

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(しょうぶユニット)

事業所番号	2793100021		
法人名	セントケア西日本株式会社		
事業所名	セントケアホームいくえ		
所在地	大阪市旭区生江2丁目11-15		
自己評価作成日	平成28年4月21日	評価結果市町村受理日	平成28年6月22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.saint-care.com/center/827/
----------	---

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成28年5月23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)】

ご入居された後においても、ご家族様と共に援助をしていく事を念頭にご家族様との関係性を大切にしていきたいと考えております。
月に1度はご家族様にも参加して頂けるレクリエーションを開催する等、ご家族様が気軽にホームへ立ち寄れるような雰囲気を大切にしております。
また、日常生活の支援をさせて頂くにあたり、老化や認知症の影響に対して『出来なくなった』と考えるのではなく、どのようにすれば再び出来るようになるのかを考えて支援させて頂いております。
そして、何より自分らしく生き活きと暮らして頂けるよう、個人個人の要望に耳を傾け支援いたしております。

【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)】

事業所から歩いて10分ほどのところに菖蒲で有名な城北公園があり、利用者に喜ばれる散歩コースとなっている。職員は利用者の人格を尊重し、一人ひとりの要望に沿った支援を目指して日々の介護に当たっている。家族も一緒になってケアをしていくという目標を実現していくために、管理者や職員と家族とのコミュニケーションをよくする交流の場を積極的に設けている。月に1度は家族が集まる食事会などを催し、家族間の繋がりも深めている。職員間のチームワークも良好で、利用者に対しても反映され、家族からの評価も高い。全職員が毎月テーマを決めて事業所内研修を実施し、相互の介護力アップに努めている。

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		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	経営方針書にホームの理念【『一番居心地のよい場所』と思って頂けるホームを目指します。】と明記、毎日職員で朗読している。	事業所独自の理念をつくり、朝礼、夕礼時には、営業方針と共に読み上げて、常に念頭において介護にあたっている。しかし、事業所内において、掲示がないのが残念である。	管理者や職員は常に念頭において支援にあたっているが、来訪者にも共感してもらい、更に職員も折に触れ目にする事が出来るよう、所内に掲示されることを期待する。
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	地域の行事に参加している。 避難訓練に地域の方の参加を求めたり、地域との交流は行っている。	「いくえ連合祭り」には事業所として模擬店に参加し、地域との交流に努めている。地域ボランティアによるデイサービスでの催しと一緒に参加している。	
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	以前は行っていたが最近は行っていない。		
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	二カ月に一度実施している。地域包括、自治会、ご家族様が参加され意見の交換や要望、アドバイスを頂いている。	地域包括センター、自治会代表、家族らが参加して2カ月に一度開催されている。家族の参加が比較的多く、意見や要望を聞いて運営に反映させている。	
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	介護事故の報告や相談を行う事はある。 旭区のグループホーム連絡会に参加して頂き意見を頂く事もある。	グループホーム連絡会に参加して、空き情報や事故報告など情報の共有をはかり、職員の勉強会に繋げている。連絡会は3か月に1度開かれ、市担当者からの意見も聞いて参考にしている。	
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	安易な身体拘束は絶対に行いません。 転倒や転落の恐れがある場合は身体拘束以外の方法で対応する。	事業所は2階にあるため、安全のために、エレベーターや階段に通じる扉は施錠されている。外出希望の場合は、職員が対応するようにしている。	
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	毎年、虐待防止の研修を行っている。 アザ等を発見した場合は、必ず原因を追究して再発防止に努めている。		

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	あまり学ぶ機会はない。		
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	入居時に重要事項説明書、契約書をご説明したうえで署名、捺印を頂いている。内容に変更が生じる場合は、変更同意書を締結している。		
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	年に6回程度、家族会議を開催して意見交換をしている。また、運営推進会議の議事録をご家族様は郵送している。	家族とのコミュニケーションを良くするため月1回お楽しみ交流会を開催し、意見交換の場を設けている。気軽な雰囲気の中で、意見も出やすく、要望があれば運営に反映させている。	
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	月に一度ミーティングを行い、スタッフからの意見を聞いている。	月に1度のフロア毎のミーティングで職員の意見や提案を汲み上げるようにしている。また、年1回、個人面談を実施し、相談事にも対応している。	
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	年度ごとに雇用契約を更新を行っている。その際に個別での面談を行い、向上心を持って頂けるように努めている。		
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	毎月、スキルアップを目的とした研修を行っている。その他に社内研修が不定期にある。		
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	旭区内のグループホームで連絡会。3ヶ月に一度開催している。計画作成担当者やリーダー同士でお互いの取り組みなどを参考にしている。		

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	入居前にご本人様と面談を行い要望等を確認している。		
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	入居前に数回、お会いする機会を持ち不安を解消できるように努めている。		
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	入居前にアセスメントを行い、課題を抽出して、暫定的なケアプランを作成している。		
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	家事など、ご自分で出来る事を見つけだし、ご自身で行っていく事により、ホーム内での役割を担って頂けるよう支援する。		
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	ご家族様と職員がチームとなり、ご本人様を支えられるよう、密にコミュニケーションを図るよう努めている。		
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	ご家族様へ協力頂きながら、馴染みの方々との関係の継続に努めている。	馴染みの場所への外出は、家族の協力を得て本人の希望に沿えるよう努めている。慣れた近隣への買い物などは日常の外出として支援している。	
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	入居者様同士の良好な関係性を構築する為にスタッフの関わりや席の配置などへ配慮を行っている。		

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
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	一部のご家族様より、契約終了後に置いても連絡を取り、関係を続けている。		
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	過去の発言や生活歴、ご家族様からの情報を元にご本人様の意向を把握するよう努めている。	本人の日常の様子や、生活歴、また家族からの情報を参考にして、思いや意向を把握するよう努め、本人が安心できるケアを目指している。	
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	メモリーブックを持ちてやご家族様、入居される前の関係機関などから、情報を収集を行い、生活歴などを把握できるよう努めている。		
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	御本人様の言葉や行動、表情に着目して日常生活記録に記載して現状の把握とスタッフ間の情報共有を行っている。		
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	三か月毎にケアカンファレンス、モニタリングを行っている。ご本人様やご家族様の要望や意見もケアプランに反映し説明を行い、了解を頂いた上で、ご署名、御捺印を頂いている。	通常は3か月ごとに介護計画の見直しを行っている。利用者や家族の意見や要望を聞き、作成した計画書は家族に説明をして了解を得ている。	
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	個別に日常生活記録を取り、情報共有を行っている。		
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	個別のニーズになるべく対応させて頂けるよう、常に業務の内容の見直しを行い援助できるように努めている。		

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	地域の行事やコミュニティに参加できるよう支援している。		
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	協力医療機関以外の医療機関であっても、受診を希望された場合は円滑に受診できるよう支援している、	利用者や家族の希望を聞いてかかりつけ医を決めており、従来のかかりつけ医の継続受診は家族の支援で受診し報告を受け状態の把握に努めている。協力医療機関の内科は月2回の往診、歯科も定期的に往診がある。	
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	訪問看護師が各ユニットへ週一回の訪問をしている。介護職員へのアドバイスや医療機関への報告、提案を行っている。24時間体制で緊急時の対応が出来る。		
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	入院時に情報の提供を行っている。 必要に応じてカンファレンスを行っている。		
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	方針については重要事項説明書に明記しており、契約時説明を行っている。 身体状況に応じて出来るだけ早い段階で主治医の見解をご家族様に説明している。その際に当方で出来る事、出来ない事の説明は必ず行っている。	契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」により充分説明し同意を得ている。重度化の状況が迫ると医師の助言により、再度家族と話し合い、方針を確認し共有している。看取りの実績がある。	
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	緊急時対応マニュアルに沿った研修を行っている。 また、毎日CPR呼称を行っている。		
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	年に三回 火災訓練・災害時訓練・夜間想定訓練を行っている。自治会にも訓練の参加を呼び掛け、協力体制を構築している。	年3回避難訓練を実施しているが、参加人数が少なく、近隣住民も避難訓練に参加していない。備蓄に関しても不十分である。	各種災害別の対応マニュアルを作成して全職員で繰り返し避難訓練を実施するとともに、近隣住民との災害時の協力関係を確立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	自尊心を傷つけないよう、人格を尊重する声掛けを心掛けている。	利用者の人格を尊重して、言葉遣いや態度で誇りを傷つけないように接遇研修を実施している。職員はお互いに注意し合っている。個人情報適切に保管している。	
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	自己決定を尊重して生活して頂けるよう努めている。		
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	御本人様のペースで生活をできるよう心掛けてケアを行っている。		
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	身だしなみの乱れに注意している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立は管理栄養士が作成。調理は調理職員が行っている。盛り付けや後片付けは職員と共に行っている。	法人の管理栄養士が作成した献立で発注し、毎日配送される食材を、調理専任職員により一括調理され、検食担当者が記録している。殆どの利用者は介護度が高く、職員は注意深く見守りながら食事介助をしている。	
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	ミキサー、刻み食等、あらゆる食事形態に対応している。また減塩食など管理栄養士の指導のもと調理し提供している。食事量、水分量については毎日記録している。		
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	毎回、全員の口腔ケアは行えていない。必要性が高い方を優先にして口腔ケアを行っている。		

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	排泄毎に記録を付け、排泄パターンを把握している。極カトイレで排泄できるよう支援している。取り組みの成果として、リハパンから布のパンツに変更した方もおられる。	排泄チェック表で排泄状況を把握し、出来るだけトイレで排泄出来るよう事前誘導を行い、自立に向けた支援をしている。オシメ使用は現在1名いる。	
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	毎朝食にヨーグルトを提供している。ペダル運動や体操など体を動かす機会を設けている。		
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	週2以上入浴できるようにスケジュールを組んでいるものの健康状態やご本人の要望に応じて入浴して頂いている。	利用者の体調に合わせて週2回以上を目途に、午前午後に利用者の要望に合わせて入浴している。浴室は明るく浴槽は入りやすい大きさとゆっくりと入浴出来る。	
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	自主的に休まれる方については、自由に休んで頂いている。また、生活習慣や身体状況に応じて休息して頂いている。		
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	主治医や薬剤師と連携を図り薬の管理を行っている。薬の変更が生じた場合は医療連携記録に変更理由を記載している。		
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	レクリエーションや家事、散歩や買い物など生活に張り合いが出来るよう支援する。		
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	ご本人様が希望されていればご家族様へお伝えをして、希望に添えられるよう協力をお願いしている。ご家族様の協力が得れない場合は、ご家族様に確認した上で、当方で対応する事もある。	利用者の体調に合わせて周辺道路や城北公園まで散歩する。デイの休みの日はデイの送迎車で家族も同行して菖蒲園や外食に出かけ、初詣にも行く。	

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	金銭については事務所にてお預かりして管理している。買い物の際は自身で支払いを行う等支援している。		
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	電話を使用してもらったり、手紙を出すことについても支援している。		
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	家具の配置などには留意して過ごしやすい空間を心掛けている	リビングや廊下はゆったりして明るく、ソファーがあちこちに置かれ寛げる。利用者のぬり絵や折り紙が飾られ、黒板に今日1日の献立が書かれている。	
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	席の配置、関係性に注意して、快適に暮らせるよう配慮している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具類は全て持ち込みして頂いている。使い慣れた家具等を使用する事により自宅に近い環境を再現できるようにしている。	居室は洗面台、クローゼット設置され、入口には額入りの名札が掛けられている。利用者は使い慣れた家具を持ち込み、家族の写真を飾りカレンダーを掛けたりして、我が家として居心地よく暮らせるようにしている。	
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	各部屋に表札を付けたリトイレを表示するなど、混乱を軽減できるように工夫している。		