

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	4570101925		
法人名	有限会社 高木ライフ企画		
事業所名	グループホームひだまり		
所在地	宮崎市鶴島3丁目50		
自己評価作成日	令和2年7月26日	評価結果市町村受理日	令和2年10月30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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_pref_search_list_list=true
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	令和2年9月10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)】

近隣に小戸神社・堤防もあり、散歩にはとても適している場所です。また、音楽療法、傾聴ボランティアもお願いしていましたが、コロナウイルス関係でどちらも自粛している所です。ひだまりの利用者様は、残存機能を活かして頂いており、ひだまりの一員として毎日を過ごして頂いております。ベランダのプランターに野菜を植えて収穫するのを楽しみにされています。

【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)】

ホームは、理念を基に利用者に寄り添い、家庭的な雰囲気の中で個性を尊重し、残存能力の維持や生きがいを感じてもらえるように、生活リハビリや脚力低下防止予防に努めている。感染症感染防止対策のため、家族、地域の関係者等に利用者の近況やホームの状況報告を書面、電話等を利用して関係継続の支援を行っている。管理者、職員は行事を工夫したり、ケアの充実を図るために、内外の研修に参加し、利用者の居心地のよい場所になるように取り組んでいる。

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)	○	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

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	分かりやすい理念をスタッフと話し合い作り上げ食堂に示しているが、定期的に振り返りが必要と思う。	ミーティングで理念を作成し、確認しながら日々のサービス提供場面で振り返るよう取り組んでいる。管理者や職員は、理念を共有して利用者の毎日が楽しみや思い出になるように努めている。	
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	区会に入り、当番が来れば班長を行なう等協力は行っている。できるだけ自治会のイベントにも参加できるようにしているがコロナ関係でイベント中止等で今は難しい	利用者と一緒に回覧板を持参するなど、地域住民との交流に努めている。地域の関係者等に、利用者、ホームの近況報告を行っている。	
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	小戸小学校の6年生の認知症の方との交流に協力している。		
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か月に1回施設の状況や行事等の説明を行なうが、認知症の方に対するケアについていつもスタッフに労いの言葉を頂いている。	運営推進会議では、参加者から意見が出され、意見をサービス向上に生かすよう取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	チームケア研修等の参加を通じて連絡相談を行っている。	市の開催する研修に参加した時に、ホームの実情やケアサービスの取組を伝えたり、制度面の情報を得るために連絡を密に行い、市の担当者と協力関係の構築に取り組んでいる。	
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「介護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	ミーティングで身体拘束をしない勉強会を行っている。また拘束委員会を行い、拘束をしなければならぬのかの検討会も行っている。	ミーティング、身体拘束委員会で対象となる行為や弊害を理解し、日々のケアに取り組んでいる。外出の察知や外出傾向の把握をしながら利用者の不安や混乱を取り除くよう努めている。	
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	グループホーム協議会の研修参加と報告を行い、スピーチロック(言葉による身体拘束)を含め、現状の振り返りを行っている。		

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
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	定期的な学びの場は設けていない。必要と思われる方はケアマネジャーが手続きを行っている。経過は、ミーティングで職員に報告している。		
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	面談時あらかじめ説明を行い、施設見学も行い、契約時にもしっかり説明をし、改定後もその都度説明を行い、質疑はないかを聞きながら進めるようにしている。		
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	年に1回家族会として設けているが今年はコロナ関係があり、書類を作成し、各家族に封書にて送付を行った。	利用者の近況や介護計画、外部評価、職員のケアに対する情報などの報告を郵送している。	
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1のミーティングで職員の意見を述べる場を設けてケアに活かせるように努めている。	運営に関する職員の意見や要望を聞き、反映させるよう努め、改善に取り組んでいる。	
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	管理者から代表に実情を伝えている。		
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	研修に積極的に参加は促してる。今年度は出来ていない。		
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	同業者や施設間の交流は余りなく、サービスの質の向上には至っていない。		

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
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	本人にお会いしたり、家族にもお会いし顔が分かる関係を築いている。		
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	家族の悩みを聞きながら共感し、どのような事を提供すれば本人様が安心した生活が送れるのか要望を聞きながら関係づくりを築けるように配慮している。		
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	まず利用者様の生活を知り、生活の中で習慣となっているサービスがあれば継続したいとの思いはある。ただ初期段階であるならば施設に慣れて頂く事も大事だとの考えもある。		
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	本人様の出来る事、役割を尊重し生活の中でお手伝いをして頂き施設の一員と過ごして頂いている。		
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	家族の状況を理解し、協力できる家族には協力して頂き、難しい家族に対しては協力できるまで待つようにし関係づくりを行っている。		
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	家族との関係が良好な方には関係性が保たれるように近況で電話を差し上げたり、ケアプランを送付した時等に近況を手紙に綴りお知らせ等を行っている。	家族等に利用者やホームの近況報告等を行っている。また、病院受診の帰りに故郷訪問を行い、関係継続の支援に努めている。	
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	できるだけ孤立しないようにはしていますがそこに個人個人の性格がある為口論される場面もあります。そのような時はスタッフが間に入り沈めたり努力はしています。		

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	契約が終了してもご家族に電話をし状況をお聞きしたりしています。		
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	センターシートを利用し、本人様の希望の把握を行っている。	センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)を使い、好きな事や出来た事を把握し、本人の動きや生活動作で意向を見い出して無理なく出来るように支援している。	
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	家族・通所されていた施設に情報を頂き入居前にスタッフに情報共有を行っている。		
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	日々の変化を見落とさないように記録し共有を行い、月1のミーティングで現状での問題点を皆で話し合いながら支援に努めている。		
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1のミーティングで本人が意図している言葉を考え、スタッフの意見を反映しながら作成している。	作成者や職員、訪問看護師等とカンファレンスを行い、意見を出し合い家族にも訪問時や電話で話を聞き、本人がよりよく暮らせるように現状態に合った介護計画を作成し、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	日々の様子の変化は、できるだけ詳細に伝えたいため個別記録に残す様に努めて、引き継ぎでもスタッフで共有できるようにしている。		
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	利用者や家族の状況を踏まえた上で今できる事をスタッフで周知し行うようにしている。		

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	利用している地域資源はあるが、今は難しい。		
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	出来るだけ馴染みの医師の継続を行っている方もいれば、施設の協力機関の主治医に変更した方もいます。勿論家族に馴染みの医師の方が良ければ継続しますが、そこまで通院はしていないとなるとその時々で異なります。	かかりつけ医への継続を支援し、希望があれば、協力医を紹介している。職員同行の受診時は、利用者の生活状況や詳細な情報を提供し安心して受診できるように支援している。月1回の往診体制も整っている。	
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で健康チェックに見えますのでその時に心配な事・分からない事をお聞きしたり、緊急時には連絡し指示を得ている。		
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。	入院時には、同行し施設での生活状態を伝えたり家族が安心できるように主治医との話の場に家族の承諾を得一緒にお聞きしたりしています。		
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	年齢や、日頃の状態・認知レベルの低下等があらわれる時は、家族に今後の事を相談するように努めている。	看取りの実績もあり、入居前に家族には十分に説明を行い、重度化した際の方針について書面で同意を得ている。状況に応じて随時、本人、家族の意向を重視した終末期における支援に努めている。	
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	訓練までは行っていないが初期対応の研修を訪問看護ステーションからして頂き、報告書を作成した。		
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	災害時の対応や担当を決めている。火災については訓練を行っている。地震については近隣の方の協力を得て行った。	夜間想定も含めて年2回、災害に対する避難訓練を実施している。地域住民の協力体制の強化や備蓄の充実、自然災害における対策等が具現化されていない。	全職員で、地域住民等と協力して防災の基本である事前の備えや対策、早目の行動をとれる体制の強化に期待したい。

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
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	日頃の支援の中で尊重しながら行っているつもりではある。	利用者の人格を尊重し、居室は、共用空間で過ごす時は、ドアが閉められている。呼びかけや排せつ時、入浴時のプライバシーの確保に配慮している。	
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	自己主張がしっかりできる方が多い中で余り主張されない方には、こちらからお聞きしたりして要望をお聞きしたりの配慮は行っている。		
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	朝食は時間を決めず個人のペースに合わせて食べていただいたりとできるだけ利用者様のペースに合わせる努力は行っている。		
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	入浴時の準備は、本人様に好みを尋ねたり、一緒に準備を行うようにしている。		
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	調理の下準備・盛り付け等のお手伝い、メニューを尋ねてみる等して食事が楽しみになるように心掛けている。好み異なる場合は日替わりで対応している。	フランチで育った野菜を利用者と職員で収穫から調理まで行っている。一人ひとりの力量に合わせて準備や盛り付けを行い、職員は食事が楽しくなるように心がけ、利用者と同じテーブルで同じ食事を、介助しながら摂っている。	
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	食事量・水分量の記録を見ながらスタッフ間で共有し、不足分を補う等を行っている。栄養バランスについては3食偏らないように努めている。		
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	毎食後口腔ケアの支援を行っている。就寝前には義歯を外し洗浄剤を使用している。		

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	排泄の状況を把握し、トイレ誘導を行う方もおられます。また尿意・便意のある方は、その時々に応じ見守りを行い、トイレで用が足せるように支援しています。	排せつの動作やパターンを把握し、適切にトイレ誘導することで失敗の軽減に努め、おむつの使用を減らし、快適に生活できるように支援している。	
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	ほぼ毎日体操を行ったり、水分量・食事内容を考えながら行っているが、自然の排便は難しい方もおられる為主治医に相談したり、訪看等に相談しながら改善に努めている。		
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	入浴前に声掛けを行ない、断られた時等時間を空けて再度の声掛けを行なう日もあれば、次の日に再度の声掛けを行なう等し無理強いはいないようにしている。	利用者の希望に応じた入浴支援を行い、入浴を拒む利用者には、無理強いをせずに、入浴習慣や拒否の原因を考慮した対応を行い、くつろいだ気持ちで入浴できるように支援している。	
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	できるだけ、その方の就寝時間を入所前にお聞きしたりして、食堂でゆっくりする時間を持ち、眠くなられたら居室へ誘導するようにはしている。		
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	一人ひとりの薬の担当を決めている。また服薬が変更になった時は、共有ノートを使用しスタッフが共有できるようにしている。		
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	ケアプランの中にその方の趣味・嗜好が取り入れられている。楽しみも傾聴し出来るようにしている。		
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	本人様の住んでいらした場所や皆さんとの戸外の外出が出来るように努めている。今は、出かけられない。	職員は、行事を工夫して、ペランダでの食事、レクリエーション、映画鑑賞、懐メロ、お茶会を催し、利用者の気分転換を図っている。病院受診の帰りに故郷訪問を支援している。	

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
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	金銭関係については、所持されている方が2名程で他の方は無くされる可能性がある為、施設で管理を行い、面会時に残高確認・出納帳の確認をして頂き署名をして頂いている。		
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	家族の方にこちらから電話をして話して頂いたりした。		
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	ダイニングキッチンになっているので茶碗が割れた音に驚かれる事もある。季節に関しては、ベランダには花・野菜を植え季節に合った物を取り入れて入る。	食事をしたり、日中過ごすことの多いダイニングルームには、居心地よく過ごせるように、利用者の作品や写真を貼り、ベランダのプランターには、花やナス、スイカが植えられ生活感や季節感が感じられるように工夫している。	
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	廊下の隅に椅子を設置している。		
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	入所前にある程度は家族にお話をし使い慣れた物、本人様が大事にされているものをお持ちくださいと話している。	利用者の使い慣れた馴染みの物、生活用品、趣味の作品を置き、安心して過ごせるよう工夫している。	
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	廊下に物を置かないようにしたり、廊下に手すりは設置してある。また居室内はマットを敷き、万が一の転倒に備え大怪我にならないよう配慮を行っている。		