

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	0792900011		
法人名	医療法人 久慈会		
事業所名	グループホーム下志宝台		
所在地	福島県東白川郡棚倉町大字関口字一本松164-3		
自己評価作成日	平成26年2月14日	評価結果市町村受理日	平成26年5月7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.kaigokensaku.jp/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	平成26年3月10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)】

田園風景の見渡せる高台に位置し、春から秋にかけて職員利用者と共に花を植えたり、畑を耕し野菜を育てています。ホーム内では、あまりカリキュラムにとらわれず落ち着いたのんびり過ごせる時間を提供することに努めています。また、季節感を損なわないように、四季折々の行事を企画楽しんでいただけるように努めています。

【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)】

1 身体拘束の研修で職員の意識の共有に努め、実際にも利用者の行動や表情を細かに観察し不穏の前兆が見られた場合、散歩、調理などに誘ったり、家族と電話による会話等きめ細かな対応がなされている。
 2 かかりつけ医、専門医、協力医療機関(同じ法人内診療所)の連携が図られ利用者の健康維持が図られている。また地域医療連携室を通じた協力体制が利用者や家族の安心につながっている。
 3 利用者が進んで調理や食器の片付けに参加され、味付けも職員が教わるなど職員と利用者の和やかな交流がなされている。またメニューに好みを反映させるとともに、便秘予防のため食物繊維の摂取や食欲をそそる彩りの良い盛り付けなど工夫がなされている。

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 ↓該当する項目に○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	職員が入れ替わり当ホームに慣れない、勉強不足もありましたが今は、理念を念頭におきケアにあたるようになってきました。	地域密着型サービスを踏まえた理念を具体化した事業所理念「ゆっくり3(さん)」ゆっくり聞く、ゆっくり話す、ゆっくり歩くという介護理念を定め、利用者に時間をとって寄り添う対応を心掛けている。	
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	推進会議を開催したり、棚倉町ケアマネ会議 埴原病院主催の多職種連携会議に出席している。	運営推進会議には区長の出席があり、区長を通して地域との連携の構築に努めている。近くの小学校や敬老会との交流の機会を作ることを計画しており、地域との付き合いを深めていけるような体制づくりを考案中である。	
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	地域貢献としてはできていない。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	茶道教室など取り組めた。	運営推進会議においては活発な話し合いが行われ、施設や利用者の状況の報告やさまざまな情報提供の場になっている。	
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	運営推進会議を通して協力関係を築くようにしている。	運営推進会議には毎回、町の担当者の出席があり、情報提供を受け事業所の運営に反映されている。また会議を通し事業所への理解や協力体制が築かれている。	
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	玄関の施錠は夜間の防犯上以外には行っていない。帰宅願望ある利用者にはブザー等を増やすなどしている。	帰宅願望などで不穏になる利用者には声掛けや見守りなどマンツーマンの対応を心掛けている。出入り口のセンサーで外出に気づけるようにし事故防止に努めている。身体拘束の研修に積極的に参加するとともに職員会議等で勉強の機会を設け周知を図っている。	
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	ケース ケア会議を通して話し合い意識している。		

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	利用者に成年後見制度を利用されており教えていただきながら進めています。		
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	説明しながらおこなっています。		
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	苦情 意見ポストを設置したり 来所されたときにお伺いするようにしている。	意見ポストを設置しているが利用頻度は低い。むしろ家族が来所した時に直接意見や要望を受け止められるよう心掛けている。ヒヤリハットに際し医師に連絡相談しながら対応し、本人や家族の安心に繋げている。	
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	全体ミーティング時 運営推進会議や所内ミーティング時の要望などを伝え反映させている。	月2回、全体ミーティングとケア会議をあわせて行い、意見を支援に活かせるような取り組みがなされている。職員の意見を取り入れ易い体制を作ることを心掛け、今後面談の機会を設けて個別に対応することも検討している。	
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	全対ミーティングや 来所時などに話を聞いていただいている。		
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	GH協議会などの研修 法人内研修 地域研修等受けるようにしている。		
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	GH協議会などの研修 会議を受けるようにしている。		

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
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	在宅ケアマネとも連携を図りながら ご本人ご家族の要望をとらえ コミュニケーションを図り信頼関係を築くようにしている。		
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	入所前に本人家族の要望を確認しミーティングに手職員間の意識統一し迷いのない関係づくりを進めています。		
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	申し込み時 今すぐに入所希望される方 冬期間のみであるとか希望を確認し多施設を紹介したり居宅ケアマネと相談したりしています。		
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	本人のできることを生かしてできることを中心に笑顔ノ見えるように努めています。		
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	病院受診や変化などその都度 家族に相談しながら進めている。		
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	馴染みの床屋さんに来てもらったり お参りに行ったりできるだけ努めています。	家族との外出や外泊のための協力体制を築いている。友人の訪問もあり関係の継続が保たれるよう支援することにより利用者の心の安定につながっている。	
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	気の合う利用者同士のグループ できることを中心したグループ等 グループにしたりし孤立しないようにつとめています。		

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
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	退所時に相談など行っていますがその後は難しいです。		
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	本人の時間を大切にしながら利用者の想い体調などに合わせ生活していただけるように職員間で話し合っている。また表情 言動行動を観察しながらたいおうしています。	本人の言葉を大切にしよう努め、個別のケアにつなげている。担当者を決め生活歴や現在の状況を細部にわたり把握して分析し、対応している。さらに担当者会議において検討し、利用者が安心して生活できるよう努め効果をあげている。	
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	センター方式を採用しご家族に生活歴などを記入していただき入所時に役立て入所後もご家族に細かい仕草に注意しています。		
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	生活のリズムを大切にし レクをしながらや少し違ったお手伝いなど利用者に教えていただくようにしています。		
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	ケアマネが介護計画案を作成し職員が添削しながら進めています。	介護計画は丁寧なアセスメントを基に利用者の希望を反映し現状に即したものになっている。ケース録は介護計画と連動した形式になっており、「気づきノート」や連絡帳を活用し日々の記録を行い、記録をもとにモニタリングを行っている。	
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	できることを中心にできなくなってきたことにご本人想いを中心に考えるようにしています。気づきノートや日々の申し送りに確認しています。		
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	自宅管理のためのサービス手配など取り組んでいる。		

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	傾聴ボランティア フラダンスなど来所して頂いています。		
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	ご家族ご本人の希望のかかりつけ医または納得のえられた専門医を紹介して頂きながら 病院では地域医療連携室を通して通院入院退院連絡を取っている。	必要に応じ職員が家族に同行しかかりつけ医の受診を支援している。家族の同行が困難な場合は職員が同行し結果を家族に報告している。心療内科など専門医や地域医療連携室を通じた医療連携も行われ本人や家族の安心につながっている。	
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	職員として看護師を配置し 医療バックアップ施設のDrと相談している。		
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。	地域医療連携室との情報交換を会議を通して定期的に行っています。		
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	看取りを行うか重症時どうするか確認しています。	重度化対応指針の策定、終末期の看取りについての家族アンケートの実施や外部研修の受講など対応を進めている。重度化や終末期のケースは病院や老健施設での対応になっており、職員の意識の共有や支援への取り組みは十分でない。	利用者の高齢化が進んでおり、看取りについての事業所内研修や看取りケア計画作成など事業所内でどこまで対応できるのか等検討を進められることが望まれる。
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	職員の看護師に任せている。今後検討していく。		
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	地域の協力体制はできていない。(地理的)隣接の法人施設を活用する。	年2回消防署立会の避難訓練の他、自主訓練は1~2回の実施に留まっている。隣接の法人施設の協力を前提に計画が立てられ、近隣の協力体制はとられていない。実際の訓練では法人からの応援に時間がかかっており課題と感じている。	職員全員が避難方法を身につけられるよう訓練回数を増やすことと運営推進会議時に合わせ訓練を行うなど地域の協力を得る取り組みや地元消防団との協力体制づくりが望まれる。

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	一人一人の性格を把握し口調 態度 雰囲気 に気を付け目線を合わせ語り方をしている。	利用者を尊重した支援ができるよう管理者やベテラン職員が接遇の内部研修を行っている。 「ゆっくり聞く、ゆっくり話す、ゆっくり歩く」という独自の介護理念を実践し一人一人の尊重とプライバシーへの配慮がなされている。	
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	食べたい物メニューに取り入れたりおやつ の際選らんでいただいたり選択して頂いたり 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し、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	一人一人のペースを大切にし お手伝い レク行事参加も本人意思を確認しながら進め 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	化粧をしたり 本人が気にすることを中心に 見守りしています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行 い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食 事が楽しいものになるような支援を行っている	畑でやさいを作ったり 草むしりしたりできる 利用者とともに味付けを教えていただいたり しています。	職員が味付けを利用者から教わったり、食材の 下ごしらえ、食器洗い等利用者の参加が見ら れ、食事も利用者と一緒に食卓を囲み、ハン バーグにゴボウや人参を入れ食物繊維摂取へ の工夫や食事が楽しく進むような声掛け支援が なされている。	
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	D3シート 利用者チェックシートを活用し 行っている。		
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	歯ブラシ シート モンダミンなど利用者 に合わせておこなっている。		

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
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	D3シート 利用者チェックシートを活用している。また モニタリングしながら行っている。	東京センター方式の「生活リズムパターンシート」を活用し排泄の自立に向けた支援が行われ、便意が分かるようになったり、夜間帯にリハビリパンツを使用する利用者1人を除き、全員布パンツにパットで対応できるような改善が図られている。	
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	排泄チェックシートを活用し食物繊維を多いメニューにしたりしている。		
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	できていない。入る順番で工夫している。	週2回の入浴、それ以外の日は着替えと清拭、足浴等で対応している。長風呂を好む利用者は午前、短めの方は午後と入浴時間を工夫し、入浴剤で香りを楽しめるようにしている。また、入浴回数を震災前の週3回に戻す検討をしている。	
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	日中の活動を増やすように工夫している。		
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	薬は誤薬を防ぐため一包化しており看護師を中心に状態を把握しています。		
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	個人の特徴に合わせお手伝いをお願いし一緒にしている。		
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	日々の買い物や初詣などイベント中心となっています。	事業所敷地内での野菜作りや散歩、食材の買い出しに近隣のスーパーに出かけたり、花見や芋煮会等外出する機会も多い。また利用者の希望で町の靴屋に行くなど利用者の個々のニーズに対応した支援が行われている。	

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
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	お金に執着がある場合、又は一人世帯などの場合本人管理としてお金を所持 使用されている。		
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	できている。		
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	季節を感じられる装飾 花などをおこなっている。	利用者の笑顔あふれる写真や趣味活動で書いた習字が飾られ、炬燵やソファー、テーブルが上手く配置されそれぞれ好みの場所で過ごせるようになっている。時々歌を歌う声や賑やかな会話が聞かれ、職員に見守られ、安心して過ごしている様子が見られる。	
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	こたつや ソファー 各テーブルで過ごしていただくようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている	馴染みの物 家族写真など持ってきていただくようにしている。	居室には、家族との写真や自宅から持参した置物などが置かれ馴染みのものを活かした部屋となるよう配慮がなされている。また、利用者の状況に合わせてベットからマットレス使用に切り替えるなど安全面にも十分配慮した環境が整えられている。	
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	各居室に写真付名札 手すり 段差のない通路 ポータブルトイレ ウォーカー 車椅子など		