

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	3290400211		
法人名	株式会社 ハピネライフケア		
事業所名	認知症対応型 グループホーム すいせん渡橋		
所在地	島根県出雲市渡橋町304-1		
自己評価作成日	平成27年6月13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	http://www.kaigokensaku.jp/32/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&ligvosyoCd=3290400211-00&PrefCd=32&VersionCd=
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス
所在地	鳥取県米子市宗像53番地46
訪問調査日	平成27年6月29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)】

利用者様と職員と一緒に過ごせる時間を多くとっている。 主治医のクリニックや総合病院、消防署などがすぐ近くにあり医療面や救急時などにも迅速に対応できる立地である。

【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)】

グループホームすいせん渡橋は出雲市の中心街に位置しています。併設に小規模多機能事業所やわらぎ渡橋、住宅型有料老人ホームがあり施設間での交流もあります。利用者は高齢化の為重度化が進んでいますが職員のきめ細やかな支援で安心して生活されています。かかりつけ医も近隣の遠藤クリニックという事もあり利用者、家族とも安心されています。平成26年より管理者が変わられ新体制のもと、より利用者本位のサービスが提供出来るよう職員一丸となり日々努力されています。

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 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	自分達で理念を作り、朝礼時に唱和しているが共有できていない部分もある。	法人の理念も共有されているが、事業所独自で事業目的を運営方針を策定し、朝礼時に唱和するなどし共有に努められています。	
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	地域の方にボランティアで来ていただき、交流を図っている。	自治会に参加し、清掃活動には職員が参加し交流されています。地域ボランティアが来られるなどの交流もあります。また運営推進会議で自治会長や民生委員の方から地元の情報提供やお誘いもある。	
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	ほとんどできていない。		
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	毎回報告を行っている。 意見は適時サービスに取り入れている。	2ヶ月に1回小規模と合同で開催されており、市の担当、地域包括、利用者家族、自治会長、民生委員等に参加頂いています。利用者の状況・行事報告をさせていただきます。出席者から意見、要望については職員会議等で話し合いサービスに取り入れておられます。	
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	何かあれば随時連絡を取り合っている。 運営推進会議にも毎回参加して頂いている。	市担当者や地域包括の職員にも運営推進会議に参加頂き、随時連絡相談等をされています。また必要な場合には、福祉課等とも連携を取っておられます。	
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	今はつなぎ服を着用されている方がおられるが、最低限の時間しか着用せず、着用時間は記録として残している。	利用者本人の身体的な安全を確保するため、どうしても身体拘束が必要な場合には、家族に同意を頂き、記録に残しながら、なるべく短時間になるようようにされています。身体拘束ゼロに向けての講習も受講されていますが、伝達講習が機能していない場合も見受けられます。	伝達講習のほか、身体拘束ゼロへの手引きや事業所のマニュアルを定期的に読み合わせを行う等職員間で共有認識を持たれる取り組みを定期的に行われると良いと思います。

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
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	各自が気をつけて観察を行っている。細かい部分でも記録に残し、情報の共有に努めている。学ぶ機会はなかなかない。		
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	学ぶ機会が無く、理解している職員はまだ少ない。		
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	しっかり説明を行い、疑問点など無い様になっている。また、疑問や不安点はその都度説明を行っている。		
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	運営推進会議に利用者家族も参加して頂いている。意見があれば運営に取り入れている。意見箱の設置もしているが、そこに投書された事はない。	定期的に来所されるご家族とのコミュニケーションは取れています。遠方にお住まいへのご家族にはフランクの見直しの折に電話で確認されるようにされています。運営推進会議にも家族の方に参加頂き、意見・要望もサーブिसに反映しています。	
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	カンファレンスの際に意見などを伝え、役職者会議などの際に代表者に届けている。月1回の職員会議で出た意見を随時業務に取り入れている。	利用者の状況については職員会議で職員より意見や提案を聞くようにされています。職員個々に対しては個人面談などで意見、要望を聞くようにされています。管理者は、法人会議で会社の代表者に伝えておられます。	
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	個人で目標を挙げ、それを意識し業務に取り込んでいる。		
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	数は多くはないが接遇研修などには参加している。		
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	交流する機会はほとんど無いため、これから増やしていきたい。		

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
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	細やかに話をし、カンファレンス等を行い、本人の希望に添えるようにしている。		
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	同じく家族の意見も尊重し良好な関係を作っている。		
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	様々なサービスや支援の方法を提案・説明を行い、柔軟に対応できている。		
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	ある程度自立できている方に関しては、ご本人のペースで出来ているが、全介助の方に関してはこちらのペースでしてしまう。		
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	受診の際には家族にも同行していただき、家族と協力しながら援助する関係ができています。		
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	墓参りや友人宅に外泊するなど一部できている利用者もいる。	利用者の介護度が全体に高くなってきており、以前に比べ、地域との交流が出来ていない方が増えてきていますが、墓参りをされる方や、友人宅に外泊される方もあり、今後も可能な限り、継続的な交流が出来るようサポートに努められます。	
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	席の配置など考え、利用者同士に輪が、出来やすい様気をつけている。		
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	相談等あれば随時受けており、支援を行っている		

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
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	細かな訴えも記録し、情報の共有に努めている。	日々のかかわりの中で得た細かな訴えも記録するようにされており、希望や意向の把握に努められています。収集した情報は全職員で共有するよう心掛けておられます。	利用者の生きがいや目標を引き出しながら、利用者本人のやる気を引き出すようにされていくと良いと思います。
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	情報提供書やカンファレンスなどを通して把握に努めている。		
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	細かく記録し、把握につとめている。		
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	カンファレンスの際に家族や主治医の意見も取り入れプラン作成に反映している。	本人・家族や主治医にも意見を聞きながら、3ヶ月に1回職員によるカンファレンスが実施され、評価を行いながら介護計画は作成されています。変化があれば随時の計画変更もされています。	
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	細かく記録し見直しの際に活用している。		
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	既存のサービス以外の事はほとんどできていない。		

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	なかなかできていない。		
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、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	隣接する内科がかかりつけ医となっており、家族にも納得が得られている。2週間毎に往診に来られる。特変時には随時、受診・往診できる体制である。	かかりつけ医は本人・ご家族同意のもと全員の方が協力医である遠藤クリニックとなっています。2週間ごとの往診と状態変化時の随時の往診にも対応して頂いています。他科受診の場合原則的には家族同行ですが、不可能な場合は職員が同行するようにされています。	
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	特変や以上などあれば随時看護師に連絡し処置や受診等できる連絡体制を整えてある。		
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。	最近、入院はないがそういった場合に備えて日々関係作りは行っている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族やかかりつけ医と話し合い希望を聞きながら施設・家族・Drと連携しながら取り組んでいる。	法人の方針で、事業所に対応可能な医療行為までの対応となります。入所契約時に方針の説明をされています。家族やかかりつけ医と話し合いを持ち可能な限りの対応をされています。	本人や家族の意向を踏まえ、医療機関・事業所とご家族が連携をとれるよう随時意思の確認をされると良いと思います。また、終末期の対応について勉強会等を開催されると良いと思います。
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	訓練は定期的には行っていない。 経験の浅い職員も多い。		
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っている。地域の方にも緊急連絡網に入っただき、協力体制を作っているが全職員が身に付けているかは疑問が残る。	小規模と合同で定期的に避難訓練が実施されています。自治会長にも緊急連絡網に入って頂くなど、地域の協力体制も確立されています。備蓄も併設の住宅型有料老人ホームに用意されています。	

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
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	個人情報をご家族に書類にて許可を得ている。声掛けに関しては接遇研修等を行っているが一部不十分な職員もいる。	外部講師を呼んでの接遇研修が開催されています。職員も日頃から意識を持ちながら対応されており、言葉かけが不適切と考えられる場面では管理者が当事者に話をするなど日々きめ細かく配慮されています。	どのように接する事で本人のプライバシーを守る事が出来るのか、定期的に話し合いの場を持つなど事業所全体として継続して取組まれると良いと思います。
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	声掛けを工夫し、本人の思いを引き出せる様にできている。		
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	希望に添えない時もあり職員側のペースになる事がある。		
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	入浴時の着替えはなるべく一緒に選ぶようにしている。出来ない方は同じ服ばかりにならない様、職員が注意して選んでいる。		
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	下膳や台拭きに関しては一部できる方にはしていただいている。行事レクの際には野菜の皮むき等行ってもらっている。	食事は、セントラルキッチンとなっており、併設の住宅型有料老人ホームの厨房より運ばれます。介護度が高く見守りや介助が必要な利用者が多く職員と一緒に食事を取りにくい。ただ出来る方には、台拭きや下膳などはして頂いています。ミキサー食・きざみなど状態に合わせた食事を提供されています。行事食もあり下ごしらえ、調理をお願いされることもあります。	
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	普通食、刻み、ミキサー、お粥、トロミでそれぞれの方に合対応している。希望時にはお茶以外の時間にもコーヒーなどをお出しする。朝はパン食も希望できる。		
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	毎食時までには出来ていない。		

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
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ている。Pトイレ使用の方も日中はなるべく共用トイレを使用して頂いている。オムツ着用の方も尿便意を訴えられた時はトイレ誘導を行っている。	排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握して声かけ・トイレ誘導が行われています。介護度の高い利用者にも日中は共用トイレで座っての排泄支援が行われています	
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	毎日軽い体操を行い運動への援助をしている。水分摂取も促している。影響については一部理解が浅いと思われる。		
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	曜日は職員が決めてしまっている。時間帯もほとんど施設の都合になってしまう。一部希望により毎日シャワーをして頂いている。	2日に1回入浴して頂くようにされています。入浴時間は、午前、午後と用意されています。入浴拒否がある時は担当を変えたり、時間をずらしたり、様子を見て声をかけるなど配慮されています。また毎日シャワーをしたい方には希望にそって援助を行っています。	
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	その日の体調に合わせて臨機応変に対応している。自力更衣が難しい方でもパジャマに着替えていただき、安眠できる状況を作っている。		
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	各利用者様のファイルに処方薬の効果や副作用容量が分かるように綴じてある。変化があれば記録に残しているが深くは理解できてはいない。		
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	一部、家事活動を役割として取り入れている方もいる。嗜好品・楽しみ事・気分転換等の支援はあまりできてはいない。		
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	個別での外出は受診など以外ではほとんどできてはいない。ご家族の協力が得られる方は個別に外出されるが地域の方と出かける様な支援体制は整っていない。	家族の方の協力のもと外出される利用者はおられるが、外出の機会は病院受診が多くなってきている。気候の良い時期にはホーム周辺を散歩をされることもあります。	今後外出ボランティアやヘルパーの活用などを検討されても良いと思います。

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	お金を所持している方は2名程度。公衆電話使用時にお金を使われるためダイヤルする援助を行っている。ご家族と外出時にご自分のお金で好きな物を購入して頂いている。		
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	公衆電話を使用される時に援助している。手紙のやりとりは行っていない。携帯電話を使い自由にご家族や友人と連絡をとられる方もいる。		
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	ホールは明る過ぎない照明にしている。季節感はその季節の花を飾ったりレクで作った季節の作品を展示して季節を感じれるようにしている。	ホールは古民家のような作りになっており天井も高く開放的な作りです。照明も明るすぎず、温度管理もしっかりされていました。季節を感じて頂けるよう、季節にちなんだ作品の展示や、季節の草花をテーブルに飾るなどの工夫をされていました。	
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	机の配置で仲の良い利用者同士が話しやすいように考えている。居室やトイレ以外では一人になれる空間はない。		
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	家族の写真を飾ったりし、居心地良く過ごせる様にしている。また、一部の方は趣味のミシンを置き、小物作りされている。	ホーム側からは、自宅で使い慣れた物の持ち込みを進めるようにされています。家族の写真を飾られたり、自分の作った作品を飾ったりとお部屋が自分の部屋と感じて頂けるようにされていました。	
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	各自の部屋に写真や目印を貼り、分かりやすくして自分で帰宅できるよう援助している。		