

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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	
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踏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	事業所開設当初、「ゆっくり・楽しく・一緒に」という理念を策定し、その理念のもと可能な限り地域と一体となり運営している。	わかりやすい事業所理念を玄関・スタッフルームなどに掲示し、折に触れて振り返りを行い共有している。利用者との会話、家族アンケートなどを通して利用者をよく知ることに努め、生きがいを持てるケアを提供することで「ゆっくり、楽しく、一緒に暮らせるよう支援します」という理念の実践に取り組んでいる。		
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	定期的にコミュニティセンターの機関紙を届けていただき、それにより知りえた地域行事に出来るだけ参加し、近隣の小・中学校の社会科見学の受け入れも行っている。又、事業所の行事に地域の方々を招待している。	前回目標達成計画に掲げた定期的な交流について、地元の小中学校と話し合いを行い、小中学校の行事への参加、児童・生徒の職場体験の受入などが実現している。河川敷の草刈りや近隣の除雪などに参加するとともに、社協を通じたボランティアの受入、地域住民を招待する事業所の納涼祭・芋煮会などを通して交流の輪を広げ、馴染みの関係づくりに努めている。		
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	運営推進会議の場で、地域の区長・民生委員・家族代表の方々と、事例を交えてその対応の仕方を報告するとともに、アドバイスもいただいている。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議の場で、委員の方々に対し運営状況や日々の取組みについて報告している。又、地域における高齢者福祉政策についての情報もいただいている。	区長、民生委員・包括職員・家族代表などが参加し、2ヶ月に1回開催されている。事業所から運営状況・行事予定・事故・介護相談員との意見交換記録などについて報告され、避難訓練や感染症などについて意見交換が行われている。今年度から「身体拘束適正化検討委員会」の機能も兼ねることになり、日々のケアに関する評価や防止策の検討も行われている。		

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
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	毎月、介護相談員が来園され、その方々に入居者の状況について報告している。又、運営推進会議の議事録を長寿支援課に提出し、担当職員からアドバイスをいただいたり、情報収集をしている。	定期的に来訪する介護相談員が利用者との懇談結果をまとめた「介護相談員活動報告(兼)意見交換記録」を送付していただいている。市町村から情報提供・アドバイスをいただくなど協力関係を築いており、個別の具体的な案件については連携しながら解決に努めている。	
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	夜間を除き玄関には鍵をかけず、センサーを利用して人の出入りや動きを確認している。又、今年度の改訂により、未実施の場合減算対象となったこともあり、「身体的拘束等の適正化検討委員会」を設置している。職員に対しても、年2回の研修を行っている。	「身体拘束適正化に関する指針」を作成し年度初めに職員に説明し、定期的な研修会を通して周知している。今年度から運営推進会議が「身体拘束適正化委員会」の機能を兼ねることになり、委員から身体拘束ゼロの実現に向けてアドバイスをいただいている。職員会議では具体的な事例を挙げ、身体拘束にあたるかどうかについて職員間で話し合っている。家族の同意を得て、車いす利用者の転倒防止策として安全ベルトの着用で安全を確保するとともに不適切な対応がないよう努めている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	新人教育時や職員会議時に、「身体拘束をしないケア」について研修を行い日々実践している。又、自治体や社協主催の研修会に職員を参加させ、のちに職員全体へフィードバックしている。		
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	成年後見制度についての実践的な事例について、職員会議時に研修を行っている。		
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	契約の際は、可能な限りご本人とご家族同席のもと、十分な時間をとりご説明している。疑問点・不明な点があれば誠実に説明を尽くしている。		

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	
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	事業所の玄関に「投書箱」を設置している。又、ご面会の際などに具体的にご要望をお聞きするようにしている。	利用者からは日常会話を通して、家族からは面会・行事・通院介助の際に意見・要望を聞き取りしている。前回目標達成計画に基づき、今年度から新たに家族の意見や要望を吸い上げるための「家族アンケート」を実施し、ケアへの活用・事業所の客観的評価など今後の運営に反映させていく意向である。また定期的に介護相談員の来訪があり、利用者と懇談するなど外部に意見・要望を表す機会も設けられている。		
11		○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	職員の休憩室に「提案箱」を設置している。又、職員会議時や申し送りの時間などに、意見や提案を積極的に受け入れている。			
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	人事考課制度により、自己評価・相互評価を実施している。又、運営実績により給与の引き上げ等を行い、職員の働く意欲ややりがいを醸成する取り組みを行っている。			
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	職員の力量や成熟度に合わせ、自治体・社協・各種団体主催の研修会等に可能な限り参加してもらい、個々のスキルアップにつなげている。	年間研修計画に基づき、内部研修、力量に応じた外部研修など学ぶ機会を確保している。受講した職員は伝達研修を行い、全職員のスキルアップにつなげている。新人職員を先輩職員がサポートし、働きながらトレーニングする機会も作られている。前回目標達成計画に掲げた「職員の離職・孤立化防止に向けた管理者と職員のコミュニケーション強化」は管理者が計画的に取り組んでいく意向である。		
14	(8)	○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つくり、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組みをしている	県GH協に加盟しており、地区ブロック会や研修会等に管理者のみならず職員もなるべく参加させ、ネットワーク作りを行っている。	県グループホーム連絡協議会主催の研修会や交換実習、ケアマネの地区交流会などに参加し、情報交換・ネットワークづくりに努め、サービス向上に活かしている。		

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	利用開始前に必要に応じて訪問し、ご本人の話をよく傾聴し、又、家族には言えないことも場所を変えてお聞きする等不安を受け止め、安心して過ごしてもらえるよう、関係づくりに努めている。		
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	利用開始前に必要に応じて訪問し、ご家族の話をよく傾聴し不安をうけとめ、安心してサービスを利用していただけるよう、関係作りに努めている。		
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	地域包括支援センターや担当の介護支援専門員との連携により、必要とされる支援の内容を見極め、状況によっては他のサービスを選択することも考慮にいたした対応を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は利用者が主体であること、人生の大先輩として常に敬う気持ちを忘れず、お互いに助け合い、支え合う関係を築いている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	ご家族からの要望に応じて、一時帰宅や外出等を通じ家族との時間を作れるように支援している。		
20		○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	かかりつけ医やなじみの理美容室への付添など、ご家族の状況に応じて負担にならない程度の支援をいただいている。		

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	
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	利用者同士が話し相手になったり、簡単な手伝いをしてもらったりの関係性を築けるよう支援している。			
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	様々な事情によりサービスが終了したとしても、その後の状況を確認し条件さえ合えばグループ内の他事業所を紹介する等のフォロー体制をとっている。			
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	利用開始時はもちろん、入居後も折を見てご本人の意向を確認し把握したうえで、ケアカンファレンスの場で実践・反映させている。	利用開始時はフェイスシートや「人生のあゆみ」から生活歴や趣味などを把握し、利用開始後は利用者の声に耳を傾け、介護記録に記録しながら、できることや好きなことを見つけ出すよう努めている。困難な場合は本人本位に検討している。		
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	ご本人や家族との面談時に、今までの暮らしについてのお話を伺い、可能な限りそれに沿った生活環境を整えるなどしている。			
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	一人ひとりのペース、出来ること・出来ないことを把握し、残存能力を引き出しながらなるべく現状維持のまま過ごせるような取り組みを行っている。			
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	利用者の状態に変化が見られた場合はもちろん、職員会議を経て最低でも3か月ごとに介護計画の見直しを行っている。	毎月モニタリング及び評価を繰り返し、3ヶ月または状態に変化があった場合に計画の見直しを行っている。見直しにあたっては、利用者の思いや家族の意見を取り入れ、サービス担当者会議で意見交換を行い、利用者のくらしが見える介護計画を作成している。		

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	
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	利用者の日々の様子や状況を介護記録に残し、職員間の情報共有を図っている。又、それに伴い課題解決の為に実践し介護計画の見直しに役立っている。			
28		○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	事業所のある地域だけでなく、利用者それぞれの地域の社会資源も把握できるように努め、それを積極的に活用しながら支援をしている。			
29	(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、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	ご本人とご家族の希望に沿い、医療機関を決めていただいている。事業所のかかりつけ医を希望された場合、定期的な往診により、適宜、医療面でのアドバイスを受けている。	利用者・家族が希望するかかりつけ医を継続している。通院介助は原則家族が行っているが、職員が対応する場合もある。受診結果は介護記録に記録し、月1回状況報告書で家族に報告している。定期的な協力医の往診・訪問看護など外部機関と連携を強化し、適切な医療を受けられるよう支援している。		
30		○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	介護職員は利用者の変化に気づいた場合、事業所の看護師や訪問看護ステーションと連絡をとり、的確なアドバイスを受けそれに対応している。			
31		○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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した場合、医療機関に対し必要な情報を提供し連携している。その後も適宜、連絡を取り合い、退院後の継続的な支援につなげている。			
32	(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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	看取り指針を策定しており、時期を見てご家族や関係者に説明するとともに、必要な支援の在り方を協議し他職種とも連携しながら対応している。	利用開始前に重度化した場合の対応について家族に説明している。重度化した場合は「事前確認書」で家族の意向を確認し、家族・医師・職員で方針を共有しながら対応している。また看取り指針を策定し、職員が知識や心構えを身に着けるための研修を行い、医師・訪問看護と連携しながら入所から最期まで利用者を支える体制が整備されている。		

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	
33		○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	消防署に委託し応急処置訓練や心肺蘇生法、AEDの講習を受けている。又、ヒヤリハットや事故報告書を活用して職員間で情報共有し研修を行っている。			
34	(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2回防災訓練を行っているが、その内1回は近隣の消防署員に立ち会ってもらい、住民の方々にもご協力いただいている。又、全館にスプリンクラーを設置している。	年2回、うち1回は消防署や地域住民の協力を得て、昼夜を想定した避難訓練を実施している。消火訓練、通報訓練、水害・地震時の避難経路の確認、災害対応マニュアルによる新人教育なども行われている。防災グッズや食料の備蓄も行われている。		
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
35	(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	利用者1人ひとりの思いを大事にし、主体的に過ごしていただいている。又、職員は利用者に対して敬う気持ちを忘れずに不適切な対応にならないよう、職員間で注意を払っている。	「人生のあゆみ」で生活歴や性格を把握し、一人ひとりに合った言葉かけや対応をしている。失禁・トイレ誘導などの際はプライバシーに配慮しながら対応している。接遇研修を通して職員に周知するとともに、職員間で注意したり、話し合いながら不適切な対応がないよう努めている。		
36		○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	決して一律の支援にならないよう、利用者個々の思いや望みを聞きながら個別に対応している。			
37		○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	職員側の都合や論理を押し付けることなく、利用者主体の考えのもと、一人ひとりのペースを大切にしながら過ごしていただいている。			

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	
38		○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	ご本人の好みを尊重し、個別支援により洋服等を選んでいただいている。又、訪問理容を利用したりなじみの美容室へ出かける等の支援も行っている。			
39	(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	朝・昼・夕の食事はすべて職員の手造りでありメニューも利用者の好みを聞きながら職員が作成している。又、畑で野菜を作り日々の食事に取り入れている。	職員が利用者の希望を聞き、献立を作成している。自家菜園の新鮮な野菜も使用し、3食とも事業所内キッチンで調理している。利用者も食器拭きなどできることに参加し、職員と一緒に食卓を囲み、家庭的な雰囲気の中で食事を楽しんでいる。また、行事食・外食・おやつ作りなどを取り入れ、食事が楽しみなものになるよう工夫している。		
40		○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	食事と水分の摂取量を記録し、栄養バランスが崩れていないか等をチェックし、適宜、医師・看護師と相談をしながら対応している。			
41		○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	口腔内の清潔保持と誤嚥性肺炎の予防のため、毎食後の口腔ケアを行っている。必要な方には職員介助で行っている。又、今年度から週に1度、歯科医の往診を受けている。			
42	(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	日々の状態を排泄チェック表に記録することにより状態を観察し、排泄週間・パターンを把握し可能な限り自然排泄ができるように支援している。	排泄チェック表から習慣・パターン把握し、適時声掛け・誘導により、トイレでの排泄を支援している。おむつ使用の利用者も日中はリハパンを着用し、便座に座ってもらうことでトイレでの排泄を促し、排泄の自立に向けた支援を行っている。		
43		○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	便秘による体調面・精神面の悪影響を理解した上で、なるべくそうならないよう、水分摂取や運動により自然排便につながるよう支援している。又、必要に応じて医師から便秘薬を処方してもらっている。			

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
44	(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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	ご本人の希望を聞き入れ自由に入浴していただけるよう環境整備している。入浴したくない方には場合によっては清拭・着替えをしてもらいなるべく清潔保持に努めている。	利用者の希望に沿って、週2～3回の入浴を支援している。入浴拒否の利用者には言葉かけ、時間変更などで対応している。状況によっては清拭、着替えで清潔を保持している。また入浴剤を使用して入浴を楽しめるよう支援している。	
45		○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	ソファでうたた寝や午睡の時間など、一人ひとりの生活習慣を把握しながら、安全・快適に過ごしていただいている。		
46		○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	処方薬の説明書をファイリングし職員全員で情報共有している。又、看護師が処方薬を管理し、都度確実に服薬できるよう支援している。		
47		○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	畑の野菜作り、花壇の花植え、食器拭きや洗濯物たたみ等、一人ひとりに役割をもってもらい、生活に張り合いができるよう支援している。		
48	(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	季節ごとにドライブ等外出する機会を計画している。天気が良い日は近所を散歩する等、その日その日で臨機応変に対応している。	近隣の散歩・買物・野菜作り、花植え、河川敷での花見、季節のドライブ、敷地内での納涼祭や芋煮会など外気に触れる機会を確保している。また、家族の協力を得て、一時帰宅、墓参り、美容室通い、外食などを支援している。	
49		○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	ご家族の協力・了承のもと、管理可能な範囲で身の回りの物などの買い物ができるよう支援している。個人毎に帳簿を作成し、入出金の際に立ち会ってもらっている。		

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	
50		○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	利用者の希望に応じて、ご家族や友人などへ電話や手紙の投函等を支援している。			
51	(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	共用部分のホールにゆったりと過ごしていただけるよう、テーブル・ソファを設置している。光や音に注意を払い、季節ごとの掲示物・飾り物などで和やかな雰囲気作りに努めている。	開設後13年目を迎えているが、リビングは掃除が行き届き、温度湿度管理が適切に行われ、綺麗で清潔に管理されている。利用者と職員が作成した創作品、行事の写真、書道作品などが飾られ、生活感や季節感が漂い、居心地よく過ごせるよう工夫されている。		
52		○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	ホールの隣にある小上がりの畳や、ところどころにイスを置くなどして、独りになれる時間も作れるよう支援している。			
53	(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	居室には自宅で暮らしていた時に使っていた家具などを持ち込んでいただき、なるべく自宅と変わらない生活空間を作れるよう支援している。	馴染みの家具・家族の写真・カレンダー・位牌などを持ち込み、自宅と変わらぬ環境で居心地よく過ごせるよう工夫している。誕生日に贈られた職員手づくりの「お祝いメッセージ」も飾られ、優しく温かい雰囲気を醸し出している。		
54		○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	事業所の内外はバリアフリーになっており、廊下・トイレ・浴室などにふんだんに手すりを設置し、安全に生活できるよう支援している。			