

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	4572000489		
法人名	社会福祉法人 聖水会		
事業所名	グループホームおすず		
所在地	宮崎県児湯郡都農町大字川北5484-1		
自己評価作成日	平成26年8月25日	評価結果市町村受理日	平成26年11月12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://www.kaikokensaku.jp/45/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=4572000489-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成26年9月25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)】

系列である特別養護老人ホームの管理栄養士が、兼務にて献立を立て、それに沿って調理していることで、栄養面の充実が図れている。また、グループホームおすずの2階にある障害者グループホームであるコーポしんまちの利用者と、度々、一緒に外出、外食したりと楽しい時間を共有することができている。

【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)】

法人の在宅サービス施設の一角を担うホームは、利用者の平均年齢が87歳と高齢にある中、「一人ひとりのペースを大切に、その人らしさを大切に」の理念の下、利用者一人ひとりの思いを受容、共感するよう努めている。食事の時には車いすの利用者も食卓の椅子に座り替えるなど、自立に向けた支援にも取り組んでいる。また、運営者は、職員や外部からの意見・要望にも耳を傾け、障がい者の自立支援も兼ねて、ホームの日常業務に短時間雇用したり、非常口の段差の解消など、改善できることは素早い対応で、資質の向上につなげている。運営推進会や家族会の充実を図り、防災においてもホームと地域との協力関係を確立している。

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 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、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	開所時の職員たちで作った理念を、玄関・ホールに掲げ、実践できるよう努力している。	開設時に作られた理念は、掲示による意識の向上や職員会等での共有化を図っている。ニーズの変化にも対応しながら、ケアの規範として職員に浸透しているが、理念を見直し、地域密着サービスの意義を盛り込んだ理念を検討している。	
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	ボランティアに訪問していただいたり、ホームがある自治体の盆踊り、敬老会等に呼んでいただける。	近隣に保育園や公民館があり、地域住民とのふれあいは日常的にできている。ピアノ持参でボランティアの来訪があったり、地域の行事にも参加するなど、地域の一員として交流している。	
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	積極的には行っていないが、交流の際などには説明を行っている。		
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	現状報告を行い、利用者の介護度増による災害時の避難のむずかしさなどの助言をいただき、協力の声をいただいている。	会議は、毎回利用者の集うホールで開催し、利用者の日常を把握してもらおう場にもなっている。委員からの意見も活発で、建設的な提案も多く、サービスの向上へとつなげている。	
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	実情を報告し、相談に乗って頂ける協力関係にある。	町の担当者や地域包括支援センターの職員が来訪することも多く、相談した際には、解決に向けて一緒に取り組むなど、協力関係が築かれている。	
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「介護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	外部研修や内部研修に参加し、身体拘束をしないケアがどれだけ必要かは理解できているが、家族からの希望もある。	身体拘束及び虐待防止委員会を設置しており、職員の日頃の言動についての勉強会等も行っている。外出傾向のある利用者には、買い物やドライブ等で気分転換を図っている。	
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	外部研修や内部研修により、虐待防止関連法について学ぶ機会があり、些細なことでも注意を払っている。		

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
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	勤続の長い一部の職員は研修に参加し、必要性を感じているが、家族等には発信しておらず、活用できるような支援はしていない。		
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	契約時、改定時にはなるべく早く説明し、不安のないよう不明な点も伺い、わかりやすく説明するようにしている。		
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	利用者の意見はいつでも聞ける機会があり、反映できる。2ヶ月に一度の家族会でも聞ける機会があるが、あまり積極的な要望はなく、面会時等にさりげなく聞けるようにしている。	家族からの運営推進会議、家族会議での意見の表出は少ないので、来訪時や外出時に話を聞くようにしている。今後、家族会議を活発化させるため運営上の工夫を検討している。	
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	毎月の職員会議で、皆で話し合う機会があり、できることは反映させている。	職員からの意見、要望にはいつでも耳を傾け、話し合いの場も設けている。利用者にかかわる時間がもっとほしいとの要望に、洗濯、掃除を主とした業務にパート職員を雇用し、ケアの資質の向上につなげている。	
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	個々を見、出来る限りの事はしている。		
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	外部の研修に参加したり、内部でも研修を行っているが、個々に応じたトレーニングはなかなか出来ていない。		
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	同業者との合同研修等に参加する機会を設けている。		

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	思いを口にできない方の様子にも特に気を付け、安心できる環境づくりに務めている。		
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	家族にはもちろん意向を伺うが、在宅時のケアマネにも伺ったりできる。		
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	入所前の家族、利用者には、ホーム見学やサービスの説明を行うが、家族はホームが空き次第入所することを希望される。		
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	全体的に介護度が高くなり、できることは減ってしまっているが、簡単な家事をお願いしながら感謝の気持ちを伝えている。		
19		○本人と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	全家族とはいかないが、家族の好物を持って来ていただき、皆で感謝しながら頂いたり、受診の協力や衣類の入れ替え等をしていただいている。		
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	昔馴染みの場所まで外出したり、ご近所さんや友人が面会に来たりと、関係維持に努める。	地域の行事に参加したり、遠足やドライブで自宅に寄り、家族の協力の下、畑や庭で野菜や果物の収穫をするなど、関係の継続を支援している。	
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	時折口論もあるが、皆いつも一緒に仲良く過ごしている。		

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
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	契約終了時には、大概の方が系列の老人ホームへ入所されるため、情報の提供等を行っている。		
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	希望や意向は把握できていると思うが、なかなか実現にはいたらないことが多い。	アセスメントツールの活用や日々のケアの中で、寄り添うことで思いの把握に努めているが、取り組み状況が明確にされておらず、本人本位の支援には至っていない。	日々の関わりの中で、意向を出しやすい雰囲気づくりやツールの活用法に全職員で取り組み、その人らしい暮らしの支援ができるよう期待したい。
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	本人との日常会話の中から見つけていたり、家族からや在宅時代のケアマネに伺うことで努めている。		
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	日々の記録を活用し、日々変わる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	ご家族にも伺いながら、3ヶ月毎に職員で検討し、本人の意向を少しでも取り入れることができるよう作成している。	担当職員によるアセスメントを基に、モニタリングを行い、プランを作成している。状態の変化や家族の意見・要望等による見直しも随時行っている。	
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	日々の記録を活用し、日々変わる心身の状態の把握に努め、会議計画にも取り入れるようにしている。		
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	全体的に介護度が高くなっており、介護量が増える一方だが、支援を続けている。		

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	グループホームおすず2階にある障害者グループホームの利用者とは日々交流し、楽しい時間を過ごすことができている。		
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	家族の協力を得ながら、かかりつけの病院受診が続けられている。	定期受診はほとんどの利用者が家族対応で、それぞれのかかりつけ医で受診している。日常のバイタル等を伝え、かかりつけ医との情報の共有に努めている。	
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	現在看護職不在の中で運営しているが、かかりつけ病院の看護師と連携しながら、情報交換を行っている。		
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。	早期の退院に向けて、連絡を取り合っている。		
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	終末期における支援はできない事を、本人、家族に伝えながら、次の施設への紹介等を行っている。	入居時に、重度化した場合、ホームでの支援は難しいと伝えているが、現状は出来るだけ長くホームでの生活を希望する家族が増えてきている。ホームの対応力や利用者の状態変化に伴う対応など、方針の共有には至っていない。	終末期を混乱なく、安心して迎えられたいためにも、家族や関係者との話し合いを早い段階から持ち、方針の共有を図っていくことを期待したい。
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おり、慌てない対応ができるようにしている。訓練もあるが、全職員が実践力を身に付けるまでには至っていない。		
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5回の防災訓練を行いながら、運営推進会議等で、地域の方々の協力を頂けるようになってきている。	火災を想定した訓練を重点的に行っており、防災に対する職員の意識は高い。地域の老人会長が災害協力員となるなど、地域住民の連絡網もできている。それに沿って通報訓練の実施も行っている。	

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
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	皆一つの空間で過ごすことが多く、プライベートな空間があまりないが、一日どこで過ごしたいかは利用者様次第。	管理者は、職員の言葉かけや態度で気づいたことは、その場で伝えたり、職員会議で話し合い、改善に努めている。	
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	なるべくどうしたいのか等の選択肢はあるが、十分には思いが汲み取れていない。		
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	業務に追われることも多いが、一人ひとりの希望に添えるよう努力している。		
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	その日着たい服を選んでもらったり、お化粧品をする利用者様もいる。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	準備を手伝える方が減ってしまっているが、食材を見せたり、味見をしてもらったりしている。	重度化が進み、準備や片付けにかかわる利用者が少なくなっているが、味を見てもらうなど、関心を持たせる工夫をしている。献立は決まっているが、個々に合わせ形態を変えるなど、柔軟に対応している。誕生日はリクエストメニューとなっている。	
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	管理栄養士が献立を立て、十分な栄養は取れている。食事量のチェック表はあり、水分を取れる時間も増やしている。		
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	自分で出来る方は洗面所に誘導し、声かけで行ってもらい、難しい方は介助で行っている。		

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	なるべく布パンツで生活できるよう支援し、ベッドで交換だった方も、日中はトイレで排泄できるようになった。	排せつパターンを把握することで、気持ちよい排せつ支援に取り組み、利用者は布パンツを着用している。骨折入院でおむつになった利用者も、退院後の適切なトイレ介助を支援したことで、布パンツへと移行している。	
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	野菜や野菜ジュース、果物等の摂取や運動を行うが、緩下剤に頼ってしまうことも多い。		
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	入浴は、皆さん好きで楽しみにしておられるが、日にちと時間は決まっている。	利用者は隔日の入浴となり、毎日4～5人ずつ入浴している。体調不良時や排せつ汚染があった時などは適時に対応している。季節風呂として、菖蒲湯やゆず湯を準備し、利用者が入浴を楽しめるよう支援している。	
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	昼食後に、居室休憩を行うが、休憩したくない方はホールで過ごす。夜間は皆、自宅から持ってきた寝具で休まれる。		
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	処方薬のファイルを作り、いつでも見られるようにしている。新しい内服や臨時薬には特に注意している。		
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	出来ることは少なくなりましたが、簡単な家事の手伝い等をしていただく。それぞれの好きなものを、交互にメニューに加えたりしている。		
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	当日には難しいが、前もって計画を立て、外出できるようにしている。家族の支援を得られることもあるが、2階の利用者と一緒に出かけることも多い。	近くのスーパーに買い物に行ったり、天気の良い日はドライブなど、できるだけ外出の機会をつくっている。ホームの非常口を出た所が利用者の憩いの場所となっており、通りを眺めながらの外気浴も楽しみの一つとなっている。	

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
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	お金を所持している方はいない。		
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	希望どおりに支援している。		
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	季節の花や飾り付けを行い、気持ちの良いスペースになるよう努力している。	食堂を兼ねた居間は、東西の窓の開放により心地よい風が通っている。トイレの位置も居室の並びから一步奥になっており、混乱を招かないつくりとなっている。利用者の作品や花瓶に生けられたたくさんの彼岸花に季節感があふれている。	
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	共用空間で一人になれることは少ないが、気のあった者同士と一緒に座り、会話をする場面も多い。		
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	使い慣れた物の持ち込みを勧めているが、少数に留まっている。	居室の空間は広いが、窓の位置が高く、日よけのためのカーテンをしていることと、入口ドアを日中も閉めているため、風の通りがない状態となっている。壁紙にも湿気の影響が出ている。	湿気対策のためにも、日中はドアを開放し、プライバシーの確保には、のれん等の目隠しになるものを活用するなど、工夫を期待したい。
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	出来ることを支援しているが、介助が必要な方が増えつつある。		