

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	3271800454		
法人名	医療法人 仁寿会		
事業所名	グループホームかわもと「あいあいの家」		
所在地	島根県邑智郡川本町川本376-4		
自己評価作成日	平成21年12月1日	評価結果市町村受理日	平成22年2月23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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPOしまね介護ネット		
所在地	島根県松江市白濁本町43番地		
訪問調査日	平成21年12月18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)】

開設して7年が経ち、地域との交流も定着しており、在宅親子のふれあい・中高校の福祉体験・医大生の地域医療実習の受け入れ等で世代を越えた交流の機会も増えてきている。
1日2回の買い物や家事。畑作り・ドライブ等入居者の役割や楽しみの提供に配慮している。
母体が医療法人であり、建物の1階には在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションがあり医療面での連携が取りやすく安心である。
職員は『手を出すな・目を離すな』を合言葉に、会話の時間を大切にしゆとりを持って入居者のペースに合わせて、時にはけんかもし、時には一緒に泣き、笑い、、、家族的な雰囲気を保ち一緒に生活を楽しんでいる。

【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)】

街の中にあり、商店街の方とは顔なじみの関係が出来ていて利用者は喫茶店に行ったり美容院に行くなど地域に溶け込んだ生活を送り、地域の人からも支援や協力を受けている。この1年間、特に利用者の様々な状況変化があり、日々の対応に追われることが多かったが、職員は「笑顔を大切に利用者第一に」と、一丸となって支援に取り組んできた。認知症相談室を開催するなど積極的に事業所の役割を發揮し、認知症になっても地域で暮らし続けることを中学生や医学生にも体験を通じて学んでもらっている。

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

[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	住宅街の一角に位置し、短文でわかりやすい理念を作成し、毎朝職員で唱和して日々のケアで実践を意識している。	法人の行動指針のもと、今年度は更に理念に立ち返り、名札の裏にホームの理念7項目を記して日々確認しあい、又、月間目標を掲げ支援の取り組みに活かしている。	
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	毎日、午前・午後と2回近隣の商店へ買い物に行き地域の方との交流の場になっている。自治会に加入し地域の各行事に参加している。	自治会に加入し地域の人と日常的に交流しながら利用者が自由に買い物や外出が楽しめるよう支援している。	
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	・認知症相談室 認知症相談室を開設している。中・高校の福祉体験学習の受け入れをし認知症の理解を広めている。		
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	・運営推進委員会 報告書 2～3ヶ月に1回運営推進会議を行い、活動報告をしいろいろな立場の方々から事業所への意見の聞き取りをしている。	構成メンバーも増やし、幅広く意見や提案を得ている。認知症をより理解してもらう為、年1回自治会の皆様に機関紙を配布することになった。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	・運営推進委員会 ・郡介護保険運営委員会 委員会等に出席し、意見交換をしている。	郡介護保険運営委員会の中で、保険課、圏域内のグループホーム等との勉強会を通じて連携を取りあい情報交換が出来てきた。	
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	・身体拘束マニュアル・院内研修 鍵は夜間のみで入り口にかけている。研修に参加し日々の申し送り時・情報共有シート等でケアを振り返り職員間でお互いに点検している。	内部研修や外部研修に参加し理解を深めている。申し送り時や情報共有シートなどでケア内容を振り返っている。	
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	・虐待防止マニュアル・院内研修 マニュアルを基に、日々の申し送り時・情報共有シート等で職員間でお互いに点検しケアに取り組んでいる。		

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	研修会に参加し、伝達講習をして制度について理解している。		
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	・契約書・重要事項説明書 利用料の説明や、起こりうる病気(肺炎・骨折)事故等の説明をし、同意を得るようにしている。		
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	・アンケート・意見箱 ・運営推進委員会 玄関にアンケート用紙・意見箱を設けている。また、運営推進委員会が家族同士の意見交換の場になっている。	利用者の家族は遠方の為、便りや電話での連絡が多い。面会時には特に時間をかけて意見や要望を聞き出す努力をしている。アンケートも実施し聞いている。	
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	・情報共有シート 日々の申し送り時に意見交換の時間を設けている。	業務改善会議で常に職員の意見を聞いている。職員は日々「自分が利用者なら」と気づいた事を話し合い、ケアや運営に反映させている。	
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	・人事理念、倫理規程、行動指針 これらを制定することで、職員がどのような心で、どのように日々行動すべきかを具体的に提示し、目指す理念を現実できるようにしている。向上心と勤労意欲を高めつつ人材育成する事を最大の目的とする人事制度		
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	人材育成を最大の目的とする人事制度の導入により人材育成に取り組んでいる。OJTについても管理者が職員を個別面接指導しつつ育成を行っている。		
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	・山陰認知症ケア研究会 ・しまね小規模ケア連絡会 ・3GH連絡会 定期的に研修会や交流会に参加し同業者との交流の機会を設ける。		

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	・アセスメント ・個別ファイル ・連絡帳 事前に必ず面接を行い生活状況の把握に努めている。		
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	・アセスメント 見学、申し込み時に相談に努めている。		
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	状況を確認し必要と思われるサービスの説明を行い柔軟な対応に努めている。		
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	・アセスメント・個別ファイル・連絡帳 家族等から情報収集、共有に努め、常に一緒に行動するように心がけその人の得意な部分を把握し主役になれる場面を提供している。		
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	・あいあいの家たより ・毎月の個別お便り ご本人の近況報告をしている。		
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	・アセスメント 行きつけの洋服屋、美容院等を利用している。友人宅の訪問・面会を依頼する。	今までの馴染みの店を楽しみにして利用されていて、ゆっくりお茶を飲んで帰られたり、通院のついでに友達の顔を見に立ち寄り方もある。	
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	・お友達マップ 入居者同士の関係を把握し全員で過ごす、気の合う人と過ごす、個別に過ごす時間を調整している。		

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	・情報提供書 退居時にお渡しし、状況に応じて他の介護保険サービス等の説明をしている。		
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	・アセスメント ・個別ファイル 日々の会話から聞き取るようにし、情報共有に努めている。	情報共有の為のケアノートを活用し利用者の状況把握の徹底に取り組んでいる。利用者同士の関係を知る「お友達マップ」も職員が意見を出し合い作ることが出来た。	
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	・アセスメント ・個別ファイル 家族等から情報収集し馴染みの生活が継続できるように努める。		
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	・個別ファイル ・連絡帳・情報共有シート 生活のリズムを把握し、本人の「言葉」を大切に書き留めるようにしている。		
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	・個別ケアノート 遠方の家族が多いため、面会時・電話等で聞き取りに努めている。	利用者、家族から意見を聞き取り「個別ケアノート」をもとに具体的な言葉がけ、方法やケアについてこまかな事まで話し合い、アイデアを出し計画作成をしている。	
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	・個別ファイル ・連絡帳・情報共有シート ・モニタリング 3ヶ月、6ヶ月で介護計画見直しをしている。		
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	デイサービス・ショートステイ検討中		

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	近隣の商店・自治会長・民生委員へ協力をお願いし、外出時のボランティアや徘徊時の対応など支援して頂いている。		
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	・在宅診療支援診療所の訪問診療 ・契約書 かかりつけ医の継続につとめ、変更の場合は事前紹介状等にて安心して医療を受けられるよう努めている。	1階にある在宅診療支援診療所から週1回訪問診療をしてもらっている。24時間体制で医療を受けることができるので安心して支援できている。	
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	・在宅診療支援診療所の訪問診療 ・訪問看護 1Fに診療所、訪問看護ステーションがあり、気軽に相談が出来る状況である。		
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。	入院中の様子など、MSWを通じて情報を共有し早期退院受け入れへの連携を行っている。		
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	・重度化対応、終末期ケア対応方針 ・訪問看護 方針に基づき、本人、家族の意向を聞き取り主治医、訪問看護、職員と相談し今後の方針を決定し連携に努めている。	指針がきちんと作られていて、重度化、終末期には関係者が連携して対応する体制ができています。	
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	・事故緊急マニュアル ・院内研修 応急手当の研修会に参加し情報を共有し、ケアに努めている。		
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	・防災訓練 ・自治会契約書 定期的に防災訓練を行い、自治会との協力体制を整えている。	年2回の法人との防災訓練のほかに、独自に通報・避難訓練を実施している。自治会との地域防災協力関係も出来ていて消防署の全面的な支援を受けている。	

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
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	・認知症ケアマニュアル ・倫理規程・個人情報保護指針 個人契約書 日々プライバシーの保護に気を配り徹底を図っている。	排尿の促しや失禁対応など様々な場面でプライバシーについて話し合い取り組んでいる。	
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	入居者を交えて日々の献立を考えたり、買い物に出かけ、暮らしの中で意識的に希望を引き出すように努めている。		
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	入居者のその日にできる事、できない事を見極め、「手を出すな・目を離すな」を合言葉に本人の自信と安全に努めている。		
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	毎朝基本的には本人に選んでもらい、洗面所の化粧鏡にて本人に確認してもらう。行きつけの理容、美容院を利用する。		
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、準備、買い物、片付け等職員と一緒に行き季節感を大切にする。 (お弁当に日・お誕生日会等)	献立を決めて午前、午後の買出しに利用者と一緒に出かける。準備、片付けも利用者の出来る力を発揮する場面作りがなされ、和やかな時間である。	
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	個々の状態にあわせて小盛り・きざみ等対応している。摂取量については個別記録に記載する。		
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、菌みがきも声かけをし、職員も一緒に行うようにしている		

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
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	・排泄チェックボード ・生活記録表 個々の排泄パターンを把握し、ボードにて随時声かけ、介助している。	排泄チェックボードを作り、個々のパターンを把握して、声かけや誘導する事により失敗も少なくなった。失敗がなくなり生き生きとして生活される人も出てきた。	
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	・排泄チェックボード ・生活記録表 個々に把握し、服薬調整、運動量の確保等している。		
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ず、個々にそった支援をしている	・生活記録表 毎日入浴可能で、個々に声かけしている。	入浴は毎日出来る。嫌いな方もいるが誘いの声かけや誘導に工夫をしたり、雰囲気作りに音楽や入浴剤を使用したりしながら支援している。	
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	・個別ファイル 入り口を開けたままの方、夜間灯を使用する方等本人のペースを把握し安眠を提供している。		
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	・個別ファイル 個々の処方箋薬効を綴じて薬は事務所のおくすりカレンダーで管理、確認をしている。		
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	得意な事・好きなことを見つけ、役割として提供するよう声かけしている。		
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	1日2回の買い物にでかけ、地域の敬老会は楽しみの一つになっている。	一日2回の買い物や喫茶店でのお茶のみなど外出の出来る方は楽しみにしている。重度化に伴い外出を嫌われる方には、ドライブや催し物に誘い出す等の支援に取り組んでいる。	

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	お小遣いが自己管理できる方には、買い物時になるべく自分で支払いを促している。		
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	宅配が届くと「ありがとう」だけでも返事をお願いし、電話は自由にかけられるようにし、子機を使用して居室での会話をすすめている。家族さんにも依頼している。		
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	中央にアイルランド型キッチンを配置し、集まりやすい空間を確保している。プランターに季節の花を植え、季節感を味わってもらえるよう工夫している。	全体が一目で見渡せる明るくて快適な空間が作られている。特に利用者が団欒できるスペースは日当たりも良く、冬はコタツを囲んで楽しんでいる。	
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	・たたみの間・ソファー ホールに一角にたたみの間、角の部分にソファーを置き、空間の確保をしている。		
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	入居時に、何でも持ち込めることを家族な説明し、随時、家族・本人と相談している。	居室はこじんまりとしているが機能的に作られている。利用者は自分なりに小物を持ち込んだり壁には家族の写真や自分の作品を飾っている。	
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を送れるように工夫している	床はクッション性のある物を使用し、転倒時の外傷を最小限にとどめている。トイレ、浴室のドアを色分けしわかりやすい工夫をしている。		