

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	0172900714		
法人名	有限会社 旭川高齢者グループホーム		
事業所名	グループホームほーぶ 東棟		
所在地	旭川市春光台5条2丁目14番7号		
自己評価作成日	平成27年9月	評価結果市町村受理日	平成27年11月5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)】

緑豊かで閑静な住宅地に位置しています。敷地内には四季折々に咲く花々と、いちごやぶどう畑が季節感を演出します。また、デイサービスやナーシングホーム、グループハウスが同敷地内で展開され、大きな行事などでコミュニケーションを図っています。また、グループホームには2名の看護師がおり、また、同敷地内に訪問看護ステーションがあり、入居者様の健康面での対応・アドバイス等も手厚くなっております。近隣にはグループホームが点在し、地域包括支援センターにおいて定期的にケアマネージャーが集い、様々な介護場面での対策や提案を発表しあい、より良い施設介護を築くためのコミュニケーションが図られています。近隣住民とも、運営推進会議のほか、町内会にも加入しており、グループホームの基本理念でもある“地域に根ざした”施設の構築をとことん追求できる環境となっております。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=0172900714-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【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 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401号室
訪問調査日	平成27年9月30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)】

--

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ます (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させている (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、安心して暮らさせている (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		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所開設時の基本理念は、詰所に掲載。また、毎年、地域に根ざした目標を玄関に掲げ、職員はもとより来設者にも確認いただけるようにしています。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催。また、町内会に加入し、草むしりなどの活動にも参加。散歩などで、近隣住民とのコミュニケーションも図っています。		
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	運営推進会議において、認知症をテーマに具体的な事例や対策を報告し、認知症への理解を深める努力をしています。		
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	ヒヤリハットや行事を報告し、ご家族・近隣住民・市役所の方々の意見や質問に対し、真摯に目を向け改善策に取り組んでいます。結果は、次回の会議にて発表するよう努めています。		
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に取り組んでいる	避難訓練の参加やSOSネットワークへの取り組みなど、緊急性の高いものについて協力の依頼をし、地域住民の方の必要性を訴えています。		
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「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	ベッド柵やセンサーマットに関しては、事故防止のため、対象者のご家族には説明・同意を得た上で必要最小限(夜間のみ)で対応。玄関は8:00～20:00まで解錠。また、詰所に身体拘束マニュアルを配し、常に職員が閲覧できるようにしています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待が疑われる案件は職員から直接管理者に報告。身体拘束同様、知らずに虐待とならぬよう早期発見・指導体制を敷いています。マニュアルも詰所に配し、常に閲覧できるようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	管理者として成年後見人制度の重要度は理解しているも、かなり難しく、職員への落とし込みはできていません。		
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	ご利用者様の面談、施設内見学時に、グループホームの特徴を説明し質疑応答に応じています。契約時は、書面を持って詳細に説明し、不安や疑問がないよう取り組んでいます。		
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並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	法人としてアンケートを実施し、意見を述べやすいよう取り組んでいます。また、施設サービス計画書にもご家族の要望欄を設け、自由に意見を述べていただけるよう取り組んでいます。		
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	管理者として通常業務時間にも職員の意見を聞くようにしています。また、1ヶ月に1回カンファレンス・勉強会として、意見を述べる機会を設け、取り組んでいます。		
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	職員のモチベーションを高める努力はできているとは言えません。処遇改善手当などの取り組みも曖昧で、国でもっと具体的な政策が必要かと思います。		
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	外部研修は希望により参加可能。法人としては介護技術競技会を開催したり勉強会、介護用品の新商品の紹介などを月1ペースで行っています。代表が職員一人ひとりの力量を知るには、法人が拡大してきているとは思いません。		
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	法人内でのグループホームの運営推進会議の見学、または地域包括支援センターでのケアマネの勉強会を後日、職員に落とし込むなどの取り組みをしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	面談で本人の要望を確認しグループホームのルールの範囲内で最良の支援を提案、認知症により確認不可の際は職員のコミュニケーション・支援の反応で安心の構築に努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	契約時、家族の希望を確認。不安を解消すべく対応の提案をします。また、その後の施設生活を逐一報告し、信頼関係の構築に努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	介護職員に担当制を導入し、アセスメントやサマリーを作成。それを、計画作成担当者は本人とご家族に確認した上で、新しいサービスを迅速に取り入れられるよう努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の残存応力を生かした役割を持っていただき、職員・他利用者と共に支え合う“もうひとつの家庭”という意識を持っていただけるよう努めています。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	新たな受診が必要になった際、また、物品購入は必ず家族の同意を得ています。また、ケアプランにご家族の要望欄を設け、要望や時にクレームを記入いただき、離れていても介護者としての自覚を持っていただけるように配慮しています。		
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	施設として馴染みの人や場所への外出は、ご家族同行を必要としています。(会わせたくなかったといった事案があったため)※外出行事とは別です。		
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	午前・午後の体操、散歩やレクの促し、同じレベルの方々共通の役割など、少人数から大人数まで、同じ仲間としてコミュニケーションが図れるよう1日のスケジュールを組み立てています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	契約終了後も転居先への情報提供はもちろん、記録はすぐに取り出せる場所に保管しご家族からの相談や協力を、ケアマネ・管理者を中心に対応する旨、お伝えしています。		
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	ケアプランのサービスに問題がないか担当職員がアセスメント・サマリーを取りモニタリング。また月1回ミーティングを開催し、全利用者様対象に支援に問題がないか意見交換を行っています。		
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	面談・契約時に情報収集します。ただし、グループホームでの生活で本人の価値観に変わりないか、入居後も継続して情報を蓄積していきます。		
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	1日の過ごし方を時系列でまとめ介助の度合い、体調面の変化、精神面の変化がないか把握。必要時、看護師と相談し対応の検討をします。		
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	担当者が挙げたアセスメント・サマリーが適切かミーティングで意見交換。また、サービス担当者会議で介護・看護・ケアマネの視点からサービスの検討。ケアプランに、ご家族の希望欄を設け、ご家族を含めたチームケアを心がけています。		
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	業務分担により職員が責任を持ってサービスにあたり、記録に残しています。日常と変化があった際は記録や申し送り、連絡ノートで全職員に周知させ、支援の変更を速やかに行っています。		
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	法人のデイサービスが併設されているためカラオケなどの見学や、特定疾病に際し法人の訪問看護が入ったりと、本人の趣味嗜好から体調についてまで、柔軟に対応可能となっています。		
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	現状、認知症よりも体調面で地域資源の利用は難しい状況。ただし、日光浴や近隣の散歩などで近隣住民とのつながりは大切にしています。		
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	法人の協力病院はありますが、本人やご家族の希望を重視、受診同行し主治医との信頼関係を築くよう努めます。主治医を変更したい希望があれば、協力病院の紹介をさせていただきます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	グループホーム内に専任の看護師2名を配置。バイタルサインの異常や排泄困難、熱発時等に迅速に対応。また、法人内に訪問看護ステーションがあり、緊急時の協力体制が確立されています。		
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、また、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。又は、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。	緊急時は施設内看護師に確認の上、救急搬送対応。同時に家族に連絡をとり報告。認知症の悪化や体力低下を最低限にするためスムーズな退院の依頼。退院後はかかりつけ医と入院した病院との仲介をし、1日も早い回復に努めています。		
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、事業所です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	ターミナルケアの対応は2回。必要に応じ経験豊富な病院を紹介し、医師、ケアマネ、訪問・施設内看護師、ご家族と十分に検討しターミナルケア計画書を提出。ちょっとした変化もスタッフが周知できるようケアマネが連絡調整します。		
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	骨折・AED操作・誤嚥などの勉強会、マニュアルを配置。転落・転倒委員会を発足し月1回法人施設職員が全利用者のリスク等を報告し解決方法を検討するなど、事故予防にも努めています。		
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	年2回避難訓練を開催。運営推進会議で行い市役所・家族・地域住民も参加。地震時の被害を最小限にするため夜勤帯のテーブル移動、居室内の点検、車椅子のホール配置も行っていきます。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	人生の大先輩として敬意を表すような態度・声かけに注意を促しています。職員間でも注意し合えるように指導しています。		
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	認知症の度合いに関係なく行動促し(介助)時は声かけを行い、本人の意に反している際はタイミングの変更など柔軟な対応を心がけています。		
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	体操やルール上、行っていただきたい際は、理由を説明し参加いただきますが、基本は個々の生活リズムを優先しています。		
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	自己決定できる、できないに応じて本人・職員が服装を選択。男性利用者が多く髭剃りは、剃り残し対応か全介助で対応します。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	嗜好はもちろん嚥下状態やアレルギー、内服薬による禁食により食事形態やメニューの変更に対応。自動具などを活用し、できるだけ自立摂取を支援します。調理に関しては衛生上または食中毒予防のため厨房専任職員を配置しています。		
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	管理栄養士がメニューを提案。水分量は1日最低1,140mlとし提供。摂取量に関しては記録に残すとともに、少ない際は施設看護師に報告しています。また、月1回体重測定し、増減を確認し、栄養士に相談します。		
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	自立優先からガーゼでのマッサージなど、自立度・認知度に応じて一番いい方法を選択し介助を統一。義歯は夜間、洗浄剤につけます。		
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	尿意・便意がなくおむつ類を使用してもトイレ誘導をし、自立支援とご家族の負担軽減に配慮。10:00と14:00の誘導を基本とし他は食事・体操・レクの始まる前に、確認と誘導を行っています。		
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	水分摂取量はもとより1日2回の体操、運動要素を取り入れた行事など、自然排便を促します。必要時は、下剤調整、ご家族にヨーグルトなどの差し入れを依頼します。		
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	火曜日と金曜日の午前中と入浴日時は決めさせていただいています。入居費の家族負担を少しでも軽減するためには、水道光熱費の無駄遣いは避ける目的です。		
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	ホールは20:00消灯。居室内では自由に臥床いただけます。安眠を誘導するため、日中は体操・散歩・日光浴など、楽しく離床時間を確保。希望に応じて昼寝はとっていただいています。		
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	毎日の内服薬は看護師が確認しセット。服薬上の注意点は看護師より連絡ノートや口頭で説明。与薬時は職員2名で確認し誤薬を予防しています。		
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	入居前に本人の趣味を確認し、必要時はデイサービスを訪問し出来る限り満足いただきます。ゲームや散歩、TV鑑賞、役割など多岐にわたり対応できるよう調整しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。また、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	屋外での散歩や買い物には必ず職員が同行します。季節感を味わえるように、季節ごとの外出行事を企画しています。希望にそってどのような場所でも…といった一人のための支援はご家族同伴という対応になっています。		
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	自立管理が可能、またはお金を持っていないと不安という利用者には、ご家族に紛失の可能性と責任は負えない旨をご理解いただいた上で所持いただきます。詰所預かりという方法もあります。		
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	詰所に公衆電話を設置。ご家族に電話可能な時間や親類を確認し、了解を得た上でご利用（介助）いただきます。本人と家族の希望に応じて居室の電話設置が可能です。（工事費用自費）		
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	ホール四方は居室のため吹き抜けにし日差しを取り入れています。また、四季折々の写真を掲載し季節感を演出。居室は間接照明により穏やかな雰囲気。浴室は木の湯船にはめ込みガラスからは紅葉が望めます。居室内は希望によりカーペットの持ち込みが可能です。（防火商品）		
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	共用空間（ホール）は食卓テーブルを使って仲間同士の談笑やトランプなどで遊ばれています。ソファではTVををご覧ください。基本はコミュニケーションスペースです。		
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	電動ベッド・カーテンを完備していますが、使い慣れたものに交換は自由です。また、TVや冷蔵庫、仏壇の持ち込みも可能です。センサーライトにより夜間のトイレも安心して利用できます。		
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」や「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	玄関から全てバリアフリー構造。ホール内の壁には全面に手すりを設置。居室へは広めの開き扉を採用し、車椅子でも安全かつ楽に移動が可能となっています。		