

1 自己評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2570100509		
法人名	医療法人湖青会		
事業所名	高齢者グループホーム南志賀の里 2Fユニット		
所在地	滋賀県大津市南志賀三丁目1-18		
自己評価作成日	平成29年1月15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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成29年2月13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)】

医療法人の運営するグループホームとして医師、訪問看護ステーション等と緊密に連携を取り、家族とのつながりを大切に、安心できる体制での「看取り」に取り組んできました。又、併設するデイサービスセンターや近隣に開設したグループホームとの交流や、地域のボランティアグループ、特別支援学校の学生、幼児グループとの交流も定着しています。地域住民や、民生委員からの認知症の相談も、少しずつ来られるようになり、今後も入居者のケアにとどまらず、地域でできる事にも取り組んでいきたいと考えています。

【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)】

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	「ゆっくりと 一緒にたのしく いきいきと」の理念を掲げ、それに基づいてユニットで目標をたてて取り組んでいる。(入居者様と同じ目線で笑顔でかかわる)		
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	町内会に加入。公民館の行事にも参加している。地域のボランティアグループとも開設以来交流を継続、地元の特別支援学校には年間を通じて就労体験や高齢者との交流の場を提供している。		
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	地域の方の相談を受けたり、関係機関との連携は必要な時に誠意を持って対応している。学生向けに認知症の話や関わり方を説明し体験する機会を設けている。		
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	運営推進会議の委員は、年間2回程度の出席をご家族の皆様へ依頼し、幅広いご意見やご提案をいただいている。事故報告や感染症に対する情報も提供し、改善に向けて話し合う場を持つようにしている。		
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	体制や運営についての疑問点は、担当課に確認するようにしている。利用者や、他の相談者の情報についても、必要に応じて相談、連携をとるようにしている。市主催の研修の講師を務め、ケア方法の広報活動にも協力している。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	身体拘束については、入居時に家族に説明し、理解をえている。玄関での人の出入りについては、他ユニットとも連携し、夜間以外は解錠している。安全に見守り対応するため、夜間にセンサーマットの使用をすることがある。		
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	ユニット毎に研修し、虐待について考え、自分たちのケアを振り返る機会を設けている。小さな問題を見過ごさないように、会議や回覧で共有し注意喚起している。		

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	成年後見制度の利用者については不利益のないよう、後見人との連携や情報提供を行っている。個々の事情で、制度の利用が必要と思われる方には提案している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居申し込み時に、納得して申し込みをしていただけるように見学を進めている。契約の前に重要事項説明書にて丁寧に説明、入居後も疑問や不明点は気軽に聞いていただけるよう声をかけている。		
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	契約時には、気軽に相談やご提案を頂けるように伝えるとともに、苦情受付窓口や、公的機関の紹介をしている。運営推進会議や面会時に具体的な意見をいただいた時は、職員全体で共有し、検討するようにしている。		
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	全体会議や個人面談、日常の会話の中で、職員の意見を聞き、代表者にも伝えるようにしている。現在就業規則の見直しを行っており、アンケートや説明会で職員の率直な意見を聞く機会を設けている。		
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	代表者は、法人全体の会議を通じて管理者から状況を把握している。又、相談や報告も日常的に話せる機会がある。職場の環境や条件は会議の中で改善にむけて検討している。		
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	法人として、介護職員初任者研修事業を行い、未経験の職員の教育を統括して行うシステムを構築している。法人内の研修は計画的に行い、法人外の研修も計画をたてて行っている。		
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	法人内の全体研修を通じて、他部署の実情や、スキルを交換する場を設けている。又淡海グループホーム協議会に所属し、情報交換や交流の場を持っている。他の法人の勉強会に出向いたり、見学も受け付けている。		

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	導入時には、入所までの経緯や認知症の症状を聞き取り、特に初期には丁寧に時間をかけ、ホームが落ち着ける場所として少しずつ受け入れてもらえるよう努めている。本人とも困りごと、心配な事を聞くようにしている。		
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	問い合わせや見学の段階からご家族の不安や心配ごと等聞くようにしている。面会時には様子を伝え、ささいな事でも相談してもらえるような関係が気付けるよう努めている。		
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	入所相談の時点で、在宅サービスの利用、認知症専門医の受診等、本人に必要なと思われる支援については、利用の有無に関係なく提案するようにしている。直接関係機関の紹介をする事もある。		
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	職員は介護をする側、される側という関係になりがちな事を自覚し、一人の人としてどう向き合っていくか・を考える事の大切さを考え、一方的な関係にならないように注意するようにしている。		
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	入所しても、外出したり、部屋を訪ねたり自由に交流できること、様々な場面でのご家族との交流が、入居者の精神的な安定につながることを伝え、一緒に本人を支えていく事の大切さを家族の状況を見極めながら伝えている。		
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	家族以外の面会も自由に受け入れ、様子を伝え、症状に対する理解をしていただきながら、交流が継続できるよう支援している。電話が困難な家族とは手紙やFAXを利用して関係が途切れないように工夫している。		
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	認知症があり、会話が成立しない場合も職員が間に入ったり、混乱されたり、興奮されている時も辛い状況を理解しあえるように説明している。良好な関係作りができるよう座席の配慮をしている。		

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
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	自宅近くのグループホームに移られた方を訪問したり、どのように過ごされているか職員に尋ねたりしている。		
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	入所時に生活歴等について聞き取り、研修でも本人の思いをゆっくり丁寧に聞き取る大切さをつたえている。重度化し、会話が難しくなっても以前からの場面を思い出し、本人の思いに添えるように考えるようにしている。		
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	入所時に記入してもらったフェイスシートや情報を事前に職員間で共有し、それを踏まえ、本人を理解できるように努めている。		
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	経過記録用紙、申し送り表、アセスメントシートを通じて客観的に把握している。職員間でも情報交換をし、問題を的確に共有できるように努めている。		
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	モニタリングは、担当者ごとに行い、計画作成担当者がまとめて課題を抽出、ユニット会議にて介護計画の確認、変更を行っている。家族の意向や医療関係者等の意見も取り入れて計画を作成している。		
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	個別の記録は、項目別に介護計画も記載し、現状を把握し、見直ししやすいように工夫している。細かい日々の実践は、申し送りノートを活用し、共有するようにしている。		
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	支援は個々の状況やニーズに合わせ画一的にならないように対応している。本人や家族と話し合い協力を得ながらもできるだけ意向に添えるような支援を目指している。		

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	地域の住民や関係機関とのつながりを深め、支え合う関が気付けるよう地域の協力会議に参加し協力できることを伝えている。		
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	入所時には、希望があれば、かかりつけ医の受診が継続できることを伝えている。法人医専門外の、認知症専門医、眼科、歯科等の受診は、主治医と連携しながら適切な受診が出来るよう支援している。		
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	訪問看護ステーション所属の看護師がデイサービスと兼務で勤務している。医療連携や受診支援、日々のケアについて細やかにアドバイスを受けられる関係にある。		
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。	入院時には、本人の状況がわかる職員が同行し、情報提供を行っている。病院側より早期の退院を勧められた時は、カンファレンスに同席し、切れ目のない支援ができるよう連携している。地域連携室の相談員とも情報共有ができるよう努めている。		
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	入所時には重度化した場合の指針を説明し同意を得ている。家族にも、病状や体調の説明を行い、希望を聞くようにしている。主治医より終末期にあることの説明、ホームで出来る対応等丁寧に説明し、家族や本人の意向を尊重して話し合いを進め、チームでの看取りに取り組んでいる		
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	心肺蘇生法について不定期に講習会を行っている。緊急時のマニュアルも整備している。ハイリスクの入居者については、個別にその都度対応を周知するようにしている。		
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	避難訓練を行い、防火管理者が中心となり、自分でしっかり対応が考えることができるようにしている。個々の職員にも対応が身に着くように数回に分けて訓練をしている。ボランティアの連絡網も作成し協力を得ている。		

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
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	研修で声かけについての振り返りや、「一人の人として」向き合うことの大切さを共に学び、気になる点については、直接話し合う場を設けている。		
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	本人にまず聞いてみる事の大切さを職員に伝え、ゆっくり言葉が出てくるのを待ったり、表情から読み取ることができるように、信頼関係を築けるように取り組んでいる。		
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	できるだけ本人に聞くようにはしたいと思っているが実際の場面では職員側のペースになってしまっていることがある。		
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	好きな洋服や靴選びができるよう、聞いたり、髪形も相談しながら切ってもらっている。家族に代わって買い物する時も本人と一緒に選んだり、好まれそうな物を購入するようにしている。		
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	厨房からの提供になるので、一緒に作る機会は少ない。準備や片づけは一緒にするようにしている。嫌いなものや、食べにくい物は相談し、対応するようにしている。外食に行ったり、食べたい物を作る機会も時々ではあるが設けるようにしている。		
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	食事量、水分量を記録し、チェックするようにしている。本人の体調に合わせて、おかゆやペースト食にしたり、家族と相談して、食べやすいものを提供するなど最期まで経口摂取できるよう支援している。		
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	声かけや介助で口腔ケアができるように声かけをしている。必要があれば、歯科受診や訪問歯科で治療をうけられるよう支援している。定期的に義歯や歯ブラシの消毒も行っている。		

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	本人の状況に応じて声かけをしている。チェック表を使用し、パターンをつかむようにしている。おむつの勉強会を実施。適切なおむつやパットの使用で、出来るだけトイレで排泄が継続できるよう支援している。		
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	水分量の確保や、運動が予防になることを伝え、一緒に体操をしている。必要な方には、主治医や看護師と連携し、浣腸の使用や緩下剤の服薬をし、重度の便秘を予防している。		
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	入浴は、おむね午後に行っている。事前に声かけするようにしている。声かけから入浴後まで、ゆっくりひとりのスタッフが関わるようにしている。		
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	就寝時間はそれぞれのペースに合わせて休んでいただいている。日中も自由に居室を行き来され休息されている。身体状況に応じて必要な方には臥床して休息も誘導している。		
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	お薬手帳や薬剤師からの情報提供で使用目的や副作用をいつでも確認できる。症状の変化を共有し、適切に対応できるように努めている。服薬チェック表で管理している。		
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	本人の得意な事を生かせるような仕事や、レクリエーションの内容を考えたり、興味のある、行事への参加をすすめたりしている。		
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	日常的な外出は難しい状況にあるが、本人からの希望があるときは出来るだけ意向に添えるようにしている。職員で対応できない時は家族に伝え協力していただく事もある。ボランティアの協力で外出する事もある。		

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
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	お金は、お小遣いを事務所で管理している。毎月お手紙で報告している。		
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	希望があった時は、電話や手紙をFAXしている。家族からの電話も取り次いでいる。年賀状を作って家族に出している。		
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	入居者と季節にあった壁紙をつくり飾ったり、習字の作品を貼っている。室温や採光は居心地の良いものになるよう気をつけている。室内の植物は入居者が水やりをし、大切に育てている。		
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	座席を工夫したり、ソファコーナーを設けている。カウンター前のテーブル席で職員に相談や談話したり、お茶を飲まれる姿も見られる。デイとの行き来も希望があれば行える。		
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	入所時に出来るだけ馴染みのある家具を持ち込んでもらったり、写真を飾ったりして、落ち着けるような空間作りが出来るように依頼している。家具や置物の場所を移動するときは本人と相談し、出来れば一緒に行うようにしている。		
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	トイレの貼り紙をしたり、居室前に手作りの表札をかけ場所をわかりやすく工夫したり、できないことやできることを把握して、できること、わかることへつなげていく声かけを行っている。		