

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2891400091		
法人名	特定医療法人 紀洋会		
事業所名	グループホーム 今田		
所在地	兵庫県篠山市今田町今田新田19-1		
自己評価作成日	平成24年12月16日	評価結果市町村受理日	平成25年4月10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.espa-shiencenter.org/otasuke.html
----------	---

【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 コミュニティ・サポートセンター神戸		
所在地	兵庫県神戸市東灘区住吉東町5-2-2、ビュータワー住吉館104		
訪問調査日	平成25年1月25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)】

家庭的な雰囲気を大切にゆったりとした中で過ごしていただけるように取り組んでいます。看護師、医師との連携が取れており、迅速な医療への対応が可能です。季節季節に応じた行事や外出などを行っています。

【第三者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)】

母体が病院で、医療面で安心できる。訪問看護ステーションとの連携でターミナルケアも行った。近くに学校や市の運動場などがあり、行事に参加する。感謝祭には屋台を出し、地域の方々や商店の協力もあり楽しい交流を行っている。自然に囲まれた静かな環境は四季折々の景色が楽しめる。毎朝散歩に行ったり、裏山へ栗拾いに行ったり、公園へ弁当もちで出かけたり外出の機会も多い。昼間は玄関の鍵を掛けていないので、いつでも出かけられる。徘徊にはとにかくついて歩く。『お茶を飲みましょうか』などと話しかけながらホームへ帰るようにしている。デイサービスを併設しているので、常に人の出入りがあり、明るい声が聞こえている。

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 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				

自己評価および第三者評価結果

認知症対応型共同生活介護/グループホーム 今田

評価機関:CS神戸

自己	第三者	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	運営理念を見えるところに掲示し、常に意識するようにしている。	運営指針の中で基本理念が掲示されているが、長い文章で覚えにくい。新人研修の機会に説明しているが、今後ミーティングの中でも取り上げて検討したい。	理念は運営指針の上位概念です。法人理念にある地域との視点も取り入れて、地域密着型サービスに相応しい短く端的に表現される事業所独自の理念を作成し、全職員に意識づけることが大切ではないでしょうか。
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	地域行事や学校行事に参加し交流している。 1か月に1回広報を発行し地域に配布している。	地域の夏祭り、陶器祭りや近隣の幼稚園、小学校の運動会を見に出掛けている。中学生の吹奏楽ボランティアも受け入れている。毎月広報誌「とんがり帽子の屋根」を新聞の折り込みに入れている。感謝祭には屋台を作り、近隣の方々が多く訪れてくれた。	
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	相談や見学に来られた方に認知症に関する悩みなど対応している。		
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	概ね2か月に1回開催し話し合いをしている。	民生委員、入居者と概ね2ヶ月ごとに開催しているが、内容は入居者の様子の報告中心から、地域の情報なども取り入れた内容に変わって来ている。	重要事項説明書の記載の通り、本人、家族、地域住民の代表、行政、地域包括支援センター、見識者の参加を呼びかけ、評価・要望・助言などの協力と理解を求めることが必要ではないでしょうか。
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	あまり取り組めていない。	情報交換や連携は法人内の連絡会にとどまり、行政とはあまり関わっていない。	
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	夜間以外は、玄関のカギはかけずにいつでも出入りできるようにしている。	夜間以外は、玄関の鍵は閉めていない。毎日外に出掛けられる方もいるので、その都度一緒に歩いている。夏場は1日に何度も出かけられる方もいる。	
7	(6)	○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	マニュアルを参考に虐待がないようにしている。	管理者は年に1回研修を実施し、虐待について職員と話し合っている。また半年ごとに職員面談をして、職員の精神面の状況を把握することに努め、虐待につながらないように気をつけている。	

自己	第三者	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	(7)	○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	成年後見人制度を活用されている方がおられ、後見人の方と連絡を取りながら行っている。	1名の方が成年後見制度を利用されているが、事業所内での研修はまだ行っていない。そのため、他の利用者や家族に制度に関する情報提供もできていない。	
9	(8)	○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	契約の際には、重要事項説明書などに基づいて十分時間を取り説明し、納得して頂けるようにしている。	利用者や家族の不安や疑問に答えながら契約書、重要事項説明書などは入居前に丁寧に行っている。契約解除や料金の説明も行っている。	
10	(9)	○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	行事の際のアンケートにて実施している。入口横に意見箱を設置している。	クリスマス会、花祭りなどの行事には、ご家族にも参加していただき、その時に意見を聞く機会を設けているが、特定の家族に限られている。	
11	(10)	○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	月1回の在宅部門会議やグループホーム所長会議また、事業所会議を行い意見を聴いている。	朝の申し送りや月1回の事業所会議で意見を取り上げ、法人全体の在宅部門会議に報告している。これまでにローテーションの変更や食事当番のことがなどが反映された。	
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	年2回の人事考課を実施。 休み希望など出来る限り対応している。		
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	職員の能力に応じた研修会に参加している。		
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	同法人内の交流機会はあるが、法人外との交流がすくない。		

自己	者	第三	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	新規入居前に面談を行い不安等ない様に配慮している。		
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	面談を行い、要望等を伺っている。		
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	面談を行い、本人、家族の要望を聞き、職員間で共有できるように努めている。		
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	一緒に作業をしたりしている。		
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	本人の思いを汲み取り、家族と過ごせる時間を持ってもらうように支援している。		
20	(11)		○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	馴染みの方が来て頂けるように、面会の制限を設けていない。	家族と一緒に食事に出かけたり、自宅に泊まる方もいる。市外から入居された方の「家に帰りたい」という希望を聞いて同行しているが、震災で街の様子が変わってしまい、自宅も馴染みの人もいなくなっていることの理解が難しい方がおられる。	
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	手作業や、体操など一緒に行う場を作り、孤立しないように心掛けている。 入居者同士の相性などを考え座る場所なども考慮している。		

自己	者	第三	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	退去された後も様子を見に行った。		
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	(12)		○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	日常の関わりから、希望や意見を伺うように努めている。	日常生活の中で行きたい所(買い物・ドライブ・故郷)や、家族に会いたいなどの意向を聞き、ケース記録に控える。毎日のミーティングで可能なものは実現していく。意思表示の困難な方は生活歴や家族の話から把握に努めている。	
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・家族から情報収集している。		
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	家族・ケアマネからの情報を基に把握に努め、日々の様子を記録に残し職員が共有できるように努めている。		
26	(13)		○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	本人の様子を見ながら、家族の意向も踏まえ考えている。	3か月を区切りとした介護計画を立てているが、本人や家族との話し合いが不十分で、介護計画と日常生活目標が結びついていないものがある。モニタリングやカンファレンスが少なく計画の見直しも充分されていない。	介護スタッフとの毎日のミーティングで抽出される課題をカンファレンスやモニタリングに反映させ、日常生活目標が介護計画と結びつくような、本人中心の計画を立てることを望みます。
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	療養記録、日誌に状態の変化等を記録している。 申し送りノートにて職員が共有できるようにしている。		
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	本人の望む生活が出来るように可能な限り柔軟に対応している。		

自己	者	第三	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	地域行事、学校行事への参加を行っている。		
30	(14)		○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	母体の病院より、月1回往診に来てもらっている。 また、法人内の訪問看護との連携も行っている。	利用者のかかりつけ医はすべて母体の病院である。かかりつけ医、口腔外科医は1か月に1回往診、歯科衛生士は月に2回、訪問看護サービスが月2回健康チェックに訪れる。他の病院受診を希望された場合は通院介助をしている。	
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	法人内の訪問看護の看護師が月2回健康チェックに来ている。 また、状態の変化等あれば、随時連絡し指示を受けている。		
32	(15)		○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。	入院された場合には、情報提供をしている。 退院の時期や受け入れなど連絡を取っている。	入院をした場合は病院へ見舞いに行き、かかりつけ医から様子を聞く。また家族とも連絡を取り合っている。入院が3か月を超える場合は本人、家族に了解を得て、退居してもらうことを基本にしている。	
33	(16)		○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	契約時に説明している。 重度化した場合には、家族と十分に話し合い対応している。	看取りの希望があれば看取りをする方針で、本人、家族の希望を聞きながら主治医や訪問看護とも連携して、既にお一人の看取りを行った。昼間は同一建物内のデイサービスの看護師との連携も取れている。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し職員全員が内容を把握できるようにしている。		
35	(17)		○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	年2回防災訓練を実施している。	年に2回デイサービスと一緒に防災訓練をしているが主に通報訓練で消防署や他の参加はない。消火器、スプリンクラーの点検はできている。避難通路の確保もできている。近隣の消防署の支所が隔日に開設されているので安心感を持っている。	

自己	者	第三	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	(18)		○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	言葉使いなどプライバシーに配慮してケアに取り組んでいる。	職員の不適切な言葉使いに気が付いたときは、管理者が注意している。トイレへの促しは職員が利用者の手を取り、「行きましょうか」と優しく声をかけていた。	
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	日頃の会話の中で、希望を傾聴し自己決定できるようにしている。		
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	スケジュールを決めず、柔軟に対応している。		
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	入浴時の着替えなど、一緒に選ぶようにしている。 月2回散髪屋さんが来られるので、カラーなど希望に応じて行っている。		
40	(19)		○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	嫌いな物は出来る限り代替えで対応している。 盛り付けなどして頂いている。	週に3回篠山市内へ利用者と一緒に買い物に出かけ、調理の下ごしらえや盛り付けは利用者と一緒にする時もある。献立は職員が立てているが内容が偏っている。朝夕の食事は夜勤の職員が利用者と同じ食事をしていて、昼食は別である。	食べたいおやつを一緒に作ったり、昼食も職員が同じものを食べながら、歓談しつつ一緒に味わう楽しさがあるのもいいのではないのでしょうか。献立は利用者の好みや希望を取り入れ、早めに管理栄養士に相談されてはいかがでしょうか。
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・水分量のチェックを行っている。 カロリーチェックを行い、管理栄養士と連絡を取りながら行っている。		
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	毎食後の口腔ケア及び昼食後の重曹水による舌の汚れの除去を行っている。 また、月1回口腔外科の往診、月2回歯科衛生士が口腔内をチェックしに訪問している。		

自己	者 第三	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	(20)	○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	排泄チェック表を使用し排泄リズムの把握に努めている。 排泄チェック表にて排便の有無を確認している。	排泄チェック表を付けて把握しているが、自立している利用者の排便の確認ができないことがある。その場合はおなかの張り具合などで判断している。紙パンツを使用している利用者へはタイミングを見てトイレ誘導をしている。	
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	水分補給や、運動などを取り入れている。 自立しておられる方への確認が不十分である。		
45	(21)	○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	曜日を固定せず、間隔が空きすぎないようにしている。	入浴は週に2回で、時間は日によって異なる。自立している利用者が入浴中は、脱衣所で見守りながらゆっくりくつろいでもらう。介助の必要な方は、湯船の近くで話をしながら見守っている。	
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	日中は、体操や散歩、作業などをして貰い、夜間は気持ちよく休んで頂けるようにしている。		
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	薬は職員が管理している。 薬の情報が分かるようにファイルを作っている。 変化等があれば、看護師へ連絡をしている。		
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	日々の生活の中で余暇活動や個別の趣味などできる限り対応している。		
49	(22)	○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	散歩や買い物など出かけるようにしている。 地域の行事や季節のイベントなど外出するようにしている。	朝9時は散歩の時間と決めている。建物の周りを歩いたり、健脚の方は1時間くらい職員と歩くこともある。回転寿司、ファミリーレストラン等の外食や弁当もちで公園へ出かけたり、個人の行きたい場所へも出かけている。	

自己	者	第三	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	金銭の管理は職員が行っている。 外出時には欲しいものを買っておられる。		
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	家族の了解を得て自由に使えるようにしている。		
52	(23)		○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	季節に合った飾りつけをしている。 カーテンで光を調整している。	玄関はデイサービスと共用で円形の明るい空間で陽当りがよく、ひなたぼっこもできる。 食堂兼居間はゆったりした広さで、壁には節分にちなんだ共同作品があって、季節が感じられる。	
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	ソファを置いており、テレビを観られたり新聞を読んだりとされている。 食卓テーブルで気の合う方同士で作業されている。		
54	(24)		○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	仏壇を持ってこられている。 家具など特に制限を設けず、家族の方と話しながら心地よい空間づくりに努めている。	仏壇を持ってきている方やテレビを置いたり、筆筒の上に家族の写真を飾ったりしている方もいる。小さな筆筒なので家族が衣類の詰め替えに訪れる。既存の建物を改造したので制約があり、居室は玄関と対照的に陽当りが余り良くない。	
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	バリアフリーとなっている。 トイレには案内を大きく掲示している。		