

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	2771000862		
法人名	医療法人 松仁会		
事業所名	グループホーム 雅の家		
所在地	大阪府大阪市西淀川区大和田5-4-14		
自己評価作成日	平成22年5月30日	評価結果市町村受理日	平成22年7月23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	c.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2771000862&SCD=320
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪府大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成22年6月29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>職員の数にゆとりを持ちできるだけ外部研修に参加をし、スキルアップを目指している。居室担当を作り、ミーティングにより個別ケアを重視している。</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>事業主体は医療法人で、近くに診療所と老健施設があり、法人内外の介護関連事業所と連携して、「ここが我が家」と感じ安心が得られる「理念」を活かした真摯な取り組みが成されている。管理者は介護支援専門員として平成18年6月より、管理者兼、介護支援専門員として平成21年3月に就任し、運営推進会議や災害時の避難訓練に、様々な地域の事業所と複数の地域住民の参加を得て、地域との密接な関係を築いている。利用者や家族に、目配り気配りを積極的に行い、全職員と定期的に会議を開催して、同じ視点で日常の業務に取り組むよう徹底を図っている。</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ます (参考項目:9,10,19)
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)
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)
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)
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
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
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、安心して暮らしている (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

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	利用者が家庭で過ごしていると感じて頂ける様(自分が主役・ここが我が家である)生活の幅を広げ、認知症の進行を緩やかに、生きがいを持って暮らしていける様に支援・計画を進める。	地域の中で「我が家」としての暮らしが続けられるよう支援する事業所独自の理念をつくり、各ユニット入口に掲示している。全職員で理念を共有するよう話し合っている。	
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	自治会への参加、学校行事への参加。個別ケア(外出)の充実により、利用者様の意向に合わせたケアができる様進めている。スーパーや飲食店の協力のもとレク活動を行っている。	自治会に加入して、自治会主催の運動会や敬老会に参加し、近くの神社の夏祭りにも行っている。地域の保育園児の来訪や中学生の職業体験実習を受け入れている。	
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	西淀川グループホーム協会に登録しキャラバンメイトとして(連絡会に)参加。認知症をより多くの人達に知って頂く為、認知症サポーター養成講座開催(西淀川在宅サービスセンター)		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催。入居者家族代表・包括センターが確実に参加できる様に開催時間を変更する。	自治会長、民生委員、他事業所ケアマネジャー、保育所施設長、地域包括支援センター、利用者、家族が参加して、2ヶ月に1回開催し活発な意見交換が行なわれている。	
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	地域包括センター・市町村、西淀川居宅介護支援事業者への連携。西淀川区在宅サービスセンターと連携し空き情報の公開。介護支援専門員と情報交換。社会福祉情報・研修センターとの連携。	介護保険申請代行や生活保護担当者と連携をとり、近況報告や相談をしながら協力関係を築いている。市と区のグループホーム連絡会に加入して情報交換をしている。	
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	身体拘束廃止の立法化を求める会に参加。常に利用者が心身状態を平穏に保ち生活できる様、なるべく行動制限をしない(キーパーソンとは常に連絡を密にする)。	管理者は身体拘束ゼロ作戦の推進大阪集会に参加し、全職員が身体拘束をしないケアに取り組むよう徹底している。日中は、玄関を開け放して家族は来訪しやすい。	
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	虐待・身体拘束(行動制限)ゼロを目指す。		

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
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	成年後見人制度利用者(18人中5人)。あんしんサポートの利用。認知症介護研修の受講。大阪市福祉局主催人権問題受講。		
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	グループホーム雅の家重要事項説明書2部作成。		
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	グループホーム雅の家運営基本方針。職員間で話し合い改善対応策を検討している。玄関入り口に苦情箱を設置、家族来訪の機会を利用。	運営推進会議や家族の来訪時には、意見、要望を出してもらうよう働きかけている。電話での報告はしているが、書面での状況報告やホームたよりの発行等は行われていない。	家族会の開催、ホームたよりの発行やアンケート等、家族や利用者の意見、要望を表わせる工夫が望まれる。
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	適宜に会議を開催する。月1回1F・2F合同会議。月1回各階ミーティング。	全職員が参加する会議や主任等の幹部職員会議など、それぞれ気軽に意見交換をする場を設け、事業所の運営に反映させる取り組みをしている。	
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	グループホーム雅の家職員7名、会社の助成金を受けヘルパー2級取得。平成21年8月～平成22年3月。		
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	研修の年間スケジュールを作成。掲示し研修への参加を促す(5月リスクマネジメント、6月食中毒・感染症)。		
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	関連施設の勉強会。毎月第2第4の勉強会(医薬品学習会)。他のグループホームを知る為1日体験。		

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	入居前のご家族と利用者は時間をかけ何度も施設見学と面接を行う。		
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	入居前のご家族とは時間をかけて面接し、経済面で難しい方の事由を勘案する事もある。		
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	グループホームは認知症の人が入居対象となる為、そうでない人への介護保険制度を十分に説明し、他の支援方法を進める。		
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	事実の前では対等である。思いとスキルは違う。利用者様の意向に合わせたケアができる様、相互の関係を認め合う関係作り。		
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	今までの生活の流れを活かしながら施設行事(遠足・誕生日会等)にはご家族の参加をお願いする。		
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	ご利用者様に來る手紙や葉書を読み聞きし、代筆を行う。	家族から利用者宛の封書にホーム宛の礼状が同封され、手紙を読んだり返事を書いたりする支援をしている。以前暮らしていた地域の知人の訪問がある。	
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	入居者のくつろげる空間がDルームしかないので、入居者の間に常に職員が介入し穏やかさを保つ。		
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	入院・退去後のケアとご家族、病院・他施設・他居宅事業所等との連携を図る。		

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
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	本人の意向の把握は困難であるがアドボカシーの立場でご家族様の意見の反映を行い実際のケアに活かしている(入居者の自主性、主体性を重視)。アセスメントで職員間の情報の共有を行う。	ADLが低下するなかで利用者の行動や表情から意向を汲み取るようにしている。アセスメントシートやケアカンファレンス記録を参考に本人の視点にたって話し合っている。	
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	入居時ご家族様より情報提供をして頂いている。病院→看護サマリー 居宅→直近のケアプラン 施設→退去時の看護要約		
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	日常性・自立度を把握している(水分、食事摂取量・排泄・生活動作)。		
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	利用者ごとの居室担当を決めている。サービス担当者会議(ミーティング等)を開催し見直しを行う。実施期間が終了する際(通常3ヶ月に1回)と状態変化に応じた随時の見直し。	毎月担当でモニタリングを行い、利用者や家族の要望、医師の意見を踏まえ介護計画を作成している。3ヶ月に1回見直しを行い、状態の変化に即応して、新たな介護計画を作成している。	
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	服薬管理表・ケース記録・水分チェック表・排泄チェック表・バイタルチェック表・入浴サービス表介護日誌等。記録の仕方の申し送りの徹底。		
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	その時々生まれるニーズに対応して柔軟な支援サービスをしている。(例)訪問理容をうけない人に施設外のパーマ屋さんに行ってもらく等。		

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	レクリエーション等の外出時に民生や自治会への応援要請を行う。ご家族やボランティアの歌体操・紙芝居、保育園児の訪問、職員の子供の出入り。		
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・訪問リハビリ・訪問歯科・薬学管理指導。個々に同意書を頂き、適切な医療援助を行う。	個々に同意を得て、週1回訪問診療と訪問歯科、週3回の訪問リハビリ、薬学管理指導を受けている。以前からのかかりつけ医の継続受診も支援している。	
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	事業主体が医療法人で、ホームの前には診療所もあり入居者の緊急事態にも迅速に対応できる。		
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。	医療機関・ソーシャルワーカーとの連携。ご家族・医師・ソーシャルワーカー・ケアマネで入退院時のカンファレンスを行う。		
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	入居時に利用者様とご家族の皆様へと題し「健康管理書」の記入を依頼している。	入居時に「健康管理書」で、「急変時における対応の同意書」「重度化・看取り支援に関する意向確認書」の3枚の書類を作成して家族に充分説明しながら、方針を共有して同意書をもっている。	
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と雅の家緊急連絡網を作成している。		
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	緊急防災マニュアルの作成。大阪市災害時要援護者名簿を作成(地域自治会・包括センターに提出)している。	自治会長、民生委員、同法人の介護老人保健施設職員、同建物3階の本部職員の参加を得て、年2回消火訓練、避難訓練を実施している。スプリンクラー設置が決まっている。	

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
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	個別ケアの充実。入居者1人1人の人格を尊重してコミュニケーション技術を活用している。	ミーティングで言葉掛けや対応について話し合い、利用者の尊厳を尊重したケアに努めている。個人記録の取り扱いにも充分気を付けている。	
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	本人の返答能力に応じた支援。本人の思い込みを否定しない。本人のご希望や自己決定できる様な雰囲気作りを、職員一同で行っていく。		
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	利用者の日々諸事の変化を当たり前としている。優先順位を考える。基本的には施設生活(食事・入浴)の時間はある。		
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	その人らしさを支える為の支援。隣の理容室と連携を密にとり予約を入れての入居者支援。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	選んでもらう、選ぶのを待つ。行事の時にはメニューを変更する。メニューが事前にわかっているので好みに合わない時は好きな物を購入し提供、声かけ・介助で完食を目指す。食後は職員と一緒に片付けを行う。	同法人グループの食材事業者の管理栄養士の献立で、ユニット別に調理して、利用者が出来ることで手伝ってもらっている。利用者と職員と一緒に食卓について介助や見守りをしながら食事を楽しんでいる。	
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	水分補給チェック表(1日平均1200ccを目標)。バイタルチェック表、起床時や入浴時以外に状態が悪い時は適宜に測定する。食事チェック表(声かけ・一部介助にて完食を目指す)。		
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	訪問歯科週1回。毎食・おやつ後に口腔ケア(個々で歯ブラシ・歯磨き粉を替える)を実施している。義歯は夜間帯で洗浄剤にて洗浄している。		

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	職員同士で連携をとり申し送り等でADL向上に向けて支援している。個々の排泄パターンを把握してオムツの着用は極力避けている。	排泄記録から利用者の排泄習慣を把握して職員で共有し、適切な個別のトイレ誘導を行ない、排泄の自立に向けた支援をしている。	
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	ティータイム時に牛乳・バナナ・ヨーグルト等を提供する。歩行やマッサージ、体操を行い、なるべく服薬に頼らず予防を行っている。排泄チェック表を活用している。		
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	利用者様の体調に合わせて週3回の入浴時間を設け支援している。失禁時の沐浴は随時行う。(レクリエーションや会議等、職員の都合で曜日や時間を変更する場合もある)	週3回入浴できるように利用者の入浴日を決めて、本日の入浴者として4人～5人の名前を表示している。シャワー浴や足湯も行ない、清潔保持に努めている。	
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	個々の睡眠パターンを把握する。夜間は巡回(3回)を行い良眠の確保に努めている。健康状態が優れない時は適宜の支援を行っている。		
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	薬学管理指導(18人中12人)月2回。服薬管理表を作成し活用している。ケース記録に1人1人の薬状を綴っている。		
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	過剰介護にならない様、見守り・声かけを行い役割を持って頂く(カラオケ・プランターの植え込み・別メニューでの食事会)。		
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	天候や利用者様の体調を考慮し、できるだけ外気に触れるよう心がけている(洗濯干し・ゴミ捨て・公園への散歩)。	近くの公園への散歩、喫茶店や外食、咲くやこの花館への遠足、授産施設で行なわれた蚊帳の中に放たれた蛍を見に行くなど、利用者の希望や体調に配慮しながら、個々に外出支援をしている。	

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
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	ご家族からの預かり金の管理を行い買物の支援を行う(毎週金曜日に車移動のパン屋での買物、公園への散歩や通院時の自動販売機での購入等)。		
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	手紙は利用者から申し出があった場合には代筆を行う。電話の取次ぎ(ダイヤルをまわす)を行う。携帯電話の充電の支援。グループホームでの新聞の購読。		
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	狭い玄関を広く使える様に整理整頓を心がけている。家庭的な雰囲気を作り出す支援(開閉扉を利用し季節感を出す)をしている。	玄関への通路に金柑やプチトマト、朝顔などの鉢植えがある。居間はラミネートされた絵柄の季節飾りがあり、掲示板を設置して情報を貼っている。額入りの油絵や行事の写真があり、ソファを置き寛げるようにしている。	
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	共同空間における居場所の確保(廊下の壁を利用して毎月の行事写真を貼り、話題づくりの材料にする)。		
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	入居者の使い慣れた生活用品や備品を持ち込み、その人らしい居室を作る。	居室入口に表札をかけ、洗面台とベットが備え付けられている。利用者は使い慣れた家具や飾り物を持ち込み、自分らしく暮らせるよう工夫をしている。	
55	1	○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	身体機能の低下を補う配慮(車椅子介助ばかりでなく自操を促す)。場所の間違いやわからない事での混乱を防ぐ為に、居室の表札やドアに工夫をしている。		