

平成 23 年度

事業所名 : グループホーム すまいる2号館

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	0390200103		
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2号館		
所在地	〒027-0096 岩手県宮古市崎鎌ヶ崎第9地割39番地70		
自己評価作成日	平成 23年 9月 14日	評価結果市町村受理日	平成 24年 1月 19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://www2.iwate-silverz.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0390200103&SCD=370>

【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	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号		
訪問調査日	平成23年 10月 5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)】

その人らしさを大切に、穏やかに生活できるホームを目指しています。地域とのつながりも少しずつできています。ご家族やご本人が安心して生活できるホームを目指します。

【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)】

すまいる2号館では職員が業務を通じて成長できるようにするために、管理者が各職員に積極的に役割を与えたり、ホーム内研修会で講師を職員の輪番制として自ら進んで学ぶようにするなど、責任感を持ち意欲的に業務に取り組むことができるようにしている。更には、業務の振り返りや指導のために、年3~4回職員と管理者の個人面談も実施されている。このような取り組みが職員の自発性に現れ、ホーム内は会話が多くの明るい雰囲気、利用者の表情も穏やかで明るいことが印象的であった。

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)	○	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、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している (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				

[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]

事業所名 : グループホーム すまいる2号館

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	理念をホール内に掲示し、各自で確認すると共にカンファレンス等においても理念に沿ったケアの実践に努めている。	理念はホールに掲示する他に、月1回の業務会議で確認している。また、カンファレンスや業務に行き詰った時などに振り返り、理念を基にしたケアを考えるように行われている。	
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	地域行事への参加、日常的なあいさつ災害時の協力体制作りを行なっている。	日常的に戸外に出て、近所の方に挨拶するようにしている。ホームとして町内会に加入し、地域の総会や春・秋の清掃活動などに参加し、地域の中で役割を担えるようにしている。	
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	地域の方に避難訓練や合同運動会に参加頂き認知症の方の接し方、介助方法を伝え理解を促している。		
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	2ヶ月に1回実施。ホーム内の状況を報告し、第三者、ご家族の立場を伺い、ホーム内活動の参考にしている。	運営推進会議は意見を出しやすい雰囲気作りに配慮し、世間話をしながら進められている。参加者の提案を生かし、一カ所しかなかった避難口を新たに作ったり、庭用のソーラーライトを防災に取り入れたりしている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の出席依頼を持参したり、被災した方の諸手続き等、情報交換を行なっている。	運営推進会議の出席依頼は郵送せず、必ず役所まで持参して市の担当者と直接顔を合わせホームの最近の様子を伝えたりなどして、関係を深められるように取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	法人内のグループホームで身体拘束委員会を設け、特に言葉による拘束についての理解に努めている。	法人関連のグループホームによる身体拘束委員会があり、職員1名が委員として参加し、取り組み内容等を職員に伝えている。「拘束になる言葉」について職員間で話し合うなどの取り組みも行われている。	
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	身体拘束委員会で虐待についても話し合い伝講している。		

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	実際に制度を利用している方もいるので勉強の機会となり理解に努めている。		
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	契約等、ご家族には十分に説明し理解を得ている。		
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	意見箱の設置、毎月発行のお知らせ文書に意見欄を設けている。又、面会時にも話しやすい雰囲気作りに努めている。	利用者との日常の会話や運営推進会議、家族が面会に訪れた際に意見、要望等を聞くことができるよう話しやすい雰囲気づくりを心掛けながら取り組んでいる。意見箱の設置などもなされている。	面会時に要望等を聞くようにしているが、来訪する家族はあまり多くないとのことであり、家族が面会に訪れる機会を増やせるよう工夫することを期待したい。
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	月1回、業務会議を行い、行事等の提案、業務確認、見直しの場としている。	毎月開催される業務会議は、夜勤職員以外の職員が全員参加して話し合いが行われている。最近では脱衣室・浴室への手すり設置の要望が職員の提案により取り入れられている。	
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3～4回の個人面談を実施し、個々の気持ちをくみ取り、意欲を高める機会としている。		
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	受身だけの勉強でなく、介護の基礎について自ら学び、それを報告する場を設けた。		
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	震災により、親睦会は実施されていないが、沿岸地区の合同ブロック会で災害時の対応について意見交換を行なった。		

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	本人との会話、日常の中での様子観察を通して、職員全員で情報を集め話し合い、統一したケアで安心した生活ができるよう努めている。		
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	契約時等、お話をよく聴くと共に状態報告や面会時に安心して話せる雰囲気作りに努めている。		
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	本人、家族と話し合い、また、他部署とも相談しながらできることの支援に努めている。		
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	共に生活し、活動しながら感謝する言葉かけを心掛けている。		
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	本人の状態報告し、場合によっては電話、面会依頼等、協力を得ている。		
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	入所後も馴染みの病院受診を継続する事で顔見知りの方と再会の場となっている。孫や姉妹への手紙と一緒にポストに入れに行くなどしている。	地域の方の送迎により、入居前に住んでいた地域で開催されているひな祭り会に参加している方がいる。また、孫や家族等との文通を通じて馴染みの関係が継続できるように支援している。	
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	食席の席替えなど、利用者の関係を把握し、さりげなくフォローするよう努めている。		

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
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	他施設へ移動になった方への面会等行い、必要に応じて相談や支援に努めている。		
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	アセスメントでセンター方式を活用しその人らしさについて職員全員で話し合い本人本位のケアに努めている。	日々の会話の中で、本人の希望などを聞き取れるように努めている。聞き取りが困難な場合には、家族からの聞き取りや、会話の内容から本人がどのような年代で生きているかを知ることで、その思いを検討している。	
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	センター方式の中での生活暦等、ご家族に記入して頂いている。		
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	日課の中での申し送り、毎月のカンファレンス、ケアプランの3ヶ月に1度の見直しを行なっている。又、家族へも説明し意見を伺っている。		
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	つき1回のカンファレンス、毎月の評価、3ヶ月に一度の見直しを行なっている。家族へも説明し意見も伺っている。	家族の希望を確認して担当職員が介護計画案を作成し、その後職員全員で検討している。変更した介護計画は家族に説明している。3か月毎の見直しのほか、その時々課題等は毎月のカンファレンスで話し合っている。	
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	介護記録を本人の行動、それに対する対応とに分け、その場の様子がわかりやすいようにした。		
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	本人や家族と話し合い、ホームとしてできる限りの支援を行なっている。		

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
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	コンサートやイベントなどにもっと参加したいが利用者の体力低下もありあまり実施されていない。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医としているが病状によっては、訪問看護や家族に相談し変更する事もある。	ほとんどの方が入居前のかかりつけ医を継続利用している。これまで通院介助は職員が行うことが多く、かかりつけ医と直接係ることが多かったが、今後は家族に依頼することも検討している。	
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	週2回の訪問看護、体調不良時の相談、訪問等行なわれている。		
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。	入院先へのお見舞い、担当医、看護師と情報交換を行なっている。		
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	重度化した場合の家族の意向を伺い、ホームとしてできること、住み替え等説明している。	重度化について、常時の医療が必要となった場合や食事を口から摂れなくなった場合などには対応が困難となることを契約時に説明し、家族等の理解を得られるように取り組まれている。	現在家族に説明している重度化した場合の対応について、職員間の共通認識となるようにするために、ホームとしての基準作りの話し合いをすることが望まれる。
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	3ヶ月に1回、ホーム内状況として起こりえる急変について訪問看護による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回の消防訓練実施。地域の方にも協力頂いている。	年2回実施する消防訓練は、夜間想定で行われている。火災発生時には、隣接する母体老健施設とグループホーム及び地域協力隊として登録している住民の方に緊急通報されるシステムがあり、協力体制ができています。	

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	一人ひとりの認知を理解し、その方にあった対応を心掛けている。	利用者の生活歴等を考慮して、また本人がやることには意味があると考え、一人ひとりを理解しながら支援内容や声掛けの仕方などを検討し、本人を尊重する対応に反映している。	
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	会話の中から想いをくみ取り寄り添うよう心掛けている。		
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	日課の中で声かけをするが、ご本人のペースに合わせている。		
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	外出時の身だしなみ、お化粧品などご本人の希望に沿うよう支援している。		
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	食材を切ることはできなくなってきたが、おしぼりたたみ、配膳、盛り付け等、やって頂いている。季節の食材、行事食、献立はリクエストに応え作っている。	食材の買い物や料理の盛り付け配膳等、一人ひとりができることを考慮して支援している。献立を決める際は、チラシと一緒に見て希望を取り入れることもある。訪問時は利用者が拾った栗で作った栗ご飯が出された。	
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	献立や食材が重ならないよう配慮、水分量をチェックし不足がちな方には小まめに提供している。		
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、口腔ケアの声かけ、誘導等、本人の力に応じた対応をしている。		

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
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	本人の排泄パターンを把握し、声かけ誘導している。	立てる方は全員トイレ誘導を行い、利用者が使用しているパットの大きさの検討も行われている。排泄チェック表を用いて、トイレ誘導する頃合を判断して介助している。	排泄チェック表を用いているが個々の職員の感覚によるトイレ誘導となっているので、チェック内容を検討し利用者個々の排泄パターンを共有することを期待したい。
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	水分量のチェック、牛乳や寒天等の提供をしている。		
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	午後から2日に1回。一人ひとりがゆっくりと時間をかけて入浴している。	1日に4～5人の方が入浴し、全員が一日おきに入浴している。ゆず湯や菖蒲湯などの行事浴を行なうほか、安全とゆったり入浴できるように配慮し、最初から最後まで一人ずつ入浴できるように支援している。	
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	本人の希望に応じ、休息、就寝の支援をしている。		
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	一人ひとりの処方薬の把握に努め処方内容が常に見れるところにある。服薬確認をすると共に状態確認に努めている。		
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	日々の中で役割を持って生活し、散歩、買い物、ドライブ等、本人の希望に沿って気分転換の支援を行なっている。		
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	帰宅願望のある方の散歩、ドライブ等、自由に外に出られるよう支援している。お盆の外出、外泊、地域行事の参加等、家族と相談しながら行なっている。	日常的にホーム周辺を散歩したり、郵便物を出しに行くなどの本人の用足しに出かけたりしている。栗拾いや市内ドライブ、希望のお店に出かける外食ドライブなども行われている。	

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
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	個人管理できる方はあまりおらず、ホームでも管理しない方向でいる。		
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	希望により、電話や手紙の支援を行なっている。		
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	共同スペースに季節を感じられる飾り付けを行なっている。小上りの畳間は支援物資等の物置となっており、すだれで目隠しをしている。	3カ所の天窓があり、日中は自然光を取り入れている。節電を心掛けつつも利用者の方がいる場所は暗くならないように配慮している。小上がりの畳に横になって休む方や、いつものソファで寛ぐ方など、それぞれ思い思いに過ごすことができる場所が作られている。	
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	ソファ、ベンチ。食席と思い思いの場所で過ごし会話を楽しまれている。		
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	使い慣れた家具で本人の使いやすいように配置している。	使い込んだ筆筒やご本人が「誰かに 貰った大切なもの」と話す小物入れなど、馴染んできた家具を持ち込み、ご本人の希望も生かして室内の配置を考えている。	
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	夜間一人で排泄できるようポータブルトイレを設置。ナースコールが手に届くよう工夫。常夜灯を追加し、できるだけ自立した生活ができるよう支援している。		