

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	3370105938		
法人名	医療法人 未来		
事業所名	グループホーム古都の森		
所在地	岡山市東区古都南方2820-1		
自己評価作成日	平成 24年 11 月 5 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	http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvosvoCd=3370105938-00&PrefCd=33&VersionCd
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成 24年 12月 7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)】

ホーム内の高齢化に伴い、ますます既存のサービスに捉われないケアを心がける必要があり、心身共に緩和ケアを行い、最期のその時を迎えられるまでの日々を穏やかに送っていただけるようにサービスの向上に努めて参ります。

【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)】

同敷地内に介護老人保健施設や訪問看護ステーション、協力病院となる津田内科小児科医院があり、研修や災害対策などを含め、職員同士の連携が図れている。グループホームでは利用者や職員が自然体で過ごしており、アットホームな生活感が感じられた。職員はゆったりと介護をしており、無理をして頑張らなくてもいいよという雰囲気がある。ホーム長より、事業所をもっと地域に開放し、利用者も自宅と事業所との行き来が気軽に安全にできるようになればという思いを伺った。そのためにも健康教室等にも力を入れ、地域住民に認知症ケアへの理解を深めていきたいと話され、地域密着型サービスとしての新たな展開を感じることができた。地域とのかかわりも自然と出来上がっており、数年をかけてつながりを深くなっており、運営推進会議や行事等への参加など協力も多い。

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. 全くいない
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、生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. 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	入社時に理念、方針を説明しておりそれに向かうよう努めている。	職員の新人研修において配布し、理事長より理念についての説明が行われている。また、毎週月曜日には朝礼にて理念を唱和し、意識づけを図っている。理念に書かれている事はとても当たり前のことだが、実際に行う事は難しいため、いつも念頭におき、利用者に対し人としての関わりを大切にしてほしいと伝えている。	
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	夏祭り等地域の中の一員として交流できる場をもうけるよう努めている。	地域の方や老人クラブの方が教えてくれるお正月のお飾り作りが恒例となっており、できたものを利用者の部屋に飾っている。法人の夏祭りなど行事には地域住民も大勢参加してくれる。また、地元の幼稚園との交流も長く続いており、利用者と一緒におやつ作りなど楽しんでいる。	
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	対外的アピールは行っていないが外出等で認知症がある方でも地域の中で一緒に生活していける姿を見せている。		
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ヶ月に一回行っている。	2ヶ月に1回、家族代表や地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員、生活相談員などの参加により開催している。事業や行事の報告を行ったあと、インフルエンザ対策や防災対策など時期に応じたテーマを決めて意見交換を行っている。	
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	市町村担当者和とのやり取りは少ない。	行政へ提出する書類はできるだけ窓口に参加しており、担当者と近況など話をしてる。何か不明な点があれば相談も随時行っている。	

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
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	玄関の施錠は行っている。4本柵等の拘束は行っていない。	玄関の施錠は家族の理解を得て行っており、認知症ケアにおいては仕方ないと考えている。それぞれのフロアでは身体拘束ゼロを目指し、利用者の自由を奪うことが無いよう支援している。法人内に身体拘束委員会を設置し、毎月リスク対策について話し合っている。	
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	虐待防止ガイドラインを常に見える所に置いている。ケガ等見つけ次第原因を探り虐待がない様注意を払っている。		
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	家族の状況を考慮し必要性の検討は行っている。必要時には対応できるようにしている。		
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	契約時、改定時には十分説明を行い疑問点の解消も行っている。後々疑問が出た場合には電話で対応していることもある。		
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	面会時等に家族からの意見を聞くようになっている。いただいた意見は反映できるように努めている。	家族の面会時に利用者の状況を報告し、意見や要望を聞くようになっている。利用者の生活や行事の時の様子など広報誌を活用し、報告している。家族会の設置について、現在検討中である。	
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	管理者が現場を回り職員の意見を聞く様に行っている。	現場の管理者やホーム長が職員の意見や提案をその都度聞いている。内容によっては事務長や婦長、理事長に相談し、対応するようになっている。	訪問調査ではホーム長を中心に話をさせて頂き、地域密着型サービスへの強い思いを感じました。色々な経験からの見識を職員へ伝え、1人1人のスキルアップを図り、望んでいるが、なかなか浸透していくことが難しいとお聞きしました。話しの中でホーム長と職員との距離を少し感じるがありました。お互いに目標を近づけていき、利用者にとってよりよい支援ができることを期待します。

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
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	現在、整備中。		
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	毎週1回研修を行っている。他にも個々に指導を行うこともある。		
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	他施設との施設としての交流は少ない。		
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	安心して過ごしてもらえる様信頼関係を築けるよう努力している。		
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	困っていること、要望等をうかがいながらそれについて対応できるようにしている。		
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	現在他のサービス利用について要望が出てきていないが、身体状況を考えリハビリの必要性は検討している。		
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	できる家事は一緒に行い本人に生活の中で役割を持ってもらっている。		

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
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	家族には定期的に来所してもらい話をする機会を持ってもらっている。病院受診等家族に行ってもらっていることもある。		
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	友人、知人が来る、又は訪ねて行くことは少ない。	建物の1階にコミュニティルームを設けており、習字教室や会議、健康教室など行い、地域の方に来てもらい、利用者との交流も図っている。地域からの利用者が多いため、友人が面会にくることも多い。また、日常会話の中で昔の話しをすることで、過去を思いだすきっかけとなっている。	
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	利用者個々の性格等も考え孤立しない様に関わり合える関係をつくっている。		
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	サービス終了後も相談等はあれば対応している。		
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	本人、家族に意向を確認している。不明な場合、身体・精神状況から検討している。	普段の関わりの中で本人が発した言葉を大切にし、思いや意向の把握に努めている。また、本人が自分から行った言動に対して、どうしてそういう言動をしたかを検討するようにしている。本人は何か思いや目的があってそういった行動をしているということを理解し、対応をしている。	
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	生活歴の把握、他サービスの利用等経過把握に努めている。		
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	心身状況、能力等日々把握に努めている。		

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
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	チームでカンファレンスを行い、3ヶ月に1回モニタリングプランの作成を行い、状況に応じたプランを作成している。	各ユニットでカンファレンスを行っており、意見交換を行っている。今、この方にとって大事だと思われるケアを一つでよいから発見し、プランに取り入れるよう努めている。3か月毎にモニタリングを行うことで、期間を区切り、アプローチ、支援ができるよう努めている。	
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	日々の記録を行い、口頭でも申し送りをし共有している。カンファレンスでその情報を基に検討している。		
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	現在他サービス利用はしていないが、個々のニーズには対応できるようにしている。		
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	スーパーに職員と買い物に行くことはある。他地域資源の活用はあまりできていない。		
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	かかりつけ医受診等は希望がある場合にはそちらを優先して行くようにしている。契約時毎回希望の有無を確認している。	入居の際、本人や家族の希望を聞き、受診支援を行っている。ほとんどの利用者が協力医療機関に月2回、職員付き添いのもと受診している。異変があった場合、同法人の看護師の協力を得ながら適切に対応している。歯科や眼科など基本的に家族に付き添いをお願いしているが、無理な場合、職員が支援をしている。	

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
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	訪問看護師に相談できる環境があり相談を行っている。		
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。	情報提供書等のやりとりや、付き添い時に情報を伝えたりと行っている。		
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、事業所ですることが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、ターミナルについては契約時に話しているが、その時が来た時に再度話をし納得できる対応をしている。	グループホームでの看取りは難しいと考えている。重度化、終末期支援についてその都度、医師や家族と話し合い、方針を決めている。ほとんどの場合、併設されている老人保健施設へ転居されることが多い。法人全体として看取りまで支援していきたいと考えている。	
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	急変時のマニュアルは作成し、それに沿って対応するようにしている。		
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	緊急連絡網を作成し災害等の時にはすぐ連絡できるようにしている。	全職員がビデオ研修・実地訓練を行っている。消防署へ通報するまでの過程が大切と考え、徹底的に繰り返し訓練を行っている。地域住民にも広報しており、認識して頂き、協力を要請している。また、同敷地内に施設が併設されており、緊急時にはある程度人手を確保することができる。地震や水害など災害対策については検討中である。	
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	人格尊重し、プライド・プライバシーを侵害しない声かけをほぼ行っている。	カンファレンスの際、人格の尊重やプライバシーの保護などについて話している。排泄介助について利用者の誇りを損ねないように大きな声はしないなど配慮している。ちょっとした言葉の違いで受け取る側の印象が変わるので注意するよう、指導をしている。	訪問中、利用者への言葉かけに対し、職員によってギャップがあることを感じました。利用者本位の視点や尊重などについて再度確認して頂くことを期待します。

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
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	どんなことがしたいか希望を日々の中でできるようにしている。		
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	個人の希望を優先しているが、特に言わない方は職員ペースになることもある。		
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	季節や本人の意向に沿って服を考えている。		
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	おやつ作りの手伝いをしたり、お皿を拭いてもらったりしている。	食事は施設の厨房で調理され、各ユニットで盛り付けを行っている。利用者に好きな物を食べて頂きたいという思いから個別にステーキを焼いたり、おでんやおやつを作ったりすることもある。各ユニットで利用者に合わせて行っている。恒例の手打ちうどんをふるまうときには匂いも楽しみのひとつとなっている。	
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	食糧把握し、体重等も考慮しながら栄養士に相談し支援している。		
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	朝、夕と口腔ケア行っている。		

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	個々の排泄パターンを考え、トイレ誘導を行っているが、紙パット使用者は増えている。	基本的には布パンツを目標にしており、昼だけでも布パンツを使用できるよう支援している。いずれは紙パンツを使用するときがくるが、少しでも気持ちよく過ごして頂けるよう、個々の排泄パターンの把握やパットの活用などにより支援している。	
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	ヨーグルトを摂る等工夫をしている。又、ドクターに相談している。		
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	個人の体調や意向は確認しているが本人の生活パターン通りにはできていない。	曜日や時間を特に決めずに、本人の体調や気分に合わせて入浴できるよう支援している。入浴剤により香りを楽しんだり、四季の歌の歌詞を壁にはり、一緒に歌を楽しんだりできるよう工夫している。全員が浴槽に入ることができるよう、リフトも設置している。	
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	本人の状況に応じ臥床し休めるようにしている。		
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	個々の薬手帳を管理しており、理解に努めている。服薬の支援は飲み込むまで確認を行う等行っている。		
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	個人の趣味を活かしたレクリエーションができるように努めている。又、家事手伝い等も行ってもらっている。		
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	わずかではあるが、外出行っている。買い物に行くことが多い。春、秋、季節の良い時にドライブ、花見をしている。	敷地内の散歩や隣のデイサービスへ知人に会いに行くなど職員が付き添い、行っている。季節に合わせて外出やドライブもしている。夏にはアイスクリームを食べに牛窓に行ったり、焼き肉やお寿司を食べにお店に行ったりすることもある。	

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
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	個人管理ではお金を持っていないが、預かっているお金があるので、そこから使えるようにしている。		
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	希望があれば電話等対応できるようにしているが、現在希望がなく行っていない。		
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	快適な空間を提供できるよう努めている。花を飾ったり等季節を感じられるようにしている。	各ユニットの玄関には季節の飾り物が置かれており、とても華やかでにぎやかである。フロアは広く、窓も大きい為、とても明るい。ゆったりとしたスペースにソファやテーブルが配置されており、利用者が好きな場所で過ごすことができる。掃除や換気、乾燥対策などにも力を入れている。	
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	気の合う人同士で席が近くなるようにセッティングしている。		
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	入居時にタンス等使い慣れた物を持ってきてもらえる様をお願いしている。	写真やハンガーかけ、鏡台など自宅からいろいろな物を持って来ており、家庭的な部屋や備え付けのベッドが中心になっている部屋など利用者それぞれで違っている。入居時にはできるだけ自宅から馴染みの物を持って来てもらうよう家族に伝えている。部屋の前には職員が作った表札があり、温かい雰囲気がある。	利用者の症状などもあり、部屋に物を置くことが難しい方もおられ、ベッドだけ置かれている場合もあり、少しさびしく感じた。利用者が毎日を過ごす部屋なので、もう少し生活感があればと考える。検討して頂くことを期待します。
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	個々の能力に応じたセッティングを行いできるだけ自立した生活を送れるようにしている。		