

### 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	2790900209		
法人名	株式会社 美咲		
事業所名	グループホームみさき高槻 (1階)		
所在地	大阪府高槻市北昭和台町17-10		
自己評価作成日	平成26年1月25日	評価結果市町村受理日	平成26年4月17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3月18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)】

2年目は地域交流に力を入れ、毎月のふれあい喫茶、自治会のイベント参加、移動図書館の活用、保育園の夏祭りや地域開放日に出かけることなどを行った。また、支援学生の職業体験の受け入れを行っている。自治会主催の文化祭では全利用者が作品を作成、展示して頂き、文化祭当日に鑑賞会に参加している。春から秋にかけて玄関横で家庭菜園を行い、毎日の水やり、手入れ、収穫を共有し、喜んでおられる。施設内では、毎月委員会(研修)を行い、認知症、拘束や虐待などへの理解を深めるようにしている。施設外では、法人全体での研修に参加。また、市役所や包括での研修に参加している。

【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)】

法人は大阪市内に本社を置き、利用者の『生活』を支えることを理念に大阪府・兵庫県・神奈川県下にグループホームを数多く展開している。当ホームは平成24年3月に阪急京都線富田駅から徒歩10分の地に2ユニットで開設された。利用者が食事作りに参加できるようにアイランド式キッチンを採用している。尊厳を重んじた介護計画にそって、理念どおり『みんなで ささえあい きもちをこめて(頭文字を合わせると「みさき」)』、丁寧なサービスを提供し、利用者は穏やかに生活している。管理者と職員は会話を重んじ、家族に毎月暮らしの状況を書面で報告している。運営推進会議は家族が参加し易い土曜日へと変えて、2ヶ月に1回開催している。支援学校生徒の職業体験受け入れや保育園児との交流等、地域資源を活かしている。健康管理に対する家族の信頼は厚く、ホームでの看取り介護も行われている。

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	事業所独自の理念と行動指針を全スタッフよりアイデアをもらい作成。施設内に掲示している。	全スタッフで考えた理念は「『みんなでささえあい きもちをこめて』 みんなとは、スタッフだけでなく、家人様、地域の方、みさき高槻に関わる全ての方の事を指します」であり、基本方針と共に日々の実践に繋げている。	
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	支援学校生徒の職業体験の受け入れを行っている。また、地域主催の文化祭へ作品を作成し出品した。保育園との交流も行っている。	散歩や買い物の際に地域住民に挨拶している。地域のふれあい喫茶や発表会に出かけ、文化祭では編み物や貼り絵等を出品した。支援学校生徒の職業体験受け入れや保育園児との交流も楽しみとなっている。	
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	運営推進会議や包括コミュニティーなどで具体的事例を伝えている。 地域全体までは発信しきれていない。		
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	毎回の会議では疑問に思うことや評価、提案を頂いている。それを踏まえてサービスの向上につなげていく。	開催日を土曜に変え、地域包括支援センター職員、民生委員、利用者、家族の参加を得て、2ヶ月に1回開催している。運営・行事・職員状況・ヒヤリハット・事故等について報告し、出席者から意見を頂いている。	
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取り組んでいる	介護保険課、生活福祉課の担当ケースワーカーとは相談できている。協力関係はまだ築けていない。	介護保険課、生活福祉課の担当ケースワーカーには介護保険の更新、生活保護手続きの相談等を行っている。長寿生きがい課との接点があったので、協力関係を築けるよう取り組み中である。	市担当窓口に対して、事業所の実情やサービスについて折に触れ伝え、自治会加入の課題も含めて相談し、市との協力関係を築くことを期待する。
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	施設内研修や過去の事例(新聞記事)などを通じて理解を深めている。 玄関の施錠は防犯上継続している。	身体拘束・虐待防止マニュアルを整備し、月1回、防止委員会で研修を行っている。スピーチロック廃止に取り組んでいる。玄関は施錠しているが、外出願望の徴候がみられれば、近隣への散歩で対応している。	
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	施設内研修や過去の事例(新聞記事)などを通じて理解を深めている。		

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
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	研修は行っていないが、新聞記事などを切り抜いてファイリングしている。		
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	入居時、退居時は、管理者が文書を用い説明を行っている。		
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	苦情処理簿を作成し、ファイリング、職員会議、運営推進会議の際に開示している。	利用者や家族の意見・要望は、「運営推進会議」時、ケアプラン更新時、家族の来所時に聞き、介護相談員からの面談情報や「苦情処理簿」から集約される意見・要望も併せて、運営に反映させている。	
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	施設内職員会議を月に一度、法人内で他施設合同の管理者会議を行っている。	管理者は毎月の職員会議で職員から意見や提案を聞き、また、半年に一度、職員の自己評価表を基に個人面談を行っている。各種委員会においてもケアサービスの向上に繋げるように議論し、運営に反映している。	
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	全職員に対し、半年に一度管理者が面談を行い、文書を本社に提出している。		
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	入職時にチェックシートを配布、研修を行っている。法人内の新施設内研修になるべく参加している。		
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	居宅支援事業所の集まりに参加し、情報交換を行っている。		

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
<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	初回面談、ケアプラン原本作成時に本人の意向を聞いている。また、居室担当を配置し、より細かいケアを行っている。		
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	入所前の面談、施設見学の際、入居契約時、初回ケアプラン原案時に家族に説明を行っている。		
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	問い合わせ、初回面談の際に聞き取りを行い、当施設に合っているか、またニーズが合わない場合は他サービスの説明を行っている。		
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	グループホームは生活する場所だと認識しているが、生活を共にする関係の構築はこれからである。		
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	家族様へは月に一度ご様子を伝える手紙を出している。その際に施設内行事の案内を行い、参加していただけるようお願いしている。		
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	散歩やドライブ時に可能であれば家の近所まで行ってみたり、コミュニティーへの参加によりご近所様や旧友との再会を果たしている例もある。	散歩やドライブ時に「家の柿の木が見たい」と自宅の近所まで行ったり、地域コミュニティーセンター参加で近所の方や旧友と再会する等、馴染みの場所や人との関係が途切れないよう、支援している。	
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	孤立や陰湿な雰囲気にならないよう、ソファを設置したり、席替えを行ったりしている。		

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
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	長期入院にて一旦退居されたが、病院ケースワーカーと連絡を取り、再入居されている。		
<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	ケアプラン作成時に思いを聞いている。困難な場合は家族に聞き取りを行っている。	ケアプラン作成時に、アセスメント用紙を用い、過去の生活歴や現在の要望の把握に努めている。意思表示が困難な場合は家族に利用者の思いや意向を聞いている。	
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	基本情報として入居前に携わってこられた方に聞き取りを行っている。		
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	月に一度モニタリングを行い、変化があれば再アセスメントを行うことにより把握している。		
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	月に一度のモニタリング、カンファレンス、サービス担当者会議を行い、主治医からも意見を頂くようにしている。	月1回モニタリングを行い、カンファレンス、サービス担当者会議を開催し、家族や主治医からも意見を聞き、介護計画を作成している。見直しは3ヶ月に1回を基本とするが、急変時や入退院時にも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	1人1枚の生活記録が24時間対応になり、1枚でその日1日の様子が分かるようになっている。		
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	サービスの多機能化に関しては、新たな支援方法を考えていく必要がある。		

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	コミュニティー行事への参加、支援学校や保育園との交流を図っている。		
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し、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	24時間連絡体制の取れる提携医療機関の情報提供を行っている。適切な医療が受けられるよう支援している。	かかりつけ医については、本人や家族の要望を重視している。従来からのかかりつけ医を受診する利用者と提携医療機関にかかりつけ医を変更する利用者とは丁度半々である。その他必要に応じて、整形外科、眼科、耳鼻科の受診の支援している。	
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	提携医療機関との看護師との連絡相談体制がある。		
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	入院時には定期的に訪問を行い、情報の把握を行っている。		
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	ターミナルケアを希望される場合は、主治医を交え書面にてケアの説明を行い同意を得ている。	本人や家族の要望があれば、ターミナルケアを含めた看取りまでホームで行うという方針である。そのため、法人で「重度・終末期の対応指針書」「看取りの同意書」を作成し、それを基に家族と話し合っケア日誌に記録しかかりつけ医や家族、ホーム側と共有している。	
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	緊急時の対応方法を掲示。内部研修を定期的に行っている。		
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	年に2回の訓練を行っている。夜間想定避難訓練も行い、消防から具体的な避難方法を指導されている。	消防署の立ち合いのもと、夜間の火災発生を想定した避難訓練を含めて年2回の避難訓練を実施している。しかし、例え見守りだけにしても、地域住民の参加は得られていない。	運営推進会議や普段のお付き合いで、近隣の住民に見学だけでもいいから参加して貰い、その大変さを理解して頂いて、実際の訓練に参加して頂くような努力が望まれる。

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
<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	チェックシートの活用。施設内研修で接遇を取り入れている。	毎年「接遇」研修を行い、利用者に対して尊厳をもって接し、プライバシーを侵さない様なケアを心がけている。知らず知らずプライバシーを侵すようなケアに気付いた時には、職員同士がアドバイスするチームワークも育ちつつある。	
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	自己決定が困難な方に対しても疑問形での言葉遣いを用い、自己決定を促す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	個人の生活ペースを把握できるように心掛けており、できる限り希望に添えるように支援している。		
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	本人様が選択、決定して頂けるように促している。		
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	食事の準備、片付けは本人のできる範囲で協力して頂けるよう支援している。	朝食については前日に職員が食材を購入して調理しているが、昼・夕食については業者より献立に沿った食材を購入し、ホームで食事形態を考慮して調理している。職員も同じ食事を食べ、場を和ませている。	
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	血液検査の結果を主治医と確認し、栄養不足や食欲不振の場合には、補助食品の利用や飲み物の選択肢を増やすなど工夫している。		
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	毎食後行っている。個々のできる範囲に応じて支援している。		

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
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	排泄の記録を確認し、個々のタイミングに合わせて声掛けを行っている。	排泄チェック表や利用者個々のサインも見逃さず、排泄パターンを把握し、さり気なくトイレ誘導を行い、自立排泄を支援している。病院から退院した利用者のおむつが取れ、リハビリパンツで対応出来た例もある。	
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	運動、野菜や乳製品の提供をし、困難な場合は薬の調整を主治医と相談している。		
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	週に3日入浴できるように支援を行っている。本人の希望により時間帯をずらしたりして対応している。	ローテーションを組み、ユニットごとに1日4～5人、週3回の入浴を支援している。楽しむ工夫として、泡の出る入浴剤を入れたり、季節を感じる菖蒲湯、ゆず湯も行っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	その日の体調や生活リズム、精神的な状況を把握し、休息がとれるよう支援している。		
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	管理者と主治医にて毎回確認している。変更があった場合には申し送りをおこなっている。症状の変化が起こった場合はその都度クリニックに確認している。		
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	リビングにレク用品を設置している。個人がやりたいものを好きな時に提供できるように支援している。		
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	家族の協力を頂き支援している。	地域交流会に参加するため、赤大路コミュニティに出かけたり、近くに桜の木も多くお花見をしたり、近くのスーパーへの買い物も楽しみの一つである。家族の協力を得て法事に参加したり外食を楽しんだりしている。	



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
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	現在は金銭の使用はしていない。預かりも行っていない。		
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	ご本人の希望に合わせ支援している。		
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	行事の写真やイベント告知のポスター、また季節感が感じられる飾りつけを行っている。	リビング兼食堂にはアイランド式対面キッチンが備え付けられ、職員と利用者の距離を縮める工夫がされている。丁度食事時には美味しそうな匂いが漂い充分生活感がある。すぐ近くをJRが通っているが、それに面する大きな窓はペアガラスが使われており、騒音は殆んど聞こえない。	
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	テーブルの他にソファを設置し、少人数で過ごせる空間を作っている。		
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	面接、入居時に出来るだけ使い慣れたものを持ってきていただくよう説明している。	居室については、使い慣れた家具をを持ち込まれているとしても比較的簡素であり、積み上げているような荷物も無く、地震時の安全性も確保されている。まだ部屋間違いをする利用者もあり、その防止も工夫されている。	
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」「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	バリアフリーの環境の中で本人の生活動作が妨げられないようにしている。		