

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	1270500398		
法人名	延寿グループ株式会社		
事業所名	アットホームケアあすみが丘		
所在地	千葉市緑区あすみが丘9-55-5		
自己評価作成日	令和7年1月20日	評価結果市町村受理日	

※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/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 ACOBA		
所在地	千葉県我孫子市本町3-4-17		
訪問調査日	令和7年1月30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)】

施設内から見える景色は常に季節を感じる事が出来る自然豊かな場所であり、生活騒音もなく様々な鳥の声を聴きながら生活が出来る環境にある。また施設で飼っている犬がいて共生について実感出来る環境でもある。「施設の生活」ではなく「家庭的な生活」を目指し個々に寄り添った支援が出来るよう心掛けている。歳を重ねるごとに出来なくなる事も増えるが「出来る事」に注視しそれを維持出来るよう支援する場を目指している。

【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)】

昨年11月末にケアマネージャーが管理者を引き継ぎ、漸く2ヶ月経過した。この間、年末から職員と利用者にコロナ感染者が発生し、その対策で大混乱であったが、管理者と職員連携で拡大を防止出来た。管理者は介護人材不足に対応しての働きやすい職場環境整備の一環として職員休憩室を新設したり、外国人職員を受け入れる等積極的に取り組んでいる。外国人の受け入れは言葉や習慣の違いをはじめ課題も多いが、外国人職員との協働はホームの新風ともなり、ホーム長以下、職員のチームワークで新しいホームづくりを目指している。利用者にとっても、また希望をもって来日された外国人職員の方にも「このホームに来て良かった」と思っていただけのホーム運営を期待したい。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある			○	3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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

自己	外部	項 目	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
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	入職時、オリエンテーションにて伝達。	法人の3つの基本理念とホームの方針「笑顔で寄り添う明るい介護」が掲示されている。ホーム長は特に基本理念の一つである「家庭的なホーム作り」を目指しており、日頃から職員と話し合い、理念や方針を理解の上、介護に取り組もうとしている。	外国人の職員が増加し、ホームでの役割が大きくなっている。外国人職員にも分かりやすい理念や方針、作業手順などの周知方法の工夫を期待したい。
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	コロナ禍以降、交流の機会がない。	コロナ禍以降は地域行事、ボランティアも中止になっている。11月に小学校で開催の地域防災の避難訓練に参加を予定するも、利用者の健康問題もあり中止した。自治会に加入し、周辺散歩時に隣近所とは挨拶交わしている。新外国人職員の挨拶回りで、自治会長を訪問し挨拶を交わした。	
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	地域との関わりの場を設ける事が出来ていない。		
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	3ヶ月に1度の会議にて取り組み状況を報告。近隣の状況を聞いている。	安心ケアセンター、民生委員、薬局職員、家族代表等の参加を得て年4回開催している。運営状況・活動報告・身体拘束廃止・入退所状況・その他事項について報告し、意見や要望を伺い、運営に反映している。	
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に取り組んでいる	入居者の殆どが生活保護受給者の為、援護課の担当職員との連携を図っている。地域包括と情報の共有。	緑区の窓口は福祉保健センター介護保険室で必要な都度訪問する。生保関係は援護課で、職員が定期的に来所し打合せをしている。安心ケアセンターからの生活困難者の受入の養成も多い。各関係先との連携に積極的に取り組んでいる。	
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「介指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	委員会や研修を基に、日頃から身体拘束をしないケアを実践している。	身体拘束適正化の指針を制定し、廃止委員会を年間4回、研修を年3回実施し、職員に周知して身体拘束しない介護に取り組んでいる。拘束が必要な利用者はいないが、帰宅願望者がいるので、家族の了解を得て、安全対面を考え施錠している。	
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	定期的な研修を開催。		

自己	外部	項 目	外部評価	
			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	定期的な研修を開催。	
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	入居時は契約書・重要事項説明書に沿って説明同意を得ている。	
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	日頃のご家族との関わり(面会時や、状況に応じ電話連絡)の中で要望や意見を確認し、スタッフと情報共有している→申し送りノートや会議を活用。	利用開始時に独居の方が多いので、日常生活支援の中で、本人から希望を聞き、家族や後見人からは来訪時や電話などで要望や意見を伺っている。希望には外出・散歩したい、化粧品を買いに行きたいなどがあるが、全職員で共有し支援している。
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	ホーム会議にて情報収集(欠席者についても意見を述べる事が出来るよう専用書式を活用。	管理者は意見を出しやすい環境作りに取り組み、介護現場の状況を把握するために、夜勤や介護実務も一部担当し、職員と話し合っている。人員不足による職員毎の負荷のアンバランスが問題と把握し、本部に対して増員や職員休憩室の増築などを要請し、実現させている。
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	日々スタッフの勤務状況や職場環境については、ホーム長会議の時や随時代表者への報告を密に行い改善に向けた整備に努めている。	
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	新規スタッフ採用時には、1ヵ月～3ヵ月かけて担当スタッフが付き研修体制を整えている。	
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	人員不足により、外部の勉強会や研修に参加する事が出来ていない。	

自己	外部	項 目	外部評価	
			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人からの聴き取りが出来る際はご本人から、困難な場合はご家族等から要望等の確認を行いより早く施設生活に慣れて頂くよう配慮している。	
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	ご本人の要望を踏まえご家族等の要望等も確認し、安心してお任せ頂けるよう配慮している。入居後のご様子を細目に報告している。	
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	ご本人の要望を踏まえご家族等の要望等も確認し、施設での対応について説明を行っている。	
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	出来る限り「入居者と共に行動」をするケアを念頭に援助している。	
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	可能な限り、ご家族との外出・外泊をサポートし面会やビデオ通話等が出来るよう支援している。	
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	外出が実施出来ていないので、面会にて馴染みの方々との関係を維持出来るよう支援している。	家族面会は予約制とし、感染防止対策の上、他の面会者と重ならないように配慮して行っている。毎月、利用者毎の一ヶ月の状況報告を手紙にして家族に送付している。家族のいない利用者も多く、ホームが馴染みの場所になっている。
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	認知症や視力・聴力の障害により他者とのコミュニケーションが図れずにいる事が多いので常にスタッフが間に入り関わりが持てるよう支援している。	

自己	外部	項 目	外部評価	
			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	必要に応じメールや電話にて関わりを持っている。	
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	担当スタッフを中心に日頃から入居者の希望を聴き取り、申し送り等にて情報共有している。	利用者と担当職員をそれぞれグループに分け、居室整備、衣類の整理を共に行いつつ本人の思いや希望を聞いている。外食に行きたいという利用者の希望を叶える為に職員が一緒に出かけることもある。
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	入居時の情報提供を活用し、個々のこれまでの経過について暮らし方を尊重し対応している。	
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	性格や生活環境が異なる集団生活の為、個々を尊重しながら安心して生活出来るようサポートしている。	
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	ホーム会議内でのカンファレンスを中心に、現状に即したプランを計画している。	月に一度のホーム会議で対象の利用者について職員の意見を聞き計画の更新と作成をしている。その利用者ならではの支援内容を掲載し、職員の意見が反映された計画が作成されている。
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	個別の経過記録に、日中(午前・午後)夜間帯の経過を記録している。	
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	主に身体状況の変化により、医療サービスを希望される場合の支援を行った	

自己	外部	項 目	外部評価	
			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	施設内での生活が主となっており、地域資源の活用が充分に行えていない。	
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し、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	日頃から、入居者の体調管理を行う上で変化が見られた時には、かかりつけ医に相談をし連絡を密に行っている。ご家族等の希望により検査等望む場合は総合病院への受診の手配をしたり情報提供をかかりつけ医に依頼する。	月に2回かかりつけ医(当法人代表で内科医)と看護師の往診があり全利用者が受診している。その他、月1回の精神科医の往診、訪問歯科が月1回ある。専門医や総合病院受診にあたっては、かかりつけ医が紹介状や利用者の医療情報を提供するなどの対応をしている。
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	毎週火曜に訪問看護を受けており、往診日以外に不調の方や処置の必要な方の対応をしている。	
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、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。	入院時は、入院先のMSWや担当看護師、ご家族、往診医との連携を密に行い退院に向けて連絡調整を図っている。	
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	持病の悪化等の兆しがみられた際には、早い段階で対応可能な病院への受診や入院の手配を行っている。	入居契約時に「重度化の指針」を渡して重度化と看取りについて当ホームの方針を説明して同意を得ている。病態による入浴困難や経口摂取での食事が出来なくなった場合や入院時の状態等をかかりつけ医や家族や関係者と相談しつつ対応している。
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	定期的な研修を開催。また事故発生後は対応について振り返り、今後の対応の参考にスタッフ間の情報共有している。	
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	災害対策について研修を実施。マニュアルについて周知している。	3月に夜間の地震発生を想定した避難訓練、9月に台風時の水害発生を想定した自主避難訓練を行った。1階の利用者(想定の高さの物)を布団に乗せて2階へ2人で運ぶ訓練をした。災害対策として、3日分の食料と飲料水の備蓄、発電機も2台設置している。

自己	外部	項 目	外部評価	
			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	プライバシー保護について研修を実施。日頃のケアについても申し送り等を活用し常に意識向上に努めている。	研修や申し送りで周知しており、特に居室やトイレの使用時にドアを開けたままにしない事・親しくなったが故に馴れ馴れしい言葉掛けをしない事を指導している。
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	日頃のケアにおいて、常に選択肢を提供し自己決定出来るよう支援している。	
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	食事は衛生管理上時間を決めてあるが、それ以外はご本人のペースに合わせた生活が出来るよう支援している。	
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	モーニングケアや更衣の際は、出来る限り自己選択により自力での動作を促す。	
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	日頃の会話の中で食事の希望等を聴き取りしたり、食事の盛り付けや片付けをスタッフと共に実施している。	職員がメニューを考え、近くのスーパーやネットスーパー等で購入し、調理している。クリスマスの際には、クリスマスの帽子やエプロンを着用し、大晦日には、年越し“うどん”を食べる等食事を楽しむ工夫をしている。食器洗いや食器拭きに率先して参加する数人の利用者の姿が見られた。
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	主食の量は栄養士と相談、身体状況により医師に相談しカロリーや水分量の調整を行っている。	
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	毎食後個別の口腔ケアを実施。必要に応じ訪問歯科受診。	

自己	外部	項 目	外部評価	
			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	排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握。利用者様の状態に合わせた排泄を行っている。	車椅子からの立位保持が出来る方は日中には時間毎にトイレ誘導を行っている。排泄チェック表に各利用者の排泄状況を記録して、排便コントロールを医師と相談した上でやっている。
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	水分摂取量の調整や乳製品の提供。排便パターンを把握し下剤のコントロールを行っている。	
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	入浴日は固定だが、入浴時間は出来る限り希望を聞きながら対応。また拒否のある方には入浴日以外にも声掛けやシャワー浴・清拭にて対応している。	1階、2階それぞれのユニットにある風呂場で週2回の個別入浴を行っている。1階で車椅子利用者で立位保持が困難な場合はシャワー浴で対応している。
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	居室の照明や寝具、室温調整。不眠の方には日中活動的な生活をして頂き、状況によっては服薬調整行う。	
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	医師・薬剤師・看護師とも連携を取りながら、スタッフ間の情報共有に務め服薬支援をおこなっている。	
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	ご本人の「やれること」「やりたいこと」を把握し支援している。	
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	個別外出の計画は立て実施。またご家族の協力が得られる場合には外出や外泊を実施。	天候の良い日に少人数で出かけ、公園で一休みしつつ散歩コースを一周している。ホームの玄関先で飼っている柴犬を見に行くこともある。今年は「利用者毎の個別外出」で利用者の希望の外出に出かける試みを行っている。

自己	外部	項 目	外部評価	
			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	社協の金銭管理支援を受けたり、必要に応じ出納帳の確認をして頂いたりしている。	
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	訴え時や状況に応じ、電話やビデオ通話の支援をしたりしている。	
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	共用の空間、特にリビングについては入居者同士で気が合う合わないの人間関係も配慮し席替えを順次行っている。日中は出来る限り屋外の景色が見えるようカーテンを開けたりしている。	リビングは利用者が日中、居室にこもらず仲間と共に居心地良く落ち着いて過ごせるよう留意している。自身の作品を座席後ろの壁に掲示して、自分のお好みの居場所となっている方もいる。トイレ、洗面所、廊下から居室へと分かりやすい配置になっている。
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	関係に配慮したりリビングでの席。	
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	入居時には馴染みの家具等の持ち込みをお願いしている。また両隣の生活音等にも配慮した居室変更をする事もある。	廊下の両側に手摺があり、居室の入口に表札が掲げられている。ベッドはホームの備え付けで、安全性を考慮して他の家具類と設置しており、落ち着いて過ごせる居室となっている。
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	スタッフが常に寄り添い、自立支援を基本に出来ない事の支援を行うようにしている。	