

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	1092000023		
法人名	医療法人 富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホーム 星辰の家		
所在地	群馬県前橋市富士見町時沢703-1		
自己評価作成日	平成22年11月20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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階		
訪問調査日	平成22年12月6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)】

個々の利用者の生活を尊重し生活できるよう支援しています。施設の東側には畑があり、種植えから収穫まで職員と一緒にしています。関連のクリニックや訪問看護ステーションからの医師の往診や、看護師の訪問もあり、医療面で心配のある方も安心して生活できるよう支援しています。

【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)】

ホームは前橋の市街地から赤城山に向かい、自然環境に恵まれた場所に設置されており、小規模多機能ホームが隣設されている。周辺には観光スポットも多く、畑仕事や近隣の寺までの散歩、買物やドライブ、季節の花見等、外出する機会を作りながら、日常的に気分転換が図れるよう支援している。関連のクリニックとの連携で、利用者の健康維持に努めている。毎日入浴できる体制をつくり、利用者の希望に合わせて入浴支援を行っている。

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	開設時、職員同士の話し合いにより、決定しました。	地域密着型サービスの意義を職員間で話し合い、独自の理念を作成している。職員は日常業務の中で理念を意識し、共有しながら実践に向けて取り組んでいる。	
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	自治会に入り、地域の行事(夏祭り・廃品回収への協力)に参加している。今後は防災面での協力なども自治会に働きかけたいと思っている。	自治会に加入しており、地域の夏祭りや廃品回収・道普請等に参加している。中学校・通信制高校の体験学習や地元ボランティアの慰問の受け入れを行っている。地区の班長と防災面での協力について話し合いを始めている。	
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	家族や相談者には認知症の理解や関わりを説明している。		
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	会議時に報告や相談などの意見を取り入れている	会議は定期的に開催されていなかったが、22年度4月からは2ヶ月毎に開催されている。運営状況等の報告を行い、道普請への参加・災害時の地域との協力体制の確立等で意見交換を行い、そこでの意見等をサービス向上に活かしている。	会議は事業所の考え方、運営や現場の実情等を伝える貴重な機会である。認知症ケアの実際を理解してもらうためにも、会議は1年間に6回以上開催し、意見等をサービス向上に活かしてほしい。
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	現状や課題を随時相談させてもらっている。またメールなどで質問をおくったりしている。	市の担当者とは、日頃から報告や相談等で市の窓口に出向いたり、メールで質問等をしており、連携を図りながら、サービス向上に取り組んでいる。	
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	時々、玄関を施錠することがあり、今後の課題となっている	「身体拘束廃止に関するシンポジウム」に参加し、研修内容について職員会議で報告している。カンファレンスの中で勉強会を実施している。リスク対応に関する家族等との話し合いを行っている。利用者が不穏の時や職員がホールに居ない時等には玄関を施錠している。	職員の連携で、利用者の出て行く気配を見落とさない見守りの方法を徹底し、一人ひとりのその日の気分や状態像を把握しながら、鍵をかけずに安全に過ごせる工夫を重ねてほしい。
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	虐待防止に関する研修会への参加。事業所内での勉強会を実施している。		

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	必要時に随時説明できる体制を整えている。		
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	なるべく分かりやすく、理解できるように注意を払っている。		
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	面会時などに話やすい環境をつくるよう努力している。また年1回アンケートを実施している。	日常生活の中で、利用者から要望等を聞き取ったり、家族等の来訪時には、話しやすい環境づくりに留意し、意見や要望等を聞くよう努めている。出された意見等は職員間で検討し、改善に向け取り組んでいる。年1回アンケートを実施している。意見箱を設置している。	
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	職員の自主性を尊重して、早めに検討している。またミーティングを月1回行い、その場でも意見を求めている	月1回ミーティングを行い、職員の意見・要望等を聞くように努めている。働きやすい環境を作るため業務改善委員を置いている。法人主催の職員研修旅行や忘年会を実施している。	
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	やりがいを持てるような職場できるように日々心がけている		
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	研修への参加の機会を多く確保できるようにしている。また資格取得などでは協力体制をとっている		
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	連絡協議会への参加。他事業所への研修の参加などを行っている。		

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
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	まずはじっくり本人から話を聞くようにしている。		
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	本人の状況を踏まえ、今ある問題の解決に向けて、どう取り組んでいけば良いのかを一緒に考えている。		
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	状況を把握したうえで、必要なサービスを提案させてもらっている。		
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	できる事、出来ない事を把握し、利用者が培ってきた教養などを生かせるよう支援している。		
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	外出時の付き添い・他科受診の対応など、出来る範囲で家族にも一緒に支援してもらっている。		
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	馴染みの関係が継続できるよう、職員が同伴して一緒に出かける機会を設けている。入居前に利用していたサービスへ行くこともある。	友人・知人等が遊びに来たり、家族等と墓参りや一時帰宅、馴染みの美容室へ出かけている。入居前に利用していた施設を訪ねたり、電話での連絡を取り持つ等、継続的な交流ができるよう支援している。	
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	職員が間に入り、できる範囲で手伝ってもらっている。		

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
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	入院時にはお見舞いに出かけたりしている。		
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	その人がどんな生活を送りたいのか日々の会話など把握するようにしている。	その人がどのような生活を送りたいのか、日々の会話等を通して、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。家族等からも情報を得て、職員間で共有しながら、本人本位に検討している。	
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	生まれ育った環境や、職歴などを把握しサービス利用に努めている。		
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	日々の様子観察からの情報などで把握するように努めている。		
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	月に一度のカンファレンス時に全職員からの意見を反映させて介護計画を作成している。	本人・家族等から思いや意向を聞き取り、月に1度のカンファレンス時に職員全員で話し合い、それぞれの意見や気づきを反映させた介護計画を作成している。3ヶ月に1度モニタリングを行い、6ヶ月から認定期間毎に定期的な見直し、状態の変化に応じて随時見直しを行っている。	新たな要望や状態に変化が見られない場合でも、本人・家族等の意向や状況を確認しながら、月に1度はモニタリングを行い、介護計画の遂行状況や効果等を評価し、3ヶ月に1度は定期的な見直しを行ってほしい。
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	日々の状態を実行できているかどうか記録し、必要に応じて計画書の見直しを行っている。		
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	日々の状態を実行できているかどうか記録し、必要に応じて計画書の見直しを行っている。		

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
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	現在は他の地域資源を利用している方はいない。情報を集め、いつでも対応できるような体制を整えている。		
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	主治医の往診が月2回あり。	入居時に本人・家族等の意向を確認し、希望するかかりつけ医となっている。家族同行の受診・通院が不可能な場合には、職員が代行し受診結果を報告している。協力医と連携を図り、月に2回往診支援が行われている。訪問歯科支援がある。	
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	必要に応じて、看護職員・訪問看護ステーションと相談しながら行っている。		
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。	ソーシャルワーカーを通じて、現状の把握や退院時期の確認など行っている。またお見舞いに行った時は看護師からも情報をもらうようにしている。		
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	主治医・家族・看護師・訪問看護ステーションと事業所が一緒となり、終末期の過ごし方を決定している。	「入居者が重度化し、看取りの必要性が生じた場合における対応等の指針」を作成しており、入居時に本人・家族等に説明し、同意を得ている。状態の変化に応じて本人・家族等と話し合い、本人の意志や家族等の意向を確認し、かかりつけ医及び関係者全員で方針を共有しながら支援に取り組んでいる。	
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	看護職員が中心となって定期的に勉強会を行っている。		
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	年2回、避難訓練を実施している。今後、地域との協力体制の確立にも取り組んでいきたい。	年2回、昼夜想定でホーム独自の避難訓練を実施している。防災面の協力について、地区の班長と話し合いを始めており、地域との協力体制の確立に向け取り組み始めている。災害に備えた備蓄の用意をしている。	リスク管理の観点から初期消火の重要性を考慮し、年1回は消防署立会いの下で具体的な実践訓練を実施してほしい。職員だけの避難誘導の限界を踏まえて、地域住民との協力体制の構築に期待したい。

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	入浴時やオムツ交換時には特に配慮をいている。また、日々の会話などで気になる点は勉強会などで話し合うようにしている。	本人の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応を心掛け、入浴時・オムツの交換時には特に配慮している。言葉遣い等も管理者がミーティング等で指導している。個人情報の取り扱いに関しては、秘密保持の徹底を図るよう努めている。	
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	希望がすぐに言えるような環境つくり心にかけている。		
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	本人の意思を尊重できるようにしている。		
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	個々の利用者が自分の好みでその日の服を決めてもらっている。訪問理美容の支援をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	職員も同じテーブルで食事している。漬物作りやおやつ作りなどをしてもらっている。	盛り付け・テーブル拭き・食器洗い・漬物づくり・おやつ作り等を職員と一緒に、食事も共に楽しんでいる。献立や食材は外注であるが、栄養バランスの摂れた食事を提供している。畑で収穫した野菜を調理し、季節の味を楽しんでいる。	
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	食事摂取量は記録に残し、水分摂取も必要な方は行っている。ミキサー食から常食まで本人の状態に合わせて提供している。		
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、個々の状態に合わせて口腔ケアを行っている。訪問歯科による指導も受けている。		

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	排泄パターンを把握し、定時のトイレへの声かけを行っている。オムツも数パターン用意し、本人に合ったものを提供するようにしている。	個々の排泄パターンを把握し、失敗が無いようにトイレ誘導を行う等、排泄の自立に向けた個別の支援を行っている。失敗時の対応については、本人のプライドを傷つけないよう配慮している。	
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	体操や散歩などを行い排便につながるよう支援している。便秘症の方には処置なども行っている。		
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	午前・午後と対応している。入浴の回数も週2回～7回としの人によって違う。機械浴も設置し重度の方への対応も可能である。	入浴の曜日等を設定せず、一人ひとりの希望に沿って入浴を楽しめるよう支援している。入浴剤を毎回使用したり、ゆず湯等で季節を感じてもらおう工夫をしている。シャワー浴・清拭・足浴で対応することもある。	
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	個々の状況(疲労・不眠)に応じてベッドやソファ提供している。		
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	服薬準備・服薬確認は複数の職員で行っている。また個々の薬説明書をフェイルして把握するようにしている。		
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	個々の希望に合わせて実施している。外出支援なども積極的に行っている。		
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	天候や体調などに考慮してスーパーに行ったり、ドライブに出かけたりしている。	天気の良い日には、中庭にテーブルを出してお茶を楽しんだり、近隣の近所まで散歩に出かけている。スーパーや大型スーパーへの買物、季節の花見・紅葉狩り・ドライブ・外食等に出かけ、戸外に出て気分転換が図れるよう支援している。家族等と墓参りや一時帰宅、馴染みの美容室に出かけている。	

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	お金の管理は施設側で行っている。レジでお金を支払う時に本人にってもらったらいしている。		
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	利用者の状況に合わせて支援している。番号を押しえあげて、会話のみしてもらおうなどの対応をしている。		
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	中庭にはプランターを準備し自由に入出りできる環境を整えている。中庭で洗濯物を干したり、お茶を飲んだりしている。	ホールにはテレビ・ソファ等が設置され、壁に利用者の作品・日めくりカレンダー等が掲示されている。居間からの眺めは良く、利用者がソファに座り、ゆったりと過ごせるスペースになっている。中庭にプランターを設置し、季節の草花の手入れをしたり、洗濯物を干している。また、テーブルを出してお茶を飲んだり、焼き芋をして楽しんでいる。	
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	リビングから少し離れた場所に居間もあり、ソファ・TVを設置している。静かに過ごしたい人などはそちらで過ごしてもら場合もあり。		
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	TVを持ち込んだり、私物の持ち込みに制限はしていない。本人が希望するものは全部持ち込んでもらうようにしている。	各居室には、テレビ・衣装ケース・観葉植物・家族の写真・化粧品等、馴染みのものや好みのものが持ち込まれ、一人ひとりが落ち着いて過ごせるような工夫をしている。	
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	動線を確保し、車イスでの移動も可能なようになっている。		