

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	2770700876		
法人名	有限会社 老蘇さん		
事業所名	グループホーム 老蘇さん		
所在地	大阪府河内長野市木戸西町2丁目8番20号		
自己評価作成日	平成22年6月10日	評価結果市町村受理日	平成22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)】

利用者さんが、これまで大切にしてくられたことや、楽しみにしてくられたことを継続していけるよう、職員も同じようにそれらのことを大切に、支援している。

※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	c.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2770700876&SCD=320
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成22年6月30日		

【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)】

管理者はグループホーム名である「老蘇さん」の由来として、「老蘇」とは年寄りが端に寄るのではなく、老いても蘇って中心になるべきだとの考えと、これに尊敬の念をこめて「さん」をつけ「老蘇さん」と名づけたそうである。南海高野線千代田駅から6分程度の住宅街に一戸建て住宅を改造し創設された、定員6名のこじんまりとしたホームである。ここで利用者は普通の家庭で生活をするように、ごく普通の暮らしをしている。職員は向学心が高く資格取得を目指し、介護の質向上に取り組んでいる。6人の利用者を担当を持って見守り、介護する為に担当制をとり、介護計画にも積極的に参画している。サービス計画書は経験を活かし、使いやすく改良され、綿密である。6年間の豊富な経験を活かし、地域にむけて認知症キャラバンメイトをグループで広め、地域に貢献している。

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)
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)
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)
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、生き活きと働けている (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)	○ 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
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
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

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	地域の中で安心して暮らしていけるように支援していける施設目指して理念を掲げている。 理念に沿ってより良いサービスが提供できるように職員みんなで実践に繋げていっている。	理念は地域密着型の意味を踏まえ、少人数の特徴を生かし、家庭的な環境と個性を大切にしている。のんびりと温もりのある普段の家庭生活をそのままグループホームの中で営めるよう全職員で真摯に取り組んでいる。	
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	利用者の方と一緒に、日常風景として散歩や買物に出かけ、近隣の顔馴染みの方とは立ち話をしたり、自治会の行事と一緒に参加したりしている。	認知症キャラバンメイトの講座を開催し、講師を務め自治会にも加入している。当ホームの裏の畑の管理にボランティアグループの協力があるなど、地域に根ざした生活を提供する場所として自然な形で住民と交流している。	
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	認知症コーディネーターの講習を受けた職員が、市内の自治会へ認知症の勉強会を行っている。		
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	推進会議からの意見で、認知症を地域の方に知ってもらい、理解してもらえような活動を引き続き実施する。	去年は年2回程度の開催であったが今年から2ヶ月に1回開催して、経過を考察中である。設置要件を満たした構成メンバーの参加を得て、運営・サービスについて報告し、双方向的な会議を実施している。	同じ自治会のグループホームも参加し意見交換の場となっているので、今後も互いのアイデアや工夫について学びあい、当会議が更に定着し、サービス向上に活かされる事を期待する。
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	市の施設部会に積極的にさんかしたり、運営推進会議には毎回出席してもらい、双方に意見を出し合っている。	日頃から、市が開催する各種の会議へ出席し、市の担当者と情報交換をしている。河内長野市の施設部会にも参加して、市との連携を深めるように努めている。	
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	身体拘束に関するマニュアルを作成し、年に1回は、身体拘束を議題とした、施設内研修を行い職員全員が「身体拘束をしないケア」を実践していけるようにする。	管理者及び全ての職員は、身体拘束をしないのが当たり前と言う認識で介護に取り組んでいる。利用者への閉塞感を取り除く為、昼間には玄関に施錠していない。	
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	今年度も施設内研修を実施する予定。昨年末に実施しています。同施設内で通所サービスも実施しているので、そういった面での虐待の早期発見についても理解を深めていく。		

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	社会福祉協議会の日常生活自立支援事業を1人の利用者さんが利用しており、分からないことや、活用性を話し合ったりし、学ぶ機会を持っている。		
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	契約時には、料金の内容も含め説明を行っている。加算や単価の変更があった場合も説明を行い、了承を得ている。		
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	利用者の家族の方にも運営推進会議に出てもらっている。また家族カンファレンスの時に施設への意見を言ってもらえる機会を作っている。	3ヶ月に1回開催されるカンファレンスで家族からの意見や希望を聞く機会を設けている。運営推進会議や家族来訪時にも、意向を聞き、運営に反映させている。	
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	月1回の会議時に職員からの意見や要望を聞く機会があり、運営や管理に関する意見も活かしていている。	年1回行っている個人面談では要望を聞き、個々に応じた目標を設定してもらい、定期的な会議では、職員の意見や提案を聞く機会を設け、運営に反映させている。	
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	就業規則を整備し、内容を職員に説明を行い、職場環境の条件の整備を行った。		
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	各職員に合わせて、研修を受ける機会を設けている。また施設内研修は、研修ごとに担当を決め担当者に実施してもらっている。		
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	他施設の方が集まる市の部会に積極的に参加し、交流を図っている。近隣の施設と共同で運営推進会議を行ったりしている。		

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	
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	共用型のデイサービスの利用からの入所だった為、予めよく知った状態で入所してもらうことができた。			
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	ご本人さんの思いを理解しつつ、家族さんの心身の状況や気持ちを汲み、家族さんの思いにも添えるよう努力している。			
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	相談を受け、利用者さんに合った必要なサービスは何かということを内外問わず考えるようにしている。			
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	職員対利用者さんの場合や利用者さん対利用者さんの場合の様子を観察し、多面的に個々を理解する様に努力し、関係を築いている。			
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	職員と一家族だけでなく、他の家族さんにも入って頂き、話をする場を設け問題を共有し話し合ってもらっている。			
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	昔なじみの場所へ訪問したりしている。		アセスメント・シート(センター方式)により、利用者の生活歴や家族からの情報を収集して、利用者の喜ぶエピソードを集めてその人を尊重した生活が出来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	利用者同士の会話を大切にし時には揉めることもあるが、そういった空間や時間が持てるよう支援している。			
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	何か役立つことがあれば、対応する気持ちがあり、心待ちにしている。			

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
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	時間をかけ、希望や意向などのより多くの情報を集め、家族さんからも話を聞いている。	アセスメントを何回も重ね利用者の生活歴から暮らし方の希望や、意向を把握し、家族とコミュニケーションを取り、利用者本位の対応をしている。また、日常会話や習慣の中から時間をかけ思いを抽出することに努めている。	
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	センター方式にそって、アセスメントを行い、できるだけたくさんの情報を集め、記録している。		
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	ご本人さんの能力を把握し、時間がかかっても出来ることはやっってもらう、待ってあげられるケアができるよう努めている。		
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	3ヶ月に1回のケアプランの更新毎に介護職員が主体となりケアマネージャーと一緒にケアプラン作りに取り組み、家族、医師、看護師の意見も取り入れた上で作成している。	サービス計画書は本人、家族、担当職員、関係者から、各種の個別ケア情報を収集してカンファレンスを行い、綿密に作成している。3ヶ月に1回見直し、変化があれば随時見直し、利用者、家族から承認を得ている。	
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	利用者さんが発した言葉や行動をそのまま記録したり、細かく記録している個別ケアに関しても記録し、評価に活かしていけるよう努めている。		
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	家族が都合のつかない通院などは代行している。家族の相談事に対して個別訪問などもしている。		

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
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	防災訓練には、消防士の方に参加してもらい、近くの商店や図書館も利用している。日本舞踊のボランティアの方にも来て頂き楽しみとなっている。		
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し、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	信頼関係が築けており、緊急時にも即対応してもらえるかかりつけ医である。近隣の医療センターとのパイプ役にもなってもらっている。	入居前からのかかりつけ医を希望する利用者には継続を尊重し、受診希望の病院まで付き添っている。事業所の訪問診療として内科、歯科があり、それ以外の他科を受診する利用者には送迎の支援をしている。	
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	看護職員にも介護業務に参加してもらっており、気になることがあれば、看護職員に相談している。		
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。	早く退院ができるように入院時病院に伝え、ある期間が過ぎると医師に相談し、早期退院に向けた働きかけは毎回している。		
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	終末期の事は、早い段階から家族さんと話し、家族さんの希望を聞いている。ホーム内で出来ること、出来ないことについても説明している。	「緊急時対応についてのお知らせ」で家族には早い段階で同意を得ている。重度化の状況に応じて、家族と共に主治医と話し合い、今後の治療に対する希望を聞き取るなど、医療との連携を図り、家族の支援をしている。	
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	急変や自己発生時の対応については目のつきやすい場所に貼り紙をし、定期的を確認し、職員に周知できるよう努めている。		
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	日中、夜間と職員の配置状況に合わせた、マニュアルを作成し、年2回確認と訓練を行っている。	消防署の指導の下、年2回定期的な避難訓練を実施している。夜間を想定した訓練や職員の不安視する部分的訓練をこまめに実施している。災害時には近隣住民の協力体制も整い、消防署もよく訪れ助言を貰っている。	

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
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	所在の把握と安全を確保はしながら、プライバシーを確保している。個々の空間には配慮しながら関わっている。	、利用者のプライバシー保護をふまえ日々のミーティングや会議等で言葉かけや対応に注意している。また介護度も上がり困難な面もあるが、1番伝わりやすい方法で個人を尊重した言葉がけに努めている。	
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	日常での利用者さんの視線や表情、言葉から、どのようなことがしたいのか、声をかけ、引き出せるように努めている。		
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	決められた時間にケアを行うようなことはせず、その時の様子に合わせて臨機応変に対応している。		
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	ご本人さんの生活暦などから考慮し、出来ないことはご本人さんの立場に立って変わりに行き、出来ることはやっています。		
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	ご本人の嗜好に合わせた調理方法や食事時のコミュニケーションを工夫し、楽しい食事の時間が持てるよう支援している。	1日10種類の食材を取り入れ、栄養バランスを考えた献立作りである。裏庭で収穫した旬の野菜を調理している。一人ひとりの力に応じて準備や後片付けに参加し、食事も職員と一緒に摂っている。	
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	食事量や水分摂取量は細かく記録し、日常の中で無理なく摂取できるように個々に対応している。		
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	個々の能力に合わせた支援を行い、毎食後ケアを行っている。		

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	可能な限り、トイレで排泄ができるように各利用者毎に排泄パターンを掴んで支援している。	排泄の感覚を維持できるよう布パンツや小バットで対応し見守りをしている。夜間と昼間では異なるが、一人ひとりに応じたトイレ誘導を促がし、自立支援に取り組んでいる。	
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	全利用者の排便には注意して対応しており、服薬状況も医師や看護師と相談している。又、下剤や浣腸はできるだけ使用しないで済むよう支援している。		
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	入浴時間は各利用者さんの好みの時間に合わせ、無理なく入浴できるように支援している。入浴日はおおまかに決めていたが、希望があればその都度対応している。	入浴は、基本的には自由であるが概ね週3回である。利用者の希望により、臨機応変に対応している。体調不良や入浴拒否の場合は、日時を変更したり、足浴、清拭、シャワー浴等で清潔を保持している。	
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	睡眠状況や体調、また生活暦に合わせて休息が取れるよう支援している。		
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	薬の説明書には目を通し、薬の変更があった場合は、看護師から説明してもらっている。薬の増減による変化にも気をつけ、医師に報告している。		
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	楽しみを持って生活ができるように、各利用者に合ったものがないか検討し、支援している。		
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	家族さんに協力してもらい、住んでおられた近所へ外出したり、図書館、スーパー、喫茶店等へ出かけたりしている。外に出たそうにされている利用者がいれば出来る限り、外に出てもらっている。	近隣の散歩や買い物など、利用者の体調と相談の上希望があれば何時でも戸外や懐かしい場所への外出を支援をしている。外出が困難な場合は、ホームの前の路地に車椅子で出かけ、外気浴を楽しんでいる。	

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	日用品などで必要な物の買物は一緒に行き、選んでもらったりしているが、お金は持ってもらっていない。		
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	ご自分から希望される方がいないので、年賀状や暑中見舞いを出せるように支援している。		
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	季節の花や、リースを飾りつけ、季節を味わってもらったり、不快音を出す利用者さんには、音を抑える工夫をし、互いに過ごしやすいよう考えている。	普通の庭付き一戸建住宅を改造したグループホームなので共用空間はこじんまりとして家庭的である。季節の飾り付けや裏の畑も見え、人の気配を感じ安心感やぬくもりのある食堂、リビングである。	
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	利用者さんが落ち着く場所をその方に合わせて作っている。一人で過ごしてもらったり、グループで過ごしてもらったり出来るような場も用意している。		
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、馴染みのある物を持ってきてもらえるよう家族さんに入所時説明し、配置換えする時には家族さんに説明や相談をしている。	居室には家族と相談した、馴染みの物が置かれ、家族写真や、手作りの物が飾られている、窓からは植木が目に入り、落ち着いて居心地よく暮らせる工夫をしている。	
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	自分でできることは、時間がかかっても自分でしてもらうよう安全に配慮しながら支援している。また、混乱が起きにくいよう声かけに工夫している。		