

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	4570800195		
法人名	医療法人 隆徳会		
事業所名	グループホームあじさい		
所在地	西都市聖陵町1丁目15番地		
自己評価作成日	平成30年6月17日	評価結果市町村受理日	平成30年8月21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.kaikokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kanistrue&JizyosyoCd=4570800195-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成30年7月6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)】

事業所母体の病院が近くにある為、定期受診や緊急時の対応も速やかに行うことが出来ている。また、グループホームあじさいの2階が職員寮になっている為、災害時には協力体制が出来ている。日々の生活では、自由に過ごしてもらう以外に、様々なイベントの開催を行っている。ドライブや外食では、利用者の方の意見も取り入れて、出来るだけ希望を叶えられるように計画を一緒に考えている。ホームの特徴として共有スペースの広さを利用して、様々なボランティアの方に来ていただいている。地域との交流では、日々の散歩を行う事で近所の方と顔見知りになることが出来ている。近所の方との会話を通して地区のイベントに招待されることもある。また、近所に幼稚園や小学校があり子供たちの交流を楽しみにされている方もいる。幼稚園の子が散歩の途中にホームの玄関まで遊びに来てくれる事もあった。日々の様子はホームページで紹介している。

【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)】

職員はホームの実践目標を全員で共有し、個々の利用者の力量に応じて、出来る事、やりたい事を把握するよう努めている。利用者は入居当初に比べると出来なくなった事も増えているが、指示的、激励型の積極的なケアを控えた見守るケアで、利用者に寄り添うさりげない介助を行い介護計画の目標達成を目指している。地域から孤立することが無いように、地域に貢献することも検討している。

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ます (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、生き生きと働いている (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

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
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	理念を、ゆっくり・楽しく・一緒にとし、常に確認できるように提示し共有を行い、実践している。	グループホーム本来の5か条からなる理念を保ちつつ、実践につなげるための日々の行動目標を職員で検討し、具体的で簡素化した表現にしている。	
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	散歩時には近所の方へ挨拶を行い顔見知りになっている。地域のサロン会や、敬老会の参加を行っている。	日々の散歩や小学校の運動会見学などで交流を深めるように取り組んでいる。	
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	毎月ホームページを使い現状の報告を行い、運営推進会議にて意見交換や情報の共有を行っている。		
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	取り組みを詳細に伝え、参加者からの意見を頂いている、意見を参考によりよいサービスが行えるように、職員で話し合いを行いサービスに取り込めるように努めている。	第4水曜日に定例的に開催している。消防署職員がメンバーとなっており、防災や救急に関するアドバイスをもらっている。	
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に取り組んでいる	不明な事や疑問に感じた時には、連絡相談を行い、協力関係を築けるように取り組んでいる。	介護保険法やグループホーム要綱の改正時には行政の担当者がホームを訪問し説明している。相談や質問にも迅速に対応するなど、双方向的な協力関係が構築されている。	
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「介護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	カンファレンスや研修を行い身体拘束について理解している。施錠については、時間帯で行っている。身体拘束の必要性が生じた時には、同意書の準備を行っている。	職員は身体拘束について理解しているが、今年度から管理者の3事業所合同検討会を開催し、身体拘束指針の作成を計画している。	
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	研修への積極的な参加を行い、情報の共有を行っている。		

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
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	研修への参加情報の提供を行い、資料を目の届く場所に置いている。また、以前利用されていた方を通して支援について学んでいる。		
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	面会の際に直接説明を行い、理解していただけよう努めている。遠方の家族には文書等を通して理解を図っている。		
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	意見や要望の話しやすい環境・関係作りを行っている。意見に対して対応が出来るように職員及び他の機関と連携を行って取り組んでいる。	利用料持参時や年末の食事会で家族の意見が出しやすい環境・関係づくりに努めている。外出などレリエーション増加の要望があり、法人の送迎車を借りてドライブを行った。	
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	月に一回カンファレンスを実施、日々のミーティングで意見を言いやすい環境作りを行っている。	毎月1回、日勤始業時から1時間を会議にあて、カンファレンス、研修の伝達など、その時々必要なテーマを取り上げ、運営に反映させている。	
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	年に一回の自己申告の記入を行っている。要望に対し反映できるように、環境条件の整備に努めている。		
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	希望の研修への参加、及び必要に応じた研修の機会を設けている。		
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	グループホーム連絡協議会での研修、交流会に参加を行っている。		

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
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	入居時のアセスメントで多くの情報収集を行い、本人の要望を傾聴し想いをくみ取る努力を行っている。		
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	安心してサービスが受けられるように、職員からアプローチを行い、話しやすい環境作りを行っている。		
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、家族が安心して生活が出来き、利用者主体で生活が送れるようにサービスや対応を行っている。		
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	出来る事出来ない事を理解し、自己決定が行えている。また、出来る事への支援を行っている。		
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	家族の負担にならないように、定期的な面会やイベントへの参加等、積極的に機会を設けている。		
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	馴染みの場所への外出や外泊、馴染みの方への来訪の受け入れを行っている。	家族に外出や外泊を依頼したり、馴染みの理容所や薬局への外出の同行や、訪問者の接待などに気配りし、利用者と馴染みの関係が継続するよう支援している。	
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	性格、個性を理解し、利用者の方の関係性作りに職員も一緒に参加している。		

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
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	気軽に来訪していただけるように声掛けを行い、家族に会った時には本人の状況把握など話を行っている。		
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	希望や意向に答えられるように、職員で検討し出来る限り対応が行えるように努めている。	希望や意向の把握に、センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)を一部活用したり、一人の利用者に職員全員が担当する形で話し合い、把握に努めている。	
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	家族や他職種から情報収集を行い、又日々の生活の中での情報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	出来る事を重視し、その日の状態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	月末にモニタリングを行い、必要に応じて家族、他職種の意見を取り入れ介護計画の作成を行っている。	介護者が毎日記録した実施状況を、担当者が月単位で集計・モニタリングするなど事務量が多い。介護計画に職員の意見は定期的に取り入れているが、家族の要望・意見の取り入れが少なかった。	介護計画作成に係るチーム員の分担や記録にパソコンを利用するなど事務量の軽減を検討することを期待したい。モニタリングの結果を家族と共有し、介護計画作成に家族の意見を積極的に反映させることを期待したい。
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	日々の記録を行い、職員間で情報の共有が行えている。日々の記録を元に介護計画の見直しも行っている。		
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	病院、福祉用具等必要に応じて利用できる体制を整えている。支援を行う際に、他の事業所に協力を依頼し対応を行ってもらっている。		

宮崎県西都市 グループホーム「あじさい」

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	近所の保育園、小学校との触れ合いを行い、社会福祉協議会からボランティアの紹介を行ってもらっている。		
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	定期受診時に主治医への現状の報告を行い、適切な医療を受けられている。	本人や家族が希望するかかりつけ医になっている。家族の受診同行時は、ホームでの状況を伝え病院からの情報を聞いている。訪問看護師が毎週1回訪問しており、適切な医療や看護が受けられる体制になっている。	
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	週に一度訪問看護を利用、特記事項を記載し助言を受けている。		
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。	医療機関とは常に連絡を取り情報の共有を行っている。		
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	入居時に説明を行っている。重度化、終末期では病院、訪問看護と連携を行い必要なケアを行える体制を築いている。	終末期について利用者・家族は全員が病院を希望しているが具体的な対応については明確になっていない。	家族及び職員に必要な情報の提供や、主治医との連携の在り方、家族の役割などを整理し文書化して共有することを期待したい。
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	研修へ参加し技術を学んでいる。また、緊急時マニュアルを作成し、定期的な訓練を行っている。		
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	定期的に避難訓練を行い、連絡体制を整えている。また、ホーム2階が職員寮になっている為緊急時には協力してもらえるようになっている。	2階職員は夜勤帯に6名位が在室しており、非常ベルで階下のホーム職員の指示により避難救援することを了解しているが、非常ベルの誤報時に駆け付けたものの、マニュアルの誤報時に駆け付けたものの、マニュアルや合同で訓練したことが無く「指示待ち」の課題が明確化された。	救援可能な病院職員の存在はを災害対応マニュアルにも位置づけ、災害別避難訓練に参加し具体的な役割を担うことが望まれる。情報の提供や連携に努め協力体制を構築することを期待する。

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	認知症の人と取れえず、一人の人として人格を尊重し接している。言葉掛けには十分に気をつけている。	敬意を払った丁寧な言葉づかい、人前であからさまな介護や誘導をせず人格や誇りを傷つけないよう努めている。居室の扉の開閉は個々の意向を確認し対応している。	
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	職員主体にならない様に、本人の思いに添った支援を行っている。		
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	一日の日課はあるが、日課を押し付けず希望を優先できるように努めている。		
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	更衣時に本人が選んで着用できるように支援している。		
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	一緒に準備を行い、同じテーブルで食事を行っている。利用者の方の負担にならない様に声掛けを行っている。	職員が工夫した家庭的な献立で3食ともホームで調理している。利用者ができる下ごしらえや下膳をすることもある。一卓を職員も含め3～4人で囲み、見守りや声かけを楽しく食事ができるよう取り組んでいる。	
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	毎食、メニューと食事摂取量のチェックを行っている。水分補給は希望時以外にも定刻に水分補給を促している。		
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	個人に合わせ介助を行っている。		

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	排泄チェックを行い、パターンの把握を行っている。トイレで自立した排泄が出来るように支援を行なっている。	布パンツ、リハビリパンツ、オムツ使用者と様々であるが、トイレでの排せつに向けた支援を行っている。	
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	体操や散歩を行い、飲み物や食材の工夫を行っている。それでも対応が出来ないときには、内服薬での調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	1日置きの入浴を行っている。希望や拒否があったときにはその都度対応を行っている。一人で入浴を行う方には、そつと浴室の外から見守りを行っている。	「ひとりでゆっくり」と望む利用者にはドア越しで見守り、入浴を拒む場合は、時間をかけて対応し、入浴に繋げるようにしている。	
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	時間に縛られることがないように自由に休憩を行ってもらっている。消灯時間の設定はなく本人の意思で休むことが出来るように支援を行っている。		
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	薬の管理を常に行っている。症状の変化時には直ぐに医師に上申を行っている。		
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	個人の能力に合わせ無理がないように役割を持って生活を行ってもらっている。定期的なドライブや外食を行い、気分転換に繋がるように支援を行っている。		
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	家族や地域の方にサポートをもらい、定期的なドライブや外食、地域活動への参加を行っている。買い物等希望がある時には、馴染みの店などにでかけられるように支援を行っている。	日課の散歩は、加齢に伴い年々距離が短くなっているが、気候や体調を考慮しながら車椅子利用者も参加している。家族には情報を提供し、馴染みの場所への外出に家族の協力を依頼している。	

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
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	紛失等の問題があり、家族の同意の下預かっているが、決まった金額を自己管理されている方もいる。必要時には、お金の使用が出来るように対応を行っている。		
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	連絡が気軽に出来るように支援を行っている。		
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	一緒に、毎日の掃除や壁飾り作りを行い、季節感のある快適な空間作りに努めている。	共有の多目的空間を居室が囲むように設計されており、利用者も職員にとっても安心できるような空間づくりを工夫している。対面式の調理場では、職員が利用者と会話しながら調理をし、炊飯などの匂いも漂い家庭的な雰囲気づくりに努めている。	
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	共有スペースは広くテレビやソファを設置し、自由に過ごす事が出来るようにしている。		
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	本人や家族と相談を行い、使い慣れた家具や好みのもので自由にレイアウトを行っている。	職員は入居時のアセスメントで、自宅での過ごし方や大切にしているもの等を把握し、利用者や家族と相談しながら居心地良い居室になるよう支援している。	
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	自立した生活が送れるように、手すりだけでなくテーブルやソファの配置に工夫を行っている。		