

### 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	2490200140		
法人名	高砂ライフケア株式会社		
事業所名	グループホームゆう・河原田		
所在地	三重県四日市市河原田町1973-6		
自己評価作成日	平成 29年 10月 1日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	<a href="http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhou_detail_2017_022_kihon=true&amp;JigvosvoCd=2490200140-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhou_detail_2017_022_kihon=true&amp;JigvosvoCd=2490200140-00&amp;PrefCd=24&amp;VersionCd=022</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会		
所在地	津市桜橋2丁目131		
訪問調査日	平成 29年 10月 23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)】

ホーム内での日常風景や外出、外食など家族様に伝わるように2ヵ月に1度施設便りを送付している。家族様が面会時などホーム壁に各月の写真を貼り、見てもらえるようにしている。気候の良い季節には突発的に外出、外食する事が多い。

#### 【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)】

事業所の近くに県立農芸高校があり、設立当初から若い生徒達が来てくれる関係が続いている。今年も数ヶ月にわたって、授業の一環として毎月数人の実習予定が決まっており、利用者も楽しみにしている。2ヶ月に1回ではあるが、写真いっぱい「ゆう便り」を家族向けに発行している。元々家族の要望から実現したものだが、ホーム壁面のたくさんの写真と共に、利用者の日頃の様子を伝える良い材料になっている。

### 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
<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	ホーム名からも想起される「ゆう…you…あなたらしく」を大切にしている。入居者様の頑固な部分も理解して支援している。	「あなたらしく…」 「じぶんらしく…」をモットーに、無理強いしない支援をしている。管理者自らやっつてることを職員に見せるようにしているが、みんなで話し合い、振り返る機会もあってよいと考えている。	
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	近隣の高等学校との交流は初年度から現在も継続。河原田町の敬老会も毎年参加していた。(現在は対象者なし)	近隣の四日市農芸高校とは毎年授業の一環として学生を受け入れており、利用者も心待ちにしている行事の一つである。認知症カフェは利用者家族や知人を対象に開催している。	地域の自治会との交流が少ないので、運営推進会議への出席依頼を含め、声掛けやPRをされることを期待する。
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	一昨年2月より別事業所との連携で認知症カフェを月に1度開催している。家族様の知り合いや見学者の方にも声かけている。		
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	主に行政、民生委員、家族、地域住民の方達に参加してもらっている。	今年は年6回の開催を目標に、2カ月おきに開催している。事業所からの報告が主であり、それに対して意見をいただいているが、職員による事例検討も新しく取り入れている。	
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	運営推進会議で市役所や地域包括の方に参加してもらいアドバイスをもらっている。	書類の提出など必要なときは管理者が出向いているし、行政からも電話や書類で情報提供を受けている。日常は電話連絡が多い。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	夜間は職員体制もあるので安全優先で施錠している。日中は必要に応じて施錠する時もある。	施錠など特に拘束の必要な利用者はいないが、職員体制その他、その時々で施錠等の必要な時もあり、管理者判断で実施し、家族に報告している。	どうということが身体拘束に該当するか、していいこと、悪いことの判断は難しく、常に勉強が必要である。勉強会や身体拘束廃止委員会等の設置を期待する。
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	ミーティングや他事業所での研修等で虐待への理解を深めている。		

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	現在、対象者なし。		
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	経営者、管理者で契約を行っている。契約時に疑問点などがあれば説明している。		
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	重要事項説明書に事業所及び外部相談機関を明記している。管理者と職員は家族様面会時などにも意見・要望があれば聞いている。	家族の意見は面会時に聞くようにしている。家族の意見で訪問マッサージが来るようになったし、「ゆう便り」の発行も家族意見の結果である。利用者の意見は日常の会話のときに意識して聞き出している。	
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	月に1回職員ミーティングを開催。職員の必要な意見などは管理者がまとめて代表者へ伝えることもある。代表者が参加する会議へ職員が参加する機会もある。	担当職員を決め、月1回職員会議を開催している。ケガの救急対応や重度化したときの延命治療のやり方など意見が出ている。	
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	管理者も現場勤務しているので、業務上の悩みは、その場で話し合う時もある。ストレス発散の為に親睦会も時々行っている。		
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	希望があればヘルパー研修を受けながらの勤務も可能である。社員は実践者研修に順次参加している。		
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	グループ会社に通所介護、訪問介護、有料老人ホーム、グループホームがあり合同研修や勉強会など時々行っている。		

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
<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	アセスメントで本人や家族に要望を聞き、居室に馴染みの物を置くなど安心できる空間作りを目指している。		
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	面会時や運営推進会議に出席してもらい意見や要望があれば話し合っている。		
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	アセスメントや面接で要望を聞きだし、どんな支援が必要なのか見極めるように努めている。		
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	一緒に食事を作ったり買い物に出掛けたりし普段の生活で職員が身近な存在と感じてもらい、信頼関係を築いている。		
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	面会や推進会議時に近況報告を行い、これからの方針や家族様の要望を話し合っている。		
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	家族様だけでなく、(本人の)友人の方も面会に来る時がある。	馴染みの人や場については、入居時のアセスメントだけで、それ以降の情報収集はしていないが、家族の協力を得ての墓まいりや元の自分の家の訪問等の支援はしている。	
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	個々に合った座席位置を考えたり、レクリエーションで皆が交流する機会を作っている。		

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
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	主治医と連携を取り、新しい入居先の相談や支援に努めている。		
<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	会話の中で昔話や、直接本人から意見を聞くなどして希望の把握に努めている。	日頃の雑談のときやお風呂で職員と1対1になった時などを利用して、希望や意向の把握に努めている。把握した意見は、個人ファイルに記録している。	
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	家族様や在宅時のケアマネから情報を得ている。		
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	食事時間や就寝時間、レクリエーション参加など無理強いせず、本人の希望を尊重している。		
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	定期的なケアカンファレンスを実施している。現状や変更内容は家族様面会時に説明している。	毎月のケア会議で利用者の体調の変化の有無を確認し、生活チェックシートの見直し、モニタリングを経て介護計画書につなげている。	
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	日中、夜間とも個人ファイルに記入している。重要な事は申し送りに追加、各職員に伝えている。		
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	本人や家族様の希望により、介護保険外の訪問マッサージ(週1~2回)を利用している入居者様が数名いる。		

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	月2回業者から刺身が届く。近隣の高校と交流があり、学校の行事にも参加している。		
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	主治医の往診が月に2回ある。状態変化や相談があれば連絡し指示をもらっている。認知症専門医の受診も必要に応じて通院している。	入居時、本人及び家族と話し合いの結果、現在全員が協力医療機関の医師が主治医になっている。精神科その他専門医の受診は家族の対応である。	
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	看護師は不在の為、主治医に相談し指示をもらっている。主治医から他の医療機関を紹介してもらう時もある。		
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。	同上。		
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	ホームで出来ることを説明した上で、看取りを行ったケースがある。グループホームでの生活が難しい場合は転居の対応もしている。	協力医は24時間対応可能であり、既に2件の看取り実績があるが、事業所でどのような終末期対応が出来るかの家族への説明は、口頭での説明となっている。	口頭での説明は、説明する人によってブレることもあり、指針として文章で明文化されることを期待する。
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	勉強会、研修などで職員は理解に努めている。AEDを導入している。		
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	職員の緊急連絡網がある。近隣の緊急避難所を使用の際は、自治会へ連絡する体制ができている。	火災による避難訓練や通報訓練を年2回実施しているが、10月22日の台風で、夜間避難すべきかどうか管理者自ら判断に迷う場面に遭遇し、夜間想定訓練の必要性を痛感している。	

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
<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	基本的には敬語が大事だが、長年一緒に生活や支援している面で家族的な声掛けも多い。	基本的には「敬語」が大切で、その時々でキチンと使い分けるようにしているが、つい長年使っている土地の言葉になってしまうので、注意し合っている。	
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	選べる楽しみを作るようにしている。オヤツなど数種類の中から選んでもらう。など。		
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	個人のペースに合わせた対応をしているが、日常業務に集中してしまう部分はある。		
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	外出時は外出着など着用して外に行くことを認識してもらえるようにしている。		
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	一緒に台所やリビングで出来ることを手伝ってもらっているが、認知の進行、平均年齢も上がり以前より機会は少なくなっている。	普段の会話からどんなものを食べたいかを聞き出し、職員が食材の買出し・調理をしているが、味見など手伝える利用者は少なくなってきた。外食にも時々行き、月2回の刺身も継続している。	
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	個人によりお粥、きざみ食、とろみの対応をしている。		
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	起床時に、うがい、口腔ケアをしている。食後(朝、昼)は個々に任せているが、夕食後は口腔ケア介助と義歯の洗浄を行っている。		

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
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	排泄チェック表で個々の排泄リズムを把握している。夜間も本人が覚醒していればトイレへ誘導している。	オムツの人はおらず、一人ひとりの排泄リズムでトイレ誘導しており、全員がトイレでの排泄である。	
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	排便チェック表があり、必要に応じて下剤の服用をしてもらっている。ホーム廊下や近辺の散歩などで運動してもらっている。		
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	入浴嫌いな方もいるが、極力無理強いないようにしている。	毎日お風呂に入れるように準備しており、週に2～3回は入浴している。お風呂嫌いではないが、拒否される方は、うまく誘導し入浴に繋がっている。	
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	消灯時間はなく、個々の生活習慣に合わせて休んでもらっている。必要な方は臨時薬の服用もしている。		
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	毎日血圧チェックしており、服薬調整している。服薬の見守りは常に行っている。		
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	主に調理補助、洗濯干しなど個々にできる事をやってもらっている。		
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	職員とドライブや買い物に出掛けている。個々の誕生日には食べたい物を聞き、外食へ出掛ける事も多い。	外出でどこに行きたいかの希望が年々少なくなってきたが、梅、桜、もみじ等の季節の花や地域のお祭りには出かけるよう、行事日程を作っている。特に近所の高校の農芸祭は楽しみにしている。	



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
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	基本的に金銭は職員が管理している。必要なら見守りの上で本人に渡す事もある。		
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	状況により対応している。事前に家族様には確認を取り、過度になりすぎないようにしている。		
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	ホーム廊下に各月の写真を沢山飾っている。家族様の写真は各居室に貼ることにしている。	ホーム廊下の壁には、たくさんの行事写真が貼っており、これを見るだけで利用者さんが楽しんで行事参加されてることがわかる。居間兼食堂には大きなテレビがあり、食後は夫々好きな態勢で時間を過ごされている。明るく天井も高く居心地のよい環境である。	
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	リビングで入居者様同士が話をしている事もある。1人になりたい方は各居室へ自由に出入りしてもらっている。		
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	馴染みのある物は入居時に持ってきてもらうようにしている。	テーブルや椅子の持ち込み、写真や手づくり作品などの飾りつけもあるが、大きなクローゼットがあるので、比較的すっきり感がする部屋作りである。ほとんどの時間を居間のほうで過ごされ、居室は寝るだけの方が多い。	
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	個々の身体状況に合わせて職員はサポートしている。自分で出来る事は極力してもらうようにしている。		