

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	1291700035		
法人名	(有)ドリー夢		
事業所名	グループホームシャロームきこえ		
所在地	〒285-0862 千葉県佐倉市染井野4-5-4		
自己評価作成日	平成25年12月	評価結果市町村受理日	平成26年2月3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	http://www.kai gokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成26年1月20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)】

看護師が、常時勤務しているため薬の管理、医療の連携、インシュリン投与などが出来ている。今年ターミナルを迎えた方、二名をぎりぎりまでこの施設で看取る事が出来ご家族には大変感謝されました。個別対応を重視したケアを徹底しています。

【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)】

1. 京成臼井駅から車で3~4分ほど、商業地域圏のすぐそばに位置し、広大な七井戸公園が目の前にあり、ホームの中から四季が感じられ、散歩にも適した自然環境に恵まれたホームです。
2. 法人共通の基本理念「尊厳」「自立」「社会参加」と、地域密着型サービスが織り込まれた「地域から得た有益は、地域に還元する」という運営理念を掲げ、管理者及び職員間で共有して実践しており、利用者個々に寄り添う家庭的な介護が定着しています。
3. 利用者・家族に満足してもらえるよう、看取りも含めて利用者本位の支援とケアの充実を進めています。

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)	○	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広がったり深まり、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、活き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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	尊敬 自立 社会参加を理念としており、日々のケアに繋げている。	3つの基本理念と、地域密着型のサービスの意義を踏まえた運営理念を玄関に掲げ、管理者や職員は、月1回の施設会議で話し合い、確認し、日頃のサービスの中で実践に心がけています。	
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	年一回の敬老会の参加や地域ボランティアの受け入れをしたり交流している。	千代田地区の敬老会等に積極的に参加しています。地域ボランティア(大正琴・詩吟・絵手紙など)を受け入れています。目の前の公園での散歩時に、地域の住民に挨拶することによって顔見知りになるなど、地域に溶け込んでいます。	
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	公園や訪問者から認知症ケアについて質問を受けることがあるが丁寧に説明するなど対応をしている。		
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	運営推進会議を通して現況報告しミーティング時にスタッフに報告してサービス向上に努めている。	運営推進会議は、地域包括支援センター、民生委員、家族代表、法人代表、管理者などが参加し年5回開催しています。議題はホームの現状や行事報告の他外部評価などについて話し合い、そこで出た意見をサービスの向上に活かしています。	運営推進会議は、年6回以上の開催が望ましいとされています。年間計画に沿った開催が望まれます。
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	月一度の生活相談員の方の受け入れと共にホームの現況報告をしている。	市役所とは、高齢者福祉課を通じて介護相談員2名を毎月受け入れて、利用者と意見交換をしています。運営推進会議には、地域包括支援センターの出席もあり、その都度報告・相談に乗って貰っており密接な協力関係が築かれています。	
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「介指定義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	身体拘束をしないケアはスタッフ全員理解し、身体拘束の研修も受講している。	身体拘束排除を謳い、マニュアルも作成されています。職員は県主催の外部研修を受講し、内部研修も行っています。身体拘束について職員も理解しています。日中玄関は施錠しておらず、職員の見守りでフォローしています。	
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	高齢者への虐待がないか改めてミーティング等で勉強話し合いをしている。		

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
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	現在必要な該当者は無し		
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	契約時は代表者とケアマネージャーが同席して説明を行っている。		
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	年2回家族会を行い現況報告し質問要望など伺い運営に反映させている。	家族の来訪時や年2回の家族会(毎回10名ほど出席)及び家族代表が参加する運営推進会議などで、直接意見・要望を聴き運営に反映させています。利用者については日頃のふれあいの中で把握しています。	
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	毎月1回の施設会議を開き個別ケア方法など話し合いサービス向上に繋げている。	管理者は、就業時や月1回の施設会議で、職員の意見を聴いています。法人代表も年1回個人面談を実施しています。ホームとしても、職員が普段から何でも話しやすい環境作りをしています。	
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	年に数回、代表者と個人面談を実施し働くうえでの意識向上に努めている。		
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	代表者は、常に職員一人ひとりの状態を気に掛けてくださる。又研修の要望を聞き入れて下さりスキルアップに繋げている。		
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	他の事業所の管理者、ケアマネ見学受け入れを積極的に行っており、他の事業所にも行き情報交換している。		

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	入所時には、ご本人から話しを聞き、要望を取り入れ信頼関係に努める。		
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	入所時に、ご家族より気になっている事を伺い、施設での対応を検討し、安心できるように努める。		
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	出来る限りご本人、ご家族のニーズにあったサービスが出来るように努める。		
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	入居者お一人ひとり、尊敬しており出来る事はご自分でやっていただいている。		
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	月1回現況をご家族に伝えて施設とご家族間で情報の共有をしている。		
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	来客の受け入れや、ご本人の要望にて外出や外泊をして頂いている。	17時以降の面会を受け入れることもありますが、日中に家族や身内、友人や知り合いが週毎・月毎に訪れています。毎週自宅に外出・外泊している利用者もいて、温かく支援しています。	
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	一人ひとり孤立しない様にレクなどに参加させ、良好な関係になったり気分が変わる事もある。		

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
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	退所時退所後も関係を断ち切らないように相談を受け入れ訪問する事もある。		
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	一人ひとりとよく会話をして、傾聴し会話の中から意向を見出すようにする。	利用者の言動から察して、主に午後一息ついた頃や就寝の9時前に利用者と向き合い良く話を聞くようにしています。当初自閉的であったのが、ホームでの生活を続けていくうちに静かで笑顔の見える変化を遂げた利用者もいます。	
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	ご本人やご家族より情報を収集している。		
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	日ごろのフェイス記録、スタッフ同士の情報交換に努める。		
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	家族、ケアマネ、管理者、看護師で担当者会議を開き情報の共有、介護計画にも反映させている。	医療関係者との連携や関係職員の意見、家族の希望をまとめて計画作成担当者が、時期に応じてプランを立てています。特例以外は、半年ごとに定期的に見直しをしています。計画と実践で介護度5から歩行器使用まで回復をした人もいます。	
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	個別ファイルに記入し朝の朝礼にて申し送りをして気づきや変化に対応出来るようにする。		
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	ご本人ご家族のニーズに合わせ出来る範囲で対応している。。		

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	豊かな暮らしを楽しめるように、ボランティア及び年間レク行事等で日々の生活にメリハリをつける。		
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	月2回の往診や体調変化の際の受診、主治医からの指示を受けご家族様にも連絡を入れている。	利用者は内科医により月2回往診してもらえます。特殊な場合は緊急性に応じて毎日訪問してもらえます。皮膚科・眼科・歯科など他科は、主に家族(時に看護師)により通院支援しています。年4～5回緊急の対応で受診支援することがあります。	
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	介護者は、日常の気づきを朝の朝礼で報告、心身の変化は、看護師に報告指示を仰ぐ。		
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。	施設看護師と病院関係者と連携をとっており情報交換している。		
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	ターミナルケアに向けて取り組む時もありご家族様とは十分話し合いをしている。他の施設を希望されたり医療が必要な方へは紹介もしている。	重度化した終末期には、家族と同意書を交わした支援をしています。毎日看護師がいる為、点滴迄の対応はしますが、一般介護(食事・入浴・排泄)を基本として支援しています。職員は困難な場合の支援方法について看護師の指導を受けながら、介護にあたっています。	高齢化が進むことを考えると、どのような緊急事態(夜間や終末期など)でも対応できるように想定した研修を実施することにより、各職員の介護力を更に向上させることが望まれます。
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	施設内の緊急連絡網があり、緊急時の対応マニュアルがある。		
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	年二回の避難訓練を行っている。	消防署指導のもと、消化避難訓練と夜間想定での避難訓練を年2回実施しています。スプリンクラー、自動通報装置、消火器などの必要な設備は整っています。系列施設との連携や、緊急ベルによる夜勤者同士の連絡体制も出来ています。備蓄も最低限準備されています。	高齢化や車いす使用者が5名いるので、消防署と地域住民と連携した合同の避難訓練が期待されます。又備蓄は5日分以上を目標に、内容、数量共に見直すことが望まれます。

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
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	一人ひとりを尊敬し、出来る限り意志を尊重してプライバシーを守っている。	利用者をあだ名で呼んだり、馴れ馴れしくならないように敬語を指導しています。入浴や排泄時は、利用者への羞恥心に気を配っています。	
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	入居者の方々の思いや希望をお聞きし、自己決定出来るように支援している。		
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	集団生活であっても一人ひとりのペースに合わせ希望に添うように心がける。		
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	身だしなみ、おしゃれを尊重し汚れたものは着続けることの無いように気をつけている。		
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	入居者の方々に献立を伝えて食事の片付け(コップ等)手伝って頂きテーブル拭きもお願いしている。	献立は同敷地内で系列他施設と一緒に調理され配送されます。ご飯と汁物は、職員と利用者が協働で手作りし、代表者が毎日検食しています。また利用者の食形態に合わせて提供し、特別食(お節料理やチラン寿司など)やBGMを流すなど雰囲気作りをして食事を楽しめるようにしています。	
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	摂取量をフェイスシートに記入している。ご本人の状態に応じて食事量など考慮しながらお出ししている。		
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、口腔ケアの声掛け、本人の状態に合わせてケアを実施している。		

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	各入居者様の排泄パターンを把握しての声掛け、誘導を実施している。	排泄は、ポータブルトイレ持参者もありますが、各利用者の見守りや必要に応じた声掛けを行い、基本的にトイレでの排泄を促しています。自立している利用者が約2/3程ですが、常時失禁がある人も若干あります。	
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	便秘気味の入居者様には、看護師による下剤の調整、十分な水分、運動など声掛けする。		
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	週3回の入浴に加え便失禁などの際は清拭出来る体制作りをしている。	月水金・火木土と分け、週3回を基本に午前中に入れるようにしています。体調を考慮しますが、拒否のある場合は、長引けば清拭や足浴を行うことで対応しています。入浴介助は職員二人で行っています。	
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	就寝時間は、個人の自由に任せている。眠れない時の訴えの際は傾聴時間をとったりの対応をしている。		
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	看護師が管理しており、申し送りにて確認、把握している。		
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	散歩、レクなど個々の能力に合った支援をしている。		
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	お天気の良い日は、スタッフが付き添いお散歩、買い物、外食を実施している。	ホーム前の公園は毎日の散歩コースに快適で、15～30分程出かけ地域の人との出会いや語らいの場となっています。年6回は春や秋の花見や外食のドライブをする他、8割の利用者が家族との外出を楽しんでいます。職員との買い物や初詣、集合写真の為に全員で外出したりしています。	

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
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	ご自分で管理出来る方は、所持して頂いておりお買い物はスタッフが付き添う。		
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	携帯電話を所持されている入居者様は自由に電話を掛けています。使用方法のわからない方には支援しています。		
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	共有スペースはソファを置き、談笑出来る心地よい空間になっています。夏には、グリーンカーテン(ごーや)を植えています。	清潔なリビング兼食堂は、日差しが注がれ明るく、目の前に自然公園が見渡せて、居ながらにして四季が感じられます。壁には利用者と職員が作成した折り紙などが飾られています。また加湿器や空気清浄器、床暖房が設置され、居心地良く過ごせるように配慮されています。	
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	気の合うご入居者様同士でのおしゃべりを楽しんで頂けるように工夫している。		
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	自宅で慣れ親しんでこられた物を居室に置いて頂いている。	きれいに掃除された居室は、エアコン、クローゼット、広い洗面台、コールボタンが備え付けです。イス、時計、家族の写真、カレンダー、テレビ、仏壇など馴染みの物を持ち込み、自宅にいるように過ごしています。職員は、加湿器の水の入れ替えや、就寝の30分前に居室を暖めたりするなどの気配りをしています。	
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」「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	施設内に手すり、エレベーター、コールを設置しています。		