

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	2770901516		
法人名	医療法人啓友会		
事業所名	グループホームめぐみ2		
所在地	大阪府高槻市安岡寺町1-36-8		
自己評価作成日	平成26年6月10日	評価結果市町村受理日	平成26年9月2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	
----------	--

【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	大阪市中央区常盤町2-1-8 MIRO谷町 4階		
訪問調査日	平成26年8月11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)】

医療法であるので医療が近くにあり併設のクリニックの看護師も24時間常駐しているので何かあってもすぐに対応することが出来ます。「住み慣れた地域で交流を図りながらその人らしく皆が最後まで笑顔で安心してよりそえる家」を理念に希望があれば最後まで利用者の皆様と関わっています。

【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)】

まだ田畑や森等緑が色濃く残っている安岡寺住宅街に、精神科クリニック(有床診療所)やナースステーション、デイサービス等を含めた複合型介護施設「めぐみの家」に開設された入居定員6名のこじんまりしたホームである。介護保険制度が発足した平成12年に早くも開設された1ユニットの「グループホームめぐみ」が先輩格で存在し、当「グループホームめぐみ2」は平成15年に開設されてその後輩となる。経営する医療法人啓友会の方針は在宅医療の充実化であり、その方針に沿った経営が行われている。開設以来からの利用者もおられ、年齢別では大正生まれの方が4名、昭和1桁生まれの方が2名と高齢かつADLも落ちてはいるが、職員の努力で和気あいあいと生活されている。医療連携も素晴らしく既に10例近くの看取り経験もあり、家族から感謝されている。

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、活き活きと働いている (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	管理者と職員が一緒に考えた理念で実践している。	平成15年4月に開設されているが、平成18年にグループホームについては地域密着性が強く打ち出されたのに伴い、管理者や職員全員でそれを感じる現在の経営理念を考えられ、その実践に励まれている。	
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	同敷地内にデイケアがあり日常的に交流をおこなっている。季節行事の際には近隣の方にも通知している。ひな祭り会では幼稚園児との交流もある。	利用者も高齢化し、ADLも下がって地域のイベントには参加が困難になりつつあるが、当ホームで行う地蔵盆や雛祭りには、地域住民や幼稚園児を招待し、交流を図っている。併設しているデイケアにはよくボランティアが来るので一緒に楽しんでいる。	
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	運営推進会議で認知症や介護について勉強会を行っている。		
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、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	運営の報告を行い利用者家族と意見交換を行いながらサービス向上に努めている。	地域包括支援センターや自治会長、民生委員そして利用者家族も参加して、奇数月に開催し年6回開かれている。特徴としては、勉強会(成年後見人制度等)も兼ねるケースも多く、双方向の意見交換会ともなっている。	
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	随時運営について福祉指導課に相談しサービスに役立っている。	市福祉指導課とはよくコンタクトがとれており、困り事や分かり難いことの相談にのって貰っている。市の介護相談員にも毎月1回2名に来て貰い、傾聴の姿勢で入居者の意向を聞き出す努力をして貰っている。	
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	職員の勉強会で周知し行っている	マニュアル「身体拘束の排除のためのとりくみ」を活用し、毎年職員研修を行い、現在は身体拘束の無いケアが実現出来ている。玄関も施錠せず見守りケアに徹し、入居者に閉塞感を与えないように努力している。	
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	虐待防止マニュアルを活用している。		

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に支援している	成年後見制度を活用している利用者もいるので学ぶ機会がある。勉強会でも成年後見人の経験者から話を聞く機会を設けた。		
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	担当者が説明している。説明を求められた場合は随時担当者が対応している。		
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	運営推進会議で意見交換の場をつくりサービスの向上に努めている。	利用者も高齢化し、かつADLも低下し、なかなか要望等が出にくくなっている。入浴時や居室で寛いでいる時を利用して聞き出す努力をしている。家族からは運営推進会議の場や利用者の近況報告時等に電話で聞き出す工夫をしている。	
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	毎月の会議で話し合い報告している。	毎月の職員会議で個別ケアの相談かたがた色々な意見や要望を言って貰っている。より上級の介護資格(介護福祉士等)を目指す職員にはシフト面等で支援している。	
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	介護職員処遇改善給付金制度を活用している。		
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	法人内の勉強会が月1回あり職員のスキルアップに努めている。事業所内でも職員育成委員会を作り、日常的に取り組んでいる。		
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	施設見学は受け入れているが交流する機会がほとんどない。		

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
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	地域の方で併設のデイケアやショートステイを利用されていた方が多く本人と家族とも話しを聞いている。		
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	利用者、一人一人に担当者がつき、要望も聞きやすい体制をつくり、関係作りにも努めている。		
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	担当者、計画作成担当者が、本人、家族と話し、必要であれば地域のサービスも紹介している。例えば訪問マッサージなど。		
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	利用者一人一人の個性を理解し、できることはして頂いている。職員もともに支え合うよう努めている。		
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	担当職員が随時連絡を取っている。面会時には担当職員と利用者のこと以外にも話ができる雰囲気作りをしている。		
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	どなたでも面会出来る様にし、特に時間も設けていない。同法人のデイケアに在宅時の友人が来られている時は会いにいたり一緒に参加できるよう支援している。	社会との接触の窓口でもあることを大切に、自宅近隣の知人が来訪された場合は面談を支援している。併設しているデイケアにも馴染みの利用者がある。馴染みの場所としては、自宅(法事)や美容院があり、原則家族がお連れするが、ホーム職員でお連れするケースもある。	
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	孤立する事がない様に食堂で過ごし職員が間に入る様にしている。		

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	死亡による利用終了がほとんどなので継続的な関わりがない。必要な際は相談・支援には応じる体制はとっている。		
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	計画作成時だけでなく日々、利用者・ご家族と話し、想いや要望などの把握に可能な限り努めている。	病院やデイケア等からの紹介であっても、利用者の自宅は出来る限り訪問し、過去の生活歴を把握し、入居後の暮らし方を聞き出し、アセスメントシートに纏め全員で共有している。入居後も利用者の変化や要望等を介護個人記録に記入し、ケアプランの変更に活かしている。	
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	家族や入所前のケアマネージャーや利用していたサービス事業者から情報をあつめている。		
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	アセスメント・モニタリングなどで把握に努めている。		
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	入居者それぞれに担当職員を決め個別のアセスメントを行なっている。月1回の会議にて状況把握している。介護計画書は家族とカンファレンスをひらき希望や要望を反映させている。	本人や家族の要望を取り入れ、ケアマネージャーや担当職員を中心にケアカンファレンスを開いて本人本位のケアプランを立てている。モニタリングは原則3ヶ月ごとに行い、ケアプランの変更や追加については随時行っている。	
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	計画の変更が必要になった場合カンファレンスを開催し随時計画を見直すようしている。		
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	それぞれのスタッフが気付いた事や行なった事は、各担当者へ伝えながら、出来る限り柔軟に対応している。		

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
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	入所後も活用できるよう出来る限り支援している。		
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	かかりつけ医の継続と協力医療機関への受診について同意をえている。希望があれば当法人の診療所をかかりつけ医としている。受診支援も行っている。	利用者の殆どが入居時に、同法人診療所の医師をかかりつけ医として希望されるが、従来のかかりつけ医や他科の専門医の受診についても支援し、連携体制を取っている。	
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	併設の啓友クリニック看護師と日々相談しながら健康管理を行い、援助している。週一回の訪問看護でも意見交換をしている。		
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	連携病院があり備えている。退院時も期限はあるが再入所できることを伝えている。		
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	契約時から看取りの指針で説明を行い、必要時はご家族とも確認している。医師の指示でホームで看取ること可能か判断をおおぎ医療と連携をとりながら支援している。	入居時に重度化した場合(看取り)の指針を示し、重度化から看取りについての同意書を取り、医療連携体制を活かして医師や看護師の支援のもとに、すでに10例近くの看取りを経験している。更に緩和ケアの研修にも取り組んでいる。	
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	緊急時の対応は定例の勉強会で行なっている。併設の啓友クリニック看護師と連携をとり対応している。		
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	避難訓練を消防署の指導のもと年2回実施している。防災マニュアルも作成している。	隣接する本館(グループホーム、通所介護、クリニック、短期入所)と共に、規定の訓練は実施している。自治会の防災組織との連携を目指しているが、実現には至っていない。	火災だけでなく、想定し得るあらゆる災害に対し、当事業所だけでなく、諸施設を一ヶ所に有する法人としても地域連携体制の早期構築が望まれる。

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	新人研修会や会議などで周知徹底している。	プライバシーの保護、プライドの尊重については、接遇研修の他、介護現場で注意を促すなど、入居歴や入職歴の長短で、親しさと馴れを混同しないよう留意している。	
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	本人の能力に合わせて対応している。		
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	利用者の状況によってはできないことがあるが出来る限りそのようにしている。		
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	利用者の状況・状態に合わせてながら支援している。訪問美容室の利用をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	施設委託業者の食事を提供している。同法人管理栄養士のもと献立が作られている。食事介助が必要な利用者が多いため一緒に準備や食事は出来ない。	荒刻み食の1人を除き、他は超刻みやトロミ食のなかで、声かけ、見守り、食事介助を適切に行いながら小人数(6人)の穏やかな食事風景がみられる。	
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	併設の啓友クリニック管理栄養士の支援も受けながら行なっている。嚥下機能の低下にあわせてトロミやお茶ゼリーで対応している。		
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	利用者の状態に合わせて、口腔ケアを行なっている。		

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
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	個々の排泄リズムが解るように排泄表を作っている。利用者の状態に合わせてながら援助している。歩行が不可でも座位がとれればなるべくトイレでの支援をおこなっている。	自立排泄可能な利用者は1人のみで、他は早番、遅番の交代時の人手がある時にトイレ座位を試みるなど、排泄自立に向けての支援に努めている。	
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	水分をしっかり飲んで頂く、運動していただくなどしている。どうしても便秘症の場合は内服や座薬、浣腸にて対応している。		
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	本人、家族の了承を得た上で曜日を指定して行なっている(週3回月・水・金を入浴日としている) 随時シャワー浴も対応している。必要時は足浴もしている。	ほぼ全員が重度者のため、個浴槽の使用は困難で通所介護にある機械浴を利用している。入居間なしの利用者には、個浴槽での入浴を行いたいとしている。	
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	寝具は使い慣れた物を持参し、使用している。本人の希望、ペースに合わせて援助している。		
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	処方薬の確認と理解をした上で服薬の管理をしている。主治医に内服量などについて相談することもある。		
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	個別には行なえてないが、洗濯物やおしぼり巻きなどのお手伝いはしてもらっている。季節行事に参加してもらっている。		
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	天候の良い日は職員と散歩に出かけたりもしているが、日常的ではない。要介護度の上昇に伴い外出支援が難しくなっている。年一回のバス旅行を計画している。	体調、天候に合わせて、園庭での外気浴程度の支援が現状だが、法人内の小規模多機能型、グループホームと協働で、家族同伴のバス旅行を実現したいとしている。	

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	基本金銭は金庫預かりとしているが、能力に応じて小銭を持たれていたり、希望があった時は個別に対応している。		
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	体制はあるが家族の面会も定期的にあり、本人からの希望は挙がっていない。		
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	皆で作成したイラストや飾りを季節に合わせて貼り付けして生活感ある空間作りに努めている。	十分に広いとは言い難いスペースだが、余分な飾りつけは無く、言葉と目が届きやすいような家庭的雰囲気大切に共用空間が設えられている。	
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	ホームの中は狭いので、一人で過ごせる空間は自室しかないが食堂のソファでくつろいだりできる。		
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	出来るだけ使い慣れた私物を持参してもらっているが個々の認知レベルや生活歴から私物が少ない部屋もある。	居室からは周囲の木々の緑や田んぼからの風が心地よく、室内には馴染んだ大小の品々で整えられ、入居してからの時間と日々の暮らしが窺える、落ち着いた雰囲気の居室である。	
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	居室にわかるよう名前をつけたリトイレの場所が分るよう大きく文字で表したりして利用者が自分で出来る様している。夜は廊下の電気はつけておき夜間移動時の安全を確保するなど対応している。		