援にこだわったケアや工夫をしている。		