

### 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	0172902561		
法人名	株式会社 健康会		
事業所名	グループホーム あけぼのIV		
所在地	旭川市曙3条6丁目1番14号		
自己評価作成日	平成23年9月9日	評価結果市町村受理日	平成23年12月16日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://system.kaigoohc-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0172902561&amp;SCD=320">http://system.kaigoohc-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0172902561&amp;SCD=320</a>
-------------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西5丁目3番地北1条ビル3階
訪問調査日	平成23年11月14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)】

事業所内において、身体的状況によりユニットを区別し、それぞれに特化させることにより、職員も専門性を発揮しケアに当たるようにしている。  
入居してから最期まで安心して過ごして頂けるよう、医療面の充実を図ることにより、医療依存度の高い利用者も受け入れている。

#### 【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)】

ホームは旭川市のほぼ中央に位置し、協力医療機関も近くにあり、特徴でもある医療との連携が充実しています。地域とは散歩中に交わす声掛けや非常時の協力依頼に努め、関わりを大切にしています。新たに作成された基本理念には「明るく安らげる、家庭的な環境」「優しい気配り、信頼され努力する職員」「個々を尊重し、繋がるグループホーム」が掲げられ、管理者と職員と一緒に考えた内容となっています。繋がること(人だったり、地域だったり、多様な意味)を強調し、みんなが目指すグループホームになるために考えられています。個性を尊重し、一人ひとりを考え、思いに応え、希望する力を引き出すケアを職員は実践しています。現在出来る日常生活動作の継続支援と、入退院後の身体状況低下の回復への取り組みを積極的に行っています。重度の利用者が多い傾向にあり、全員での外出や行事参加が出来ないことは検討課題でもあります。医療関係者の健康観察や訪問診療のもと、職員は連携を図り、利用者も家族も安心して暮らし続けることのできるホームとなっています。

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)	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)	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)	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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	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)	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)	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、その時々々の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)		

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	職員の異動と共に、各職員の介護に対する想いを基に理念を再構築し、申し送り時復唱している。地域とは『繋がる』と表現している	法人の基本方針と今年度職員と一緒に作成した新しいホーム独自の基本理念があり、ホームの随所に掲げられています。職員は利用者との会話や表情による信頼感、地域交流の中で交わす挨拶から「繋がる」理念の趣旨を実感しています。		
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	利用者との散歩を通うし地域との交流を図っている。	利用者との散歩時における挨拶や町内の清掃作業に参加することで交流に努めています。近隣の方々と災害時の話し合いや協力要請も行っています。利用者と共に参加できる町内主催の行事が少なく、今後は広範囲での交流を検討しています。		
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	運営推進会議の場を活用し、認知症に対する理解や対応方法を伝えている。			
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	運営推進会議の場を活用し、包括支援センターから意見を頂いてサービス向上に繋げている。	運営推進会議は定例開催が継続され、利用者・家族、地域包括センター、職員が参加し、活動報告や意見交換が行われ運営に活かしています。会議では利用者の日常生活をビデオ映像で見て頂き、ケアの実際を共感・共有しています。	運営推進会議では地域包括センターの職員とホームの関係者の参加で開催されていますが、今後は地域の方々や多様な職種の方の参加を要請し、外部の目を通して意見を頂いたり、地域への広報活動と合わせ協力関係が築けるよう期待します。	
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	地域包括支援センターを中心に消防や介護高齢課等と連絡を取りながら行っている。	市には相談や問い合わせ、申請の手続き、地域包括センターとの情報交換、市や包括センター主催の研修会への参加等により、行政関係者とは積極的に連携を図っています。管理者は中学校の要請で、生徒対象に認知症をテーマにした講演なども行っています。		
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「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	玄関は、夜間から早朝以外は施錠せず、利用者は自由に入出りできる。身体拘束は基準に沿って行うにしているが、現状は対象となる利用者はいない。	身体拘束廃止マニュアルを作成し、随時研修を行い、身体拘束のないケアに努めています。止むを得ず必要な時は、職員と利用者・家族が十分に話し合いの機会を持つ体制となっています。玄関の日中の施錠もなく、車いす利用の方の食事時の移乗やソファへの移乗も適宜行っています。		
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	高齢者虐待防止法のプリント使用し、会議の場を利用し職員に伝えている。入浴時、利用者の身体に傷がないか確認するようにしている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	会議等で必要性を伝え、必要と思われる家族には制度を伝えるようにしている。結果、後見人制度を利用している利用者もいる。		
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	契約締結、解約時に疑問点は無いか確認している。改定の際も事前に連絡している。不安や疑問点は随時受け付け、対応している。		
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	契約書に、苦情、要望等の相談窓口を記載しており、契約時に説明もしている。苦情等があった場合は、専用の用紙にまとめ、その内容に応じて対応している。	家族の面会も多く、職員は来訪時に積極的に声をかけることで家族と信頼関係構築に努めています。要望や相談に応え、アンケート等でも家族の声を反映しています。ホームから毎月発行される写真入り通信「かがやき」と利用者一人ひとりの様子が細かく記載された手紙を家族は楽しみにしています。	
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	ユニット会議を設け、そこで職員の意見や提案を聞き、実行可能な事柄は、管理者が判断し実行している。検討が必要な場合は、代表者を交え相談した上で決定し、その結果を職員に伝えている。	月1回開催されるユニット会議や全体会議で、職員からは意見や提案が積極的に出され、利用者の生活の質向上・ホームの運営に反映しています。管理者は積極的に職員に声掛けし、意見や相談、悩み事等も聴き、看護師の立場から適切なアドバイスもしています。	
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	株式会社が一括管理しているが、管理者と密に情報交換を行い、職場環境の整備等を行っている。		
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	新入職員評価表、ラダー評価表を基に力量を判断している。内部研修を機会を設け、外部研修会への参加を積極的に推奨している。		
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	グループホーム協会活動や勉強会・研修会の機会を利用し、他のホーム等と交流をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	管理者と計画作成担当者が中心となり、入居前に面談しアセスメントツールを利用しながら要望等の聴き取りを行っている。		
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	管理者と計画作成担当者が中心となり、入居前に面談しアセスメントツールを利用し、要望等の聴き取りを行っている。		
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	訪問時得た情報からアセスメントを行い、対応方法を決定し、本人、家族に確認する。場合によって、ショートステイの利用を勧めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	本人の意思を確認し、買い物や作物の収穫等をお願いしている。		
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	家族に本人の様子を伝え、アドバイス頂いている。また家族にケアに参加して頂き、関係を築いている。		
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	散歩コースは、歩き慣れた道に設定し、散歩中に家の近所に立ち寄りしている。	利用開始前の生活環境を大切に支援しています。家族や友人の訪問も多くあり、面会時の接待にも仲介し対応しています。主治医の変更もなく受診の継続、訪問による理美容院なども馴染みの関係が続いています。気分転換での自宅付近への散策や、盆・年末年始の外泊についても積極的に支援しています。	
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	椅子やソファを多く置くことで、座って会話できる環境にしている。また、人間関係に配慮した食事の席にしている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	終了後も、家族と面会したり、電話等で連絡している。また、相談を受ける場合もある。			
<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	受け持ち制をとり、センター方式を使用し、希望や意向を把握している。困難な場合は、リレーションセンタードケアの考えで対応している。	担当者はセンター方式の用紙に定期的に記入し、身体状況の変化や生活状況把握に努めています。利用者の自主性、意思を尊重したケアを考え、ホームで「安心して暮らす」あり方を検討しています。		
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	本人や家族から情報収集し、センター方式にまとめている。			
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	生活シートを活用し、日々の過ごし方を記録している。心理的に不安定な場合は、専用の用紙も併用している。			
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	受け持ち介護員、計画作成担当者を中心に、日々の記録や家族等から情報を収集、情報を基にアセスメントしながら介護計画を作成している。	利用者、家族の意向を尊重し、職員の気づきを反映させた利用者本位の介護計画を作成しています。利用者が達成できそうな明確な目標が掲げられ、目標に応じたケアと記録が連動する書式であり、効果的にモニタリング・評価に繋げられる取り組みが続けられています。		
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	生活シートに日々の様子、ケアの結果等を記録し、情報の共有を図っている。			
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	グループ全体の機能を生かし、医療依存度の高い利用者の対応をしている。			
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	近所の商店で、利用者自身が買い物が出来るよう理解を求め、実施している。			
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	医療連携をとっている往診医と連絡を密にとり、本人や家族の希望を伝えている。必要時、ホームでかかりつけ医、家族を交えて話し合う機会を設けている。	職員が同行してのかかりつけ医受診や、往診、訪問診療、医療連携体制による健康観察も続けられています。受診時の家族への報告や体調不良時の緊急対応、相談など、連携が図られています。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○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	管理者が看護師の為、情報提供や相談、対応が出来る状況にある。必要時、連絡を密にしている		
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、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、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、必要な情報を書面にまとめ、情報を提供している。入院中は、MSWを通し、情報交換を行い、退院時の準備を行ったりしている。		
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	入居時、終末期のあり方の希望を確認している。状態が変化した時は、主治医、家族を交え、方針を再確認し、チームで支援に取り組んでいる。	重度化や終末期に向けた指針・方針を作成し家族に説明しています。看取りに関する指針も作成し、医師との連携を図り、現状に即したホームでの看取りの詳しい内容・確認・方法を、家族を含め全員で話し合い、対応できる体制となっています。	
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	職員は、普通救命講習を受講することになっている。		
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	必要時、ホーム・管理者から連絡し協力して頂くようにしている。災害時は火災訓練を基本とし対応し2階に避難することになっている。	スプリンクラー・緊急通報装置の設置、職員の救急救命等の講習も行っています。避難訓練も年2回、夜間想定訓練や緊急通報訓練も続けています。消防署と避難場所の確認や誘導方法、地域住民の方々に協力要請も行っています。	
<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	プライバシー保護に関するマニュアルや接遇マニュアルを基に利用者の対応にあたっている。	プライバシー保護や、一人ひとりの人格尊重について常に話し合い、利用者の尊厳を守るケアに努めています。写真の掲示や居室前の表札、ビデオの映像も個人を特定しない配慮がされています。	
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	利用者に対し、選択できるような質問の方法をするように心掛けている。		
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	利用者のペースを重視し、食事や入浴時間を調整している。		
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	服装等利用者が選択できるように支援している。必要時化粧の支援もしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者に味見をお願いしたり、好みを聴いてメニューを変えたりしている。	基本メニューに嗜好やイベントに合わせて調整し、変化を付けています。食材は利用者と毎日買い出しに行き、職員が調理しています。身体状況に合った食事の提供、職員が寄り添い、介助の場面もあります。利用者の生活時間に合わせた食事となっています。	
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	生活シートを活用し、食事量、水分量を確認しながら確保している。		
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	食後、口腔ケアができるよう、誘導、見守り、介助を行っている。必要時、利用者にあった歯ブラシを準備している。		
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	生活パターンを調べ、利用者にあったトイレ誘導時間やリハビリパンツ、パットを選択している。	トイレ排泄を基本に排泄パターンを把握し、声かけ誘導を頻回に行っています。トレーニングパンツやパットの利用で、利用者本位の支援となっています。歩行可能状態の継続支援と、入退院後の身体状況の低下による改善も積極的に行っています。	
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	乳製品や野菜など、食事を中心に便秘予防に取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	午後を中心に、入浴支援を行っているが、希望により午前中や食後、夜間も対応している。	入浴は、毎日準備し、利用者の希望で支援が行われています。夕方の入浴や夕食後、寝る前の希望にも応じています。入浴を拒む利用者には誘いかけに配慮したり、強制することなく、身体状況に合わせてシャワー浴や清拭の対応もしています。	
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	ホールでも休息が取れるように、ソファを多めに設置している。疲労感が強い時は居室で休息をとってもらっている。		
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	薬剤情報提供書を活用し、理解を深め、作用、副作用等の状態変化の確認を行っている。		
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	農作物の収穫や買い物時品物選び等を行い、支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。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	利用者の希望を聴き、外出したい時間に、出掛けられるように支援している。必要時家族に協力をお願いしている。	近隣の散歩・買い物を中心に外出の機会を作っています。敷地内の花壇や野菜作りで収穫に関わることで外気に触れ、家族の協力で一緒に出かけられる支援もしています。利用者の想いや希望を基本とし、その時その時を大切に要望に応じています。	
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	希望する利用者には、お金を持参して頂き、そこから支払いをお願いしている。		
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	連絡や電話を希望する利用者に対し、電話を代行するなどしている。		
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	温度、湿度を定期的に測定、不快な音を立てないように注意している。窓から景色が見られようになっている。	リビングには畳敷きの小上がりと、ソファ等がたくさん置かれ、快適に過ごせる空間となっています。1階のベランダからは菜園や花壇が見られ、収穫の楽しみの機会となっています。温度や湿度の調整も適宜行われ、気になる匂いもなく、季節が感じとれる装飾が目を楽しませてくれています。送風による空気の循環で室温や湿度の均一化を図り、快適に過ごす工夫もしています。	
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	椅子を多用し、一人で居られる場所を作っている。		
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	利用者、ご家族と相談し、利用者は活動しやすいよう工夫している。必要な物品は家族に依頼し利用者が使い慣れた物を持参して頂いている。	居室は明るくベット、カーテン、クローゼットが設置され、利用者は使い慣れた家具や好みの生活用品を持ち込み、思い出の品や写真等を飾り、その人らしい居室となっています。	
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」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	センター方式を活用し、情報収集、評価し、できるだけ利用者のみで行える安全な方法を考え、支援している。		