

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	2674000209		
法人名	社会福祉法人 未生会		
事業所名	グループホーム ラポールしらかば (1F)		
所在地	京都市西京区榎原盆山15番地8		
自己評価作成日	平成23年1月10日	評価結果市町村受理日	平成23年4月25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://kohyo_kvoshakyo.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2674000209&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2月15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)】

法人理念の通り、帰ったらほっこり出来る我が家のような雰囲気を大切にしている。又、新しい地域に引越してきて間がないので、どんどん交流を深め地域貢献していきたい。

【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)】

旅から帰った家人が穏やかにほっとできる我が家と言う意味を込めた「帰家穩座」を理念とし、常に職員が意識して利用者の一人ひとりを有りのままに受け止め支援に繋がるよう努めています。利用者は引越などの環境の変化の中で、より積極的に暮らしを楽しみたいとの思いが強くなり、より利用者主体の生活が支援されています。地域の交流については地蔵盆に参加し、クリスマス等にはイルミネーションを飾り地域にアピールしています。管理者は認知症の人の理解を得るべく地域の人達に働きかけ講習会を開くために取り組んでいます。重度化が見られる場合、家族や利用者の意向を重視しながら医師、看護師と何度も話し合いを重ね、一体となり支援します。また、チャレンジ精神のある職員同士の連携がよく、いろいろな楽しみ事を増やしていけるようなホームです。

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	法人理念を玄関に掲示している。	「帰家穩座」と理念を定め、地域に住まう我が家が利用者や職員共にほっとする場所になるようにと支援を展開しています。日々の利用者への支援が常に理念に立ち返るものであるよう、玄関に大書され利用者や家族来訪者と共に共有し、確認されています。	
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	運営推進委員に地域の民生委員がおり、今後町内での催しに参加して行く予定。地域ケア会議に参加して、当施設の紹介。地域の民生委員、老人福祉委員等の方々と交流を図る。認知症サポーター研修を開催したい	出来るだけ対外的な関わりを育みたいと考え、自治会に加入して地区の情報を得て、地蔵盆等に参加しています。クリスマスにはイルミネーションで飾り地域の方が見学に来られることがあるなどホームを印象付けています。地域の喫茶店や理髪店、買物に出かけ、交流を深めています。	
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			
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	隔月に開催、評価結果や取り組みを報告し、意見交換している。	運営推進会議は家族、民生委員、地区包括支援センター職員等の出席のもと2ヶ月に1回開催されます。運営状況、行事報告、要望や意見も活発に出され、地域に溶け込むための提案があるなど活発な意見交換がなされ、運営に繋がっています。	
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取り組んでいる	西京区連絡調整会議に出席して、利用申請者の待機状況等を報告している	西京区地域ケア会議に出席し、市職員と顔なじみになり、情報の交換や相談に乗ってもらえ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「介指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	合同会議等で話し合っている。	玄関の施錠は行わず、外出傾向の利用者には十分に見守りを行い寄り添う支援をしています。内部研修会で事前にアンケートをとって、言葉の拘束、身体的拘束、時間の拘束等をしていないか検討し理解を深めています。	
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に注意を払い、防止に努めている	同上		

グループホームラポールしらかば(1F)

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	一部の利用者は成年後見制度利用をしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約前に自宅へ訪問したり、来園していたいで説明している。		
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	意思疎通が難しいので言動から読み取り職員間でのカンファレンスを行っている。 ご意見箱の設置、家族会にてアンケート、面会カードの工夫や、直接聞いている。	面会カードにアンケート項目があり、意見や要望を記入してもらう工夫がなされています。挙がった要望を職員会議で話し合い改善策を家族に伝えるようにしています。	出された要望は都度解決に向け対応されていますが、家族とのより信頼関係が深められるために、便り等でも報告を行われてはいかがでしょうか。
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	随時話す機会を設けている。	管理者と職員は日常的に意見交換がなされています。理事長と直接話し合える関係も出ています。職員は連絡ノートに要望や提案を記入し、会議で検討し改善や運営に繋がられています。	
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	職員全員に目標を持って取り組んでもらい、個人で見直しや、評価する事で自己覚知を促す		
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	内部・外部の研修会の案内を回覧して参加を募っている。		
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	西京区連絡調整会議、グループホーム連絡会の研修に参加して交流している。		

グループホームラポールしらかば(1F)

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	自宅等訪問や来園してもらい、本人、家族、関係各者より情報収集している。		
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	同上		
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			
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	できる事はしていただき、共に生活していると実感できるようにしている。本人の得意な事を教えてもらう。		
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	利用者の生活環境や性格などを聞いたり、情報を共有できるようにしている。		
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	入居後もなじみの美容院へ行けるよう支援している。入居前の自宅や、馴染みの店に買い物へ一緒に出掛ける	家に帰りたい、友達の家に泊まりたい等の個別の要望の実現に向けて支援をしています。馴染みのうどん屋や、毎年観に行っていた「都踊り」にも付き添う支援をしています。	
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	個人対応もグループで出かけたり、利用者間の会話や行動を尊重している。		

グループホームラポールしらかば(1F)

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			
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、本人に聞いて、思いを汲み取るよう心がけている。	センター方式のアセスメントや「ひとときシート」を利用して、家族から生活歴や好みなどを把握しています。日常的には利用者に寄り添う事で、表情や行動から希望や思いを把握するように努めています。	
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	ご本人様、家族様との話を聞いたり、担当ケアマネから聞き取りアセスメントして把握するようにしている。		
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	日常生活表、個人記録、ふれあいノート等で職員やかかりつけ医と情報を共有し把握できるようにしている。		
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	職員会議、ケース会議等で意見を出しあい、介護計画を作成している。変化を把握しながら、ケース会議にて話し合い3ヶ月毎にモニタリングを行っている。	利用者や家族の希望や意見をもとに、状況によっては訪問看護師や医者の意見書も反映した介護計画を作成しています。3ヶ月ごとにカンファレンスを行い、職員の気付いたことの意見を出し合い評価、見直しの上計画作成に繋がっています。	
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	日々の様子やケアの内容などは業務日誌、個人記録、申し送りノート等で情報を共有している。		
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			

グループホームラポールしらかば(1F)

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			
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	かかりつけ医と家族の面談をしていただき家族の希望を聞きながら医療方針を検討していただき、それにそった支援を進めている。	入居時にはかかりつけ医の希望を聞き、意向に沿ってかかりつけ医を決めています。協力医による週1回の往診や訪問看護師による健康管理が行われ、24時間の対応をしてもらえ、安心の出来る医療体制となっています。今までのかかりつけ医と一緒に付き添う支援も行われています。	
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	訪問看護師と相談しながら、健康管理を行っている。		
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。	退院前に病院にて、カンファレンスに出席して、主治医、ケアワーカー、家族等と意見交換している		
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	家族、かかりつけ医と面談をして、方針を明確にして職員等と共有している。移転後、初めての看取りをする	入居時に、事業所のできる事やできない事を説明しています。重度化する中で、医師と家族が何度も話し合いを重ね、「急変時対応希望書」を取り交わしています。看取りのカンファレンスを行い職員同士がケアの方向を共有するとともに、看取を行った後も職員にはアンケートやカンファレンスを行い、経験を支援に活かせるように取り組んでいます。	
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	合同会議等で話し合っている。		
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	避難訓練の実施、合同会議や運営推進会議にて、話し合いをしている	年2回消防署の立ち会いのもとに避難訓練を行っています。消防自動車の進入経路を確認し、利用者全員に対する職員の役割分担表を作り、利用者も参加し実施しています。訓練に当たっては、運営推進会議で報告を行ったり、貼紙をして近隣の人知ってもらうようにしています。	

グループホームラポールしらかば(1F)

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	指針を掲示している。個人情報については、十分に説明して承諾書をもらい、一人一人の生き方を尊重し、大切にしていけるよう支援を心がけている。	9軒分の家がありその各々の家で尊厳が守られる生活ができる様に会議等で話し合っています。トイレの内カーテンを設置するなどプライバシーを損なわないよう努めています。	
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	個々の性格、認知力を考えて日々のコミュニケーションで思っている事や希望を伝えられるよう支援している。		
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	できる限り本人の思いや、希望に添えるよう心がけている。		
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	馴染みの美容院への送迎や、洋服等は出来るだけ本人と一緒に買い物へ出かけ選んでいただけるようにしている。		
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	献立決め、買い物、料理、盛り付け、片付けなど得意な事にどんどん参加していただき一緒に食事を楽しみよりおいしく食べていただけるよう支援している。	利用者の好みを聞きメニューを決め食事を作りを一緒に行っています。周りからも調理の様子が見ることができるアイランドキッチンがあり、見ている方もすぐに参加でき楽しい時間となっています。時には焼肉やファーストフード等に外出に出かけ、利用者の楽しみになっています。	
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	看護師、かかりつけ医と意見交換して、カロリーの取りすぎに注意し、バランスのよい献立を考えるようにしている。水分摂取表、食事摂取で個人の状態の把握に努めている。		
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	食後の口腔ケアの声かけ、誘導をしている。		

グループホームラポールしらかば(1F)

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	排泄表を作り一人一人の排泄パターンを把握して、声かけやトイレ誘導して排泄できるよう支援している。	個々の利用者の排泄パターンにそって、早めの誘導で失敗の無いよう支援を行い自信に繋げています。布パンツでの生活に向けてパットなどを使用し段階的に工夫をして、排泄が自立できるように支援をしています。	
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	排泄表、水分・食事摂取表等で職員、かかりつけ医等が情報を共有して、食事の工夫や服薬調整している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日、時間帯は一応決まっているが、本人の希望には出来るだけ添えるよう必要に応じての入浴は随時行う。シャンプー等も本人の好きなものを使用する。	基本的には週2～3回を目処に支援をしており、朝からの入浴を楽しまれる場合もあります。希望があれば毎日の入浴に対応できるよう準備しています。各自希望の入浴剤やシャンプーを用意し、楽しんで入浴できるよう支援しています。	
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	状況を見て、好きな時に休息できるように支援している。		
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	職員全員が理解できるようしている。		
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	その人らしい暮らしを考えながら、得意なこと、好きなことができるよう支援し、いきいきとした生活を送れるように配慮している。		
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に支援している	本人や家族の希望を聞いて、個別やグループでの外出を支援している。	近隣の散歩に出かけたり、時には喫茶店に行くこともあります。庭のテラスに出て花壇を見ながら日向ぼっこをするなど、日常的にホーム内だけで過ごさず、外に出ることを心がけています。誕生日に個人対応で出かけたり、利用者の希望で競馬場にも一緒に付き添い、また一泊旅行の計画もされています。	

グループホームラポールしらかば(1F)

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	買い物時などは出来るだけご本人で支払っていただけるよう援助している。外出、買い物が難しい方には、園内で売店や喫茶を開いて支払が出来るよう支援している。		
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	プライバシーを尊重して、子機を使用してもらったり、本人に代わって発信したり等支援している。		
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	季節感を取り入れた飾り付けをしたり、絨毯をひいて座ったり、寝っころがったり出来るスペースを作った。	筆書きで書かれた理念の大きな額が玄関に飾られ、ホームの象徴となっています。アイランドキッチンの前には明るく広くて大きなソファが置かれ、一連の動作が見られ、調理の様子が見ることができ、アットホームで寛げる空間になっています。	
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	個人の指定席はなるべく決めないで、その時の雰囲気や状況で好きな席に座られるよう支援する。		
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	本人、家族と話し合い大切な物、使い慣れた物を持ってきていただいている。	家具は使い慣れた物を持ち込んで居心地よく配置されています。仏壇や位牌を置かれたり、動物の持ち込みも可能で熱帯魚を飼えさやりをする等、家と変わらない生活が出来よう支援されています。	
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			