

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	4490101138		
法人名	メディカル・ケア・サービス九州株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム大分けやき		
所在地	大分市大字横尾3607番地の1		
自己評価作成日	令和7年3月3日	評価結果市町村受理日	令和7年4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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/44/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=4490101138-00&ServiceCd=320&Type=search

【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第三者評価機構		
所在地	大分市上田町三丁目3番4-110号 チュリス古国府 壱番館 1F		
訪問調査日	令和7年3月17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)】

利用者の状態に合わせたオーダーメイドの機能訓練を実施しており、理学療法士と連携しています。又、公園や商業施設への外腫支援、日常生活の一環としての外出も日々行っています。利用者の「普通の生活」「当たり前の生活」をスタッフ全員で考案し、お墓参りや、生家を訪ねたり、今までと変わらない生活が出来るよう支援しています。料理や掃除も積極的に行っていただいています。地域との繋がりも重視し、「ふれあいサロン」にも参加し、交流を深めています。8月には、サービス付高齢者住宅併設の5階建て複合施設の2階へ移転し、新しい住居での生活が待っています。

利用者が、今迄の暮らしをそのままに自分らしく過ごすこと、あきらめなくていい生活を大切に支援しています。「普通の生活」「当たり前の生活」を常に考え、自立支援ケアをメインに行い、歩行機能やADLの改善等に力を入れサービスの特色としています。その中で機能訓練に力を入れており、理学療法士と連携して利用者一人ひとりのプログラムを作成実施し、毎日チェックしています。車イス利用の利用者が歩行器利用で移動が出来るようになり、目に見えた成果が利用者のリハビリに対するモチベーションになっています。毎月送付される「大分けやき通信」や面会・遠方のキーパーソンへの電話連絡等、きめ細やかな対応が家族の安心と信頼に繋がっています。

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 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	朝礼時に唱和、又は、掲示している理念を確認し、実践している。	法人の理念をもとに、事業所理念を職員全員で話し合い作成しています。その内容を理解し朝礼時の唱和で共有するとともに、サービスの中で実践されているか振り返りの機会を持たれています。	
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	ふれあいサロンや運営推進会議等で、交流している。	コロナの終息は見えませんが、地域交流は感染対策を工夫し徐々に進めています。ふれあいサロンの参加・保育園児との交流・移動販売車の利用等日常生活に楽しみが来ています。今後は認知症研修・介護技術の指導等の地域貢献に繋げる計画です。	
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	実践できてない。		
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	色々な情報を交換し、サービス向上に活かしている。	自治会長・民生委員・地域包括支援センター・ふれあいサロン代表、他数名がメンバーとなり2ヶ月毎に対面開催し、意見交換を行っています。事業所の現状報告やヒヤリハット報告等を発表し、メンバーより頂いたアイデアをサービスの質の向上に活かしています。	
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	ホームの運営についての相談等は、密に行っている。	事業所の近況や取り組み等、運営推進会議を通じて伝えています。必要時はいつでも相談・協力出来る関係が築かれています。	
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	不適切ケアについては、3か月1回、もしくは、必要な際にチェックシートに記入し、身体拘束廃止委員会で共有し、検討している。	指針を作成し、3ヶ月毎の委員会及び年2回の研修を実施するとともに、不適切チェックシートにより結果を検討し、利用者の尊厳を守り抑圧感のない支援に努めています。	
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注意を払い、防止に努めている	不適切ケアについては、3か月2回、もしくは、必要な際にチェックシートに記入し、身体拘束廃止委員会で共有し、検討している。		

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
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	研修を実施し、活用できるようにしている。		
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	十分な説明をし署名捺印をいただいている。		
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	年に一度ご家族様へのアンケートを実施し、改善に努めている。又、アンケートの結果を見て、改善策を掲示している。	利用者の意見・要望は申し送り等で情報を共有し、家族から面会時や電話により意見を聞いています。年一度の家族アンケートを実施し、その結果をデータにし職員で共有しています。	
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	年に一度ご家族様へのアンケートを実施し、改善に努めている。詳細な項目があり、精査している。	管理者は、職員と会話を多くし意見や相談等出しやすい雰囲気重視し、3ヶ月に1回の個別面談を行い、意見・相談を聞く等働きやすい職場環境を作っています。	
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	職場環境・条件の整備に努めている。		
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践と力量を把握し、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	九州エリアの研修や大分エリアの研修を行っている。		
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	九州エリアの各ホームとの交流を図っている。		

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	
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	CMを中心にご本人・ご家族様の要望等に耳を傾けている。		
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	CMを中心にご本人・ご家族様の要望等に耳を傾けている。		
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	CMを中心にご本人・ご家族様の要望等に耳を傾けている。		
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	職員は、介助ではなくサポートをし、関係を築いている。		
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	面会は、居室で行うことができ、ご家族様が、訪問しやすい環境を整えている。		
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	近所の友人の方へ声をかけ、面会に来ていただいたり、自宅へ帰った際にも、訪問していただいたりする、関係を築いている。	これまでの馴染みの関係を大切に、友人・知人・家族等の関係が途切れないよう電話や手紙の取り次ぎを行ったり、家族の協力で馴染みの場所(うどん屋・甘味処)に行く利用者もいます。	
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	席の配置を考慮したりし、利用者同士の関わりができるように努めている。		
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	サービス終了後は、関係性が薄くなるのが、現状です。		

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	
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	暮らし方の希望、意向の把握に努め、ケアプランや日々のケアに活かしている。	利用者との会話から、意向・希望の変化を常に把握する中で、ADL低下がある利用者の思いを聞き取る気遣いが大切と、職員は意識を高めケアしています。		
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	生活歴は、特に大事にし、今まで暮らしてきた時と同じような生活ができるよう支援している。			
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	訪問診療・訪問看護での体調管理や日々のケアでの心身の状態の把握に努めている。			
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	サービス担当者会議やユニット会議等で、現状に即した介護計画を立案している。 又、利用者一人一人に担当スタッフがおり、現状に対しての上方を発信している。	家族の要望やミーティング時に出された職員の意見を反映し、介護計画を作成しています。3ヶ月毎のサービス担当者会議、6ヶ月毎のモニタリングの実施及び介護計画を見直すとともに現状に合った計画を共有し実践しています。		
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	日々の様子は、ケアの実践等は、全てICTで管理・共有し、介護計画の見直しに活かしている。			
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	フリーFi-Hiを設置しスマホやTV電話等にも対応できるようにしている。			

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
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	今までの友人の方へ連絡をとったりし、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	かかりつけ医ごは、関係を築いており、訪問診療とも連携し、適切に医療が受けられるよう支援している。	事業所は、3カ所の訪問診療と協力体制が構築されており利用者・家族の希望されるかかりつけ医となっています。他の医療機関への受診は基本家族の対応となっていますが、臨機応変に職員が対応されることがあります。受診結果は業務日誌に記載し職員間で共有し家族へ報告を行っています。	
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	毎週1回訪問看護の往診があり、利用者様の状態を報告している。又、医療連携体制業務日誌を作成し、訪問看護、スタッフとの情報を共有・確認している。		
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。	訪問診療・訪問看護と連携し、日々関係づくりに努めている。又、入院時は、病院の相談員と連携をとり、早期退院に努めている。		
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	入居時に「重度化した場合の対応にかかる指針」「看取り看護にかかる指針」についての説明をし、承諾を得て、チームでの支援に取り組んでいる。	入所時、重度化した場合や看取りについての説明を行い、家族の意向を確認し承諾を得ています。重度化・終末期に向かって来た際は、段階ごとに医師からの説明が有り、家族・ケアマネ・職員等を交えてカンファレンスを行い、連携を図りチーム一丸で支援に取り組まれています。	
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	4月・10月に訓練・研修を実施している。		
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	4月・11月に訓練・研修を実施しているが、地域との協力体制は、構築できてない。	年2回訓練(昼間・夜間想定)を行っています。研修会を実施しながら、災害時の職員間の連系体制の構築に努めています。	訓練時の資料は整っていますが、可視化が出来る取り組みや、地域の方との連携や協力体制の構築についての取り組み方に期待します。

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	
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	不適切ケアチェックシートでの検討や日々のケアの中で、対応できている。	目につきやすい廊下の一角や、更衣室等に「不適切ケアシート」を貼る事で、日々のケアで利用者の誇りを損ねない声掛けやプライバシーを大切にケアへの実践に、職員全員で取り組まれています。		
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	働きかけている。			
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	起床時間や食事の時間等、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	支援している。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者が配膳したり、食事jの準備をしたり、片づけをしたり、日々行っている。	施設の中央にある台所で、毎食手作りにて食事の提供が行われています。臭いや音を傍で見聞きし心が動き、自分が出来る範囲で積極的に準備や配膳、片付けを職員と共に行っています。水分量・タンパク質の摂取量を重視し、健康で過ごせる為の筋肉作りに取り組まれています。		
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	豆乳やチーズでタンパク質が摂れるよう支援している。			
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	口腔ケアを実施し、異常があれば、歯科医へ相談している。			

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	各居室にトイレがあり、プライバシーにも配慮しながら自立にむけた支援を行っている。	利用者のほとんどの方が自立しており、自分の居室のトイレを使用されています。機能訓練に取り組むことで、下肢筋力の向上が見られ、車椅子を使用されていた方が杖歩行になり、居室で排泄が出来るようになる等自立に向けた排泄支援への取り組みが行われています。	
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	利用者が一人一人の水分の目標を設定し、十分摂取できるよう工夫し、下剤を使用しなくても自然な排泄ができるよう取り組んでいる。		
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	可能であれば、利用者の希望の時間に入浴したり等、支援している。	基本週2回ですが、臨機応変に対応されています。暖房器具を使用し、浴室や脱衣所の温度調整を行い温度差をなくしています。日中の入浴が主流ですが、夜の入浴を試みる等、個々に沿った入浴支援に取り組まれています。	
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	支援できている。		
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	マニュアルを作成し、服薬の支援をしている。又、服薬の事故がにようにも努めている。		
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	月に2回、移動販売が訪問し、自分で、嗜好品を購入できるようにしている。		
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支援している	外出のイベントを企画したり、ご家族様と外出したりし、支援している。	玄関先に並べている椅子に座り、毎週来る移動販売車を待ったり、焼き肉や焼き芋を楽しんだり、外の風や光に当たる事を大切にしています。天気の良い日には、少し離れた海見える道の駅まで足を延ばしたり、公園までドライブし季節の花を見るなど外出の機会を作っています。地域で開催されている「高齢者サロン」に参加するなど地域の人々との交流に取り組まれています。	

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
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	月に2回、移動販売が訪問し、自分で、嗜好品を購入し支払いをしたり、スーパーでの買物の際に自分で支払いをしたり等、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	利用者の希望があれば、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	リビングが広く、廊下も長い空間があり、都度、動線や環境に配慮し、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	リビングの窓に飾られていた物を外した事で、光が差し込み明るい雰囲気が出されています。長い廊下とリビングを使用し毎日機能訓練を実施されており、その成果も徐々に表れADLの向上に繋がっています。利用者の生き生きとした姿が見られました。	
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	入居者間で、一番心地よい空間で過ごせるように席の配置には、工夫している。		
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	居室には、馴染みの品々を持参していただいたり、写真を飾ったりし、工夫している。	居室には、仏壇や家族写真、昔自分が描いた絵画が飾られています。居室の入り口にはそれぞれ違う花の版画を掛けたり、担当職員の写真・QRコードから、利用者の今日の状態や情報が得られるようになっていきます。	
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」「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	「普通の生活」「当たり前の生活」を常に考えながら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。		