

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	1890200205		
法人名	社会福祉法人 敬仁会		
事業所名	グループホームひなた		
所在地	福井県敦賀市衣掛町420番地		
自己評価作成日	令和 3 年 10 月 14 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/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	令和3年12月3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)】

家庭的な環境のもと入居者の方には自分らしく自立した生活が送れるよう努めています。特に入居者の方向士が互いに助け合い、互いに支い合える環境、施設でそれぞれが自分の役割がもてる環境を演出し、前向きに生活できるように支援していきます。

【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)】

事業所は国道沿いにあり、有名チェーン店が並ぶ場所に立地している。平成29年開所の新しい施設である。系列法人は、特別養護老人ホーム等の老人福祉に限らず障がい福祉サービスも展開している。医療との関係は総合病院が協力医となる等、連携がしっかりしている。また、小規模多機能型居宅介護事業所「いづく」が併設していることもあり、日常的に民生委員や地域住民が行き来している。また、職員有志のバンド「敬仁バンド」により、地域に出向いた啓発活動を実施する取組みは特別なものを感じる。

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		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 3. 利用者の1/3くらい 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 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、生き活きと働けている (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

[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	事業所の理念に基づき、ミーティング時等定期的に理念の共有・再確認を図っている。	開所当初より「利用者に対し、質の高い福祉・介護を提供すること」という経営理念をもとに、年度ごとの事業計画を全職員で協議している。理念は入口に掲示し、朝のミーティング時に唱和している。	
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	近隣地区の保育園などとの交流を通して少しずつ地域とのつながりの幅を広げている。	職員の有志によるバンド「敬仁バンド」が年3回家族介護カフェに出向いて啓発活動を実施している。また、社会福祉協議会が運営するサロンや地域の文化祭に参加している。	
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	随時、運営推進会議の場で地域の方やご家族にお伝えしたり、ご家族のご面会時等に支援方法等伝えながら認知症の方についての理解に努めている。		
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	会議に参加されたご家族、行政職員、地域の代表の方からいただいた意見をサービスに反映させている。	家族代表、区長、民生委員、市長寿福祉課の構成で、2か月に1回開催している。会議の結果を全家族に配布している。また、玄関にも設置し、いつでも閲覧できるようにしている。	
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	主に運営推進会議の場で、事業所の取り組みを報告するとともに、助言を得るなどしている。	運営推進会議をはじめ、常にメール等により連携をとっている。外部評価の結果も市の窓口に設置し公表している。	
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	身体的拘束等適正化委員会を3か月に1回実施して現状把握や改善に取り組んでいる。また、研修を通して職員の知識や意識を高めている。	身体的拘束等適正化委員会を運営推進会議と同時開催している。職員を対象に年間研修計画により毎月テーマ別の勉強会を実施している。コロナ禍もあり、全職員にビデオを活用した内部研修を中心的に実施している。	
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	理念に基づき、職員会議等で高齢者の尊厳を第一に考え支援していくことの共通認識を図っている。		

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	現在は実施できていない。		
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	入所申し込み時、管理者が対応し、施設見学も行い納得の上申込みいただいている。契約時にはご家族に協力いただくことやリスクについても十分に説明し同意を得ている。		
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	面会に来られた時に口頭で要望等を承っている。また、意見箱を設置している。	家族からの要望等は主に電話で聞き取っている。年に4回の広報誌や、毎月の写真入りのメッセージを家族に届けている。	家族からの要望を聞いて対応することの他に、年に1度は家族アンケートを実施することで、満足度のチェックやアンケートを集約し対応することが望まれる。
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	年2回職員面談の機会を設け運営に反映させている。	毎日のミーティングや日々の気付きには連絡ノートを活用している。意見は月に1度の職員会議で協議している。また、受診後の利用者の対応に変化がある時は、必要に応じ緊急のミーティングを開催している。	
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	面談の上、適材適所部署の配置を行っている。		
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	年間を通して、法人内外の研修に参加してもらい、随時伝達講習を行っている。		
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	同じ地域の事業所の催しに参加したり、施設の見学に行く等している。参加及び見学に行った職員が他職員へ伝達し質の向上に努めている。		

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
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	計画作成担当者によりケアプラン作成前に、利用者の生活上の希望を聞き取りし、ケアプランに反映させている。		
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	ケアプラン作成前ご家族と本人のグループホームでの望む暮らしを聞き取りしケアプランに反映させている。		
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	入所申し込み時に本人、家族の状況を確認し、他のサービスの説明もして事業所を選んでいただいている。		
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	食事作り、部屋の掃除等の生活の場面において個人に合わせた活動を支援している。利用者と共に生活し、支え合える関係づくりに努めている。		
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	感染症による外出・行事、面会の制限はあったが他の方法で家族との交流に努めた。		
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	自宅のある地域方面へのドライブや買い物も個別に対応できた。	入居前の段階で独自の「生活史シート」を整備し、細かく聞き取りを行うことで利用者の過去の情報を把握し、個々の要望に職員が対応している。	
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	グループ分けをおこないながら利用者同士の関係づくりにも配慮し実施できた。		

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	入院となり契約が終了しても、その後の経過に応じて適切なサービスの調整を図ることを契約時に説明しご理解いただいている。		
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	日々の行動・言動・表情を観察し、その中で思いや希望をくみ取っている。	独自の「生活史シート」をはじめ、日々の関わりにより利用者の思いを聞き出している。	
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	ご家族からいただいた本人の生活歴も参考にしている。		
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	日ごろから本人のできること・できないことを見極め、役割を持ってもらっている。個々の小さな変化にも気付けるよう状況把握に努めている。		
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	多職種協働で、定期的なモニタリング、アセスメントを行い、本人の望む暮らしに近いケアプラン作成を目指している。	職員は1~2名を担当し、全職員で支援を協議の上、担当者会議を経てプランに繋げている。この流れによりチーム作成ができています。様式は全国社会福祉協議会の包括支援プログラムを活用している。	
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	ケース記録や、バイタルチェック表、排便チェック表を確認し、体調の変化がわかるようにしている。		
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	事業所内でのサービスだけでなく、個々のニーズに応じた外出や食事、趣味活動に可能な限り対応できるよう努めている。		

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	感染状況に応じて地域への外出に努めた。		
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	受診先はご家族の任意の病院であり、受診時の付き添いも病状の把握のためお願いしている。病院には利用者連絡票を使って本人の日中夜間の様子を情報としてお渡ししている。	協力医と訪問看護により2週間に1度往診がある。また、夜間の緊急対応も行っている。かかりつけ医の受診は家族が対応し、職員が送迎をしている。	
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	看護職と連携し、利用者の細かい変化の情報を朝のミーティング時に行い情報の共有を図っている。また、随時病院受診をご家族と相談している。		
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、情報提供書を提出。入院後も病院の連携室と連絡を密にとり、早期の退院もしくは、退所となった際の適切なサービスの情報をご家族に提供している。		
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	どの家族も状態が悪くなれば、病院という選択肢を持っているが、話し合いの機会を随時設け、看取りの体制も整えていく。	看取りの指針を整備している。法人内に特別養護老人ホームがあるため、重度化した場合は基本的にそちらへの移行をすすめているが、要望により看取りの対応をしている。今年度、看取りの希望があり対応している。	
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	定期的な研修により緊急時の対応について実践的に学び、緊急時の対応や連絡体制のマニュアルも整備している。		
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	年間計画に基づく防災訓練を行い、併せて緊急連絡網による緊急連絡体制をとっている。地域との協力体制は運営推進会議等で議題にあげ話し合っている。	3月・9月に火災を想定した訓練を実施している。9月は夜間による訓練を実施している。食糧・飲料水は3日分備蓄している。また、委託業者への食事の発注数を多めにする工夫もしている。	

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
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	言葉遣いや不快に思われる言動については、毎月ミーティングで話し合い注意している。入浴介助・排泄介助などできる限り同性介助でおこなう。全居室には鍵がかかるようになっている。	不適切な対応は月1回のミーティングで職員に周知している。排泄・入浴等は同性介助を基本にしている。個人情報の取り扱いは利用者および家族の同意を取っている。また、書類は事務所の施錠できる書庫で管理している。	
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	日ごろの会話の中で、自分の思いや希望が言えるような職員と利用者の関係づくり・雰囲気づくりに努めている。自己決定が難しい利用者の方には、選択できるような声掛けをおこなっている。		
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	その日その時の本人の気持ち・体調の変化に配慮しながら、できる限り個別性のある支援をおこなっている。		
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	本人に着たい服を選んでもらっている。直接衣料品店で選んでもらい購入した。		
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	買い物・食事作り・後片付け等、能力に合わせて職員と一緒におこなっている。行事や誕生日には個人の希望に合わせた食事提供をし楽しんでもらった。	食事は業者に委託している。準備や片付けでは、利用者ができることを支援している。餅つき、誕生会、毎週のお菓子作り等に取り組んでいる。また、施設内に菜園があり収穫している。	
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	毎月の体重測定、病院受診時の検査結果を把握し看護師・介護職員と情報共有し適切な食事提供ができるようにしている。		
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	個々の状態に合った口腔ケアを実施。本人・家族の希望があれば同法人の歯科医師に診察を依頼している。		

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
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	排便チェック表を基に排便パターンを把握している。全利用者がトイレでの排泄ができています。失敗のある利用者に対しては個々の状態に合わせた排泄用具を使用する。	排泄は、チェックシートによりパターンを把握し支援している。日中は布、リハビリパンツを基本としている。	
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・運動量の確保を目指し自然排便でできている。それでも排便ができない利用者には嘱託医、看護師と連携し下剤の調整をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっているが入りたくない日もあるのでその場合には時間帯や曜日を変更調整している。	個浴を基本にし、ケースによりチェアー浴で対応できる。週2回の入浴で、基本は13:30から14:00より実施しているが、午前や夜間の希望にも対応している。しょうぶ湯、ゆず湯等の希望に応じている。	
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	日中は活動的に過ごせているためか夜はぐっすり眠れている。空調、寝具の調節もしている。		
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	薬の説明書は個人のファイルに綴り、職員が確認できるようにしている。薬は看護師が管理、変更があった場合は連絡ノートで引き継ぎしている。		
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	調理や掃除、洗濯ものたたみ。趣味等以前の暮らしの継続ができるよう個々に応じた役割や楽しみが持てるように支援している。行事の準備等も手伝ってもらい、持っている力が発揮できるように努めている。		
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	感染状況に応じて外出先、人数、場所を選定し計画を立て実施している。できる限り本人の希望が叶うよう努めている。	希望する外食先や馴染みの場所等、利用者一人ひとりが希望する場所に外出している。	

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	小口現金を使い、必要な時にその都度買い物に出かけている。		
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	電話の希望があれば代わりにかけるなどして対応している。(話の内容や状況に合わせて)行事の写真をつけて手紙を出したり暑中見舞いや年賀状も毎年書いている。		
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	電灯や空調を調節し、清潔で居心地の良い環境づくりに努めている。	共用空間は広くて明るい。死角が少なく、食堂からすべての居室が見渡せる安全な造りになっている。	
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	随所にソファや椅子を設置しており、気の合う方や職員と交流できる場所を確保している。		
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	居室の整理整頓は利用者と一緒に、居心地よく過ごせるよう支援している。家族の写真やソファ、テレビを持ち込まれる利用者もおられる。	居室はエアコンと電動ベッドを常設している。また、好みの家具等の持ち込みは可能である。居室の壁にも色々飾ることができる。	
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	トイレまでの場所にわかりやすいように張り紙をしたり、職員が案内している。施設内はバリアフリーとなっており手すりも廊下、トイレ、脱衣所浴室内に設置されている。		