

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	0770402402		
法人名	有限会社いわき清風園		
事業所名	グループホームいわき清風苑(ひまわりユニット)		
所在地	福島県いわき市東田町二丁目12番地の2		
自己評価作成日	平成21年12月28日	評価結果市町村受理日	平成22年4月6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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【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	960-8043 福島市中町4-20		
訪問調査日	平成22年2月18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)】

最高齢102歳の方をはじめ、高齢化と身体の衰えが進んできているユニットである。ドライブなど皆と一緒に参加できる場が少なくなってきた。そのような状況だが、利用者の方の自分でできる範囲内で、趣味や日常生活を過ごしていただいている。無理をさせず、現状維持を保てるよう健康管理に努めている。

【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)】

1. 事業所は平屋の2ユニットで、設立当初からの職員や利用者も多く、家庭的な雰囲気を利用者の表情も明るく落ち着いている。
 2. 経営者・管理者共に職員の資質向上に努めており、研修派遣や資格取得の支援をしている。毎年多数の資格取得者を出している。また、職員間の融和が図られており、全職員が意欲をもってケアの実践にあたっている。
 3. 事業所ではヘルパー2級取得のための実習生を毎月受け入れており、新しい多様な感覚によるサービスが得られるとともに職員養成という重要な役割を担っている。

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 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	職員の話し合いのもと決めた理念を、申し送りの都度復唱し確認している。見える所に掲示をしたり、ネームプレートの裏面に記載している。	全職員で協議し、「相互敬愛 哀歓共有」を主眼にした理念を作成し、日々理念を振り返ることにより、サービスの向上に努めている。	事業所が地域と共生していくことが、理念に加えられることが望まれる。
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	ホームに接した公園の草刈り等の参加、ボランティアや保育園児との交流を行なっている。	事業所は児童公園に隣接しており、公園の清掃・除草時には入所者も参加し、地区の参加者と交流している。傾聴ボランティア・中学生の体験実習・子供ボランティアも数多く受け入れている。また、ヘルパー2級取得のための実習生を毎月受け入れている。	
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	分かりやすい資料を作成している。イベント(夏祭りやクリスマス会)への招待や福祉体験学習の受け入れなどを行なっている。		
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、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	2ヶ月に1回会議を開いており、ホームで行えるような意見があれば、行なうようにしている。	運営推進会議は定期的開催され、事業所の状況報告や地域との交流状況、外部評価結果、災害対策等について協議している。また、地域包括支援センター職員は全会議に出席している。	運営推進委員が3名のみであり、委員構成に工夫が必要と思われる。地域住民や民生委員等に働き掛け、運営推進委員の充実に努められることが望まれる。
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取り組んでいる	市の介護相談員の受け入れや、地域包括支援センターとの情報の交換、連携を行なっている。	地域包括支援センター職員や市介護相談員を通して事業所の実情を把握してもらっている。また、市の担当職員とは相談等で連携している。	
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	居室に鍵はなく、玄関も施錠していない。身体拘束については、勉強会を行なうなどして理解を深めている。	身体拘束の弊害については勉強会等で全職員が理解しており、拘束のないケアに取り組んでいる。玄関は日中は施錠していない。	
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	毎月のケア会議時に、指導・教育を行なっている。研修会には積極的に参加し、勉強会時に情報を共有させている。		

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	日常生活自立支援制度を利用している方がおり、社会福祉協議会と共に協力し、支援している。		
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	十分な説明をしており、利用者、ご家族等が納得したうえで手続きをしている。		
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	年2回の家族会の開催や、市から介護相談員を受け入れるなどし、改善に向け取り組んでいる。	家族会議や介護相談員、意見箱等から家族の意見の収集に努めている。出された意見は経営者を交えた会議等で話し合い運営に反映させている。	
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	毎月のケア会議やリーダー会議、また、利用者受け入れ時など、職員の意見や提案を聞くようにしている。	職員が意見や提案がしやすい体制が確立されている。また、経営者、管理者が職員の意見を聴取する機会を設けており、職員と経営者は信頼関係が築かれている。	
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	資格取得による手当のアップなど、やりがいや向上心を持てるよう努めている。		
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	研修に参加し、研修後は報告書にまとめ、勉強会時に報告発表をしている。また、経験のある職員が利用者の対応についてなど、他の職員に意見や指導をしている。		
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	様々な研修会の参加や、地域グループホームの管理者会議等などで交流を深めている。		

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
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	まず信頼関係を作るため、無理強いを行わず、ご本人の意見、不安などを傾聴し、良い関係になっていただき、ホームの生活に慣れていただいている。		
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	事前にご家族と困っていること要望について話し合いをしており、また、面会に来られた時、話し合う時間を持つようにしている。		
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	ご本人、ご家族が必要としていること良く聞き、サービスの提供をしている。協力病院があるが、希望があれば希望の医療機関で対応できるようにしている。		
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	日常生活において、一人ひとり役割を持っていただき(お手伝いをしていただくなど)、生きがいのある生活を送っていただいている。		
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	季節の衣類の出し入れなどをご家族に頼んで行なっている。		
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	面会や外出、外泊ができる環境を整えている。また、馴染みの床屋に来ていただき、散髪を行ったりもしている。	近隣の散歩、隣接地の児童公園でのくつろぎ及び近所での買い物等でなじみの方との交流に努めている。また、外出や外泊など利用者や家族の希望により対応している。	
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	利用者の個性を尊重し、関わりを持ち、皆で支え合えるように努めている。		

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	退居されたご家族から相談を受け、それに対応している。		
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	日常の中での関わりから、ご本人の希望などを把握し、ご本人が行いたいことを否定せず、支援している。	利用者に対して全職員が利用者の言葉やしぐさ等些細なことも見逃さないようにして意向の把握に努めている。ケア会議で利用者の意向に応えるサービスを検討し、毎日のケアに反映させている。	
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	センター方式を活用し、ご家族に聞き取り調査などの協力をしていただきながら、生活環境を整えていくように努めている。		
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	常時、職員全員で情報を集め、ケア会議の中で話し合い、ケアの方針を立てている。		
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	ご本人と話し合うのはもちろん、面会時や電話等でご家族の意見も聞き、毎月のケア会議で話し合い介護計画作成に生かしている。	利用者、家族の意見や要望を聞き、日々の介護記録をもとに全職員でモニタリングを行い、利用者の実情に即した介護計画を作成している。また、状態に変化があった場合には家族、医療機関等と連携し、介護計画の見直しをしている。	
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	個別に一日の記録に記入し、職員間で情報を共有し、ケアに役立てている。		
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	柔軟に対応できるように、ケア会議の他にも、必要があればミニ会議を行い、支援やサービスに努めている。		

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
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	傾聴ボランティアなど、地域資源を活用し、楽しい生活づくりを支援している。		
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	希望があれば、希望の医療機関を受診していただくように支援している。	かかりつけ医の受診を支援しており、かかりつけ医及び歯科医等の往診も受け入れている。また、協力病院からも月2回の往診があり、適切な医療を受けられる体制となっている。	
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	訪問看護師と情報を共有し、相談をしたりアドバイスを受けながら、適切な看護を受けている。		
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。	利用者の方もホームの方が安心できるので、早期退院できるよう常に医療機関と情報交換をしている。		
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	契約時、また状況に合わせて説明をし希望を聞き、重度化時、終末期には医療機関も交えてご家族に説明し、方針を立てている。	重度化や終末期の対応については、家族から書面により意向を把握している。ターミナルケアについても医者、家族及び職員と協議し、家族の意向を重視し対応している。かかりつけ医と連携してターミナルケアを実践した例もある。	
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	定期的に救急救命の講座を受講し、技能を習得している。		
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	毎月避難訓練を行っており、消火や連絡、避難誘導を実践している。また、非常食の備蓄なども行っている。	運営推進委員に元消防関係者がおり、災害対策についての助言があり、避難訓練は毎月実施している。災害時等の食料品等の備蓄はしている。	災害時には地域の協力が重要となるため、近隣住民に協力の依頼をしているが、避難訓練時に参加してもらうことを検討されてはどうか。

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	利用者一人ひとりに対し、言葉かけや対応の仕方を職員間で統一するようにしている。また、排泄時の声かけに注意を払い、プライバシーの確保に努めている。	利用者の個人情報等の保護については契約書に明記し、全職員が理解して日々のケアに努めている。利用者のプライバシーに関する会話は耳元で静かに声かけをしている。	
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	おやつに訪問販売(ヤクルト)を利用したりして、自分で好きな品を選んでいただき、自己決定する場面を作っている。		
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	起床時間や入浴日など、利用者の希望に合わせた支援をしている。		
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	外出時の服選びや着替え、整髪など、自分でできる方には声かけ支援し、できない方には介助にて支援している。		
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	献立を立てる時には、利用者の意見を聞いて、好みのもを入れたり、食事の際は利用者と同席し食事を共にしている。食事の支援はさりげなく行なっている。	献立には利用者の希望を取り入れ、簡単な作業は職員と一緒に進める等調理に参加している。また、食事前には軽い体操(顔や舌)を行っており、職員も一緒に食卓を囲み、さりげなく支援しながら楽しく食事をしている。	
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	一人ひとりに食事・水分摂取の目安を設定し、摂取量を記録し、情報を共有している。		
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	毎食後に、歯磨きやうがい、義歯の洗浄を行なうよう声かけや誘導をし、利用者の習慣になるよう支援している。		

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	排泄動作の把握と排泄チェック表の有効活用をしている。また、失敗を繰り返さないための、早めの声かけと誘導を行なっている。	入所時や退院後にオムツを使用していた利用者であっても、オムツを外すことを目標に日々のケアに努め、改善している。それぞれの排泄パターンや習慣を把握しトイレでの排泄の支援に努めている。利用者の状態によっては室内でポータブルトイレを利用している。	
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	排便障害につながらないように、安易な下剤の服用は避けるようにしている。また、刺激物や脂肪分の多い食物の摂取は避けるようにしている。		
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	一人ひとりの体調を考慮し、入浴前の声かけを密にしている。拒否が見られる場合には、次回につながるように希望や要望を聞き支援している。	利用者は毎日希望の時間に入浴できることを基本としているが、入浴を嫌がる利用者にも最低週2回は入浴をするように支援している。	
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	毎日の睡眠リズムを考慮し、昼寝等も有効に取り入れ、メリハリをもって生活できるよう支援している。		
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	利用者一人ひとりの薬について理解している。特に慢性的疾患を持つ方の服薬状況、糖尿病や呼吸器疾患の方の日常の様子観察について、医療機関と連携して対応している。		
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	コミュニケーションを多く持ち、今何を求めているのかを考慮する。そして必要な事や物について、一緒に試み一緒に活動している。		
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	季節感を味わっていただくための、ドライブや散歩。また、ご家族の協力を得ての外出などを支援している。	利用者が屋外で楽しく過ごすことが出来るように屋外行事を多く企画し実践している。季節や天候にもよるが隣接地の公園での散歩や敷地の菜園による野菜作り等は日課となっている。	

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
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	個々の希望や要望をしっかり受け止め、ご自分で管理できる方には支援している。		
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	手紙等のやり取りができるよう支援したり、電話をしたい時は、椅子などを用意し、座りながらゆっくり会話ができるよう支援している。		
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	季節の花などを飾り、コミュニケーションや季節感を味わっていただいている。	管理室と共有スペースを中心に居室が配置されている。共有スペースは広く明るく、手すりが設置されており、歩行訓練にも利用可能である。小上がりの畳敷部分もあり、これらを中心に利用者は自由に過ごしている。2ユニットとも1階であり、各ユニットとも3方向に非常口がある。	
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	ユニット内には、自由に使える椅子やソファが置いてあり、好きな時に好きな所でくつろげるよう配慮している。また、ウッドデッキがあり、外気欲や季節の情景を感じていただいている。		
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	入居の際には、できるだけご自身で使っていた身のまわりの物、馴染みの家具等を持参していただくようにしている。仏壇を持参される方もおり、供え物や供養の心を大切に考え協力している。ご家族の写真等も飾っている。	ベットを基本にしているが、入居者の状態や希望により畳を敷くことも可能となっている。利用者が使い慣れた家具等を持ち込み、それぞれが個性的で利用者好みの居室になっている。	
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	一人ひとりの特性を考え、より良い状態を続けられるよう、身のまわりの物やその配置に気をつけ、意欲的な日常を送れるよう支援している。		