

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	0290700079		
法人名	有限会社ケア・サポート三沢		
事業所名	グループホーム赤とんぼ花園		
所在地	青森県三沢市花園町1-5-16		
自己評価作成日	平成25年1月11日	評価結果市町村受理日	平成25年4月30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>ケアプランに基づいたケアに努力している。</p>

※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	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成25年2月18日		

【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)】

<p>住宅街の中にある開設2年目のホームである。町内会に加入し、町内会長を通じて住民との協力体制が整えられつつあり、近隣の集会所では歌や踊り等に参加して、交流が図られている。 全職員が利用者を人生の先輩と考えて接しており、利用者に選択してもらえるような言葉掛けを行っている。 ホーム内は明るく、季節を感じる工夫がされ、利用者が穏やかに過ごされていた。</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りや深まりがあり、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、活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

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	理念に対しての意識が薄く、実践につなげていない。	系列の事業所と同じ理念を掲げ、ホーム内への掲示や会議での話し合い等で職員間での共有を図っており、今後は地域密着型サービスの役割を反映させた、ホーム独自の理念を作成していきたいと考えている。現在、全職員が理念を理解し、日々のサービス提供場面で反映させるまでには至っていないが、場面・場面で、理念を理解して反映出来るよう努めている。	職員間で話し合い、ホーム独自の理念を作成し、全職員が理念を理解して実践出来るような取り組みに期待したい。
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	日常的な交流はない。	町内会に加入し、地域の一員として活動している。近隣の集会所で行われているカラオケ等に参加したり、夏場にはホームにテラスを作り、近隣住民に活用していただけるように伝えて、交流を図っている。また、散歩時には住民から声をかけてもらったり、立ち話をする等、良好な関係が構築されている。	
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	地域貢献を活かす機会がない。		
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	運営推進会議の中で活動状況を報告し、委員のメンバーと意見交換を行っている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、町内会長・民生委員・行政職員・家族代表が出席し、自己評価や外部評価の結果、行事計画等の報告を行い、意見交換を行っている。また、認知症やグループホームについて説明したり、地域の情報を知らせていただいている。	
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に取り組んでいる	積極的な取り組みは行っていない。	市役所にパンフレットを配布し、自己評価や外部評価・目標達成計画等を報告している。行政との連携を図るための積極的な取り組みは行っていないものの、市の担当者からはその都度、意見や情報等をいただいている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	特に取り組みは行っていない。	職員は、身体拘束について概ね理解しており、特にマニュアル等は作成されていないが、身体拘束を行わない姿勢でケアに取り組んでいる。また、外出傾向のある利用者には、職員の目配りや気配りで見守りを行い、付き添いを行う体制ではあるものの、無断外出時に備え、協力が得られるような働きかけは行われていない。	万が一拘束を行わなければならない場合に備え、その理由や方法・期間や経過観察等について記録を残す体制を整えることに期待したい。また、利用者の無断外出時に備え、近隣住民から協力が得られるような働きかけに期待したい。

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	学ぶ機会は設けていない。		
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	学ぶ機会は設けていない。		
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	契約時にケアマネジャーを中心に説明を行っている。		
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並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	利用者・家族の要望はケアプラン等に反映し、意見・要望は意見箱、窓口で対応している。	職員は、利用者の言動や表情・動作等を観察し、意見や要望の把握に努めている他、意見箱を設置したり、ホーム内外の苦情受付窓口も明示している。家族代表が運営推進会議のメンバーとなっている他、利用者に変化がある時はどんなに些細な事でも報告するように努めている。また、毎月送付している「家族通信」は、担当職員が利用者の様子を手書きでお知らせしているものであり、温もりが感じられる。	
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	職員会議やユニット会議を行い、意見交換を行うと共に、施設長・社長・職員の三者での面談を実施している。	管理者は問題等を全職員で話し合い、解決策を見出すように心掛けており、「考える・やってみる・評価をする」の流れの中で、チームワークを大切にしたいと考えている。職員会議やユニット会議で意見交換を行い、会議では意見や気付いたこと等、何でも話せる雰囲気づくりに努めている。	
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	代表者なりの考えで、環境づくりに努めていると思う。		
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	研修内容と本人の力量、希望に合わせ研修に参加してもらい、出来るだけ多くの職員が参加出来るように努めている。また、内部研修も行っている。		

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
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	積極的な取り組みは行っていない。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時とケアプラン作成時に、要望を汲み取るようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービスの開始にあたっては、家族からの意見、了解の確認をとった上でサービスを開始している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	家族の要望と本人の身体的な面、メンタル面を総合的にみて、今必要な支援を考え、対応している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	出来ることは手伝ってもらい、一緒に行うことで関係を築いている。		
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置かず、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	毎月の家族通信、面会時の状況を通して行っている。		
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	要望もなく、積極的な支援は行っていない。	家族やケアマネ等から情報収集し、利用者がこれまで関わってきた人や場所等を把握している。年賀状が届き、返事を出したり、家族の協力でお盆のお墓参りやお正月に外泊する等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	トラブルのないよう利用者同士の関わり方に気を付けている。		

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
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	求められることもなく、行っていない。		
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	本人や家族から、意向を確認している。	日常の会話や家族からの聞き取り等により、利用者の希望や思い、意向を把握するよう努めている。また、必要により、家族やケアマネージャー、かかりつけ医等から情報を収集している。	
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	入居時の家族からの聞き取りやそれまで受けていたサービス利用先からの情報提供で、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	申し送り、ケース記録、スタッフ同士の情報交換で把握している。		
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	カンファレンスにて担当者、他職員、看護師と検討して介護計画を作成し、モニタリングを行っている。	利用者や家族の希望・意向等を聞き、担当者や看護師、職員の気付きを基に話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月毎の見直しの際にはモニタリングを行い、ケアカンファレンスやユニット会議でも話し合いを行っており、状況に変化がある時には随時見直しを行っている。	
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	3ヶ月毎の定期的な見直しを行い、変化が生じた時は速やかに計画の見直しを行っている。		
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	特に取り組みはしていない。		
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	地域資源を活かしていない。		

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
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	かかりつけ医を利用している。	これまでのかかりつけ医を把握し、市外の受診は家族にお願いし、市内の受診は職員が対応している。受診には看護師の資格を持つ職員が付き添って、医師に情報を伝えている他、受診後は家族に結果を報告し、情報の共有化を図っている。また、入院中も職員が日用品やオムツ等を病院へ届ける等の支援を行っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	変化は速やかに看護師に報告し、適切な処置・受診が行われている。		
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、また、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。	入院時には、面会を重ね、病院関係者から状況説明を受け、退院後を話し合っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、終末期に対応していない。重度化が考えられる時は、家族と相談、説明し、他施設へつなげる等の対応を考えている。	ホームとしては、現在、重度化や終末期の対応は行っていない。入居時に家族等との話し合いを持ち、利用者が重度化してきた場合には他の施設を紹介し、移動していただくこととしている。	
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	研修、訓練は行っていない。実践は不十分である。		
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	避難訓練は実施しているが、まだ一部職員のための経験にとどまっている。地域との協力体制もまだ希薄である。	年2回、消防署員立会いでの訓練を行っており、災害時に備えた緊急連絡網や夜間地震対応マニュアル等を作成している他、「意識レベルチェック表」も作成し、いざという時に備えている。また、スプリンクラーを設置している他、インスタントラーメンやレトルト食品、保存用の飲料水や発電機等、災害時に備えた物品等を用意している。	災害時には近隣住民から協力をいただけることとなっているものの、具体的な体制整備がなされていないため、今後、協力いただける方の名簿を作成したり、実際に避難訓練に参加していただく等の取り組みにも期待したい。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	プライバシーの保護は心掛けているが、利用者への対応や、とっさの時に相手の尊重を欠く言動がある。	管理者及び職員は、日々、利用者主体のケアに取り組み、利用者を選択してもらえるような言葉掛けに努めている。職員は利用者から学ぶことも多く、人生の先輩と考え、接している。	
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	本人の希望に出来るだけ沿って、飲み物等を提供したり、余暇でも参加、不参加の声掛けや家事手伝いをしてもらうことによって、働きかけている。		
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	業務優先が多くある。		
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	毎日の身だしなみ、月1回の散髪、本人の選んだ着衣等の支援を行っている。		
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	季節の物や地元の懐かしい食べ物を取り入れ、全て職員の手作りである。食事前の準備、後片付けは利用者到手伝ってもらっている。また、昼食時は職員と利用者が一緒になって食べている。	献立は管理栄養士が作成し、季節の食材等に配慮して、職員の手作りの食事が提供されている。職員はさりげなくサポートしながら一緒に食事し、後片付けもできる方には手伝っていただいている。	
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	3食以外にもコーヒータイム、おやつタイムを設け、水分摂取を支援している。水分量、食事量は毎日記録し、献立は管理栄養士が作成している。		
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	口腔ケアを毎食後行っており、口腔ケア時は職員が付き添い、見守り、介助にあたっている。入れ歯は洗浄剤を毎日使い、清潔に使用出来るよう努めている。		

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向けた支援を行っている	排泄チェックを行い、排泄サイクルを過ぎていた場合は声掛けをし、失敗のないように支援している。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、職員の声掛けや誘導でトイレでの排泄を支援している。また、夜間もポータブルを使用せず、トイレで排泄していただくように取り組んでいる。	
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	下剤でのコントロールが主で、水分補給を多めにしたり、体を動かすように体操、屋内歩行の声掛けを行っている。		
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ず、個々に応じた支援をしている	入浴日は決めているが、本人の希望がある場合、そちらを優先している。	基本的に週2回の入浴とし、時間等も決まっているが、希望があれば意向に沿えるように支援している。熱めの風呂やぬるめ等、温度の希望にも沿えるように努め、夏場にはシャワー浴も取り入れている。また、広い浴室は手摺りや滑りにくい床にして、利用者が安全に入浴できるように配慮している。	
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	睡眠チェックで睡眠時間を把握している。眠剤で調整が出来る方もいる。毎日入眠まで付き添っている方もいる。		
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	薬の変更時は全職員に申し送りしているが、全ての利用者の全ての薬に関して理解しているわけではない。		
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	家事手伝いを行ったり、天気の良い日は気分転換にドライブをしたり、日光浴、散歩を行っている。		
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。また、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	努めていない。	ホーム周辺を散歩したり、夏はホーム前のテラスで日光浴やお茶タイムを設けて寛いでいる。年間の行事計画があり、ドライブや外食等で気分転換を図っている。また、利用者の状態に応じて、レンタルのマイクロバスや車椅子対応の車両で出掛けている。	

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	お金は施設管理している。また、外出の際でも職員が預かり、清算等を行っている。		
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	本人が電話をかけたい時、手紙を書きたい時は支援している。		
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	季節の飾り付け等を行い、ホールを、落ち着く空間にするよう工夫している。また、カーテン等で光の調整を行っている。	ホールの天井が高く、天窓からあたたかな陽光が差し込んでおり、テーブルやソファが置かれ、利用者がゆっくり休めるスペースが確保されている。職員と利用者が一緒に作った節分の鬼やお雛様、玄関にはネコヤナギが飾られ、季節を感じ、楽しめるように工夫がなされている。また、床暖のため、乾燥を防ぐための空気洗浄機付きの加湿器を設置し、湿度の調整を行っている。	
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	ソファでテレビを見ながら過ごしたり、テーブル席で、利用者や職員と会話をしている。		
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	一部の方を除いては、馴染みの物が少なく、活かされていない。	居室内は広く、遺影や愛用のマッサージ器を持ち込んでいる方もいる。居室には持ち込みが少ないものの、家族に馴染みの物を持ち込んでもらえるよう働きかけている。	
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」や「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	入口前に部屋名毎のシールを貼ったり、トイレの方向を示すために矢印等の印を使う等、視覚的にわかりやすいように工夫している。		