

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	0292500030		
法人名	社会福祉法人 貴望会		
事業所名	グループホーム第二みほの		
所在地	〒039-3144 上北郡野辺地町字一ノ渡19-1		
自己評価作成日	平成30年10月24日	評価結果市町村受理日	

※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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日			

【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)】

・看護師が常勤しており、夜間の急変時はオンコール対応しています。利用者の健康状態について申し送り等で情報を共有し、異常の早期発見し医療に繋げていけるよう努めています。・居室に閉じこもり孤独感を持つことが無いように、ホールで過ごして頂けるよう働きかけています。また、居室で過ごしている利用者にも訪室を多くし、声をかけるようにしています。・月1回行事を開催、外出行事や保育園園児の慰問等の室内行事に参加して頂いています。また、利用者の嗜好品を調査し希望食を提供、楽しみや生きがいを持ち生活出来るよう支援しています。・日常生活リハビリを基本にし、食器拭きや掃除等のお手伝いを依頼し、利用者が持っている残存機能を維持できるよう努めています。
--

【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)】

--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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りや深まりがあり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くいない
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	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	管理者交替にて、今まで定期的に行われていなかった運営推進会議の開催や地域住民や御家族の交流会を行い、理念としている地域に愛され信頼される施設作りを職員一丸となって、行っています。			
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	近隣の方が花の植え方をアドバイスして下さったり、季節の野菜を差し入れて下さったり、繋がりを大切にしています。			
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	施設の見学や面会の際に、認知症についての相談があった場合は、説明を行い理解して頂けるよう努めています。			
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	以前、取り組みが十分でないと指摘があった為、7月より運営推進会議は2ヶ月に1度実施し、スライドショーで利用者の施設や外出時の様子を伝えています。また、委員や御家族からの要望や意見をサービス向上に活かせるよう努めています。			
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	介護保険、生活保護関係や地域サービスについての相談等を行い、協力して頂きながら質の向上に努めています。			
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	利用者の安全を優先します。見守りが困難でやむを得ない場合、ベット臥床時は4本柵の使用と車椅子乗車中の安全ベルトの装着を行います。御家族の同意を得て実施しています。出来るだけ身体拘束をしない様に見守りを強化して取り組んでいます。			
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	高齢者虐待について、勉強会を行い職員全体で把握しています。また、新人職員への勉強会も行う予定です。			

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
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	以前に権利擁護を利用している利用者がいましたが、10月に入所された方も利用されており、入所された後も継続して利用できるよう支援しています。勉強会を行っており、職員は権利擁護について理解しています。		
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	契約前には重要事項説明書等で家族に説明を行った際、不安や疑問点について尋ね、十分な説明をしています。もし、その場で気付かなかった事については、いつでも連絡を下さるよう言葉がけを行っています。		
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並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	年に1回法人から家族へ満足度の調査を実施しています。面会時や運営推進会議時に意見や要望を聞くよう心掛けています。		
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	4月には職員1人1人と面談を行いました。普段より職員が相談しやすい環境作りに努めています。要望や意見等は施設長や副施設長に上申し、出来る限りの対応をしています。		
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	法人には安全衛生委員会が設置されており、職員の職場環境のチェックやストレスチェック等を行い、働きやすい環境作りに努めています。退職者がいても次の入職者が見つからず、残業が多い時がありました。		
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	法人にはスキルアップ委員会が設置されており、本社の方で毎月研修報告会を実施しております。出来るだけ研修に参加できるように支援しています。本年度は介護福祉士、喀痰吸引、介護支援専門員更新、認知症実践者研修に参加しています。		
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	月1度の地域包括支援センターで開催される事例検討会議に出席し、他居宅や施設の同業者と情報交換し、サービス改善の参考にしています。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所前に御家族やご本人と面談し、心配事や要望等を伺います。入所後も利用者が新しい場所で不安なく暮らせるように、施設理念をもとに目配り、気配り、耳配り、心配りをし安心して暮らせるよう支援しています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	御家族やご本人の要望や意向を伺い、その人らしい生活を送る事が出来るよう支援します。また、ご本人とコミュニケーションを行い、感じている心配事については、職員間で共有し、良いサービスに繋がるように努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入所申し込みの際は状態に応じて、必要なサービスを見極めて助言する等の対応をしています。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活の中での仕事の役割を個々の利用者に合わせて行い、感情を共有できる関係作りに努めています。		
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置かず、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	家族が面会に来られた際は、利用者の状態を報告し、変わったことがあれば常に連絡、相談し、共に本人を支えていく関係を築いています。		
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	家族からの制限がない限り、知人や親戚に面会に来て頂いています。また、地域のイベント、近くのスーパーに出掛け馴染みの関係が保てるように努めています。		
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	利用者同士が関りあえるよう、出来るだけホールに来て頂き、レクリエーションを行っています。カンファレンスや申し送りにて、利用者同士の関係を全職員が把握できるようにしています。居室で過ごす利用者に対しては訪室を多くし、孤独を感じる事が無いよう、積極的に関わるようにしています。		

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
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	サービス終了時は入院退所や亡くなられる方が殆どですが、入院退所前には、協力病院の医療相談室と連絡を取り合い、退所後は療養型に移る事が出来るように支援しています。		
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	利用者全員の思いや意向の聞き取りは困難ですが、本人の生活歴や性格、普段の会話や行動等を考慮して、本人の目線に立ち利用者の思いに気付けるよう努めています。		
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	入居前の事前調査時に本人や家族、介護支援専門員から生活歴や暮らし方、サービス利用時の状況などの情報提供をしてもらい、入居後もその都度必要な情報を集めて支援の参考にしています。		
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	利用者の生活パターンや習慣は共同生活に支障がない限り利用者に合わせています。出来る事出来ない事は何なのか、変化の情報を職員間で共有し、必要な支援を提供できるよう努めています。		
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	利用者の日頃の様子について面会時、又はFAX、手紙や電話を通じて御家族と話し合いを行っています。その都度、各担当が課題やケアについてモニタリングを行い、カンファレンスやサービス担当者会議にて検討し、介護計画を作成しています。		
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	利用者との関わりを常に持ち、ケース記録へ実践した様子を細かく記録しています。また、連絡ノートへ気付いた事やケアについて、職員間で情報共有を徹底するよう努めています。		
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	困難事例や遠方に住む御家族や高齢な御家族の代わりに関係機関の手続きを行っています。また、御家族の要望で金銭管理や日用品の購入、手続き等を代行し、負担軽減に努めています。		

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
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	役場や地域包括支援センター、地域の病院、消防署、理髪店、保育園等、地域の資源や関係機関を活用しながら、豊かな生活を営むことが出来るよう支援しています。		
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	月2回かかりつけ医の回診の支援を行っています。体調不良の時はかかりつけ医にFAXや電話で上申し、受診に繋げるよう支援しています。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護職員が常勤し、介護職員と一緒に日々利用者の生活全般の対応をしています。重度の利用者の観察や急変時の対応も迅速に対応し、受診に繋げています。また、予め処置が必要な場合は、医師の指示にて看護師が処置を行っています。		
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、また、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。	入院時はサマリーで医療機関への情報提供を行っています。退院時も看護師、介護支援専門員が同行しています。また事前に連絡を取り合い情報収集を行う事で、入退院時の支援をスムーズに行えるよう努めています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度利用者については、経過について日頃より医師や御家族へ相談します。また、病状について医師が家族へ説明をし、御家族や利用者の意向を踏まえ、御家族が決断した事については、施設全体で、望む終末期をサポートします。		
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	夜間や急変時はオンコールで看護師が24時間対応します。夜間はかかりつけ医に連絡をし、指示にて対応します。また、2年に1度全職員が消防署にて、普通救命講習に参加しています。また、喀痰吸引実践者研修の為、看護師が指導を行っています。		
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	職員は年2回の避難訓練を通じ、昼夜問わず、利用者の避難方法を身につけています。また、災害時、必要物品を備蓄と町内会に協力をお願いしています。		

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)	○一人ひとりの人格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	常に利用者を年上の大先輩である事を意識し、相手の立場となり、丁寧な言葉遣い、やさしい表情、声のトーン等にも気を付け、不快な思いをさせない対応を心がけています。		
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	本人の想いや希望が聞かれた際は、全職員が情報を共有し、素早く対応しています。また、安心して過ごし易い生活を提供できるよう努めています。		
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し、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	職員のペース、業務優先とならない様、出来るだけ利用者のペースに合わせ、業務を遂行しています。また、1人ひとりへの配慮、細かな目配りを大切にコミュニケーションやケアを行っています。		
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	服装やおしゃれはアドバイスをを行い適切な身だしなみが出来るようにしています。必要に応じてヘアブラシの使用を促しています。散髪は2ヶ月に1回程度、理髪店や訪問美容が施設に来てくれます。		
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	食事はホールに集まり、それぞれ仲の良い利用者同士で召し上がっています。体調や希望に合わせて自室で摂取する方もいます。月に一度利用者から食べたいものを聞き、ラーメンや握りずし等の希望食を提供しています。誕生日にはケーキ作りを楽しみました。食後は食器拭き等の手伝いをお願いしています。		
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	毎日、食料、水分量をチェックし個々の摂取量を把握しています。嗜好品は健康上の制限や禁忌が無ければ、本人や家族の希望に合わせ、購入し提供しています。		
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	食後の口腔ケアを習慣づけており、定期的に義歯洗浄を行っています。必要時には歯科医師や歯科衛生士に往診を依頼し、治療や口腔ケアの指導をして頂いています。食事形態の工夫を行い、経口摂取の継続と健康維持に努めています。		

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
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向けた支援を行っている	排泄パターンや失禁状況、後始末が上手く出来るかを提案しながら、誘導や介助を行っています。尿意を訴えない利用者でもトイレ誘導を定期的に行い、排泄を促して失禁の予防に努めています。		
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	便秘予防の為、日中の離床時間や活動を増やすように促しています。毎日レクリエーション時にはラジオ体操と足踏み運動を行っています。排泄状況の確認、水分量の確保、下剤の調整、必要があれば浣腸を行い、排便コントロールを行っています。		
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、個々に応じた支援をしている	週2回体調に合わせて入浴できるようにしています。また、希望に合わせて同性介助を行っています。		
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	1人1人の体調に合わせて、日中でも休息できるようにし、夜間は必ず1時間に1回、各居室を巡回しています。		
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	薬の内容はファイルに提示しており、変更の場合は、申し送りや連絡ノートにて周知しています。		
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	ご本人が出来ないと思っていた事が出来たという喜びを感じてもらい、レクリエーションや行事等は一生の思い出になるように支援しています。		
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。また、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、外の空気を吸いながらの散歩を支援しています。また、車椅子の方も一緒に買い物や行事で青森方面や十和田方面等にドライブに出かけています。		

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	殆どの利用者が金銭管理が出来ない為、施設で管理しています。本人の希望がある方は所持して頂いています。外出時の買い物の際、会計の支援をしています。		
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	本人の希望がある時は、いつでも家族と連絡が取れるようにしています。携帯電話を所持している方もいます。電話や手紙で家族や親せきと交流できるよう支援しています。		
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	施設内の共有空間には家庭で使用するソファや椅子等を設置しています。一月毎に壁画や装飾品、壁新聞を貼り、利用者が季節を感じて過ごせるように工夫しています。施設内の温度、湿度や音量、明るさにも気を付けています。		
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	ホールに、ソファやテーブルを設置し、それぞれ過ごしたい場所で気の合う仲間と会話等を楽しまれたり、テレビを観たり、新聞を読んだりして自由に過ごして頂いています。		
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	利用者が心地よく過ごせるように希望の新聞や本を提供しています。また、必要な物が取りやすい場所に設置したり、見て分かりやすいように整理整頓したりしています。		
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」や「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	トイレ、居室には部屋が分かりやすいようにプレートその他、目印をつけています。施設内散歩ルートには障害物や不必要な物は置かないようにしています。		