

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	0570812644		
法人名	(有) 県南ケアシステム		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 グループホームすまいる中仙		
所在地	秋田県大仙市下鶯野字大谷151番地		
自己評価作成日	平成25年1月9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.akita-longlife.net/evaluation/
----------	---

【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 秋田マイケアプラン研究会		
所在地	秋田県秋田市下北手松崎字前谷地142-1		
訪問調査日	平成25年2月11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)】

すまいる中仙では、「毎日笑顔を絶やさずに自分らしく生きていきたい。」この理念に基づき、一人ひとりの個性、健康面を重視し、今まで通りの生き方が出来るように知識や経験を活かせる環境作りに取り組んでいる。また、地域との関わりを大切に、町内行事等に参加し、交流を深めている。

【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)】

職員は毎年個人目標を決めて自身のスキルアップに努め、利用者がホームに居ても自分らしく生活できるように家庭的な雰囲気の中でサービス提供されています。また、レクリエーションの充実を図り、利用者が楽しみながら実施できるような企画をされています。職員の特技が随所に活かされ、理念に沿った支援が行われています。

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 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 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		

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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を共有し理念の実践に向けて日々取り組んでいる。	玄関から入ってすぐ、目につく所に理念が掲示されており、管理者はサービス提供中等の機会がある都度話して職員への意識づけを図り、実践できるよう取り組まれています。	
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	近隣の方々から野菜等を頂いたり、町内の行事に参加し、地域の人々と交流を深めている。	除雪を手伝っていただいたり、近所の方がお茶をいただきながら利用者と話されたりと、交流される機会は多くあります。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	「認知症なんでも相談所」を設置し、事業所独自の広告を作り、玄関に提示している。また広告を近住民や利用者の家族へ配布し、周知に向けての取り組みを実施している。		
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践、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	定期的に運営推進会議を行い、レクリエーション活動や誕生日会などサービスの実施状況の報告を行い、意見を頂きサービス向上に繋げている。	ホームの現況について意見交換され、参加者からの地域の情報や提案を活かし、運営推進会議を通じて地域との連携が更に図れるよう検討されています。	
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取り組んでいる	介護保険事務所等と連携を図り、事業所のケアサービスの取り組みの報告と、運営やサービスの課題についての意見をいただき、質の向上に取り組んでいる。	諸手続きの相談や問題が発生した時等に連絡し、積極的に包括、介護保険事務所と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	利用者の安全確保のために、職員は事務所、ホール、リビング等に配置しており、常に所在確認を行い、見守りと目配りをして鍵をかけないケアの実践に取り組んでいる。	勉強会で事例を挙げて説明し、サービス提供中の言葉遣いにもその都度注意して、職員が理解できるように取り組んでいます。	
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	高齢者虐待防止関連法についての外部研修参加及び勉強会を実施し、理解を深めている。		

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
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	各種研修に参加し制度を理解すると共に、一人ひとりの尊厳が守られ、自立した生活が送れるよう支援している。		
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	未然に問題が発生しないように都度、問題確認の時間を設け、利用者及び家族に説明の上、理解・納得を図っている。		
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	利用者及びご家族様の意見や要望には常に耳を傾け、都度の要望にできる限り配慮を行い、運営推進会議等で地域代表・行政担当者への報告を行い運営に反映させている。	家族からは、利用者の状況を話して意見をいただくようにしています。言い出し難いという気持ちを察しつつ、利用者との関わりが保てるよう意見や要望の引き出しに努めています。	
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	定期的な勉強会等で意見や提案を聞く時間を設け、よりよい運営の為の意見交換を重ね反映させている。	毎月カンファレンスを兼ねた会議で意見を出し合っケアの統一を図り、より良いサービス提供に繋げています。また、職員から地域の情報を収集し、運営に反映できるよう検討されています。	
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	代表者は職員の努力や実績を把握し、各自が向上心を持って働けるよう口取得・条件の整備に向けた支援を行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	職員は入社時2週間の採用時研修及び、それぞれの経験や力量に応じて必要な研修への参加は行い、実践に活かしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	グループホーム連絡協議会を通じ、地域の同業者と交流する機会を持ち、勉強会・訪問等を通じサービスの質を向上させていく取り組みをしている。		

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
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	本人と話をしている際今困っていることや利用者の行動の様子からも何に対しての不安や困惑が生じているのかを生活歴を参考に読み取り、一人ではなく皆がいる安心感を感じてもらえる声かけから始める関係づくりに努めている。		
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	現状に至るまでの様々な経緯を聴取し、家族の要望等を共有し、信頼関係を築けるよう取り組んでいる。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする	記載必要なし。		
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	利用者の生活の知恵(たとえば女性であれば家事全般等)生活活動の中に取り入れ、職員や利用者同士で協力して生活していく環境づくりに取り組んでいる。		
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	定期通信で家族へ本人の生活状況を毎月報告しているほか、認知症何でも相談窓口を設け、相談応需する他に、家族に対し、本人への関わり方や、認知症の理解を深めてもらえるような支援を行っている。		
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	本人がこれまで大切にしてきた親戚や知人の方々と継続な交流が出来るように働きかけている。また、機会があればその場所に出かけられるような外出支援も行っている。	利用者の生活習慣を把握し、家族や知人との関わりや趣味等の継続ができるように支援されています。	
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	利用者同士が協力して生活できるように、共同作業や食事、おやつの後片付けなど、利用者同士が協力して出来る事を見守り、楽しめるように支援している。		

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
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	再度利用者家族からの相談や、認知症何でも相談窓口にて継続支援が行えるような体制をとっている。		
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	利用者の希望や意思を尊重している。また、意思疎通が困難な場合は日々の生活状況の観察や家族の協力を求め、本人本位に沿うよう努めている。	利用者の生活歴や性格を理解し、日々観察しながら状況に合った対応をして、思いや希望を聞き取っています。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	バックグラウンドアセスメントを行い、出生より現状までの道のりを聴取し、本人の性格や生活習慣等分析・把握を行い、支援に組み入れるような体制をとっている。		
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	職員は一人ひとりの一日の過ごし方の把握や健康面、精神的に安定した暮らしを過ごして頂けるように支援している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	各方面からの要望や意見を参考に、現状を支え、少しでも向上できるようなケアプランを作成できるように努力している他、誰が読んでもわかりやすい介護計画を作成している。	利用者や家族から聞き取った意見が反映できるようにカンファレンスで話し合って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	日々の生活記録からモニタリングし、定期判定会を開催した際、計画実施状況を各方面より意見を出し合い、都度評価・検討を行い介護計画を作成している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする	記載必要なし。		

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	町内の花壇づくりや地域行事に参加し、地域の方々と交流を深めている。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	利用者のかかりつけ医やかかりつけ歯科医、及びかかりつけ薬局との連携を図り、十分な医療が受けられるように対応している。また、定期的に受診を行い、適切な医療が受けられるように支援している。	入居前からの医療機関で継続して受診している。利用者、家族の了承を得て協力医に変更した利用者もあり、内科、歯科の訪問診療が行われて適切に医療支援されています。	
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	利用者の健康状態に変化があった際は、嘱託医へ相談・対応が取れる体制を整え支援している。		
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。	協力医療機関の医療連携室や病院関係者と随時連携できる体制が整っている。		
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、事業所の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	当ホームでは終末期対応は行っていませんが、認知症やADL低下の重度化に「なる前の段階で医療や重度化に対応できる施設との連携を密にし、介護経過を本人、家族に対して説明し、話し合いをした上で、方向性を決められるように支援している。	終末期のケアには対応しておらず、ホームでの生活が困難になった時には、法人内で連携し、他のサービスが利用できるように説明されています。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	救急救命講習を年1回受講し、救命知識の向上に努めている。		
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	年2回の避難訓練を職員・利用者、状況によって利用者の家族や地域住民に参加いただいている。また、定期的に全職員が夜間想定訓練も実施している。	食料、水を備蓄し、スプリンクラー、通報装置も設置され、通報装置の作動訓練も実施済みです。非常口付近に置かれている物はなく、安全に通行でき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
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	利用者一人ひとりに対して、立場や境遇に関係なく、平等な対応と声掛けを行っている。	利用者の立場に立ってプライバシーを守り、その人に合わせて対応できるように心がけています。利用者の写真が掲載された「すまいる新聞」を、了解を得た上で運営推進会議で資料として使用しています。	
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	本人の望みを極力叶えられるように、生活の中でも必要なときは声掛けをしますが、自由に活動するときは極力見守りにとどめ、やりたいことや言いたいことを自由に表現しやすい様、対応を統一している。		
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	利用者の要望や希望を聞き、外出や美容院等に出かけ、余暇の時間を有意義に過ごしていただけるように支援している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	個性を大切にその人らしいおしゃれができるよう支援している。		
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	一人ひとりに合わせた調理法や味付けを行っている。また、職員は利用者と共に食事の準備や後片付け等と一緒に取り組んでいる。	法人の栄養士が献立を決めていますが、利用者の嗜好や畑で収穫した野菜で適宜変更しています。おやつ作りと一緒に食事の準備や後片づけをすることが利用者の意欲に繋がっています。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養士の献立に基づき、カロリーの摂取状況を把握している。また、利用者それぞれの水分摂取量や食事摂取量の把握に努め、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	毎食後口腔ケアの促しと確認を行い支援、介助を行っている。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、排泄記録用紙に記入してトイレ誘導を行っている。	習慣を活かした適切な誘導が行われ、トイレで排泄できるように支援されています。	
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	食物繊維を多く含む食材や毎日、牛乳を摂取しており、ラジオ体操等軽運動を取り入れている。		
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や健康状態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	一人ひとりの健康状態や希望に合わせて入浴を楽しめるように支援している。	週2回、午前、午後の時間帯に入浴されています。	
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	一人ひとりの排泄パターンを把握して生活リズムを整えるような安眠支援を行っている。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	利用者一人ひとりのファイルに処方箋を納め、薬の目的等を理解している。また、状態変化時は医師・薬剤師に相談している。		
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	畑の種まき、野菜の収穫や調理の盛り付けを行っている。また、利用者と相談して食べたい手作りおやつを作る等している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	花見、お祭り等、戸外に出掛けたり、希望に沿って買い物に出掛ける等支援している。また、家族に協力していただき、外出・外泊できるように支援している。	季節を感じとることができるように紅葉の時期等にドライブを企画し、法人で行われる合同の行事に出かけて、利用者同士の交流をされています。また、数種の野菜を育てて収穫も一緒にいき、戸外でできることも行われています。	

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	家族よりお金を預かりホームで管理しているが、外出時は自分で支払える機会を作っている。また、家族の協力を得て少量のお金を持っている人もいる。		
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	要望ある時は対応し、スムーズに会話でき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、臭い、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	共用の生活空間には、ソファを置く等利用者が集まりやすい様に工夫している。また、季節感溢れる装飾に考慮して安心して生活できる雰囲気となっている。	畳の間に続くフローリングスペースにソファを置き、利用者が寛いで過ごせる場所をつくっています。季節の花が活けられ、家庭的な雰囲気となっています。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	ホールにはゆっくりくつろげるソファや畳があり、音楽を聴いたり、テレビ観賞ができ、気の合った利用者同士が自由に過ごせる場所がある。		
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	利用者の要望や希望を聞き、家族の写真や自宅で使用していた鏡を置き、本人が居心地よく過ごせるように支援している。	各部屋にエアコン、FFストーブが設置され、家族の写真や手作りの物を飾って、過ごしやすいように工夫されています。窓からは、四季の移り変わりが実感できる風景が望めます。	
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	利用者一人ひとりがこれまで通りの生き方ができるように知識や経験を活かせる環境づくりに取り組んでいる、また、使用者の力を最大限に引き出すように支援をしている。		