

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	2793100021		
法人名	セントケア西日本(株)		
事業所名	セントケアホームいくえ		
所在地	大阪市旭区生江2丁目11-15 (さくら)		
自己評価作成日	平成26年2月10日	評価結果市町村受理日	平成26年6月11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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 MIRO谷町 4階		
訪問調査日	平成26年5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)】

利用者個々の出来る事を見つけに援助していく事により、利用者がいきいきと日常生活を送れるよう支援しております。また、個人の要望にしっかりと耳を傾け個別に援助する事により、QOLの向上を目指しています。
当ホームではご家族様の関わり大切にしており月に一度は、ご家族様も参加できるレクリエーションを企画しております。職員とご家族、ご家族同士の交流を図っており、利用者、家族、職員がチームとなり生活を送れるよう努めております。

【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)】

京阪電鉄千林駅から千林商店街、旭商店街、大宮神社前を通り閑静な住宅街の一角にホームが存在する。鉄骨造り2階建て、1階は通所介護事業所、2階部分に2ユニット(さくら・しょうぶ)のグループホームがある。設置主体はセントケア西日本(株)、全国的規模で展開、職員の教育研修等は施設内外で受講の機会があり、キャリアアップ支援が充実している。職員は学びの体験を利用者のケアに活用している。当ホームの方針は利用者及びその家族への働きかけを重視している。月1回の割合でレクリエーションを企画したり、隔月の運営推進会議のあとに家族会を設定するなど相互的交流とコミュニケーションを図っている。職員は温かく利用者の見守り、声かけを行っている。管理者を中心に職員間のチームワークよく、職員は家族から信頼され評価も良好である。

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広がったり深まり、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、活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
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	法人の経営方針書を毎日朗読する事により共有を図っている。	出勤者はグループホームいくえの経営方針を毎日朗読し、「一番居心地のよい場所と思っていただけのホームを目指します」を念頭に管理者を中心に職員は日々の介護にあたっている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい	地域の行事に参加したり地域の方に参加頂くイベントを開催している。また、地域の方々からのボランティアにきて頂いている。	地域の自治会に利用者全員が加入している。ボランティアの楽器演奏・コーラスなどは通所事業所の人と共有したり、地域向けの学習会を開催し、25年4月に演題を「認知症の理解」で講演し、双方の交流で顔見知りになれる努力をしている。	
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	地域の方々との交流を目的としたイベントを開催して認知症介護などについての理解を深めれるよう努めている。		
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	二カ月に一回運営推進会議を実施しており、地域包括、自治会などから意見、アドバイスを頂いている。	運営推進会議の後に家族会も行っている。隔月に1回が定例化されて、軌道に乗っている。自治会・包括支援センター関係者、家族の参加も多い。事業所の運営報告・地域情報を受け意見交換される。その結果をサービス向上に活かしている。	
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	介護事故の報告や相談は行う事はあるが、その他については積極的には行っていない。	区役所窓口担当者とは関係を維持しながら介護事故などの発生時には迅速に相談アドバイスを受けている。今後は利用者へのサービス向上に向け逐次相談やアドバイスを受けたいと考えている。	
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	身体拘束は絶対に行わない。転落、身体の危険が予測される場合は、身体拘束以外の方法で対応していく。	職員は入職当初の研修で法人の方針、個人の人格尊重、利用者の健康管理、身体拘束の弊害などに関して学習している。身体拘束に関しては利用者の状況に応じて家族に説明・相談し対応している。	
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	年に一度虐待防止についての研修を実施している。		

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に支援している	学ぶ機会がない。		
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	入居前に重要事項説明書、契約書を締結している。契約内容に変更が生じる場合は変更同意書を締結している。		
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	運営推進会議後に家族会を実施その場で要望等の意見交換を行っている。	隔月に家族会議を開催している。当初は苦情・要望も出ていたが、最近は家族同士の認知症に対する理解、家族の苦悩に共感する機会となり、一方、事業所では意見・情報交換より業務改善や事業運営につなげサービス向上に努めている。	
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	月一度のミーティングにて職員との意見交換を行っている。	月1回のミーティング、ユニット会議、引き継ぎ時等で職員は自由に発言・意見交換をしている。職員はそれぞれ役割分担が有り、業務の見直しなどにも反映し、事業所の円滑運営に関わっている。	
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	年度ごとに契約の更新を行っている。その際に個別面談を行い、スタッフのモチベーションを上げられるよう努めている。		
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	毎月、スキルアップを目的とした研修を行っている。また、その他に社内研修(認知症ケア、計画作成担当者、口腔ケア等)が不定期にある。		
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	旭区内のGHでの連絡会が3ヶ月に一度開催している。またお互いのホームにスタッフを研修に派遣している。		

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
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	入居前に事前に面談を行いご本人様の要望などを確認している。		
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	入居間もない方については特にコミュニケーションを優先している。		
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	入居時の課題分析シートを用いて暫定的なケアプランを作成している。		
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	掃除や洗濯等家事については出来る範囲でして頂きホーム内での役割を持っていただいている。		
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	毎月、ご家族を招待したレクリエーションを行っている。定期的にご家族がホームへ来ていただくきっかけを作りっている。また、そこで家族とスタッフの交流を図り、ご家族への協力を上げるような関係性を構築している。		
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	ご家族様への働きかけにより、一部の方については以前の関係が続いている。	区内の利用者は少数、大阪市内全域からの入所で高齢者も多い。家族の協力を得ながら繋がりを維持できるようにしている。一部であるが生活協同会館へ家族と一緒に外向き生協のイベントに参加している利用者もいる。	
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	席の配置に留意しており、その時々状況に応じて変更している。		

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
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	行う事はほとんどない。		
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	日々の会話の中などでニーズを収集している。困難な場合は、本人の立場に立った検証を行っている。	フロア単位で行うケアカンファレンス、日々の申し送り、日常生活記録(笑顔の観察された時の様子・不穏な表情)等よりニーズを把握している。把握困難時は、家族からこれまでの生活歴を聴取し本人本位をモットーに検証している。	
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	事前の調査やメモリーブックをご家族様に記入いただき、生活歴などの把握をしている。		
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	ご本人様の言動や表情に着目して日常生活記録を日々記録している。		
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	ご家族の意見も踏まえて3ヶ月毎ケアカンファレンスを行い、ケアプランの見直しを行っている。	ケアマネージャーのリーダーシップで、ユニット会議、ミニカンファレンス等職員間で意見交換・原案の見直し、3ヶ月に1回評価・モニタリングを行っている。利用者の状況や家族からの情報を重視し現状に即した介護計画作成に努めている。	
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	日常生活記録、モニタリングを用いて行っている。		
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、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われなない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状況ウに応じて、業務の改善を行い、無駄をなくし個々のニーズに対応できるよう時間を捻出している。		

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	地域のイベントや組合等のコミュニティに参加している。		
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	入居後についても協力医療機関以外の医療機関での受診を希望されれば、連携を図っている。	本人や家族が希望の場合は従来のかかりつけ医とし定期受診時は家族が付き添っている。提携医療機関の医師、看護師とは連絡を密にとり健康管理・医療支援を行っている。緊急時は事業所が対応し家族に報告をしている。	
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	週1回訪問看護ステーションより看護師に訪問して頂いている。必要時には主治医への提案等している。		
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	入院時については情報の提供を迅速にできるように努めているが、日頃からの関係の構築は出来ていない。		
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、事業所の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	主治医の見解を元に早い段階でご家族様に説明おこなう。当ホームで出来る事、出来ない音を説明している。	入所の早い段階で事業所の方針を説明、経過とともに随時かかりつけ医に相談、方向性を決め家族に報告・説明を行い同意・署名をとっている。現在1名、進行形の該当者がおられ医療・家族・職員のチームで対応している。	
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	毎日CPR呼称を行っている。緊急時対応についてはマニュアル化している。		
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	年三回の消防、防災訓練を行っている。	年3回の防災訓練を行っている。夜間想定はパニックが推測され実施にいたっていない。火災に関してはスプリンクラー完備、ガスでなくIHを使用している。災害のための備蓄・準備品目等は法人として考慮されている。	災害時の利用者の避難、職員の行動、消防署との連絡や地域への協力体制要請の働きかけ、日々の生活環境の5S運動・整理整頓の必要性を全職員が認識することを期待したい。

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	自尊心を傷付けたくないよう、人格を尊重する声掛けを行うよう努めている。	人格尊重を念頭に声掛けをしている。新入職時には戸惑いも生じているが先輩がフォローしている。設備構造上、1箇所、トイレが狭く介護中ドアが閉められないが、創意工夫で対応、プライバシーの確保に努力している。	
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	極力、本人が自己決定できるように促している。		
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	利用者のペースで生活できるよう心掛けているが、スタッフの都合で行う事もある。		
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	ご自分で出来ない方については、衣服の乱れや整容に留意している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立や調理は殆ど当方で行い。こだわりの料理を召し上がっていただいている。入居者様には盛り付けなどを行って頂いている。	献立は法人本部(管理栄養士)。食材は毎日搬送され食事の用意は調理担当者が行き、介護職員は検食し記録報告している。利用者は片付けに参加している。食事形態、食器(陶器)にもこだわり楽しみながらの完食に努めている。	
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	献立は栄養士が作成している。食事量、水分量は毎日記録している。		
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	自立の方には声掛け、自力で困難方には介助にて行っている。		

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
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	排泄の時間を記録して極力トイレでの排泄できるよう、声掛け、誘導を行っている。	入所時おむつ使用の人が自立支援で2名がパンツに変わった。排泄記録、様子等により優しく声かけをしトイレに誘導している。自立した快適な習慣が継続するよう支援している。	
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	朝食にはあヨーグルトを提供している。また運動や入浴時の腹部のマッサージを促している。		
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	時間や曜日は決めているものの状況に応じて変更して希望をかなえられるよう努めている。	入浴は週に2～3回を目標に入浴前後に体調チェックの上、行っている。拒否の人はタイミングを見ながら誘導したり、清拭に変えるなど臨機応変に行っている。間隔のあく時には部分清拭・陰洗を行うなど清潔に努めている。	
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	傾眠を良くされる時には昼寝をして頂いたり個々の状態に応じて休んで頂いている。		
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	主治医や薬剤師と連携を取り確認している。		
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	レクリエーションや家事を中心に張り合いのある生活を営まれるよう支援している。		
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	ご家族様の協力にて行う事が多い。また、イベントとして外食や花見など不定期に行っている。	午前の時間帯に希望者は近隣を散歩したり、車椅子利用の人は週に1～2回、近隣公園に出向き外気に親しむ機会を持っている。季節行事としての外食やお花見等は家族の協力を得ている。時には自宅に外泊する等で気分転換を図る人もいる。	より多くの利用者が短時間でも、外気に触れる機会を多く持てるように希望する。

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	買い物や喫茶店に出掛けた際はご自分で支払いして頂くよう支援している。		
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	ご本人様が希望されれば支援している。		
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	家具や席の位置に留意して不快の内容留意している。	共用の空間(居間、食堂、廊下など)はゆとりを持ったレイアウトで落ち着いている。ソファなども置かれゆっくりとくつろげる配慮も見られる。採光もよく静か、コーナーには手芸品なども飾られ、アットホームな雰囲気造りに職員の気遣いが見られる。	
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	気の合った方同士が近く席になるようにしたり、ゆっくりと過ごせるソファを設置している。		
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	家具類はすべて持ち込みにして頂いており、なるべくご自宅に近い環境を再現している。	居室は明るく広く清潔でエアコン、クローゼットが付帯設置されている。それ以外は利用者のカーテン・ベッド・寝具類・筆筒・椅子などが持ち込まれている。搬入され、家族の来訪時にもゆっくりと過ごせるような雰囲気である。	
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	トイレや各居室に表札を付け何が何処にあるかをわかりやすく表示している。		