

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	1970101745		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム甲府増坪		
所在地	山梨県甲府市増坪町338		
自己評価作成日	平成21年12月21日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigo-kouhyo-yamanashi.jp/kaigosip/Top.do
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	山梨県社会福祉協議会		
所在地	甲府市北新1-2-12		
訪問調査日	1月13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)】

地域との交流機会を増やす為、地域行事への積極的な参加を行っている。また、施設の開放を実施し、常に入居者が自由に外へ出ることが出来る環境へと改善した。積極的な外出支援もっており、ホーム指針である【入居者様が送りたい生活を送る】を職員一丸となり、実施しようとしている。

【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)】

管理者は、きちんとした独自の考えを持ち、日々真摯に実践に向けた努力をしている。家族との関わりは、運営推進会議で大勢の家族の出席が望めるようになり、家族会の発足も検討している。また、地域との関わりも、近くのコンビニで、利用者の作品展示会を3月には開催出来るように交渉して、現在利用者は、その日に向けて貼り絵と染めの作品作りに励んでいる。居間の電話機のそばには緊急連絡網と共に、利用者一人ひとりの病歴・診察日の書かれたカードが掛けられている。

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ます (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	毎日の朝礼時に、私たちの意義と事業所としての方針を話し合い、共有している。	毎朝朝礼の際、復唱しており、管理者・職員共に理念を共有している。	
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	運営推進会議を通し、自治会長との連携を図り、様々な機会でご入居者との接点を持てるようになった。 日々の散歩の中でも、挨拶や折り紙などを持ってきていただける方もでてきた。	自治会には加入していないが、賛助会員として組長会に出席しており、認知症サポーター研修を開いた。地域の方の訪問もある。近くのコンビニで、利用者の作品を展示してもらう予定である。	
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	事業所主体での運動会の実施や認知症サポーター研修などの講座を開設し、より身近な存在としてもらえるよう行動している。		
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	前年度よりも遥かに参加者が増加し、より活性化した話し合いをもてる様になった。 また、ご家族の参加も増加し、より密度の濃い話し合いが行われている。	民生委員、自治会長、市議員、市職員、包括支援センター職員の他、利用者家族の出席が12、3名あり、事業報告・計画や家族会の発足などの活発な意見交換が行われている。	
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	普段より、管理者と市担当者が話を持てる状況に改善された。	市の職員が運営推進会議のメンバーであるため、利用者の医療についてなど、相談しながら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「介指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	ホーム内の全体会議・各ユニット会議等で取り上げ、資料配布と共に話し合う機会を設けている。また、ホーム玄関の開放を行い、拘束しないケアに取り組んでいる。	身体拘束マニュアルがあり、職員の全体会議で話し合いを持ち、共有している。玄関は日中開放されている。	
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逃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	カンファレンス・全体会議・合同研修などで、自らがやっているケアや話し方が、虐待になっていないかを見直す機会作りも行っている。		

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
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	現在制度を利用する方が居ない為、行ってはいない。		
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	契約締結の際には、最低でも2時間ほどかけ、事業所に対する理解を頂くように努めている。また、入居の相談等の際にも、不安な点・要望等をしっかりと確認し、事業所として出来ること・出来ないことを十分に、理解していただいた上で、入居を検討していただけるように努めている。		
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	家族・利用者が何でも言い合える雰囲気を作り、細かな事でも話し合う機会を多く設けている。また、家族アンケートを実施し、忌憚のない意見を頂き、貴重なご意見の反映・運営の改善を行っている。	運営推進会議のあり、家族からの意見や、要望が出される。また、法人本部で家族アンケートを実施しており、それらを運営に反映させている。	
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	アンケートの実施や普段からのコミュニケーションをしっかりと、意見を把握する事に努め、反映している。	職員は管理者に要望を伝えられる関係作りが出来ている。ユニット会議、全体会議、法人全体会議の流れがあり、職員の意見・要望は反映されている。	
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	個別面談やコンピテンシー評価制度を設け、職員の課題・仕事への評価などを具体的に話し合い、よりやりがいがある職場環境へと常に改善を行っている。 また、資格取得に向けた相談等を行い、各自、向上心を持って働ける環境づくりに努めている。		
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	ホーム内会議で話し合いを行ったり、また、合同研修等への積極的な参加を行う事で、事業所外での研修にも、多く参加出来るように努めている。		
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	GH協会や各研修を通じ、少しずつ交流を持つ事業所も出てきた。		

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	家族にも協力を仰ぎ、ホーム見学をしていたいたり、職員が自宅へ訪問し、安心して利用いただけるように努めている。		
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	サービスを導入する以前に、家族の方にはしっかりと時間を取っていただき、管理者・介護主任を交えて、家族の要望や不安な点を話し合い、納得いただいてサービスの導入を行っている。		
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	本人・家族の状況に合わせて、必要とされている対応が取れるよう、他事業所も含めて提案を行い、偏ったケアサービスにならないよう努めている。		
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	一緒に生活している関係であり、生活の上での喜怒哀楽を共感し、支えあう関係づくりに努めている。		
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	本人のニーズを第一に、サービス内容について話し合い、同じ思いで共に本人を支えていく協力関係であるよう努めている。		
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	知人やお友達が面会に来られるように、家族からの理解に努め、外出など関係が途切れないように支援している。	昔馴染みの友人に会う為の支援をしたり、携帯電話で自由に家族や友人と話ができるなど、馴染みの関係を保てるよう支援している。家族の応援もある。	
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	職員が間に入る事で、より良い関係を築けている。		

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
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	サービス終了後も、相談・支援は要望に応じて行っている。 また、実際に相談も受けている。		
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	日々の関わりの中から意向・意思を汲み取り、把握するように努めている。困難な場合には、家族も交えて、本人のニーズを把握出来る様にしている。	家族からの意向や、利用者との関わりの中から本人の思いを把握するよう努めている。	
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	本人や家族から情報を得ている。また、必要に応じ、それまで使用していたサービス担当者へも連絡をとっている。		
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	毎日のケア及びカンファレンスの際に、1人ひとりに合った生活リズムを把握し、その生活に合ったケアに努めている。		
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	本人や家族との日々の関わりから、思いや意向を聞きだし、アセスメント・モニタリング・カンファレンスにて職員で話し合い、プランの作成を行っている。	利用者の担当職員が日々の関わりの中から、変化や意向を把握しており、それらを職員会議で話し合い、その内容を考慮し、計画作成担当者が介護計画を作成している。家族とも話し合いを持っている。	
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	個別で食事・水分・排泄等の状況・身体状況及び日々の暮らしの様子や発言などを記録している。また、カンファレンスで実施経過を話し合い、プランの改善や見直しを行っている。		
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・家族の状況に合わせて通院介助など柔軟に対応し、支援を行っている。		

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
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	自治会長や民生委員を通し、『認知症ケア』を地域ぐるみで行おうとしている。		
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	受診の医療機関は施設側から決めるのではなく、家族や本人の意向で、決定している。また、家族の都合で受診を行えない際は職員が対応し、受診を行っている。	入居時にかかりつけ医については、従来の医院か事業所協力機関か選択をしてもらい、希望に添った支援をしている。2週間ごとに内科医の往診がある。	
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	日々の関わりの中から得た情報や経過を看護師に相談し、適切な対応を行っている。		
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。	医師・看護師等の関係者との情報交換を行い、家族とも相談の上、事業所で対応可能な段階で、退院支援を行っている。		
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	『重度化に向けた指針』を作成しており、入居時に家族へ説明を行っている。また、実際にそうならなくても、面会時などに家族と話し合い、意向を確認している。	指針があり、家族には入居時や運営推進会議の折りに説明をしている。現在まで看取りの場面に遭遇していないが、状況に応じて家族や関係者と話し合い、支援する準備はある。	
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	マニュアルの設置や実際に消防署の協力の下、救急救命訓練を実施している。		
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	日中・夜間想定避難訓練の実施及び自治体での避難訓練の参加を行い、災害時に備えている。	消防署職員の指導のもとに、足の悪い利用者を背負うなどして、実地訓練を行っている。消火器の取り扱い方の指導も受けている。備蓄品も用意されている。	

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
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	日中・夜間想定避難訓練の実施及び自治体での避難訓練の参加を行い、災害時に備えている。	トイレへの促しや話かけは近くに行き、一人ひとりを尊重した声かけや、対応を心掛けている。	
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	入居者に合わせた声かけや表情から思いを読み取り、常に様々な選択肢が出来る様にしている。		
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	希望やその人のペースを大切にして、それぞれの習慣を優先した生活支援を行っている。		
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	本人の希望を優先し、必要に応じて支援している。		
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	献立を記入していただき話題を提供したり、一緒に調理・食事・片付けを行い、趣向や入居者の力を把握している。	食事は職員も一緒にしているが、会話は少ない。季節の行事の時などは全員で、太巻き寿司や焼きそばを作って楽しんでいる。	食事の買出しに利用者も一緒に行くことを検討しているようであるが、生活リハビリの一環としても、実現することを期待する。
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	個別に食事摂取量・水分摂取量を記録し、状況に合わせて摂取出来る様に工夫している。		
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	毎食後に声かけや促しを行い、状況に合わせて介助・見守りを行っている。		

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	個別に記入している排泄記録を参考にし、さり気無い誘導などで失敗を防ごうと工夫している。出来る限りトイレでの排泄を行うよう支援している。	排泄記録により、一人ひとりの排泄パターンを職員は把握しており、さりげなく声掛けをして、トイレでの排泄が出来るための支援をしている。	
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	水分の摂取・適切な運動の確保を行う事で、薬に頼る排便の管理をなるべく行わないように工夫している。		
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	希望の時間に合わせて入浴を行って頂き、嫌がる方にはタイミングを図り、声かけはするが、強制はしない。	本人の希望に添って日中、毎日対応する体制となっている。	
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	日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。また、状況に応じて自由に休息出来る様にしている。		
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	服薬情報のファイルを作成し、確認している。薬の変更時、症状の変化を含めたちょっとした変化でも、医師や看護師に報告・相談している。		
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	出来る作業を頼むようにし、必ず感謝の気持ちを伝えている。経験や知恵を發揮できるような場面を多く作るように努めている。		
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	気分や希望に応じ、外出が出来る様に支援している。また、ホーム自体を開放している為、入居者は自身のタイミングで、散歩や外気浴を行っている。	建物の回りは田畑が広がり、日常的に散歩に出かけている。買い物等の外出も、本人の希望に添って支援している。季節の良い頃は利用者の希望により、ドライブがてら遠出もしている。	

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	買い物や外出の際には個別で財布を渡し、自前で支払いや買い物を行えるように支援している。		
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	電話や手紙は、それぞれの入居者が自由に行っている。		
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	居心地良く、落ち着いて過ごせるように工夫している。 分かり易い掲示や家庭的で生活感を感じられる共用空間づくりをしている。	居間には、さりげなく時計・カレンダーが掛けられ、テレビの前にはゆったりとしたソファ、窓際には鉢植えの花が育てられている様子は家庭の居間を想像させる。トイレ、浴室も清潔に保たれている。	
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	一人になれる場所も作っており、気のあった者同士で過ごせるように、座席の配置にも気を遣い支援している。		
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	居室内の物は、全て入居者がそれまで使ってきたものを使用している。また、部屋のレイアウトは、全て入居者に任せており、本人が心地よく過ごせるようになっている。	馴染みの物、好みの物でそれぞれが特徴を活かした居室となっている。	
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	室内構造は、すべてバリアフリーとなっている。それ以外は、家をモチーフにしているため、それぞれが出来るだけ自立した生活が送れるようになっている。		