

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	1090300151		
法人名	医療法人 岩下会		
事業所名	岩下病院 グループホームあじさい		
所在地	群馬県桐生市本町4丁目320番地		
自己評価作成日	令和元年 9月20日	評価結果市町村受理日	

【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>運営母体である病院に併設された事業所であり日常的な健康管理や体調不良時など24時間体制での医療を提供できます。 食事が出来るまでの音や匂いも支援の一環と捉え栄養バランスの取れた献立を介護職員が調理し提供しています。 ご家庭での生活習慣やリズムに近づけるような環境整備に努めています。</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	http://www.kaijokensaku.jp/10/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和元年 10月21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>事業所から家族に対して利用者の様子等を知らせるお便りを毎月送り、3ヶ月に1回の割合で家族にアンケートをお願いして家族の思いや意向、事業所に対しての要望等を聞く機会を作っている。家族等が直接話しづらい事柄についてもアンケートの結果を参考にして、事業所の運営に反映させる取り組みが行われている。職員の入れ替わりが無く、職員間の連携がスムーズに行われている。運営推進会議は年に6回開催されており、内3回は系列施設と合同で実施するようになり、より広い意見や情報を聞く機会が出来た。これは入居者に対しての接遇等のヒントとして、今後の支援に繋がるものと思われる。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生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

[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	理念に沿った支援を提供できるよう介護記録の表紙に事業所理念を掲げ共有している。	介護記録の表紙に理念を記し、常に職員の目に触れるようにしており、会議等でも確認している。職員の対応に問題ありと感じた時には管理者が個別に注意している。	
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	前年度より運営推進会議を系列の施設と合同で実施しており近隣の自治体の方と交流の機会が増え防災情報等の意見交流が出来る	施設の母体が病院と言うこともあり、近隣との交流が難しい。入居者が高齢のため散歩の機会も少なく、近隣の方と接する事があまりない。	運営推進会議を系列の施設と合同での開催(年に3回)を始める等努力のあとは見られるが、母体の病院と連携を図り、近隣との交流のために更なる努力を期待したい。
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	利用者家族や面会者からの相談などで認知症に対する理解を深めてもらえるように努めている		
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	前年度より年3回を系列施設と合同で実施しており、より広い意見をいただけるようになっている。	会議は年に6回、内3回は系列施設と合同で開催、市の担当者、利用者家族、施設関係者、民生委員等が参加している。利用者の現状やヒヤリハットの報告があり、参加者間で話し合っている。	
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	主には運営推進会議での連絡が多い。インターネットメールでの質問や市役所へ赴いての質問等も行っている。	管理者が市の担当者を直接訪問したり、メールで報告や相談をしている。認定調査の立会いやケアマネージャーによる介護保険更新手続きの代行等を行っている。	
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	前年度に1件、今年度に1件やむを得ない事情により身体拘束を実施している。職員には解除に向けてのカンファレンスを実施。身体拘束委員会にて報告を行なっている。	玄関の鍵はかけていない。つなぎ着用の利用者があり、身体拘束委員会に報告している。職員は日々カンファレンスを行いながら、解除に向けて努力している。	
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	会議や研修などで学ぶ機会を設けている		

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
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	成年後見人制度を利用中の利用者様がいるため学びやすい環境にある		
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	利用希望の方には随時説明を行い契約時には十分理解が得られるようにしている。契約改定時には、その都度同意書を頂いている		
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	運営推進会議にご家族に参加して頂いているほか面会時は口頭、ケアプラン更新時にアンケートにて希望を聞いている。その他玄関にご意見箱を設置しており無記名での意見も取り入れている	家族訪問時の話し合いや家族へのお便りで利用者の状況を知らせながら、家族にアンケートをお願いし、家族からの希望や事業所に対する意見等を聞く機会を持っている。	
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	管理者は介護員兼務の為意見や提案は随時聞きとれる状態にありそれを職員会議などで協議し実施、必要に応じ管理者が代表者に報告する	職員会議や申し送りノートを通して職員の希望や提案を聞いて実践に繋いでいる。管理者が直接職員から意見等を聞き、会議で話し合うこともあり、反映させている。	
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	代表者は定期的に来設している他、年に2回の面談を行い職員の意見を聞いている		
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			
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	外部研修や訪問調査の際に交流の機会を持っている		

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
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	契約説明の段階で本人、及び家族の要望や今までの生活の様子を可能な限り聞き取りし落ち着いた雰囲気の入居できるように努めている		
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	問い合わせ及び内見の際に提供できる支援を明確にし納得した上で入居してもらえるよう努めている		
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	本人や家族の望む支援を基本としながら主治医やケアマネージャーと連携し、より良い支援を協議し提案している		
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	尊厳を尊重しながらも共同生活者として冗談を言い合えるような関係づくりに努めている		
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	本人と家族が疎遠にならないよう遠方の家族には電話や便りなどで情報の共有に努めている		
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	家族からの申し出がない限り電話や買い物などの制限は設けず馴染みの場所や人との関係が途切れないように外出や来設のアナウンスをしている	家族の訪問、家族からの電話の取り次ぎ、馴染みの店での買物、訪問美容、外泊等、これまで大切にしてきた人や場所の関係の継続に努めている。	
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	利用者同士の相性などを把握し席替えなどを行い利用者が極力孤立しないように努めている		

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
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	本人や家族から連絡があった際には相談、支援できるようにしている		
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	思いや意向の把握が困難な場合は入居時に家族から生活歴や性格などを聞き取りし本人に成り代わり検討を行う。	本人からは、日頃の対応時での会話、特に食事の時のお喋り等から思いや希望を聞いている。家族から生活歴等の情報を聞いて対応に反映させている。	
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	本人や家族からの事前情報の他日常会話などから生活歴などの把握に努めている		
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	極力本人の行動に制限は設けずに、普段の状態から現状の把握に努めている		
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	毎月計画作成担当者により利用者、職員とモニタリングを行い3ヶ月毎に介護計画の見直しを行い介護計画を作成している。家族からは面会時や書面にて意向を確認している	利用者1人に対し計画作成担当者が2人いる。月に1回のモニタリング、3ヶ月毎の計画の見直しを行い、その結果と一緒に家族へのアンケートを送っており、家族の希望等の把握に努めている。	
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	個人記録の他、申し送り、夜勤時のみの様子を記入するノートを用意し細かな情報の共有を行っている		
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	利用者からの外出の要望や急な受診は家族に代わり職員が支援している		

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
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	重度化の為参加が厳しくなっているが行事への参加や近隣商店への買い物を通じて支援している		
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	協力医の定期的な訪問診療の他に馴染みのかかりつけ医がある方は家族の協力を得ながら通院などの支援を行っている	入居時に従来のかかりつけ医を継続で出来る事を説明、現在2名が継続。協力医は月に2回往診している。外来受診が必要な時には家族又は職員が対応、訪問歯科は必要に応じて受診出来る。	
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	運営母体の病院と連携し、利用者の健康情報を共有している。体調不良時には24時間体制で連絡、受診を行っている		
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。	主治医による定期的な訪問診療の他、利用者の体調に変化のあった際には早急に報告を行っている		
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	重度化した時の対応に関する指針の同意を本人及び家族と結んでいる。定期的に同意の再確認を実施。重度化の兆しがあった際など主治医、家族と共に話し合いの機会を設けている	重度化時の対応指針があり、入居時に説明し、同意を得ている。事業所では現在看取りは行っていない。重度化の兆しが見られた時には主治医や家族等と対応を話し合っている。	
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	緊急時の対応マニュアルに添い会議などの場で手順の確認及び訓練を行っている。		
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	消防立会いの下、母体病院との定期的な訓練と共に事業所単体での訓練も2か月に一度実施。	夜間想定総合避難訓練を消防署の協力を得て病院と合同で1回、自主訓練は3回している。8月より職員主導による自主訓練となっている。備蓄は病院と合同でアルファ米、水、缶詰等がある。	

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
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	一人一人の性格を踏まえ、それぞれに合った対応を心がけている	利用者の性格等を考慮しながら、話しかける時やトイレ誘導時の声のトーンに配慮している。呼称は基本的に名字でさん付けにしている。利用者同士の相性等を考えながら適時席替えを行っている。	
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	日常会話の中で本人の思いや希望を話しやすい話題を提供したり会話自体が難しい方は本人本位になり考えている		
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	一日の生活の中で極力制限は設けずに本人のペースを大事にし足りない部分を補うような支援を心がけている		
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	着替えや化粧などのお洒落は自由に行ってもらっている。それが難しい方には家族に馴染みの服などを持ってきていただき着替えなど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	食材配達サービスを利用し介護職員が3食調理している。利用者の好みに合わせ食材の追加や味付けの調整を行っている。	食材配達サービスを利用し、入居者に味付け等を聞きながら、職員が調理している。行事食の提供、入居者の状況によっては刻み食の提供もしている。職員も利用者と一緒に食事を楽しんでいる。	
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	食材配達サービスの管理栄養士により栄養のバランスは確保されている。その他必要に応じ母体病院の管理栄養士の助言を得ている		
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	口腔ケアの意識がない方には言葉かけや口腔ケアスポンジなどによる介助を行っている		

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
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	自立でのトイレが難しいかには表情や仕草から適宜誘導を行っている。失敗の際にはシャワーなどで清潔保持に努めている		
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	飲食物や体操などで便秘の予防に努めている。主治医と連携し便秘薬等適宜使用もある		
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	重度化した時の対応に関する指針の同意を本人及び家族と結んでいる。定期的に同意の再確認を実施。重度化の兆しがあった際など主治医、家族と共に話し合いの機会を設けている	週に2~3回の割合で午前中に入浴支援を行っており、それぞれ入浴日が決められている。入浴拒否の場合は声かけの工夫や清拭等により対応している。	決められた入浴日にこだわらず、入浴できると声をかけ、希望があれば支援するという、利用者が選択できる機会を作ってほしい。
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	午睡の制限などは夜間の睡眠に支障が出ない限り行っていない。就寝、起床の時間も一応の声かけはするが基本は自由		
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	薬の担当者と主治医が中心となり知識や利用者の状態の変化などを共有している		
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	食器拭きや洗濯物干しなどの家事を中心に無理のない範囲で手伝ってもらっている		
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。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	体調や本人の意向を取り入れ散歩等の外出支援を行っている。自宅への一時帰宅や墓参りなどは家族に呼び掛けている。	体調を見ながらの近隣への散歩、家族との買物、一時帰宅する方がいるが、大方の利用者は玄関先での外気浴を行って気分転換を図っている。	

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		○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	金銭の管理は行っていない。本人と家族で管理してもらっている		
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	家族からの申し出がない限り制限は設けずに自由にやり取りしてもらっている		
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	外出の機会が少ない方の為、装飾物で季節感を感じてもらったりプライベートを保てるような空間を設けている。	共用空間は華美な飾りつけはなく、食堂のテーブルには季節の花が飾っており、入居者が落ち着ける雰囲気となっている。室内は不快な臭いも感じられず清潔感が保たれている。	
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	共有スペースとは別に居間があり、1人でくつろげるよやや死角になっている		
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	会議や研修などで学ぶ機会を設けている	利用者は各人が馴染みの筆筒、寝具、時計、ポータブルトイレ、身の回り品や家族の写真等を持ってきており、居心地良く過ごせるよう個別性のある居室作りをしている。不快な臭いは感じられない。	
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	本人の身体状況に合わせた席や無理のないレクリエーションなど、それぞれに合わせた支援を行いできるだけ自立した生活を送ってもらっている		