

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	1092700036		
法人名	特定非営利活動法人 みんなの太助さん		
事業所名	グループホーム今宿の太助さん		
所在地	群馬県利根郡みなかみ町新巻29番地		
自己評価作成日	平成27年4月1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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	平成27年5月20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)】

<p>1. 利用者さんにとってスタッフは環境の一部であり、スタッフの対応如何で利用者さんの笑顔や不穏が表出するため、認知症対応の基本的な考え方(パーソンセンタードケア)を徹底的に教育している。また、ケアマネジメントの過程をふまえた認知症介護が最も重要であり、アセスメントがその中核をなしており、スタッフによる利用者さんの現状の把握と分析(深掘り=利用者さんについての気づき)が認知症介護の質を決めると考えている。</p> <p>2. 開設1年後に関東信越厚生局の現地指導を受けており”概ね良好”との評価を文書で受けている。</p>

【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)】

<p>結果を出すことを目的としている「よろこびシート」が支援の場で基本となっている。各職員が利用者を理解し観察した内容に基づいた統一したサービスが提供され、各利用者の喜びに繋がっている。利用者が喜んでくれる支援を意識的に提供し、その喜んでくれた姿が職員の励みになっていることが、職員の言葉からも確認できた。玄関を入った時の利用者職員と職員の顔が晴れやかで理念に沿った支援を提供している努力が視えた。</p>

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 3. 家族の1/3くらい 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している (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	認知症対応理念:利用者さん離れをしても成り立つような認知症介護は絶対にならない	管理者は、各職員が認知症を理解し、利用者一人ひとりの喜ぶことを知っているかを確認しながら、利用者に受け入れてもらえるような支援を徹底させている。	
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	日常生活の中で(ドライブや買い物や散歩など)地域に出ていく工夫をしている	地域のボランティアが太鼓を披露してくれたり、近隣者が日常的に野菜を持ってきてくれる。傾聴ボランティアから訪問の声がかかり依頼している。	
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	町社会福祉協議会新治支所と、地域において認知症の理解を深める協働活動について検討を開始した		
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	年間活動計画や実績報告、法人決算報告さらに利用者全体の状況や個別の状況について報告し検討し理解を深めている	定期的開催され、地域住民・老人クラブ代表・民生委員・社協職員・行政関係者が出席し、事業者から利用者の現状報告等を行い、意見交換がなされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	町民福祉課から経済的虐待・生活保護者の受け入れ要請や町社会福祉協議会から在宅独居困難者の受け入れ要請をうけている	事業者が福祉に関する町の委員を委嘱しており、専門性を還元している。町役場とは連携している。	
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	玄関の施錠の必要性をまったく感じていない(アセスメントが適正に実施できていればやるべきことは見えてくると考えており、適正なアセスメントで身体拘束は無用と考えている)	玄関と共用空間、居室の窓は開錠されている。ふらっと出かけたとしても居心地良い環境であれば一回りして帰ってくるという信念がある。	
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	県主催の権利擁護研修を介護職員に受講させている		

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	管理者は町長申し立ての成年後見人を1件受任しているため必要に応じて説明している		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	利用開始前に利用契約書等を確認できるように事前に郵送し、後日契約内容等を直接説明をし、その後契約締結している		
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	面会の都度、ご家族と面談して確認している	利用料を現金払いにしている為家族の訪問時に現状報告を行い、意見を聞いている。コミュニケーションが大切と考えており、利用者や家族が喜んでくれることを提供し、また掃除や洗たく物干し等できることはやってもらっている。	
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	毎月1回は定例会議を設け職員意見を聞く機会を設けている	職員も定着しており、利用者離れをしたら仕事は成り立たないと言う管理者の想いを実践に活かせるよう利用者の喜ぶことを提案し「よるこびシート」を作成している。認知症を知ることがケアへの一歩と日頃から意見を出し合い勉強会をしている。	
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	法人代表者は管理者を兼ねており、職員に教育訓練の情報を提供し適当な教育訓練を法人負担で受講させている		
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	法人代表者は管理者を兼ねており、県介護研修センターの認知症介護実践者研修や介護研修を法人が費用負担し受講させている		
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	県地域密着型サービス連絡協議会の地区メンバーの事業所を訪問し交流を開始している		

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
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	アセスメントがもっとも重要であるためアセスメントに重点をおき”考える”介護を大事にしている		
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	家族との信頼関係は何にもまして重要なため、面会時の関係づくりを大事にしている		
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	アセスメントがもっとも重要であるためアセスメントに重点をおき”考える”介護を大事にしている		
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	可能な限り、“職員とともに”日常生活をおこなうようにしている		
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	家族との連携は重要だと考えているため、毎月の支払い時にホームに来ていただき利用者の近況報告をおこないながら介護の方向性をともに検討している		
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	外出(ドライブ)を通じて自宅の前を通るなどしながら関係性の維持に努めている	友人が訪問している人、散歩が日課の人、起床時間に合わせた朝食提供、着る服を選んだり利用者の習慣を継続した支援をしている。	
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	利用者個々が役割を持ち、共同生活を送っていけるように多様な共同作業を工夫している		

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	平成26年度に利用契約が終了した利用者はいない		
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	アセスメントに重点をおき、アセスメントから得られた情報を申し送り時に共有し日常支援にいかすように工夫している	生活歴等を基に日常の会話や様子から把握し、個別の出来る事や喜び事を「よろこびシート」に記載し、共有している。家族からは訪問時に希望等、確認している。	
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	入居時情報や面会時等に家族から情報を把握するように努めている		
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	アセスメントに重点をおき、アセスメントから得られた情報を日常支援にいかすように工夫している		
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	家族の面会時に利用者の様子などを説明し、要望などを把握している	職員会議時にケアについてのカンファレンスを行っているとの事だがモニタリングとしてのシートがない。介護計画については6か月毎に見直しを行っている。	モニタリングの内容を様々なところに記載しているが、シートを作成し一覧可能な状態にし、介護計画の見直しに役立てることをお願いしたい。
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	スタッフ間でアセスメント情報を共有し”考える介護”を心がけるように指示している		
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	パーソンセンタードケアを意識して”考える介護”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
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	近くのスーパーが食材の配達を行っており、納品時に顔見知りの利用者に納品確認を依頼したり、傾聴ボランティアに月1回来訪していただくなどを実施している		
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	訪問診療と訪問歯科診療を受けている	入居時にそれ迄のかかりつけ医の継続か事業所の協力医を選択できることを説明し、A協力医による月2回の往診で8名が受診し、B協力医は月1回の往診で1名が受診している。訪問歯科は必要時に診療が受けられる。	
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	訪問看護ステーションと連携し毎週訪問看護を受けている		
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。	医療連携協定書を6カ所の医療機関と締結し、地域連携室や訪問看護と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	重度化した場合や終末期の対応は利用者の状態と医師の判断に大きく左右されるため今後のその都度の検討課題	指針を定め入居時に同意を得ている。終末期の各段階で説明を行いその時が来たら書類を取り交わす予定である。訪問看護事業所と契約を結んでおり、希望があれば対応していく予定である。	
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	避難訓練などは随時行っている		
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	地域との協力体制はまだだが、災害時の全電源喪失を想定した非常灯の設置や夜間の火災訓練などを実施している	平成26年6月消火・通報・避難訓練と10月に利用者と職員と民生委員が参加して消火・通報・避難訓練を実施した。消防署の立会いを依頼したが消防署の判断で立ち合いは無かった。備蓄として長期保存用食料品・介護用品と石油ストーブの用意がある。	自主訓練を増加して不測の事態に備えてほしい。

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	
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	ホールにいる利用者さんに「〇〇さん、カーテンを開けたいので部屋へ入りますね」など、声をかけてから入室するように心がけている	日常生活の中で不適切な接し方や話し方を見かけたときは管理者や職員同士で注意している。職員は「せっかくここに居るのだから楽しんでもらいたい」と言う気持ちで接している。		
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	共同生活の中で利用者ができることはたくさんあるが、できなくなっていることもあるため、選択肢を複数もって声かけし希望表出や自己決定を促している			
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	決まった日課などはなく、利用者の状況や天候などから一日の大まかな予定をたて随時変更しながら生活を支援している			
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	外部の理容所に職員と共に出かけ整髪している			
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	毎日、毎食、利用者と職員が食事の準備や片づけなどをおこなうようにしている	利用者と職員が同じ物を一緒に食べている。食事の評価は利用者がしている。食事の準備では「私にもまだ手伝えることあったんかい」と出来ることをやってくれている。	事業所で用意している飲み物を利用者が好んで飲めるようにメニューを作って選択の機会にしてほしい。	
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	食事量や水分摂取量の記録をとり、状態変化の把握などに活かしている			
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	生活習慣から毎食後すべての利用者が口腔ケアをおこなうわけではないが、最低でも全利用者が1日1回口腔ケアをしている			

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	トイレ内に鏡を設置し、また、トイレの明かり取り窓を可視性にし排泄状況を確認し、排尿に気づきにくい利用者には声かけ誘導をおこなっている	チェック表を基本に個別のタイミングやリズムで昼夜誘導及び見守り等を行い、快適な排泄支援を心がけている。おむつの持ち込みは自由である。	
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	介護日誌に記録し申し送りノートに記録し対応している		
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	入浴記録表をつけ入浴状況を確認し、入浴時に職員と話がしたい利用者とは話をし、一人で静かに入りたい方には見守りに対応している	週4日(月・火・木・金)入浴日が設定されている。決められた日に入浴できなかった人には次の入浴日に声を掛けているが、前日入浴した人には今日も入れるとは声を掛けていない。ドライブの後等汗をかいた時には対応している。	入浴の出来る日には全員に声を掛ける等、利用者の希望の聞き取りや選択の機会への支援としてはいかがか。
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	昼夜逆転にならないように気を付けているが、全員が昼寝をする時間を設定したり、起床就寝時刻を設けるなどはしていない		
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	個別の介護日誌のファイルに薬剤情報や医療情報等を綴り込み常に確認できるようにしている		
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	暖かくなると希望する利用者は毎日のようにドライブをし、外出を希望しない利用者は調理に入っていたり、また掃除や洗濯物など全員が役割を持って参加していただけるように心がけている		
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	希望者には春から秋の期間、積極的にドライブに出ている	散歩が日課となっており、洗濯物干しや掃除でも外の風にあたる機会がある。季節のお花見を兼ねてドライブに出かけている。ふらっと外に出かける利用者もいるが日常なこととして見守りに対応している。	

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	現金の所持については家族の了解を前提にしており、希望があれば買い物時に個人の買い物もおこなっているが、金銭管理のできる利用者は少ない		
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	電話を希望する利用者には電話をしていただいている		
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	ホールの席は特定しているわけではなく、どこに座っても自由な状態になっているが、関係性の悪い利用者同士の席は工夫している	キッチンの前にテーブルが並んでいて利用者がいろいろな方向を向いて座れる。車いすの人は椅子に座り替えている。掃除のできる利用者には共用空間を掃除してもらっている。嫌な臭いは無く清潔である。	
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	居室を含め、思い思いの場所で一人であったり二人であったり過ごす姿が見られる		
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	寝具やタンスその配置などは使い慣れた物を搬入し利用者の自由にできるように家族に依頼している	本人の匂いのしみ込んだ物を持ってきてほしいと入居時には説明している。布団・筆筒・日用品・洋服等好きな物が持ち込まれている。	
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	廊下に手すりをつけ、居室に表札をつけ、トイレや浴室に表示をしている		