

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	月一度の全体会議にて「そよ風憲章(理念)」を全職員で読み上げ、再確認している。ユニット会議においても、毎月の実践の評価をしている。	月1度の全体会議で「基本理念」「介護サービスの基本方針」「品質方針」を出席者全員で唱和しています。また、入社時には基本理念が記載されている職員マニュアルを配布し、新人研修においても初期研修の一環として理念を説明しています。	
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	レクリエーションを中心に施設の季節行事に合わせ、来所してもらっている。また、施設側からも行事参加の呼びかけや、広報誌の配布によって、交流を深めている。	事業所の夏祭りや敬老会、クリスマス会には保育園児や小学生にも来ていただいています。近隣の保育園とは毎月のように交流の機会を持っており、中学生の職場体験、ボランティアも随時受け入れています。	
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	介護や認知症に関する窓口を自社で設け、回覧板で定期的にお知らせしている。	/	/
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	概ね2ヶ月に1回の開催が難しい状況。家族との話し合いは以前より行われるようになったが、地域の役員の方達と一緒に話し合える機会がすくなくなった。一層の取り組みが必要と感じている。	2010年1月より運営推進会議は行われておりません。	参加者への要請や日程調整を工夫するなどして、運営推進会議を開催できるように検討されることを期待します。
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	グループホームを運営していく中での疑問・相談や、介護保険法の解釈など、市役所の担当者の方と電話で確認しながら運営している。	認定の更新や入居している生活保護のご利用者及び状況が変化したご利用者については市に連絡し相談するなどして、連携を図っています。	
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「介護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	ユニット内にマニュアルを整備し、職員がいつでも見る事ができるようにしている。毎月のリーダー会議で、日々のサービスの中で身体拘束が各ユニット内で行われていないか確認している。	身体拘束は今のところ行なっていませんが、毎月のリーダー会議で言葉の使い方も含めて身体拘束の状況を確認する機会を設けています。また、身体拘束に関する研修を年間研修計画にもりこみ、定期的に研修し、職員の理解も深めています。	

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
7	(5-2)	○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	年間研修計画に入っており、虐待防止についてはマニュアル化し、ユニット内にし整備している。ユニット会議内で意見交換し、防止に努めている。	虐待や身体拘束については年間研修に組み入れて、定期的に研修しています。普段の生活の中でも対応について考えながら、防止に努めています。	
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	入社時のオリエンテーションで説明しているが、定期的な研修は行われていなかった。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居前は数回に分けて、利用者本人とそのご家族に事前調査を行い、サービス内容や会社の概要である重要事項を説明している。説明後、納得して頂いた上で、契約書を説明、契約している。		
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	年4回程、家族の意見交換の場を設けている。管理者と現場職員、家族が集まって、サービス内容の説明や家族の相談について話し合っている。グループホーム玄関には、面会者用の意見箱を設置している。	面会時や電話などでご家族より意見の聞き取りを行なっているほか、昨年度の課題であったご家族同士の集まる機会についても、夏祭り等の行事に合わせ開催されていました。	
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	全体会議、リーダー会議、ユニット会議で情報の収集を行なっている。また、定期的に個人面談も行い、職員の意見、提案、要望を聞いている。	毎月の全体会議、リーダー会議、ユニット介護にて情報の収集を行なっているほか、定期的に個人面談も行って意見や提案を聞く機会としています。	
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	給与査定時に各職員から自己評価や目標を提出してもらい、それを参考に評価を行なっている。また、同時に個人面談を行い、目標に対しての達成度や、業務への姿勢についても話し合いをしている。		
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	研修参加や資格取得について、受験料や参加費等を助成できる制度が社内であり、内部や外部研修があった場合は、職員全員に研修参加を呼びかけ、参加機会を設けている。		

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
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	同企業グループ内での交換研修は行なっているが、外部事業者との交流は少ない。外部事業者からの見学や、訪問には積極的に対応している。		
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	利用者の居室担当職員ばかりではなく、1ヶ月以内にモニタリングを行い、グループホームでの生活に関するニーズや不安なことについて聞き取りを行い、安心できる関係づくりを努めている。		
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	できるだけ電話での説明は避け、こちらから訪問し話しを聞くようにしている。介護従事者としての専門的なアドバイスをしながら、不安を取り除くよう努めている。		
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	入居申し込み時点で、利用者やそのご家族以外に、担当のケアマネージャーや利用している介護サービスの担当者と話し合い、グループホームの入居を検討している。		
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	居室担当者を中心に、日常の生活や趣味、外出等を行ないながら、入居前の生活様式や、家族、友達、昔の仕事などの身近な話を聞き、何事にも親身になって話し合える関係を築くようにしている		
19	(7-2)	○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	利用者が安心してグループホームで生活するには、家族との絆が重要になる。入居してしまうと家族も安心され、グループホームから足が遠のく時もあるが、定期的に電話や面会をして頂ける様に働きかけている。	居室担当が毎月の様子を伝えるお手紙を作成送付しており、面会時などにも普段の様子を伝えながら、ご利用者の様子を知ってもらえるようにしています。また、リスクなどを共有し合いながら対応を一緒に考えています。	調査時点では事業所広報の作成がされておりました。事業所の活動を知っていただく為にも、広報の作成を検討されることを期待します。
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	馴染みの場所への外出や送り迎え、電話や手紙、郵送物を送るなどの援助をしている。入居後も本人や家族から以前の生活や思い出を聞かせてもらい、いつまでも忘れないで生活できるようにしている。	独自のそよ風シートにて生活暦を把握し、馴染みの関係が継続できるように100円ショップへの買い物支援、外食支援、理美容の支援、電話、手紙などの支援を行なっています。	

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
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	男女、年齢、認知症の状態によって、職員が間に入りながら会話が円滑に行われるようにしている。リビングの椅子の配置も利用者の関係性を考慮し決めている。		
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	他施設や在宅生活になっても、電話連絡をしたり、訪問したりしている。現在の状況や困っている事、心配事を聞き取りをしながら話の内容によっては専門的な機関を紹介したりしている。		
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	日常生活の会話の中から本人のニーズを聞きだし、意思疎通が困難な利用者に対しては、これまでの生活歴や家族の要望を踏まえて検討している。	日々の生活の中での会話からご利用者の希望を見つけ、対応するようにしています。また、意思疎通が困難なご利用者に対してはどんな時に喜んでいるか、どんな事をすると嫌がるかなど様子を観察しながらまた、これまでの生活歴やご家族の要望も踏まえ支援を行なっています。	
24	(9-2)	○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	入居前の事前訪問や、利用していた介護サービスの担当者から聞き取りを行なっている。また、面会に来られた友人や知人、家族からも聞き取りをしながら、個人記録に情報を蓄積している。	これまでの暮らしの把握は管理者がご家族やご利用者本人からの聞き取りを中心に行なっています。介護サービスの利用が過去にあった場合はその利用機関に連絡をし生活状況の聞き取りを行なっています。その内容は生活シートに記入し職員で共有できるようになっています。また、作成されたアセスメントシートも3ヶ月に1度は見直し、情報の更新をしています。	
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	日常的な様子は個人記録に記入し、次のシフトへの伝達に日勤報告書や夜勤報告書を使っている。3ヶ月に1度はプラン作成のためのモニタリングや、状態変化やニーズについては、申し送りノートも活用している。		

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
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	認定の更新時やADLに変化が合った場合、新たなニーズは発生した場合に、計画作成担当者が中心になり、ユニットリーダー、入居者居室担当で作成している。家族には電話や面会時にニーズを聞いている。	計画作成担当者が居室担当者とモニタリングを3ヶ月に1回行ない、同時に他職員からも情報を収集しています。3ヶ月に1度の期間に応じて介護計画の見直しを行うほか、転倒などの事故が起こった時や早急に対応を変えていかなければならない時など、随時職員間で話し合いをし、ご家族からの意見も取り入れながら対応を決めています。	
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	プランでかかげた目標の経過や、日々の記録を月1回のユニット会議で話し合いをしている。必要に応じてプランの変更を行なっている。		
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	1階がデイサービスのため、大浴場での入浴やデイサービスのレクリエーションへの参加がいつでもできる。また、外出(外食・散歩・小旅行・レクリエーション)も計画書を作成し、個別の要望にいつでも応えられる。		
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	季節毎の行事にはボランティアに来てもらい、イベントを開催している。近隣に保育園と小学校があるので、園児の来所や学校行事への参加等、日常生活を楽しめる取り組みをしている。		
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	新規入居時に主治医を施設医に変更するか、話し合っている。施設医は2週に1度回診があり、外部受診する場合は職員が同行し、受診内容は家族へ報告している。状態に変化があった場合は、主治医に連絡し対応している。	受診支援は職員が行っており、ご家族へ内容の報告をしています。入居時に今までの主治医を継続するかそよ風の提携医に変更するか、ご利用者の病状によってご家族と決めています。提携医は2週に1回そよ風で回診を行なっていただいています。	
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	1階がデイサービスのため、看護師が常駐しており、利用者の日常の状態変化や処置をしてもらっている。また、利用者の医療面での不安や、対応の方法等を相談している。		

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
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。	入院時は入居中の様子を病院に伝え、面会も週1回担当の看護師または医師に、利用者の容態や治療経過を確認している。退院時は家族と一緒に治療の経過や留意点などの説明を医師から受けている。		
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	重度化についての対応は基準があり、入居時に家族へ説明している。訪問看護ステーション等への医療連携体制はとっていないため、終末期ケアについては、本人またはその家族の希望や身体状況、医療依存度を踏まえながらその都度ユニット内で検討して決めている。	重度化した場合のグループホームでの対応については法人で定めた一定の基準があり、入居時にご家族へ説明していますが対象者の身体的な状況、医療状況、ご利用者・ご家族の希望を踏まえその都度検討しています。	
34	(12-2)	○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	入社時のオリエンテーションや、年1回の救命救急研修を行なっている。年間計画でも組み込んで研修を行なっている。	定期的に消防署指導による普通救命講習を行っており、内部でも状況を想定した事例研修を行なうなどして、職員が実践できるようにしています。	
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回避難訓練を行ない、消防隊員から避難についてのアドバイスを受けている。施設周辺の住民には火災が起きた場合の協力体制についてお願いしており、可能であれば避難訓練にも参加してもらっている。	管轄の消防署に避難訓練を通じて内部の様子と防火対策についての指導を受けています。また、近隣の方にも災害時は協力していただけるようお願いしており、避難訓練の案内もお送りしています。	
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	排泄時のトイレへの入室や衣類の着脱・入浴を介助する際は、他人から見えないように配慮している。利用者がいない居室への入室する場合であっても、一声かけて入室するよう心掛けている。	ご利用者のプライバシーに配慮したケアが徹底されており、広報への写真の掲載についても契約時に同意が得られています。	
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	日常生活の中で自分で決定できることは、自分自身で行なってもらっている。選択できない利用者には幾つかの選択肢をあげて、その中から選んでもらうようにしている。		

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
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	利用者のペースで日常生活を送ってほしいと思っているが、時として利用者が望まない事もお願いすることがある。最低限の運動量や日常生活動作が衰えないような取り組みは利用者が消極的になる場合が多いので、工夫しながら行なっている。		
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	就寝前と起床時の着替え、歯磨きや洗顔は職員が声がけしながら行なってもらっている。洋服も自分で選んでもらい、女性はお化粧品も職員で支援している。		
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	毎日の食事は利用者に調理や盛り付け、味見してもらいながら行なっている。また、月に1度は女性利用者による昼食づくりを実施している。メニューについても、本社より送られてきているが、利用者からの希望を聞いて決めている。	外食支援の機会を設けたり、誕生日会にはご利用者の嗜好に合わせたメニューにするなど食事を楽しんでいただけるように工夫しています。また、食事メニューは2つのうちから希望のメニューを選択できるようになっています。	
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	カロリーと栄養バランスが計算された調理レシピが本社より送られてくるので、それを元に調理している。食事量と水分量は利用者毎に記録し、シフト間の申し送りで伝えられ、不足している利用者には次の食事で調整されている。		
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	職員の声がけによって行なってもらう。自力で口腔ケアが行えない利用者は、職員が援助している。義歯は夜間帯に外してもらい、翌朝までに洗浄している。		
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	排泄のタイミングは記録し、長時間トイレに行っていない利用者には声がけをしている。トイレ誘導は強制にならないように心掛けて、自分自身で行ってもらっている。排泄状況を検討しながら、アテント類を変化させている。	全てのご利用者に対して排泄チェックを行い、定期的なさりげないトイレへの声がけによって失禁回数を減らしています。失禁がご本人の自尊心に悪影響が及ばないように出来るだけ時間で誘導し便器の中で排泄できるように心掛けています。	

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
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	毎食の野菜摂取量や水分摂取量が少ない利用者にはその都度声かけを行なって、一定量を確保してもらっている。10時と15時の2回はお茶の時間として、水分摂取してもらっている。薬に頼らずに自力で排便できるように考えている。		
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	通常の入浴時間は13:30分から16:30でおこなわれている。利用者から時間帯や入浴頻度についての希望があった場合は対応している。1階デイサービスの大浴場を利用したり、外出して温泉に行くこともしている。	毎日入浴の要望を聞きながら行なっています。希望されない方には足浴・手浴・清拭で対応しています。また入浴剤を入れたり、デイサービスの大きな浴槽で入浴してもらっているほか、近隣に入浴施設もあることから希望があれば利用しています。	
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	夜間帯は就寝前、就寝後の室温や湿度を調節しながら、2時間毎の巡視をしながら安心して休んでいただいている。日中は一人の時間を快適に居室で過ごせるように、室温調節や飲み物を運んだりしながら、休んでいただいています。		
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	個人ファイルと利用者別内服薬ファイルにて管理している。ユニット内で薬のセットをする場合に、前回処方薬との変化やその効果について、確認している。また、シフトの引継ぎ時に、利用者の状態を申し送りしている。		
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	計画作成時に利用者やその家族、居室担当に意見を聞き、やりたい事や好きな事、行ってみたい所等を聞きながら支援している。日々の生活の中でも急な要望については、可能な限り対応するようにしている。		
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	居室担当が毎月個別外出を計画し、外出(外食)したり、季節感を楽しめる創作物を造ったりしている。1日おきの買い物にも同行してもらい、食べたい物や希望の料理など、職員と話しながら買い物を楽しんでもらっている。	要望があればいつでも外出するようにしており、車でのドライブや周辺の散歩、買い物の同行等を行なっています。個別のレクリエーションとしても外出を位置づけています。	

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
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	お金の所持については、入居時に利用者と家族で話し合ってもらい決めている。買い物で出かけた先では職員が利用者に財布を渡し、できるだけ自分で買いたいものを選んだり、会計したりしてもらっている。		
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	各居室に電話は無いが、事務所の電話がコードレス電話なので居室内で好きな時間にかけることができる。手紙も利用者ができないことは職員と一緒にいって、いつでも支援できるようになっている。		
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	共有の空間はその季節によって季節感を感じられるものを所々に飾りつけをして、利用者の創作物や写真も一緒に飾りつけをしている。また、温度計や湿度計でフロア内の状態を把握し、エアコンや加湿器によって調節している。	建物の2・3階部分がグループホームになり、日当たりが良く、大きな窓から採光により、明るく開放感のあるスペースになっています。また、季節に応じた装飾が適度に行われ、落ち着いた生活空間が演出されています。	
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	リビングで音楽を聞いたり、テレビを観たりしながら、気の合う利用者は歓談している。施設外でも少人数で外出したりしながら、利用者同士の絆を深めている。居室で一人である場合は様子を見ながら対応している。		
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	入居時に今まで使っていた馴染みの物を持ち込んでもらい、出来るだけ今まで生活していた環境に近づけるようにしている。入居後は本人と居室担当で好みの飾りつけを楽しんでもらっている。	入居時に今まで使っていた馴染みの物を持ち込んでもらっています。入居前に事前訪問した際、ご利用者の部屋を見せてもらいグループホームに入居したときにできるだけその部屋に似ているような配置をしています。	
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	一人一人がその有する身体的、精神的な能力を活かし、無理なく挑戦できることを職員が専門職としてアドバイスしながら見つけ、それができると自信につながるような支援をしていく。		