

平成 30 年度

事業所名 : グループホームすまいる

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	0390200111		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホームすまいる		
所在地	岩手県宮古市崎鎌ヶ崎9-39-34		
自己評価作成日	平成30年6月26日	評価結果市町村受理日	平成30年9月20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.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/03/1/ndex.php?act=ion_kouhyou_detai1_2017_022_kani=true&ji_gyosyoCd=0390200111-00&PrfCd=03&Ver si onCd=022
----------	---

【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 いわたの保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号
訪問調査日	平成30年7月27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)】

長期間入所の方が多く重度化しているが、その人らしく安心・安全に楽しみを持って生活できるよう、職員間で、共通認識を持ってケアを実践している。重度化により想定されるリスクについても学ぶ機会を持っている。

【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)】

掃除がいきとどいた清潔でゆったりとした環境の中で利用者も自分のペースで過ごすことができる単独型施設となっている。利用者の重度化(平均介護度4.1)と高齢化(平均年齢92.5歳)が進行していることに伴い、車椅子利用者7名、食事全介助者3名などグループホーム運営として厳しい環境の中、職員間で情報共有を図り、利用者の出来ることを引き出せるように取り組んでいる。また、重度化や緊急時の対応については、系列で隣接している介護老人保健施設・訪問看護事業所や医療機関と役割を分担しながら連携を図っている。火災の際のリスクを検討して、新たに避難路を自主的に整備するなど防災に対する意識も高く、積極的な取り組みは評価される。

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)	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)
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、生き活きと働いている (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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

[評価機関:特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会]

平成 30 年度

事業所名 : グループホームすまいる

2 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	出来る事が少なくなっている中、出来る力を引き出せるよう、共に生きるという意識を持って支援できるようカンファレンスの中で話し合っている。	重度化が進み出来ることが少なくなった現状を捉え、「生きる」ことを最優先目標とし、如何にしてその人の力を引き出せるかを探るため、理念に基づく職員全体での話し合いを通じ、食事介助を優先するなど日々の実践に繋がられている。	
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	意思疎通が困難な方が多く、全体的な交流は難しいが、ホーム庭先のミニ菜園が近所の方との交流の場になっている。	通りに面したホームのミニ菜園が近所の人との交流の場となり、定期的開催する花火、流し素麺、クリスマス会等にも訪れるきっかけとなっている。職員は隣接の法人所有花壇に加え自治会の花壇の手入れをするなど、積極的に地域との交流に取り組んでいる。	
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	認知症キャラバンメイト研修に参加。認知症の対応を寸劇披露している。		
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	家族代表の方を定着せず、その時都合がつく方に来設して頂けるようにした。駐在所にも案内を出し、グループホームへの理解を深める場としている。	家族で都合のつく方を調整し、代表として運営推進会議に参加している。行事等の活動報告のほか、災害時の対応や菜園野菜づくりなどが話合われている。	避難路整備の助言をいただけるよう会議に消防関係者を加えるなど、更なる充実を期待します。防災関係等、テーマ別に他事業所と合同開催することも検討してはどうか。
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	困難事例での相談等はないが、集団指導に出席。推進会議の日程調節の為に電話及びアンケート協力を行っている。	運営推進会議で事業所の実情を伝え、市担当者への理解と情報共有を図っている。行政主催事業への協力や研修会等の出席を通じ行政機関との協力関係を築いている。	
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	様々なリスクを想定し、身体拘束をしない工夫を全員で検討し、ケアしている。	新たに身体拘束適正化指針を作成し、職員が理解しやすいようにフローチャートも掲載される内容となり、定期的に研修を実施する予定である。スピーチロックについてや居室を間違える利用者への入口の工夫など話し合いが行われている。	

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
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	手足の痣等、どのような状態であったか確認し合っている。		
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	日常生活自立支援事業を利用する方もおり、その都度連携したり、学ぶ機会となっている。		
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	入居時に説明を行い、納得頂いた上で契約締結している。改正時には改正箇所を文書及び電話で説明している。		
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	気持ちをうまく表現できない方が多く、噛み合わない会話ながらも発する言葉や表情から思いをくみ取るようにしている。ご家族からは面会や電話で近況を報告しご意見を伺うようにしている。	利用者の意向は、声掛けの反応などから汲み取っている。面会時や通院の際に来訪した家族へは、利用者の様子やエピソードを話しながら意見を伺い、その内容は職員間で共有されている。	
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	申し送りノートでの提案及び月1回の業務会議で業務の再確認や意見交換の場としている。	業務を通じた気づきからの改善提案を業務会議で話し合われている。バケツの大きさの変更や服薬タイミングなど、現場ならではの事例もある。また、年4回の管理者との個別面談は職員との意見交換の機会としても活用している。	
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	年度始めに個人目標を設定。年4回の面談にて進捗状況を確認するとともに、意見交換の場となっている。		
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	法人内で新人、中途採用者対象の研修、実践者・リーダー研修にも対象者が参加している。		

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
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	法人内での合同勉強会、懇親会及び沿岸北ブロックでの合同研修等参加している。		
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	申請を受け、訪問調査へ伺った際、ご本人の不安なことや要望を聞き取り、他職員と共有し、ご本人の安心と繋げている。		
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	申請時及び訪問調査や面会時、話しやすい環境を心がけ、何でも話して頂ける様、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	聞き取った情報、生活していく中から、擦せられることを職員間で共有し、サービスに繋げている。		
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	体調を見ながら家事作業への声掛け、会話の橋渡し等、穏やかに過ごせるよう配慮している。		
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	随時状況報告し、面会及び受診対応等、共にご本人を支えていく関係づくりに努めている。		
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	長期間入居されている方が多く、馴染みの人、場所の記憶も薄れてきている。面会者との会話も噛み合わないことも多いが、和やかな雰囲気を作り、次の面会に繋がるよう努めている。	耳が遠いなどから面会家族との意思疎通が十分でないこともあり、話に職員も加わり、話題提供やエピソードを交え、面会が途切れないよう働きかけている。居住地の近くの法人施設に移ることで、馴染みの関係を作り出した例もある。	
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	会話の橋渡しをし、同じ空間を共に楽しめるよう、配慮している。		

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	サービスが終了しても、その経過等に不安を感じている家族に対しての相談に応じている。		
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	自己表現が難しい方が多いか、表情や行動からご本人の思いを察し、申し送りノートへの記入やカンファレンスの時に意見交換している。	把握した利用者の意向、希望、思いを整理できるソフトを導入したことにより、声掛けによる利用者の反応から察せられる思い等を職員間で共有することができ、業務の効率化にも繋がっている。	
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	ご本人・家族から聞き取り、情報の把握に努めている。		
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	日々の中でのコミュニケーション、日課の出来事の申し送りで現状の把握に努めている。		
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	毎月の担当職員の評価及び4ヶ月程のカンファレンスで現状をプラン内容が合っているか検討している。家族には面会・電話で近況及びプランを説明している。	利用者の担当職員が中心に毎月モニタリングを実施し、3か月ごとに全職員による会議で介護計画を見直し作成している。家族へは電話や面会の際に説明し意見を伺っている。	
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	介護記録がパソコン入力になった。いつもと違う気づきは申し送りノートにも記入し、職員がすぐ見れるようにしている。		
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	必要に応じ、他事業所に相談したり、情報収集し対応している。		
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	地域行事を理解し、参加できる方は少ない。ホーム行事に地域の方を招いたり、実習生を受け入れ、交流の場となるようにしている。		

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
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・家族が希望するかかりつけ医を利用して、出来るだけ家族に同行して頂き、ご本人の状態を確認・共有する場としている。	かかりつけ医を継続した方と職員の通院介助を受けながらかかりつけ医を変更した方がいる。家族が通院に同行する際には、必要に応じ連携している訪問看護による体調チェック記録をもとに状態等を医療機関に文書で提供している。	
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	訪問看護と契約し、週2回の定期訪問、健康チェック及び状態報告を行っている。また、急変時には訪問指示をおこなっている。		
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。	入院した際には、入院までの経過、ADL等の報告をしている。入院中は治療計画、退院予定等の情報交換、日程調整を行っている。		
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	状態に変化があったら、その都度報告し、今後想定される事等、意向を確認している。医療機関、系列の介護老人保健施設と連携している。	重度化対応指針はあるものの、訪問診療の確保が困難なため、これまで看取りの実績はない。利用者が重度化している現状にあって、ホームとして出来る限りのケアの範囲を見極めながら、系列の介護老人保健施設と連携した支援を模索している。職員に対する看取り研修を実施している。	
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	救命救急講習に、職員全員が、参加している。		
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	年3回、地域協力隊の協力を得て、避難訓練・停電を想定しての炊き出し、就寝介助等体験している。	消防署立会のもと、ボイラー出火を想定した避難誘導訓練を近隣住民5人による地域協力隊の協力を得て、年2回実施している。災害指定地域ではないが、災害発生後のライフライン遮断に備えた夜間の炊き出し、利用者の就寝支援訓練を年1回実施している。	玄関スロープがボイラー室と隣接しているリスクを回避するため、別途取り付け式スロープ、砂利道のコンクリート化により新たな避難路を整備し、日常の点検の中からリスク軽減を図っていることは評価されます。更なる取り組みを期待します。

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
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	全介助の方が多くが目線を合わせてのあいさつや、ため口ではない言葉かけ等意識している。	呼び掛けは、家族の意見、本人の反応等から姓、名前、旧姓等でさん付けとしている。利用者のプライドに配慮し、さりげなく衣類を直したり、自己決定出来やすくするため、選択できる言葉掛けをしている。	
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	認知症の進行や新地能力の低下により困難な場合が多いが、日々のコミュニケーションの中から意向を察するようにしている。		
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	その方のペースを大切にしながらも孤立させず、周りの方と楽しめるようにしている。		
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	外出時に季節に合った服を選んだり、スカーフやマフラーなどで雰囲気を変えるなどしている。		
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	食事作りに参加できる方はいないが、目の前で下ごしらえをして。食事作りを思い出してもらおうようにしている。	重度化で食事準備に参加できる方はいないため、目の前で食事を作ることで利用者の五感を刺激している。ミニ菜園の収穫を一緒に行い食材としている。刻みやお粥の方が多いことから、宅配寿司等をひと手間かけて食べられるよう工夫している。	
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	一日の食事・水分摂取量を記録し、少ない場合はこまめに声掛けしたり、好みのものに変更、ゼリーを提供するなど、工夫している。		
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、声掛け誘導、見守り、介助で口腔洗浄。歯のない方は口を漱ぎ、口腔ケア用シートで拭き取っている。		
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	常時オムツ使用者1名。他6名は日中トイレ誘導(2名自立)水分、排泄チェック表で排泄間隔、水分摂取量を確認。表情等を観察し誘導・声掛けしている。	便座に座って排泄できるケアを基本としている。自立排泄2名は起床時のみ排泄チェックを行い、他の6名は排泄間隔や表情、しぐさ等を観察して声掛け誘導し、トイレで排泄できる支援をしている。	

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
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	食物繊維の多い食材を取り入れたり、デザートにヨーグルト、ゼリー等。液体だけでなく固形でも水分を摂れるよう工夫している。		
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	入浴直前に、気持ちが変わり拒否する方もいるが、時間をおいたり、声掛けを変えることで入浴できている。	重度化してきたことにより3日に1回の割合で昼食後に入浴している。異性による入浴介助を拒否する方はなく、一対一の対応で職員とコミュニケーションをとる良い機会となっている。	
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	昼寝、就寝は、ご本人の希望に沿って行っている。		
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	系列グループの薬剤師による勉強会を開催し、病状に応じた処方の意味等、薬の理解を深めている。		
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	全体的にレベルが低下し、力の発揮することが少なくなった。帰宅願望で落ち着きがない方はホーム周辺を散歩するなど気分転換を図っている。		
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	全体的にレベルが低下し、外出を希望する方は少ない。ホーム周辺の散歩、花見・紅葉ドライブ等、外に出掛ける行事を行っている。	日課としての散歩はないが、随時気分転換等で外に出やすい環境となっている。玄関前に椅子が3脚あり外を眺めながら外気浴が出来るようになっている。花見や紅葉の季節にはドライブしている。また、隣接の老人保健施設行事の納涼会、アニマルセラピー等にも参加している。	
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	個人管理されている方はいない。		
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	電話をかけたり、手紙を書く方はいないが、月に1回ご家族へのおたよりを発行しており、本人の訴えなど代筆することもある。		

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
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	ワンフロアで全体を見渡せるようになっている。調理している姿も見え、香りや音で食事を楽しみにする利用者の会話となっている。	玄関、窓も開放し心地よい風が流れ、吹き抜けの天井で広々とした空間を感じることができる。車椅子利用者にとってゆったり過ごせる空間となっている。毎朝、次亜塩素酸ナトリウムによる床のモップかけ、手すり拭きが行われ臭いを感じさせないうえ、感染症予防にも効果を発揮している。	
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	9人中、7人が車椅子使用(自走困難)TVを観る場所確保の為、3人掛け椅子を片づけた。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた物や、こだわりのある方はおらず、家族が用意することが多い。	洗面所、クローゼット、ベッド、緊急コールが用意されている。誕生日写真、カレンダーが飾られてるほか、タンスや衣装ケースが持ち込まれている。重度化が進み、経済的な理由から大量購入したおむつが積まれている。	
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	居室内にベッド、家具の配置を工夫し、安全に生活できるようにしている。		