

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	0770302438		
法人名	有限会社 アルコップ		
事業所名	グループホーム 縁寿の園(1F しだれ桜)		
所在地	〒963-0714 福島県郡山市中田町赤沼字瀬戸65-1		
自己評価作成日	平成21年10月1日	評価結果市町村受理日	平成21年12月21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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福島県社会福祉協議会		
所在地	〒960-8141 福島県福島市渡利字七社宮111		
訪問調査日	平成21年10月28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)】

地域の行事や実習生の受入等を積極的に行い、地域交流を深め、地域に開かれたホームをめざしています。又、基本理念の「まごころ込めた『旬』のサービス」を理念に取り組み、温かい家庭的な安らぎのあるホームを目指しております。

【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)】

「真心込めた“旬”のサービス」を基本として、本人の「今」を大切にケアが取り組まれている。月2回の訪問診療で健康チェックを行うなど利用者・家族の安心感につながっている。地域とのつき合いも町内会に加入し、盆踊り、夏祭り、敬老会など地域の行事に参加し、地域の一員として日常的な交流が図られている。利用者一人ひとりの尊重、チームケアがさらに徹底されることにより、暖かい安心な施設として利用者・家族、地域の信頼がより高まるものと期待される。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 該当する項目に印
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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

[セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-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
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	採用時には、必ず理念を伝え理解を得ている。常日頃理念に必ず触れ職員全体で話し合いケアについての意見の統一を図っている。	「真心込めた“旬”のサ - ビス」を基本理念として、開かれた地域密着型施設を目指す運営理念を作り上げている。ユニット会議等において、理念に触れながら、その人に合ったケアサ - ビスについて話し合い、ケアの統一を図っている。	
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近所づきあいや地元の活動、地域住民との交流に積極的に取り組んでいる。	地区や学校の行事等へ、積極的に参加している。また、ボランティアで来園してくれた方が花などを植えてくれ、それに参加し一緒にやっている。	町内会に加入し、盆踊り、夏祭り、敬老会などの地区の行事、運動会などの学校行事に利用者と職員が一緒に参加するなど地域の一員として日常的な交流が図られている。	
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	人材育成の貢献として、実習生を受け入れている。地域の方からは気軽に認知症について相談なども受けている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回会議を行い、お互いの経過を報告し合い、取り組んでいる内容についても報告し、意見をいただいている。	2ヶ月に1回定期的開催し、ホ - ムの運営状況、評価事業の取り組み等について報告や話し合いを行い、出された意見(虐待の防止、利用者への対応等)はサ - ビスの向上に活かしている。	
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に取り組んでいる	登録されている相談員の方が月2度来園され入居者の声を聞き、疑問や不満を受付けて行政に橋渡ししながら、サービスの向上に努めている。	介護相談員を月2回受け入れている。市の職員も参加する介護相談員定例会議を通じて事業所の実状やケアサ - ビスの取り組み等を伝えている。	
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	身体拘束に関する内部研修を実施しスタッフの意識の共有を図っている。カンファレンスやユニット会議で、自覚していない身体拘束が行われていないか確認している。	身体拘束に関する内部研修を行い「指定基準で禁止されている具体的な行為」の徹底理解を図っている。自覚していない身体拘束(威圧的な声かけと受け取られ様な対応等)が行われていないか会議等で点検、確認をしている。	
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逃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	定期的に内部勉強会を行っている。十分な勉強会とまでは至っていないが、スタッフ一人一人は認識していると考えている。		

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	対応の必要な利用者が居る場合その都度説明をし、アドバイスをを行いながら、支援に結びつけている。		
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、利用料金や重度化、看取りについて十分話し合い、対応可能な範囲について説明し、同意を得るようにしている。解約時には家族と相談しながら決めている。		
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	管理者・ユニットリーダーを中心に解決するよう心がけている。介護相談員を派遣して頂きながら利用者の立場に立った意見を頂き、参考にしていく。	家族会を年2回開催するとともに、家族等が訪問したときは必ず職員が面談し意見や要望を聞くように努めている。出された意見等は管理者、ユニットリーダーを中心に解決するよう心がけている。	
11	(7)	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営や管理についての職員の声に耳を傾け、活かしていくことを心がけ、職員の働く意欲の向上や質の確保を図っている。	月1度運営会議を設け、法人代表・管理者・リーダーが出席してスタッフの意見を聞いている。また個別面談を行い一人一人の意見を聞き話し合いをコミュニケーションを図るよう心がけている。	ユニット会議や運営会議で職員の意見や要望を聞くよう心がけている。また、個別面談で職員一人ひとりの意見を聞く場を設けるなど、職員の意欲向上を図る取り組みを行っている。	
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	毎月、運営検討会議を代表者・管理者・ユニットリーダー等で開催し、状況報告や、意見交換をし、職場風土作りに努めている。賃金では、介護報酬のからみがあるので難しいが、やりがいでは各自にあわせ外部研修へ積極的に推薦している。		
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	県・県社協・グループホーム連絡会の研修の機会においてその人の段階に合った研修に参加している。また内部研修も行い研修の設定取り組みをしている。管理者は年度で人材育成の目標を作成している。		
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	グループホーム連絡会の会議に出席、地域の事業所との情報交換を行っている。また、ユニット会議、カンファレンス、申し送り時にスタッフへ情報を共有できるよう、取り組んでいる。		

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
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	家族の思いに寄り添い暮らしの出来事や気づきの、情報共有に努め家族と同じ気持ちで支援している。		
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	家族会や面会時に家族に管理者や職員が声掛けし家族の状況を把握し信頼関係を築いている。		
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	相談を繰り返しながら状況などを確認し必要なサービスにつなげるようにしている。		
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	職員は利用者一人ひとりの個性に合わせたサービス(旬のサービス)を心がけており、各種レクリエーションや食事作りを通して常に喜怒哀楽を共有し、信頼し合える関係を築き「共に暮らすパートナー」となるように努めている。		
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	家族の思いに寄り添い暮らしの出来事や気づきの情報共有に努め、家族と同じ思いで支援している。		
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	なじみの人が面会に来てもらえるように呼びかけている。	地域に暮らす友人、家族等馴染みの人に訪問してもらえるよう、呼びかけの手紙を出すなどして、つながりが継続できるよう支援している。	
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	入居者同士が話しや相談ができるよう、見守り支援している。また、孤立してしまう場面もあるので、関係を作れるよう、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
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	行事に招待したり、気軽に相談や遊び来ていただけるようにし、人と人の縁を大切にしている。		
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、関係者で本人の視点に立って意見を出し合い、話し合っていく取組を心がけている。	認知症介護研究・研修東京センター方式の心身情報シートを使用し一人ひとりの心身の情報をこまめにチェックし、本人の「今」を大切にしたケアに取り組んでいる。	センター方式の心身情報シートを活用し、本人の言葉や職員の気づき等を記入し、本人の「今」の思いや意向を把握するように努めている。意思疎通が困難な方には、家族等から情報を得るようにしている。	基本理念を実践していく上で、本人の「今」を把握することは重要である。センター方式のさらなる活用も含めて本人へのアプローチを丁寧にすることを期待したい。
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	本人家族からの情報を整理し職員が把握できるようにまとめている。面会時や家族会で話し合いが出来るよう工夫している。		
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	一人ひとりの生活リズムをケース記録し排泄状況など記録する事によって全体の把握に努めている。		
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	日常生活の中でその人らしく生活できるように、本人や家族の話を聞き、介護計画に反映するようにしている。また、アセスメント・カンファレンスをユニットスタッフと、意見交換している。	日ごとの関わりや家族の訪問時等を通じて本人や家族の思いや意見を聞き、介護計画に反映するようにしている。定期的にモニタリング、カンファレンスを行い見直しや現状に即した介護計画作成に反映させている。	
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	個別ファイルにて食事・水分・排泄・体重など、身体的状況や生活様子を記録している。申し送りなどで職員間の情報共有を徹底している。また、状態変化時にはその都度アセスメントを行うようにしている。		
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	利用者、御家族の状態状況によりその都度カンファレンスを行いその人に適した支援を心がけている。		

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
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	消防署や地域の方の協力で避難訓練を行っている。また、安心して暮らしていけるように民生委員の方と意見交換する機会を設けている。		
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	基本的な本人・家族の希望を大切にしている。定期的に月2回の主治医の訪問診療で健康管理を行い体調不良時は随時指示を仰いだり、往診を受けている。	基本的には本人・家族の希望するかかりつけ医とし、通院は事業所で病院まで送迎し、受診は家族が付き添う。受診結果の情報の共有も図られている。協力医療機関による月2回の往診(体調不良時は随時)を受けている。	
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	小さな気づきも看護師に連絡し、連携を図っている。		
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。	ホームでの症状、バイタル測定などの経過をまとめ情報を医師・介護師に提供している。入院中の面会時、退院時にNsとのコミュニケーションを図り、状態の説明や注意事項などの確認を行っている。		
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	本人・家族との話し合いを持ち希望を確認し合い方針を定めている。主治医、事業者側、ケアマネージャー、スタッフなど関係者間で情報共有し、支援に取り組んでいる。	重度化や看取りの対応について本人・家族に説明し、同意を得ている。事業主、医師、職員など関係者間で話し合い、情報共有を行い、支援に取り組んでいる。	
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	勉強会を実施したり、対応マニュアルを作成してユニット全体で対応する。		
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	月1回の各災害時に対する訓練を実施している。マニュアルを作成し常日頃イメージトレーニングを心がけている。また、近所の方との協力をお願いしている。	想定を変えて月1回避難訓練を実施している。地域の協力体制も築かれている。非常食も準備されてる。	2階に車椅子の利用者が3人おり、その避難が最大の課題である。実践的な避難訓練の実施が望まれる。

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
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	一人ひとりに合った声掛けを行いプライバシーを損ねない対応をしている。	一人ひとりに合わせた声かけを行い、特に、排泄、利用者間のトラブル等の際は、利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応を心がけている。	
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	利用者が自分で決める場面を作り、自己決定を支援している。		
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	日々楽しみを持って過ごせるようにペースを崩さず無理の無い支援をしている。		
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	入浴時や起床時、本人と一緒に洋服を選び、好みのものを着ている。入浴後の化粧水使用なども支援している。		
40	(15)	食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている。	誕生日のメニューのアンケートを実施し、おやつも、利用者と一緒に手作りをしている。	月1回の食事会議で、メニューの希望の把握、アンケートの集約等を行っている。食事は利用者と職員と一緒に摂っており、食事の準備、後片付けも利用者と職員が和気あいあいと行っている。	
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	その人に応じ食べやすいように支援している。又好みの、飲み物を飲んでいただき、水分確保をしている。		
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	入居者のペースにあわせ、歯磨きの声かけを行い、自力で出来ない方には介助をしている。		

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
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	排泄の訴えない利用者には、定期誘導の声掛けをし、昼夜の尿取りパットを使い分け対応している。排泄チェック表を使用し時間や習慣を把握し、支援している。	排泄チェック表で排泄リズムを把握し、トイレ誘導を行ったり、昼夜により尿取りパットを使い分けたりして排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	水分摂取に留意し体操、適度な運動を行う。繊維質の多い食材や乳製品を取り入れている。		
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	毎日入浴できるが、体調やバイタルチェックにあわせ入浴の可否を利用者と相談しながらきめている。	毎日の入浴が可能である。職員配置の関係で夕方までの入浴が多いが、利用者の希望や体調に合わせて支援している。	
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	日中運動したり散歩に行き、夜間眠れる工夫をしている。疲れた時やゆっくりしたいときは畳コーナーで休んでいただくようにしている。		
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	処方箋は職員が必ず確認し医師からの指示があった時は、ケース記録に記入している。		
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	生活の中で一人ひとりに役割を持ってもらえるように努めている。センター方式の用紙を使い生活歴や楽しみ事の把握が出来るように、取り組んでいる。		
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	天気・本人の希望・気分に応じて心身の活性につながるよう、常に散歩、ドライブ、ピクニック、季節感を肌で感じていただけるようにしている。	日常的な近隣への散歩、月数回のドライブやピクニックなど外出の機会を多く作っている。歩行困難な方もホム周辺を車椅子で出かけるよう支援している。	

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
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	金銭は事務所で預り、外出時には持って行く形態をとっている。また、家族の希望により、本人が小額を管理している方もいる。		
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	電話は自由に使用できるが希望は少ない。手紙は家族より届き返事を書きたいとの声がある際、書けるよう支援している。		
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	廊下の壁に季節合わせた手作りの作品を提示したり、玄関には定期的に生花をかざり、利用者が季節感を感じ生活しやすい空間を作っている。	利用者が多くの時間を過ごす居間、食堂は畳の間も含めて広く明るく、居心地のよい空間となっている。フロアの飾りつけ、玄関の生け花も季節感を感じることができる。	
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	畳コーナーに長座布団、テーブルを置き、一人で自由に過ごしたり、仲の良い入居者同士でくつろげるベースを作っている。		
54	(20)	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切に本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている。	写真や使いなれた日用品、家具・仏壇などを含むなじみの物を持ってきていただき、家族に協力してもらっている。	家族の協力を得て、ベット、タンス、仏壇、写真などが持ち込まれ、それぞれの利用者が居心地良く過ごせるよう工夫されている。	
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	トイレ、浴室など一目で分かるように表示し、床の突起物には赤テープで目印をつけ、ガラスには色のついたシールなどで印をつけている。		