

### 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	1070600323		
法人名	有限会社グループホーム恵の家		
事業所名	グループホーム恵の家		
所在地	群馬県沼田市沼須町750		
自己評価作成日	平成29年6月26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	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成29年7月11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)】

建物構造上、外が見えにくい造りで、更に建物内部がゴチャゴチャしているので、なるべく開放感が出るように居室や玄関前の扉は開けっ放しにしている。同時に施錠しないように取り組んでいる。食事はその日その時にあるもので作る為、季節のものが食べられる楽しみがある。

【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)】

入居者一人ひとりが、今までの生活や現在の希望に沿い、自由に生活が送れるようにしている。そうしたなか、起床・食事・入浴時間など、自分の好きな時間に合わせて過ごしている方もいる。また、なるべく家庭と同じような人の出入りを感じられるように、来客があっても居室ではなく共有スペースでやりとりを行い見える化をするなど、入居者が来客をごく自然に気を使わず過ごせる環境づくりに努めている。終末期ケアにおいては、何度も実践しており、職員は、事業所が生活の場として最期まで看取することを「あたり前」として支援している。隣組に入り地域とのつきあいをし、市や介護支援専門員協会・介護福祉士会・地域密着型サービス連絡協議会などの団体とも連携をとり多くの交流がある。

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎日の申し送り理念を唱和し、理念に基づく支援の実践につなげている。	理念について特に皆で話し合うことはしていないが、開設時より一貫して同じ理念を拠り所として実践しており、日々のケアの中で、実践できているかを確認しながら、職員それぞれが日々の支援につなげられるよう考えて行動している。	
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	地域の会議・イベントには積極的に参加するようにしている。「お互いさま」のまちづくり等	自治会に入り、事業所としての役割の他、管理者は住民としての役割も担いながら、地域と関わっている。認知症の相談窓口の看板を掲げ、相談に応じたり、町内の夏祭りでは、グループホームで出店を出し、御輿の休憩所として協力し、地域づくりのための「お互いさまの町づくり」などの集まりに率先して職員が参加し、地域と関係が築けるように努めている。	
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	管理者が沼田市の「生涯学習講師」に認知症高齢者介護の講師として登録している。		
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	地域の推進委員が積極的に発言して下さるのでサービス向上につなげやすい。	会議には、町内会の行事や認知症相談窓口を設置したことなどを通して住民の理解が深まり、さまざまな立場の方が参加して、それぞれの立場で意見をいただけるようになり、ホーム主催での介護講習会開催についての意見や、各事業所の特徴などの説明希望があり検討を行った。家族などが参加しやすいよう行事と組み合わせ開催するなどしているが、参加は少ない状況である。	家族が参加しやすい内容や議題の検討、話し合った内容の周知など、家族の参加にむけて更なる取り組みを期待したい。
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	担当者が協力的なのでこちらからも相談しやすい関係を築けている。	認知症についての理解を深める活動などを通じて、市担当者との顔を合わせる機会が増えたことにより関係が構築され、また、認知症相談窓口をきっかけに認知症ケアパスに事業所が掲載されるなど、認知症の理解や対応の仕方などの協力活動を行っている。	
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	常に身体拘束ゼロを目指し取り組んでいる。	玄関や共用空間の窓などは解錠され、誰もが自由に入出入りして過している。職員ごとに多少対応が異なる部分あり、注意して改善に努めている。	勉強会等の継続した開催を行うことにより、職員全員が常に正しい身体拘束に対する認識を持ち、統一した対応が行われることを期待したい。
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	機会があるたびに講演・研修へ参加している。		

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	必要に応じて活用している。数年前は成年後見制度を利用していた。		
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	専門用語は極力分かりやすい言葉での説明を心がけている。		
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	ご家族との面会時、デイサービスの送迎時等の会話から本音を掘り下げる。また、小規模多機能サービス評価でご家族アンケートを実施した際、グループホームもアンケートを実施した。	昨年度、独自のアンケートを初めて行い家族からの意見をいただき、ホーム内の物の配置について検討した。今年度は、運営内容についての設問を増やして実施する予定であり、定期的な実施を考えている。それ以外にも、面会時には声をかけることで、家族から行事日程が早く知りたいとの声を受けて、「通信」に掲載するようにした事例もある。	
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	常に耳を傾けるように努めているが、昨年度はあえてヒアリングの機会を設けた。	退職する職員が少ないため職員は長く勤務しており、良好な関係が維持され、様々なことを日々相談できる状況である。毎月の職員会議は、併設の小規模多機能型居宅介護事業所とともに行い、事業所全体にわたっての議論をし、行事案や外出先案、ケアに関する事などの意見を反映している。	
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	時給・手当等は時期に関わらず見直している。		
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	個々のキャリアに見合った外部研修を受けている。また、ジョブカードの職業能力証明シートを活用している。		
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	管理者は群馬県地域密着型サービス連絡協議会の中北部ブロック長・RUN伴+ぐんまの沼田エリア実行委員を務めており、その活動を通してネットワークづくりに取り組んでいる。		

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	初期だからこそ信頼関係づくりが大事で、刻々と変化する本人が困っていること、不安なこと、要望等を言えるような関係づくりに努めている。	
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	本人の情報を話しやすいような雰囲気づくりを心がけている。	
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	ケースバイケースで地域密着型サービス以外のサービス利用を進めることもある。	
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	本人が出来る事は本人にまかせるようにしている。	
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	本人の状態変化に合わせて、ご家族へ相談し協力して頂いている。	
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	馴染みの人の面会時には話しやすい環境を作るよう心掛けている。また、本人生家やご自宅周辺をドライブすることもある。	面会は、人の出入りを感じてもらえるよう共用の生活空間で行うことを心がけているが、その場の状況で居室や気兼ねなく話せる場所で行うなど、状況にあわせ使い分けている。そうしたなか、町内や近隣の方々、知人との関係が継続できるようにしている。
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	座席を例に挙げれば、基本的に利用者の自己決定にゆだねているが、決定できない場合は相性などを考慮して職員で配置させて頂く。	

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	契約終了した家族が、ふらっと遊びに訪ねて来て下さる。また、イベントに招待するなどして関係を保てるようにしている。		
<b>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</b>					
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	日常会話から本人の希望、嗜好等を聞き出せるようしている。特に誕生日には、叶える意識をしている。	日常会話や日々の様子などから、意向の把握に努めており、把握した内容は個人ファイルを作成し日々記録に残している。意思表示が難しい方が増えており、家族や関係者に積極的に話しかけて確認を行っている。	
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・ご家族のから情報を提供していただいている。		
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	本人のリズムで生活できるように、基本的には訴えを優先させている。まず「見守り」本人のチカラを把握する。		
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	毎月の職員会議で意見交換するのはもちろんだが、日々変化する本人の状態にその都度臨機応変に対応している。	毎月ケア会議を実施し、職員の意見をもとにケアプラン内容に反映させている。モニタリングを行っているが、専用記録用紙がないためケアプランとしての評価が分かりにくい。また、見直しも行っているが、細かな記載が、現状と異なってしまっている部分も見受けられる。	評価しやすい目標を検討し、それに沿ったモニタリングの実践と記録を期待したい。
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	生活日誌、日勤簿、夜勤簿で情報を共有している。		
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	既存のサービスの枠にとらわれない柔軟さを発揮できるのが地域密着型の良さだと理解し取り組んでいる。		

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	地域の店舗、農園を外出のイベントなどで利用している。		
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	特にこちらから指定することはない。本人・ご家族の意向に沿った医療機関を受診できるように支援している。	入居時に、今までの「かかりつけ医」へ継続受診するか、「事業所の協力医」に変更できることを説明して、変更するか、選択してもらっている。受診は職員が付き添うことが多く、受診内容が変わったことがあった場合は、家族に電話で説明を行っている。また、受診内容によっては家族に連絡をとり、同席していただいている。	
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	週2日程度は利用者の状態を見てアドバイスを頂き、その他24時間のオンコール体制を確保している。		
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。	出来るだけ入退院の説明に立ち会い病院関係者との関係づくりに努めている。		
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	往診して頂ける医師が、直接ご家族に終末期の本人の状態・看取りの説明ができる機会を設けている。また、看取り加算の条件を整えている。	指針があり、段階的に家族と相談しながら意思決定をしている。看取りに関しては以前より何度も行っており、職員のなかでは、事業所が生活の場として最期まで看取することを、「あたり前」として支援している。	
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	外部講習ではあるが普通救命救急を受講している。今年度は事業所で開催する予定で消防署と話をしている。		
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	定期的に避難訓練を実施している。運営推進会議を通して地域の協力をお願いしている。また、こちらが避難所代わりになれることをお伝えしている。	併設事業所と合同で、火災の夜間想定訓練を消防署立会いにて、年2回実施している。近隣住民に協力を依頼しているが高齢化が進んでおり、協力体制や参加が得られないなか、改善策を検討中である。	地域の環境で起こりやすい災害に即した訓練計画作成を期待したい。

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	左記のような対応を心がけているが、地域性が強調されるような言葉遣いも聞かれる。	方言などを使いきだけた会話が多くなりがちであり、その場や職員会議で議題にして指導を行っている。接遇は課題であると考え、今後家族にアンケートなどで問う予定である。	
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	お茶菓子を選ぶ等、自己決定する機会を作るよう取り組んでいる。		
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	寝たいときは寝る、食べられるときに食べるペースを基本にしてその日を過ごしている。		
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	ご家族から本人好みの衣類をお預かりしている。		
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	出来る限り自立で食事できるような支援をしている。個々の能力に合わせた形状で提供している。	近所から野菜などの差し入れがあり、その日の食材をみながら利用者の希望を確認し調理することが多くある。利用者全員そろっての食事にこだわらず、本人が食べたいものを食べたい時間に提供できるようにしている。	
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	水分量は意識して確保している。		
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	入歯洗浄剤などを使い清潔を保持している。		

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	排泄パターンを把握したトイレ誘導や、状態に合わせてポータブルトイレを使用している。	排泄チェック表にて、各利用者がどのような間隔やどのような動作で意思表示をされるのが確認し、トイレでの排泄支援に努力している。そうしたなか、おむつからトイレ排泄が再開できた事例もある。	
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	飲食物を工夫しているが薬に頼りがち。2日間排便が見られない場合は3日目に浣腸している。		
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	ほぼ毎日入浴する利用者もいる。清潔保持の為、週2回は入浴できるように支援している。	夜間帯以外は、毎日入浴を希望する時間に行っている。希望や希望を言わなくても様子をみて、同性介助を行っている。	
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	利用者の高齢化に伴い、3食後の休憩時間が必要になる。夜間の睡眠中は安眠を優先させるためオムツ交換は必要最低限にとどめている。		
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	症状の変化に合わせ主治医に相談し服薬支援を行っている。		
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	手伝える作業は積極的に関わってもらい、職員が利用者「ありがとう」といえる役割を担えるような支援をおこなっている。		
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	機会があれば出かけられるように本人の希望を把握するよう取り組んでいる。特に今年度からは普段では行けない、出来ないような事が出来るよう取り組み始めたところである。	玄関は鍵をかけず自由に出入りすることができ、散歩などを楽しめる環境である。降雪のない時期には外出行事を多く計画し、ドライブや外食の機会をつくっている。全員での行動が難しくなったため数名で出かけるようにして、内容の充実を図るようにしている。	



50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>お財布を持ち歩いている利用者もいる。駄菓子屋、スーパーで買い物することもある。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者の希望があれば電話をする。年賀状をやり取りしている利用者もいる。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>我が家だと感じて頂けるよう、出来るだけ「施設感」を出さないように努めている。</p>	<p>共用空間に収納スペースが少ないため、いろいろなものが置かれている。横に長い空間となっており、離れた場所にソファを置き、一人で過ごせるようにしており、利用者が気に入った席で過ごせるようにしている。食事やおやつは手作りで、料理の匂いが漂っている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>居場所の工夫というよりも、利用者が行きたいところに行ける、座りたいところに座れる自由さを大切にしている。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>本人所有のダンスやご家族が購入された家具を置いている。</p>	<p>本人が長年愛用し思い入れのある物品を自由に持ち込み、相談のもと室内に配置している。また、エアコンの風が直接あたらないようにしたり、壁にあたっても痛みや怪我が少ないにしたりするなど、過ごしやすいようにした工夫が多々ある。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>53同様、自立するには本人の意思・意欲が大切なので、極力自由に過ごして頂けるように努めている。</p>		

