

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	2276700214		
法人名	(有)アートプロジェクト		
事業所名	グループホーム磐田かつらぎの家(1階、2階、3階)		
所在地	静岡県磐田市岩井2070-9		
自己評価作成日	平成23年9月1日	評価結果市町村受理日	平成23年11月22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 ai.gokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2276700214&SC

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社システムデザイン研究所		
所在地	静岡市葵区紺屋町5-8 マルシビル6階		
訪問調査日	平成23年9月24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)】

認知症の理解と対応……症、型によって症状の違いが理解できる事 アルツハイマー型の症状 脳血管性認知症 レビー小体型認知症 前頭側頭型認知症 廊下廃用型認知症

【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)】

バイパスにほど近い生活に便利な住宅地に立地している。敷地内には花壇が手入れされ、季節の花が出迎えてくれる。自治会の世帯数も多く、祭典や行事も頻りに開催されているので利用者が参加する機会につながっている。最近の取り組みとして、利用者に接する時間を増やすために現状に即したマニュアルを作成したり、雑然とした倉庫を整理整頓することにより業務の効率化が図られている。認知症の症状に応じたケアがグループホームの役割という考えにもとづいて、症状をよく観察し症状の進行を防ぐことに重点を置いている。職員の離職も少なく、開設以来従事している職員も多い。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	管理者と職員は常に意識をもって理念を共有し 利用者に安心と安全を伝えている。	理念を実現するために、「生活の質」の向上をめざしている。そのためには的確な介護記録や正確な申し送りが大切という認識があり、書類などはラベルで見やすく整理されていることが視認できた。	
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	地域の行事等に参加して交流を図り、運営推進会議を通じて、地域密着を実行している。	地域とは長年の交流があるため文化祭、防災、お祭りに参加している。昨年からの地域のクリスマスに参加し、衣装に扮した地域の有志が各館にお菓子を配りに来てくれて好評だった。	小中学生を始めボランティア活動の受入が増える為の取り組みが期待される。
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	運営推進会議を通じて認知症介護の現状予防介護について情報を共有している。		
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践、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	運営推進会議では地域の皆さんと一緒に、介護で苦労している話の情報を流したり、地域の皆さんの話を聴き施設でのサービス向上に活かしている。	市職員、地域包括支援センター、自治会長は毎回参加してくれる。運営推進会議では、職員の取り組みについても説明するなど、運営についての詳細な様子が報告されている。	
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に取り組んでいる	行政の担当者が7月から変わりましたが事業連絡会や推進会議など月に何度か連絡事項などを通じて解らない事のアドバイスや相談ののっていただいている。	市職員は運営推進会議に毎回参加している。包括や市から研修の案内もあり、年7回の事業連絡会では防災関係など市からの連絡や説明を受ける機会もある。	
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	「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、身体拘束をしないケアをしている。	言葉で利用者を拘束する事が無いように、管理者の指導のもと職員は注意をはらっている。利用者じっくりと付き添って移動することにより、拘束しないケアをおこなう取り組みをおこなっている。	
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	高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、知らず知らずに見過ごすことの無いように努力している。		

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
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	研修会を持ち勉強会をした。認知症においては利用者が家族を確認出来る間に支援する。		
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	利用者家族には入居相談時から十分な説明を行い、理解を得ている。		
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	家族の面会時には積極的に意見を聴くように努力している。家族から出された、意見や相談について、よく話し合い、運営に反映させている。	利用者の生活の状態や、転倒リスクに関することなど生活の状態を家族に報告している。全家族に運営推進会議への参加を促しているが、参加する家族は限られていることが課題となっている。	
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	職員から出された、要望や意見は管理職と職員で良く話し合い、反映させている	管理者は定期的に職員の様子を把握し、意見や訴えが出やすいように図っている。今後は職員が一緒になったの食事会を開催する予定がある。	
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	職場の整理整頓を実践し働き易い職場環境作りに努力している。		
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	研修は管理職指導で介護支援専門員や介護福祉士は自己啓発で資格修得している。		
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	管理職間の情報交換はあるが一般職員の交流は少ない。		

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	利用者本人に不安を感じさせない為に、何度も本人の滋養法聴き取り、面接も繰り返し不安を取り除く情報を得る様にしている。			
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	家族とはどのようなサービスを導入するのか、本人の情報を細かく聴き取り、家族、本人とも不安のないように努めている。			
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	初期対面で本人が必要とする支援を見極める為に、アセスメントを十分に実施している。本人も交えながら話し合い、相談し、工夫している。			
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	職員は人生の大先輩を敬う気持ちを大切に、家族としての思いやりも持ち、日々生活を共にしながらの交流で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	職員は家族との信頼関係なくして、良いケアは出来ないと、本人との関係を保ちながら、家族との信頼関係も築いて行く。			
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	特に馴染みの人との関係が途切れることの無いよう本人の希望や訴えがある時は、連絡を取るようして途切れの無い支援につとめる。	家族と協力のもと、馴染みの人や場との関係を継続している。一時帰宅の希望があっても転倒の危険が避けられない場合は断念するところ、事業所で十分に準備して一時帰宅に導いたことで、翌日から生き生きと生活することができた例もある。		
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	利用者同士の間にとって話の受け渡し役をしたりボール遊びやゲーム遊びの声掛け役をして利用者同士が交流できる雰囲気作りにつとめている。			

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	
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	退去された利用者とは二～三度の連絡で終わってしまうが家族からの相談には最後まで支援している。			
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	一人ひとりのプライドをキズ付けないように対応している、その時の状況に合わせて声掛けや対応はじゅうぶんに配慮している。	職員に担当制を設けているため、担当する利用者は特によく把握できている。日々の変化や情報は「介護経過記録」や「申し送りノート」に記入し情報共有のために利用している。	アセスメントの更新はされているがその情報は追記書き込みとなっているため、定期的に情報を整理し、シートそのものを更新していくことを期待している。	
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	利用者のペースに合わせた日常生活が送れるよう支援している。			
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	入所歴の長い利用者は一日の過ごし方も入所当時と身体機能が大きく低下している。今ではその日の顔つきや表情で体調を把握できるようになるつつある。			
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	本人や家族からの要望を基に担当職員が会議を開き、課題について話し合い、介護計画を作成している。	ユニット会議を毎月おこない、入居者の状況やケアの方法について検討している。モニタリングから計画作成まで、担当者と連携のうえ計画作成担当が責任を持って担っている。		
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	特に入院し、退院した後の機能低下の状態に注意を払っている。1～2週間は身体状況を詳細に記録し医師に相談しながら介護計画を作成している。			
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	利用者の外出、外泊、家族の宿泊には柔軟に対応している。中、高校生の体験学習、ボランティアも受け入れている。			

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	
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	本人が施設内の移動が車椅子の場合外出や通院の移動は家族との相談の上、介護タクシーを利用している。			
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	本人、家族が希望するかかりつけ医の継続や事業所の協力医による受診を支援している。	協力医を設けているが、2割ほどの利用者は従来からのかかりつけ医の受診を続けている。協力医以外への受診も場合により職員が同行している。診察後の医療記録は個人ファイルに記録している。		
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	職員は日常生活において利用者が体調不良や病気にならないように予防や健康に常に配慮している。			
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。	緊急時においても病院へ必要な情報が直ぐに伝えられるようにしてある。又病院側と情報交換して、退院日程等相談している。			
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	病気が重度化した場合については、日頃から家族との間で話し合いを持っている。協力医の関係から医療機関への入院が方針になっている。	医療行為が必要になったり、症状の重篤化がある場合は入院となることが多い。急に重度化した場合は救急車搬送となる。家族と協議のうえ、個々の状況に応じて対応している。		
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	急変事故等の対応は決められている。救急搬送する場合の手順等訓練で対応できるようにしている。			
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	災害時の避難訓練はしているが地域との共同訓練までは至っていないが協力体制については話し合っている。	ADL低下がみられるので、避難訓練も困難になってきている。地域の防災訓練に管理者が参加したことがきっかけとなり、災害時に避難所として施設が使えないか検討されている。		

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	利用者の声掛けや対応はその状況に合わせ、周囲に配慮して行っている。個人情報への扱いには充分気をつけている。	馴れ合いにならないように、管理者は職員の言動に対して注意を払っている。新人職員にも利用者ごとの状況を早く覚えてもらうため、特にわかりやすいマニュアルを備えている。	
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	利用者の思いや暮らしの希望を把握して日常生活を支援している。本人の思いや希望が表し易い環境を作るように努力している。		
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	利用者一人一人の状況に合わせて周囲の利用者にも配慮して行っている。利用者のペースに合わせて日常生活が出来る様に支援している。		
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	服装は季節によって本人に似合った服を家族に対応してもらって、おしゃれが出来る様に支援している。		
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	昼、夕は食材を献立し準備している、朝は食材をアレンジして作ったり施設の畑で作った野菜を利用している。	キッチンカウンターで手作りの料理を提供しているため、利用者は調理の様子が見ながら待つことができる。利用者の嗜好を尊重し、急きょ丼物などにアレンジして提供することもあり、柔軟な対応に心掛けている。	
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	食材は食材業者に依頼しており、栄養バランスは十分に確保される様に支援している。		
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	夕食後歯磨きの声掛けをし、入れ歯の洗浄消毒をしている。利用者が出来る範囲で口腔ケアをしてもらい出来ない事を支援している。		

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	利用者の排泄パターンを把握している、利用者の体調に応じて対応し、支援している	排泄チェックシートを利用して、排泄の意思表示やしぐさなどの兆候をつかみ、適切なトイレ誘導につなげている。職員の取り組みにより、症状が重くなってきても排泄の自立が続いている例もある。	
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	利用者の排泄パターンを把握し、医師との連携を図りながら、便秘に対して利用者に適した処方し便秘予防を図っている。		
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	入浴は週に3回、利用者がゆっくり楽しめる様に時間を十分とってある。入浴を嫌がる利用者にはシャワーを活用している。	浴槽が広いいため2人一緒に入浴できる。既に入浴しているのに「まだ入浴していない」という利用者には、しばらく時間を置いてから確認するなどの対応をしている。	
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	利用者は20時くらいに入床する事が多いが20時を過ぎて起きてテレビを楽しむ利用者もいるので職員は利用者が寝ると言うまで一緒に過ごす		
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	利用者の全て、薬を飲んだ事を確認し、服薬後の症状の変化については医師と相談している。		
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	得意分野でそれぞれ力を発揮してもらうよう支援している。洗濯物干し、たたみ、花のみずやり、カーテンの開閉、絵を描く、塗り絵、などの支援。		
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	利用者の希望に応じて買い物、外出、散歩、草取り、花見など季節を感じてもらえるような行事を支援。	天候がよければ毎日近所を散歩に出かけている。散歩が困難な利用者は敷地内で外気浴をしたり、車いすの利用者も散歩できるように介助している。自動車での外出は、利用者の身体状態を考慮のうえ提供している。	

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	本人のおこずかいは小口現金管理してる受診、薬、等に使う。		
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	利用者の希望に沿って対応している。家族からの手紙や電話など支援。		
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	利用者の心地よい場所を作り、環境を作り、明るく、清潔に整理整頓を実践して支援している。	入口をはじめ館内には観葉植物が飾られ、また利用者と合同で制作した切り絵などが掲示されている。清潔で集団生活でも落ち着ける空間が視認できた。	
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	共同空間におけるそれぞれの利用者のいる場所作りを支援工夫をしている。テレビを見る場所、ゲームをする場所、絵を描く場所、等のスペースを摂る工夫をしている。		
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	居室はそれぞれの利用者の思いや生活習慣、家族との懇談場所になるように支援している。	各居室にはTVやラジカセなどが持ち込まれ、利用者ごとの生活感が感じられた。居室によっては入口には飾りや目印があり、判断が困難になった利用者も分かりやすい工夫がみられた。	
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	利用者の一人でも出来ることを考慮し、家族と職員が相談しながら安全で安心して過ごせる工夫をしている。		