

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	2772500423		
法人名	特定非営利活動法人 縁21		
事業所名	グループホーム かなめ		
所在地	池田市室町4-37		
自己評価作成日	平成24年3月1日	評価結果市町村受理日	平成24年7月3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)】

①地域に根ざしたグループホームを目指している。②かかりつけ医との連携により入居者の体調変化を常に把握し対応している。③入居者が7名と少人数でありケアが行き届いている。④職員の年齢上入居者とのコミュニケーションが取り易くなっている。⑤近くにスーパーや市場があり、買物に行きやすくお店の人とも馴染みの関係が出来ている。

※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	
----------	--

【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24年5月11日		

特定非営利活動法人が運営する池田市で最初に設立されたグループホームである。定員7名と利用者が少ないホームである。職員は9人規模ホームの人数を整えているので行き届いたケアが行われている。当事業所の方針として利用者の残存能力を十分生かしたケアにより体力、能力をよく維持している。地域との連携は絶妙であり、殆どの利用者は地域の老人会に加入し地域との交流を深めている。食事は食材購入から準備、調理等すべて所内で行いバランスのとれた美味しい食事を提供している。理念である「地域の中で当たり前暮らしながら、人間の尊厳を大切にしてい」くケアにより利用者は穏やかにホームでの生活を楽しんでいる。

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)	○ 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	家族・近隣・関係者の理解と協力を得ながら認知症であっても地域の中で当たり前暮らし家庭的な明るい環境の中で一人一人に注目したケアを心がけるというホーム理念を作り、日々のケアの中で実践できるように心がけている	「認知症であっても、一人ひとり地域の中で当たり前暮らしながら人間の尊厳を大切に生きてゆく」を理念として、管理者以下全職員が理念の実現に向かって励んでいる。	
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	入居者6名は地域の老人会「室友会」に入会、市主催、地区会館で開催の「ときめきクラブ」に参加。母体のNPO法人縁21は、自治会に加入し地域の催しに参加している	事業所は自治会に加入し、利用者の殆どが地域の老人会に加入し地域の行事に積極的に参加している。ボランティアを受け入れ、事業所での行事に地域の人たちを招待することもある。	
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	地域の方の急なデイ利用依頼には出来る限り応じていたが最近はない		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回実施し、意見交換したものを職員で話し合い、日々のケアに活かしている	2か月に1回開催している。市の高齢介護課主事、地区民生委員、老人会役員、利用者、家族等の参加で双方向的で参加者からも活発な意見提案があり、運営に反映させている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村とは必要に応じて連携を取っている。市職員が運営推進会議のメンバーなのでケアサービスの取り組みや実情等を伝えられていると思う	市の保健福祉部高齢介護課と必要に応じて連携をとり、運営状況の報告をしたり、相談したり、助言も受けている。月1回介護相談員の来訪を受け助言等ももらっている。	
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	玄関は日中施錠していない。「身体拘束ゼロへの手引き」の資料を職員全員に配布し理解をしている	内外部の講習に参加、研修を行っており具体的な禁止行為を全職員は理解しており、身体拘束ゼロの介護を行っている。昼間の玄関の施錠はない。	
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	高齢者虐待防止関連法について学ぶ為、スタッフや家族の方にも資料を渡し防止に努めている。運営推進会議メンバーでの身体拘束委員会の設置の同意を得ている		

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	現在のところ、権利擁護を必要としている人は居ない。地域権利擁護事業や成年後見制度についての資料はスタッフに配布している。		
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	入居時に契約書と重要事項説明書を読み上げ説明している。不安や疑問点もその時に尋ねるようにしている。		
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	利用者については日々の生活の中で出た意見や不満、苦情を聞き取るようにしている。家族についてはホームにいられた時等に意見を聞くようにしている。玄関に意見箱も設置している。	利用者には常に寄り添い、家族には来訪時、運営推進会議や家族会で話しやすい雰囲気を作っており、機会を多く持つことで希望や意向をくみ取り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	スタッフ会議や日々のケアの中で出た意見や提案を管理者は代表者に伝え反映させるようにしている。	月1回のスタッフ会議で話し合い、意見や提案を聞き取っている。できることはすぐに実行し、必要な場合は代表者も交えて検討する。代表者、管理者とは随時話し合い、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	代表者は管理者や職員とコミュニケーションをとり、職場環境 条件の整備をしている。		
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	事業所は研修の情報を全職員に回覧し参加出来るようにしている。		
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	市内11ヶ所が参加するグループホーム連絡会に積極的に参加し、今後も勉強会や相互訪問、相互研修等新たな取り組みが検討されている		

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	本人や家族から不安や要望などを聞きながら、安心してホームでの生活に馴染んで頂くよう心がけている		
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	家族との面会を多くして本人を支援する為の方法を一緒に考えるようにしている。		
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	家族に十分話を聞き、その上で意見を伝えたり、担当しているケアマネージャーの意見を聞いたりしている。		
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	一緒に生活する中で、出来る事出来ない事を見極め出来る事は利用者自身にしてもらうように声掛けや見守りケアを心がけている		
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	家族の方にも役を担って頂き、大掃除や衣替え、外出等必要に応じて協力して頂いている。		
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	馴染みの人に来て頂いたり、場所に行かれるように家族に協力して頂きながら支援している	馴染みの店での買い物や美容院など、また地域で開催される行事など積極的に出向くよう支援している。家族の協力もあり、また馴染みの人の来訪も時々あり関係が継続されている。	
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	食事の準備や食材の買物等の家事作業の中で、皆で一緒に出来る事を取り入れたり、助け合ったり出来るように支援している。家族とも時々交流を持っている。		

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
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	家族とも時々交流を持っている		
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	利用者やご家族の方の意見を聞きながら出来るだけご本人本位に生活出来るよう努めている	利用者には常に寄り添い、家族から来訪時、運営推進会議や家族会で話しあい、希望や意向を汲み取り運営に反映させている。	
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	家族やこれまで関わってきた関係者からこれまでの生活歴を聞き取るようにしている		
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	日々のケアの中や月1回のスタッフ会議で職員が話し合い、情報交換や情報の共有をしている		
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	本人の思いは日々の生活の中での会話から聞き取るようにしている。家族からは来所時や電話などで要望や気付いたこと等を言って頂く様に伝えている	6カ月毎にモニタリング、カンファレンスに基づき関係職員が話し合い、利用者、家族にも説明、希望を聞いて現状に即した計画を作成している。利用者の体調変化時には随時行っている。	
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	各利用者ごとに生活日誌を毎日記入し、情報共有の為毎日スタッフノートも記入し、読んだ人はサインをするようにしている		
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	美容院や個人の買物への同行など必要に応じて対応している		

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	月1回の折り紙ボランティアや各ボランティアの利用、地域主催の音楽会などに出かけるようにしている		
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	かかりつけ医は、家族と相談しながら家族に決めて貰っている。利用者7人中4人は訪問診療の利用をしている。訪問歯科診療も必要に応じて利用している	入居時に本人や家族の希望を聞いて支援している。事業所の契約医療機関を希望される場合は、月2回の訪問診療を受けている。元からの医療機関を希望される場合は、家族の協力も得ながら、あるいは職員が付き添って受診を支援している。	
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	利用者の体調変化などについて看護師職員と話し合いながら日常の健康管理をしている。薬の管理ノートを作成し処方の変更や中止の把握に努めている		
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。	協力医療機関として病院や診療所、歯科医院と協定書を交わして連携している		
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	かかりつけ医と家族、職員と話し合いを行い、それについて全員で方針を共有している	入居時にホームでの重度化対応について口頭で説明をし了解はしてもらっている。職員も方針を共有しているが、文書化はされていない。	重度化や終末期のあり方について、事業所でできること、できないことを明確にし文書化した上で本人、家族と話し合い、方針を共有しておくことが望まれる。
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	事故マニュアルを作成し、連絡網も作っている		
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	毎月自主避難通報訓練を実施するよう心がけている。年に2回は1階2階合同の自主避難訓練を行っている。	毎月自主的に避難訓練を行っている。地域の防災訓練に職員が参加している。利用者、職員とも防災意識は高い。近隣の人々の協力体制はできていない。	夜間職員の少ない時などに、近隣の組織的な協力は非常に心強い。災害発生の際に近隣の協力が得られる体制づくりの構築を期待したい。

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	スタッフ会議やスタッフノートを通じてプライバシー確保の徹底に努めている	声掛けや接し方は常に利用者の気持ちを尊重し、誇りやプライバシーを損ねることのないよう心掛けている。食事介助、トイレ誘導にも配慮が行き届いている。個人情報の保管は適切である。	
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	コミュニケーションの大切さを職員が認識し、その人にあった言葉かけや促しをするように心がけている		
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	利用者一人一人の生活ペースを尊重し、希望を聞きながら支援していくように努めている		
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	利用者が自分でその日に着る服を選べるよう支援したり、美容院に行くように支援している		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備、片付けを利用者と職員が一緒にしている	メニューは食事担当が週ごとに作成し、準備、調理、片づけは利用者と職員と一緒にやっている。食事は職員も一緒に楽しい雰囲気づくりをしている。利用者が交代で感想を書いている。	
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	食事量や水分量は毎日の生活日誌に記入し把握している。利用者の状態に応じてとろみ剤を使用したりミキサーにかけたりしている		
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	毎食後の口腔ケアを実施し、一人一人の状況により見守りや声掛け、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	排泄パターンを把握し、声掛けにより排泄の失敗を少なくするように努めている。おむつリハビリパンツの使用は必要最低限にしている	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、さりげなくトイレ誘導し排泄の自立を支援している。リハビリパンツやパットの使用は現在のところ無い。	
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	毎朝食時にフルーツ入りヨーグルトをメニューに入れたり、食事に工夫し 排便チェックを行い、便秘の予防を心がけている。主治医に相談し服薬調整している方も居る		
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	週3回の入浴を実施しているが、回数 曜日時間帯は利用者の都合により変更することもある	利用者それぞれの希望に合わせて入浴支援している。浴室、更衣室は広く清潔で、冬季の急激な温度変化を考慮した浴室暖房も用意されている。身体状況に応じて、部分浴、清拭も行っている。	
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	本人の体調を見ながら休息への声掛けをしたり、昼寝をするのも夜間に影響しないように時間を見て声掛けしている		
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	各利用者のファイルに処方箋を貼付し、何時でも職員が見られるようにしている。服薬が変わった時にはスタッフノートに記入し情報の共有と徹底に努めている		
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	掃除 洗濯干し 食事の準備や後片付け 買物等役割を持って頂いている。楽しみごとにも本人を選んで貰いながら歌やパズル、塗り絵、散歩等をしている		
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支援している	買物や散歩に行ったり、職員の外出時に一緒に外出したりしている。家族と一緒に出かける機会を多くしてもらうように家族に協力をお願いしている	日常的には買い物、散歩、地域のお茶飲み会やイベントの参加などで外出し、気分転換を図っている。利用者が家族と共に公共交通機関を使って外出することもある。	

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	所持する利用者が一名おり、家族との外出時に使用している。		
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	利用者が話したい時は家族と電話で話したりする事を支援をしている。		
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	リビングは広くゆったりと過ごせるようになっている。季節の花を飾ったり、絵や写真、押し絵などを飾ったりしている	リビングは広い。端のほうにテーブルを並べて食堂としている。ソファが適当に配置され、どこでもくつろげる。壁面には絵画や手芸作品が飾られ、落ち着いた雰囲気である。浴室やトイレは分かりやすく表示され、清潔である。	
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	リビングには椅子をあちこちに置いて好きな所で過ごせるようにしている		
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	居室には本人が作った折り紙や写真、飾り物を置いたりしている	窓が広く明るく開放感がある。ベッドの他物入れが設えてあり広く使える。個々に好みの使い慣れたものを持ち込み従来の生活の継続感が感じられ、居心地良く過ごせるようにしている。	
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	各居室の入り口には手作りのネームプレートを、トイレには目立つように場所の表示をしている。		