

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	1293300057		
法人名	株式会社マウントバード		
事業所名	グループホームものいの家		
所在地	千葉県四街道市物井1806-12		
自己評価作成日	平成30年1月29日	評価結果市町村受理日	平成30年3月28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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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VAICコミュニティケア研究所
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生1107-7
訪問調査日	平成30年2月15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)】

「第2の我が家」を事業所の理念とし、利用者主体の生活を目指している。掃除や洗濯、食事作りなど出来ることは一緒に行い、利用者は役割を持った生活が送れている。散歩や外出、外食の機会を多く設け、社会との関りを絶たないような環境作りを行っている。また、地域の方にボランティアに来ていただくこともある。ご家族様との関係性もできており、運営推進会議などでは積極的な意見交換が行われている。また、年に2回開催されるホーム内のイベントにもご家族様が積極的に参加してくれ、交流がはかれている。

【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)】

地域の民生委員、ボランティアとホーム職員が連携しながら、職員間で情報共有を図り、利用者や地域が繋がりを有するよう工夫しており、「第二の我が家」での生活を充実させたいと努めており、地域の商店の見守りのもと、利用者が一人で買い物に行くなどの試みもしている。また、夏祭り、芋煮会、バーベキューなどには家族の参加も多い。運営推進会議は、民生委員、利用者家族、利用者、市の職員、地域包括支援センター職員の参加で、年4回開催しており、活発な意見交換で、ホームのサービスの向上に活かすよう努めている。

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)	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)	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)	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)	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)	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)	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)		

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	・事業所理念「第二の我が家」の元、利用者様が できることを管理者と職員が理念を共有し自宅で できていたこと(洗濯物干し・たたむ・掃除・食器 洗い・拭くなど)を探し実践してもらっている。	事業所理念は毎月行われるフロア会議で共 有し、地域で「第二の我が家」での生活が送 れるように、外出支援など工夫しながら実践 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	・地域の方のギター、コーラスボランティア に定期的に来て頂き、交流している。 ・散歩中に地域の方と親しくなり、入居者様 と一緒に会話している。	民生委員の紹介で、多彩なボランティアの来 訪が定期的であり、利用者の生活に潤いを 与えている。地域の商店の協力を得て、利 用者が一人で買い物に行くなどの試みもして 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	・昨年四街道市のグループホームとの 連絡会を開き、認知症について気軽に相談 のできる街角相談所をホームで行う取り組 みを始めた。		
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	3か月に1度市役所、民生委員、ご家族、ご 入居者様、職員で話し合いを行い、スタッフ による認知症の種類と特徴、対応の仕方、 どのような種類の施設があるかなど話をし てサービスの向上に生かしている。	利用者家族、利用者、民生委員、地域包括 支援センター職員、行政職員の参加で年4回 運営推進会議を開催している。身体拘束な どについても意見交換し、家族も積極的に発 言しており、充実した会議であることがうか がえる。	
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	運営推進会議を通じて取り組みを報告して いる。その他、感染症が発生した際は報 告、相談している。また、訪問した際は空き 情報なども伝え、入居者を紹介してくれるこ ともある。	市と連携して、街角相談所を開設して社会貢 献の取り組みを始めている。また、報告事項 や相談などで担当課を訪問するなどしてい 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	・現在、入居者様の離設が続いてしまい、 一時的に玄関に施錠をしている。今後玄関 にセンサーを付ける等、対応を話し合い施 錠しないで対応できるよう検討している。	身体拘束については年3回研修を実施する 計画であり、力を入れている。運営推進会議 でも家族などと身体拘束について意見交換 をして、共通理解を持つよう取り組んでい る。	
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	・ミーティングの時に随時話すことにより、意 識の向上を図り雰囲気作りを徹底してい 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	・成年後見制度を取り入れているご入居様、ご家族への対応など、ミーティングで話し合い理解を深めている。		
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	・契約時に時間をかけ十分に説明をしており、変更事項があればその都度不安や疑問点について面会や電話で説明を行っている。		
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	・運営推進会議にて意見・要望を伝える機会を設けている。 ・また、利用者様やご家族様より話しやすい雰囲気づくりを大切にしている。	運営推進会議や家族の面会時に、話しやすい雰囲気づくりに努めている。運営推進会議では、身体拘束についても家族と意見交換を行っており、出された意見を踏まえ検討している。	
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	・ホーム長がスタッフ一人ひとりと面談を行い、日常業務の様子や不安不満に思っている事を改善できるように努めている。	ホーム長が年1回、職員と面談し、意見を聞いている。また、フロア会議などでも意見を出してもらい、改善が必要と思われる場合は改善するなど、反映に努めている。	
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	勤務時間などは把握しており、不安や相談がある際は個々に相談に応じている。		
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	定期的に法人内で研修を行っている。また、外部の研修にも参加できるよう声をかけたり、勤務日、費用の調整を行っている。		
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	・定期的に市内のグループホームとの情報交換の場を作り、合同で合唱の発表などの予定をたて交流をしている。		

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
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	・入居前の段階で自宅に赴き、ご家族様・入居者様に会いアセスメントをして少しでも不安な点があれば、解決できるように十分な説明や話し合いをして入居してもらう。 ・場合によっては、実際にホームを見学していただくこともある。		
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	・入居前にご家族様の困っていること、不安などのニーズは何なのかを聞き、その取り組みにご家族様にも協力してもらっている。		
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	入居前に居宅介護支援事務所のケアマネージャーまたは、関係機関と話し合い入居者様がグループホームでの生活に適しているかを検討し、そぐわなければ他のサービス利用を検討する。		
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	職員都合での時間の経過ではなく生活の場として入居者様主体としてホームで暮らしてもらえるように支援している。		
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	・家族様が面会に来やすく、ゆっくり過ごしていただけのような雰囲気を大切にしている。 ・また、バーベキューや芋煮会などのイベントに積極的に参加して頂けるよう声をかけている。		
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	・ホームにご友人・知人が気軽に遊びに来てもらえる対応、ご友人やご家族との外出時に安心して頂けるよう着替えや薬などの用意等、外出しやすい支援をしている。	利用者が懐かしい場所に外出したいという場合は家族とも協力しながら実現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	入居者様同士の関係を把握してスタッフがいつでも話を聞く体制で、利用者様同士の間にスタッフが入り支え合える支援をしている。		

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
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	サービス利用が終わってもご家族様からの相談や依頼があれば支援するようにしている。また、他の施設にうつられた入居者様に面会にも行くようにしている。		
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	本人の希望や意向を日頃の会話などで耳を傾ける。 困難な場合は、ご家族様から意向を聞いたリ、生活歴など把握した上で検討する。	職員は、利用者が話しやすい雰囲気を作るように心がけ、話の中から思いや意向を聞き取るようにしている。また、家族から情報を得ることもある。	
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	入居時にご家族様・ケアマネージャー・医療機関・本人からアセスメントします。		
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	・一日の過ごし方を記録や管理日誌に残す。 ・普段と変わった言動などがあつたときは、記録に残して把握する。		
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	入居者様・ご家族様よりニーズを聞く時間を作ったり、本人希望や意向をミーティング時に話し合いスタッフの意見やアイデアを基に介護計画を作成している。	利用者や家族の意向を踏まえ、職員の気づきや介護記録の情報をもとにしてケアマネージャーが介護計画を作成している。また、定期的なモニタリングと6か月ごとの見直しで現状に即した計画になるようにしている。	
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	日常的な言動を注意深く観察し、特変事項を記録に残しケアの検討・見直しを介護計画に活かしている。		
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	入居者様・ご家族様よりニーズを聞きその時の状況にあわせ・訪問マッサージやボランティアを活用する。		

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	入居者様の希望のデパートや外食・医療機関・を把握し地域資源とのマッチングを図り豊かな暮らしを楽しんでいただける様支援している。		
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	本人・ご家族様の希望や意向がありかかりつけ医を継続で利用している。	ホームの協力医が月2回の往診で利用者の健康管理をしている。また、訪問歯科による口腔ケアも行っている。専門医については、もともとのかかりつけ医の受診を支援している。	
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	看護師が、不在の時に入居者様の体調が悪くなったときには、すぐに連絡を取り、受診の有無など相談できるようにしている。		
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。	病院関係者との関係ができており入院時に家族・看護師・病院・ホーム間で情報交換を密にしている。入院時も定期的に病院に行き病院関係者と早期退院に向け相談を行っている。		
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、事業所の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	重度化や終末期のありかたは、契約時に家族様に説明している。終末期にはご本人とご家族がどうありたいのかを理解して、事業所のできる事を話し合っている。	重度化した場合や終末期については、入居時に文書で説明するとともに、毎年意向を確認している。また、その時期が近づいた時には、医師、看護師、ホーム、家族で話し合い、方向性を決めている。	
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、落ち着いて対応ができるように対応方法の確認を行っている。個人ごとに基本情報の一覧をつくり、救急時に対応できるようにしている。		
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	・水の貯蓄をしている。夜間火災時の対応については消防員立ち会いで消防訓練を行った。	消防署の立ち合いを含め、年2回の避難訓練を実施している。また、消火器や非常通報装置の使用方法についても確認している。	地震、津波などさまざまな災害を想定した訓練の実施や、地域の協力体制構築に向けて働きかけることも期待したい。

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	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。	職員に対して法人研修や社内研修を行い、利用者を尊重した支援に努めるようしており、利用者の尊厳やプライバシーを大切にしたい声掛けができるよう取り組んでいる。	
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	本人が希望を表出しやすく時間を取ったり、自己決定のために、選択肢を多くするように心がけている。		
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	できるだけ職員都合ではなく生活の場として入居者様のペースに合わせた希望に沿ってその日をおくってもらえるように支援している。		
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	2ヶ月に一度、訪問美容でカットと毛染めをしてもらっている。スタッフと一緒に化粧品など買い物にも行っている。		
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	1か月に2回特別食を設け、入居者様に要望を聞き、献立を考えている。	普段の食事は食材業者から購入しており、献立も決まっているが、月に2回は利用者のリクエストを聞いてメニューを決める日を設定、食事が楽しみになるような支援に努めている。また、利用者もできることで参加している。	
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	食事量・水分量・好むものを把握して、水分量の少ない方には摂取の回数を増やしている。		
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	・一人ひとり状態に応じて解除・見守り・声掛けにて毎食後行っている。 ・状態によっては、訪問歯科の受診している。		

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	排泄チェック表を用いて一人ひとりのパターンを把握し、自尊心を傷つけないように配慮し、オムツ等の選択時には、ご家族様と話し合いながら支援している。	トイレでの排泄を大切にしており、自立している利用者も多いが、排泄パターンを把握したうえで、必要に応じて誘導するなどしている。	
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	排泄チェック表を用いて看護師と相談しながら行っている。水分量の少ない方は、ゼリーなど形を変えて提供している。		
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	職員の都合ではなく一人ひとりのタイミングや気分に合わせて入浴を楽しんでもらえるよう支援している。	行事のある日を除いて毎日午後入浴できるようにしており、職員体制を工夫しながら、湯船にゆっくり浸かってもらい、入浴を楽しんでもらえるように配慮している。入浴をしたくないという利用者には、時には家族の協力を依頼するなど、工夫しながら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	・一人ひとりの生活パターンや状況に応じて休憩したり安眠ができるように支援している。 ・リネン表を用いてローテーションで天気の良い日には、布団干しをスタッフと一緒にしている。		
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	訪問診療の先生、薬剤師、看護師と連携し、薬の変更があれば、連絡ノートを使いスタッフ内で情報を共有している。		
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	一人ひとりの好みを把握して、外出先で買い物をして頂いたり、ノンアルコールビールを入居者様と一緒に飲んだりしている。		
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	・天気の良い日には散歩に出かけたり、地域のスーパーに行きご本人が好きなお物を選び購入している。二か月に一度は車での外出をして、行き先など希望を聞いている。	天気がよければ、車いすの利用者も含め、近隣に散歩に出るようにしている。また、個別の外出支援で買い物に出かけるなど、利用者の意向に沿った支援に努めている。	

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
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	・お金の所持を希望する入居者様は、お金を自分で支払い買い物をしている。		
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	・電話を掛けることを希望される方がいればホームの電話を利用している。 ・年賀状など、手紙はスタッフと一緒にポストまで行き投函している。		
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	・家庭的な雰囲気を大切にリビング内をくつろげるスペースを作っている。 ・1か月ごとに季節に応じたカレンダーを入居者様と一緒に作っている。	木の温もりが感じられる共用空間は清潔で、訪問時には時節柄お雛様が飾られていた。ウッドデッキに、いすやテーブルを置き、居場所のひとつとなっている。	
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	気の合った入居者様と会話ができるようにリビングにソファを置いたり、テラスに椅子とテーブルをみんなで作ったりして、くつろげるスペースを作っている。		
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	入居時に自分の使っていた物や好みの色のカーテンを持ってきていただき、居心地の良い空間作りをしている。	各居室は車いすでも自由に動ける広さが確保されており、収納スペースも大きい。自宅から使い慣れた家具などを持って来て、それぞれが落ち着いて過ごせるような部屋にしている。	
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	手すりやバリアフリー設備を付けて、必要に応じてスタッフの支援を受けながらその人らしく支援自立して自立して生活が送れるよう見守りや介助している。		