

### 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	4271102131		
法人名	特定非営利活動法人ライフエイド長崎		
事業所名	グループホームひだまり		
所在地	長崎市香焼町1355-1		
自己評価作成日	平成24年12月13日	評価結果市町村受理日	平成25年5月2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)】

<p>1日1500cc以上の水分摂取。1日1500kcal以上の栄養摂取。下剤を使わない排便管理。おもに下肢を使う運動(歩行)。以上の4点を根気よく継続する。</p>
---

【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 福祉総合評価機構		
所在地	長崎県長崎市本町5番5号HACビル7階		
訪問調査日	平成25年2月19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)】

<p>管理者が看護師の資格を持ち、計画作成担当者が作業療法士の資格を持っており、専門的な知識を基に考えた理念「水分摂取、栄養摂取、排便管理、歩行運動」を掲げ、毎日の支援を行っている。理念は、職員に浸透しており、毎日の記録からも理念に基づく介護計画が、実行されている事が確認できる。毎月開催される会議は、職員の自主性を重んじることから職員が議題を提案しており、職員の積極性を引き出す指導が行われている。看取りにも積極的に取り組んでおり、協力医療機関とも良好な関係が築かれている。安全面では、居室の窓は掃き出し窓となっており、非常時に利用者が避難しやすい作りとなっている。最近では窓から外に向けて、スロープを新しく設置しており、利用者が安全に避難できるよう配慮している。利用者の支援を最優先に取り組む事業所である。</p>
---

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広がったり深まり、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、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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	水・めし・クソ・運動(1日1500ccの水分摂取、1500kcalの栄養摂取。下剤を使わない排便管理。歩行運動)を実践している。	利用者の心身の活力維持と認知症の改善を目指し、「水分摂取・食事・排便・運動」を日々実施する事を掲げ実践している。理念は管理者から、所内の勉強会で伝えており、職員も充分理解し、介護計画と支援を連動させ、日々、理念を実践している。	
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	利用者がもと住んでいた地域(現利用者はホーム近隣の住民ではなかった人がほとんど)に、不定期ではあるが通っている。	管理者が事業所の隣に居住しており、地域の自治会に入会している。近隣住民からの草刈りの要望に応じており、日頃から地域と協力する姿勢は持っているものの、近隣の住民や子供達がホームへ訪れるような関係には至っていない。	日常的に地域住民が気軽にホームに立ち寄り、寄ることができるような関係を築き、利用者との交流が積極的に行われる事を期待したい。
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	利用者の介護で手いっぱいなので、やりたくてもできない。		
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	介護の質の向上につながるような話し合いは、論理的に不可能である。	地域包括センター、介護経験者である地域の代表、家族代表が参加し、この1年は3回の開催となっている。事業の現状報告、研修の参加、消防訓練の実施等の報告を行っている。新聞記事を基に話し合う事もある。会議は利用者の事を考え事業所外での開催となっている。	今年度は年3回の開催となっているため、法令で定められた年6回以上の開催が望まれる。
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に取り組んでいる	利用者の介護で手いっぱいなので、取り組んでいない。	包括支援センターの担当者とは運営推進会議の参加を通じてコミュニケーションは取れている。市の担当部署へは質問はしているものの、協力関係が築けない状況にある。	市の担当部署とは、ホームの実情を正しく把握してもらい、協力関係を築いて行く為に、継続的な働きかけが望まれる。
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	身体拘束は禁止している。	利用者が外出した場合は状況に応じ、見守りながら一緒に行動するケアに努めている。言葉による拘束をしない事は職員に徹底しており、玄関・勝手口の施錠も夜間以外は行われておらず、身体拘束をしないケアを実践している。	
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	職員が利用者に対する負の感情をため込まないように、気軽に職員同士で話ができるような職場環境づくりに努めている。		

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	日常的には活用していない。		
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	書面をもって説明している。入所の時点で十分な理解や納得が得られるとは思っていないので、入所後も適宜質問を受けるようにしている。		
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	ケアプランを作成するうえで、必要な情報を日々の介護に反映させている。	苦情相談窓口は重要事項説明書等に記載し、利用開始時に伝えている。家族からは来訪時に話を聞き、遠方の家族には電話で希望を聞き取っている。施設長が看護師であるため、胃ろうの要望にも対応しており、利用者や家族の要望の反映に努めている。	
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	日々やり取りは行なっているが、論理的意見のみ吸い上げている。	管理者は日々の申し送りやケアに関するミーティングを行う際に、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。職員の勤務の希望や資格取得の為に研修受講希望に沿っている。管理者の自宅が隣接しており、日頃から職員とのコミュニケーションが取りやすい環境である。	
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	休暇の希望を、ほぼ受け入れている。		
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	定期的に、外部の研修に行かせている。		
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	取り組んでいない。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	自立支援介護の過程で、自然に関係が構築されている。		
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	適宜、質問等聴いている。		
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	介護上の問題を明確化し、予後予測を提示したうえで、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	自立支援を行なうことで、利用者が一方的に介護される立場から脱却できるように努力している。		
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	ケアプランを家族に説明し、納得してもらったうえで、日々のケアについては、ほぼ任されている。		
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	利用者がもと住んでいた地域に、不定期ではあるが通っている。	利用者の生活歴を聞き取り、外出時に時折、利用者が以前住んでいた地域を訪問している。その際に、近所の方と話を交わす事もある。また、利用者の家族はもちろん、友人が来訪する事もある。法事に参加する利用者もいるなど、利用者が培ってきた社会との関係が続くよう支援している。	
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	自然に関係が構築されている。		

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	臨機応変に対応している。		
<b>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</b>					
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	買い物や、その他の用事で外出希望があれば職員同伴で外出している。食事のメニューに関し、希望があれば取り入れている。	外出・買い物・食事の希望も利用者一人ひとりの思いを聞き、日々のケアに活かしている。特に入浴時は利用者と職員が一对一でゆっくり話をする機会であり希望や意向を聞いている。発語困難等で本人の意向把握が困難な場合は家族の意見を参考に支援している。	
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	ケアプランを作成する上で、必要不可欠なことなので、必ず行なう。		
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	介護上、必要な情報を把握している。		
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	必要な情報をもとにアセスメントを行ない、介護上の問題を明確化している。	利用者の状況に応じて、計画作成担当者・管理者が職員・医療機関の情報や家族から要望を聞き計画を作成している。6ヶ月に1度見直しを行い、本人・家族の満足度合や利用者の身体状況を考慮し、計画を作成している。計画は本人・家族の同意を得て実行している。	
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	ケアプランに対応した記録をしている。介護実践の細部については、その都度、臨機応変に見直ししている。		
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	認知症対応共同生活介護サービスを提供している。		

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	利用者にとって有効な地域資源がない。		
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	2週間に1回往診してもらっている。緊急時には、休日・夜間を問わず対応してもらえる。	内科については協力医療機関の往診があるため、緊急時に対応できる環境を整えている。そのため、本人・家族の同意を得て内科は変更している。内科以外ではかかりつけ医を受診しており、診療の内容により家族が受診に立ち会う場合でも職員が同行し、情報を共有しており適切な医療が受けられるよう支援が行われている。	
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	管理者が看護師で、住み込みで対応している。		
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。	早期退院に関する病院側の意識が低いので対応に苦慮している。		
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	明らかに終末期であると判断できる状態を迎えた段階で、主治医を交えて再度話し合いをする。	入居時に家族へ重度化や終末期に向けての方針を説明している。看取りについては、利用者の状況に応じ主治医を交え家族とも対応について話し合いの上、取り組んでいる。管理者が看護師であり、事業所隣に居住している事で夜間でも看護の体制が取れる状況にある。	
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	マニュアルを作成している。		
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	火災時の対策を立て、火災訓練を年2回実施している。自然災害に関しては避難場所は把握しているが、避難訓練は実施していない。	年に2回訓練を実施している。1回は夜間想定で行っており、その際は消防署の立会いの下、消火訓練も行っている。自然災害時の避難場所は周知しているが、訓練の実施は無い。水の備えはあるが、食料や備品の常備は行われていない。現在、スプリンクラーの設置を検討中である。	施設の裏が山であるため、がけ崩れ等の自然災害を想定した避難訓練を実施する事を期待したい。また、食料の備蓄や寒暖対策の物品等の備えも望まれる。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者が混乱をきたさないような、声掛け・対応をしている。	利用者の人格を尊重し、不安や混乱を招かないよう心がけ、声掛けや対応する事が職員間に浸透している。個人記録は事務所にて保管し、記入もプライバシーを考慮した対応を行っている。職員には入社時に守秘義務の徹底と誓約書の提出を義務付けている。	
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	利用者が混乱をきたさないように配慮しながら進めている。		
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	身体的に重度の利用者が多くケアに時間を割かれてしまうので、それ以外の利用者の希望に応えているとは言い難い。		
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	季節や気候に合わせている。衣類・化粧品の購入希望がある利用者については、職員と一緒に買い物に行く。		
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	好みはある程度反映させている。全員同じメニューとは限らない。食事時に混乱をきたさないように配慮している。	普段の会話から好みを聞き提供するよう心がけている。和食が中心であるが、パン食を希望する利用者にも対応している。職員も一緒に同じメニューを食している。また、利用者が自分で食事が出来る様に献立や食器等も考慮して提供している。誕生日や正月等の行事食もあり食事が楽しめるよう工夫している。	
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	1日1500cc以上の水分摂取・1500kcal以上の栄養摂取を実施している。		
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	実施している。		

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	尿意・便意がはっきりしない利用者については、時間を決めてトイレ誘導している。	利用者一人ひとりの排泄パターンに合わせた排泄支援に努めている。病院から入居した利用者には、歩行が可能な場合は極力トイレへ誘導するという方針である。これまでにおむつからトイレでの排泄に改善された事例もある。	
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	施設側で、ある程度の曜日・時間帯は決めている。1回あたりの入浴時間は決めていない。本人からの希望があった時や、汚染した時は適宜対応している。	風呂は毎日沸かしている。利用者の入浴頻度は夏期が週3回・冬期は2回程度であり、時間帯は夕方までの好みの時間としている。以前は2人一緒に入浴する事もあったが、利用者の状況に応じ安全面を考慮し、現在は一対一での入浴支援を行っている。	
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	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	職員は、主査用・副作用を、理解している。		
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	不十分であると思われるが、家事全般について、利用者ができることはしてもらっている。		
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	利用者がもと住んでいた地域へ、不定期ではあるが通っている。買い物等、希望があれば職員同伴で外出する。	近隣のショッピングセンターへ買い物に行ったり、ドライブに出掛けるようにしている。季節には花見を兼ねたピクニックに外出する事もある。近隣を散歩したり、ホームの前の駐車場や坂を利用して歩く機会を作るなど、戸外へ出掛けるよう支援している。	



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	金銭管理は、基本的に施設で行なっている。小額の現金を持たせる場合もある。		
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	希望があれば対応する。		
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	開設当初と比べると、生活感は希薄になっている。	利用者が安心して生活出来る様に廊下・浴室・トイレ等手摺の位置を検討したり、居間のソファやテーブルは木調で家庭的であり、利用者が使いやすい高さに調整する等の工夫が行われている。清掃は毎朝職員が行っており、清潔である。室温の管理や加湿器を設置し居心地良い環境作りに努めている。	
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	スペースの関係上、困難である。		
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	安全に過ごせるように工夫している。	暮らしていた環境により近づけるため畳を敷いたり、ベッドの利用も過ごしやすい環境となるように考え、利用者が混乱する事無く安全に暮らせるように努めている。毎朝、早出の職員が出勤した際に清掃を行い、温度管理も職員が配慮しており、利用者にとって居心地の良い居室となるよう支援が行われている。	
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	動線に沿って、手すりを相当数後付けしている。トイレの表示を大きくしている。		