

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	3070102789		
法人名	社会福祉法人 三田福祉会		
事業所名	グループホーム すこやか 1階 フルーツ		
所在地	和歌山市和田592-6		
自己評価作成日	平成23年2月22日	評価結果市町村受理日	平成23年5月11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)】

目くばり・気くばり・思いやりをモットーに職員一同で利用者と共に日々の生活を過ごしています。利用者の要介護状態も軽く 外食にも頻繁に出かけています。

※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.kaigokohyo-wakayama.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3070102789&SCD=320
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
訪問調査日	平成23年 3月 15日

【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)】

当該ホームは三田福祉会のデイサービスと特別養護老人ホームが併設されており、田畑に囲まれた環境の中で二つのユニットからなる大家族がのびのびと生活されています。「目くばり、気くばり、思いやり」をモットーに理念を掲げ日々の支援に当たっています。開設から8年になりますが、掃除、洗濯、床を拭くなど利用者にそれぞれの役割を持って頂きながら事を支援する中で、利用者の介護度は低く、1階、2階の移動は階段を使用される利用者も多くなります。利用者同士の関係作りもできるだけ自然に任せ必要以上に手を出さず静かに見守り、編み物や縫い物をされる利用者もおられるなど、自由で活気のある生活を支えています。理念に沿ったケアの結果が明るさと元気を生み出しているホームです。

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

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	日常的に話し合っている。事務所・リビングに展示している。	法人の理念である「目くばり、気くばり、思いやり」をモットーに、ホームとして地域の住人として助け合い支えあい利用者の思いのままの生活ができるよう支援している。職員は日々のケアの中で利用者の思いや変化に気づき安心した生活ができるよう支援している。	
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	地域独居老人の会である、御食事会や地域の夏祭りに参加したりまた施設の運動会にも参加して頂いています。	利用者と共に地域の夏祭りを見に行ったり、法人の運動会に地域の方々に参加して頂いている。また年1回の地域独居老人会の食事会にあたりホームを活用してもらい交流を深めている。散歩時に挨拶を交わしたり、時には野菜の差し入れを頂くなど関わりを深めている。	
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	活かしかれていない。		
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	家族全員に外部評価結果を配布している。また運営推進会議には入所者・家族・地域の住人が参加しており、民生委員や地域包括センターにも参加を働きかけています。グループホームをより良く理解してもらえるよう取り組み報告・地域情報を聞いたりしている。	運営推進会議は家族や地域の住人が参加され、民生委員や地域包括支援センター職員にも参加を働きかけ4か月に1回を目安に開催している。行事報告を行い避難訓練などで受けた消防署からの指導等の報告を行い意見交換がなされている。	自治会長や地域の方々、家族が参加しやすいように家族会、行事、勉強会等と組み合わせるなど気軽に参加できる方法を考えることで、2か月に1回の開催の実現が期待される。
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取り組んでいる	特に取り組んでいない。	相談事があれば市の窓口を訪問し、意見を聞くようにしている。	
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	取り組んでいます。	身体拘束について職員は十分理解し利用者支援を心がけている。玄関の施錠は夜間以外は行われず、センサーを設置し対応している。帰宅願望のある利用者については、職員が互いに注意を払らい利用者の思いに寄り添い、出かけたときは一緒に出掛けるようにし、安全で自由な暮らしを支えている。	
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	研修等に参加して学ぶ機会を持ち防止に努めている。		

グループホームすこやか(1階フルーツ)

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	必要があれば市町村に相談して支援している。		
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	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	契約時に説明をして掲示している。	家族には家族会や来訪時などに意見や要望を聞くようにしている。利用者については日常的な会話などで要望を聞いており、出された意見等は職員間で話し合い運営への反映に心がけている。入浴の順番等で意見の相違があった時も一人ひとりの要望を聞き、順番を決め直すなど検討した事例もある。	
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	その都度話し合う機会を設けている。	朝・夕の申し送り等で意見の交換をしている。会議は随時に行われており、事前に意見や提案がないか問いかけ、改善策など意見の交換を行い実行に繋げている。	職員の意見等は日々の申し送りなどで検討されているが、職員を中心に意見の発信やモチベーションの向上機会ととらえた会議の定例化を図られては如何でしょうか。
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	努めています。		
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	研修に参加しています。		
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に参加して情報交換や交流を図っています。		

グループホームすこやか(1階フルーツ)

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	面談時に話などを聴いています。		
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	面談時に話などを聴いています。		
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	入所までに他のサービスの説明なども行っています。		
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	日々の生活の中で利用者とコミュニケーションを図り、利用者の立場になり考え行動し一緒に過ごしている。昔の人からの話し方や経験は学ぶことがあります。		
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	状態変化や気づきがあれば家族に報告して一緒に考えて頂いています。		
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	家族に協力してもらいながら支援しています。友人が訪問したりすることもあります。	帰宅願望や墓参り、行きつけの美容院などに行きたいなど利用者の思いは、出来るだけ家族に伝えその協力を得て、これまでの生活を継続できるようにしている。友人が訪問された時は、居室でゆっくりくつろげ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	利用者同士、居室に行ったり来たりしています。		

グループホームすこやか(1階フルーツ)

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	大切にしています。		
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	思い思いに暮らしていただいています。日々の会話の中から、思いや意向を把握するように努めます。意思疎通が困難な入所者については、表情を見ながら把握するよう心掛けています。	アセスメントシートをもとに家族の意見を中心に思いや希望を聞いている。新しい利用者や意思疎通が困難な利用者には日頃のコミュニケーションや観察の中から思いや希望を把握するよう努めている。	
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	面談時に本人・家族さんから話などを聞いています。		
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	面談時に本人・家族さんから話を聞いています。		
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	本人の思い、家族の意向を聞き職員と話し合い介護計画を作成しています。	事前に聞き取った家族の要望や本人の思いを中心に、職員間で話し合い介護計画を作成している。必要に応じて訪問看護師の意見も介護計画に反映している。6か月毎にモニタリングやカンファレンスを担当職員と計画作成担当者が行い、見直しをしている。	
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	個別に課題ノートを作成してプランに応じたケアを提供しています。		
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	ニーズに応じて対応しています。		

グループホームすこやか(1階フルーツ)

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	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、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	入所時にかかりつけ医師の希望を聴き支援している。医療連携制を取り24時間体制を取っている。医師との連携として近くの医院より月に2回の往診・電話連絡等で支援している。	利用者が希望するかかりつけ医を継続してもらっている。基本的には家族の同行による受診となっているが、不可能な場合は職員が対応している。協力医の月2回の往診と訪問看護が週1回、必要に応じて皮膚科、歯科等の往診もある。協力医との連携は24時間体制で緊急時の指示が受けられる体制が築かれている。	
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	支援している。		
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。	早期退院出来るように連携している。		
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	医療連携体制を活用し重度化した場合は入所者・家族の意向を確認しながら医師と相談し職員間で方針の共有をしている。	今までに看取りの支援の経験はないが、早い段階から重度化した場合の対応、終末期対応の指針を家族に伝えている。本人、家族の希望に添えるよう、医師とも話し合っており、納得した最期を迎えられるよう体制を作っている。更に職員の教育や研修に取り組んでいきたいと考えている。	
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	定期的に行っています。		
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	消防署には書類を提出してホームでの避難訓練を実施しています。	年2回のホームの自主避難訓練を実施している。訓練は昼間の想定で、利用者も参加した訓練となっているが、近隣の方々へ協力を依頼するなどの働きかけには至っていない。	消防署の立ち合いを依頼したりアドバイスをもらうなかで、夜間想定での避難訓練の実施をされては如何でしょうか。その際近隣の方々への協力依頼などを行ってみたいとはいかがでしょうか。

グループホームすこやか(1階フルーツ)

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	言葉かけや対応に関しては特に配慮して対応している。	一人ひとりを大切に思い、尊重した言葉かけを行うよう心がけている。本人や家族の希望で呼び慣れた名前と呼んだり、また方言を交えて会話することもあるが、人としての関わりを大切に作る姿勢を基本としている。排泄時もプライバシーを損なわないようにさりげなく対応している。	
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	働きかけている。難聴の方からは筆談でのやり取りを行っている。		
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	全体会議や行事の時等は職員側の都合のなってしまうが、それ以外は入所者の希望に沿って支援している。		
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	家族の協力も得て支援している。行きつけの美容院等へは家族が連れて行ってくれたりしています。カットがしたいと言う利用者がいれば施設にてカットを行います。		
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	日々のメニューは利用者の希望も取り入れられています。職員も同じテーブルにつき一緒に食事して出来る方には配膳・下膳等してもらっています。	メニューは利用者の希望を取り入れ1週間分作成され、利用者と一緒に食材の買い物に行くこともある。出来る範囲で準備や配膳や下膳も利用者と共に行っている。月1回の外食は回転寿司に出掛けることが習慣になっていたり、時には鍋を囲んで楽しむこともある。	
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	食事摂取量・水分摂取量は毎日記録して、利用者の体調に合わせて食事形態も考慮しています。		
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に、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	毎食後には口腔ケアを行い状態の把握に努めています。状態の悪い人には歯科受診・往診をしてもらっています。		

グループホームすこやか(1階フルーツ)

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	支援している。排泄のパターンを把握してトイレ誘導等を行っています。	排泄パターンを把握し一人ひとりのしぐさや行動により必要があれば声かけをしてトイレ誘導を行い、失敗の無いように支援している。紙パンツから布パンツに変更になった方もおられ自立にむけて支援している。	
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	取り組んでいます。排便記録表を作成して運動を実施したり食事等にも注意しています。		
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	毎日入浴しています。一番風呂や早い順番を好む利用者がいますので曜日によって順番を変更して入浴して頂いています。	利用者の方は入浴が好きな方が多く、希望に沿った順番を決めて16時頃からほぼ毎日入浴してもらえるよう支援している。気候のよい時期には、隣接しているデイサービスの大浴場を利用し、温泉気分を味わい楽しんでもらっている。	
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	支援しています。状態の変化や希望があれば和室で就寝して頂いたりしています。		
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	服薬管理表もファイルして全職員が見れるようにして服薬管理担当者も決めて、症状の変化等も観察して主治医に相談したりしています。		
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	掃除・洗濯干し・洗濯たみ・裁縫・花壇の手入れ・朝夕のお経等で出来るだけ、これまでの生活を続けられるように支援しています。		
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	散歩・買い物・外食・隣接のデイサービスや特養へ行ったり外気浴を行ったり、希望者は家族さんと買い物や外食に行かれるよう支援しています。	天気の良い日には、散歩に出かけたり、その日の希望で弁当を持って、ドライブを兼ねて花見や海を見に行ったりしている。一人ひとりの希望に沿った外出を実現するために家族の協力を得ながら支援している。	

グループホームすこやか(1階フルーツ)

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	外出時にお金を渡し援助しながら買い物をしたりしています。		
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	希望があれば電話をかけたリ、手紙を書いたりする支援をしています。		
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	工夫しています。季節に応じた飾りつけをしています。	玄関には、利用者と一緒に育てた花が咲き、リビングには作品が飾られている。和室空間もあり、金魚が飼われていたり、アロマセラピーにより良い香りが漂う癒しの空間となっている。日中、ほとんどリビングのソファでゆったりと過ごされている。	
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	リビングのソファや和室で利用者の好きな所で過ごせるようにしています。		
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	相談しながら利用者に良い居室作りをしています。	本人や家族と相談しながら仏壇やホームこたつ、タンス等、使い慣れたものが持ち込まれ、昔の写真、思い出の写真が飾られ、居心地の良い空間となっている。	
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	段差のないバリアフリーにしています。物等につまづいたりしないように整理しています。		