

### 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	1072400276		
法人名	株式会社 オギノケアサービス		
事業所名	グループホームスマイル		
所在地	群馬県甘楽郡下仁田町西野牧5803-1		
自己評価作成日	令和2年2月25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	
----------	--

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和2年3月16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)】

「私たちは地域と共に笑顔あふれるホームをめざします」という理念達成に向けて職員全員で取り組んでいます。

#### 【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)】

共用空間で利用者同士が語り合い、大きな声で自分の思いを職員に伝えている。自由に自分を表現できるということは、それを受け止める職員との間に信頼関係が築かれている証で、長く勤務する職員が多いことも利用者にとっては良い生活環境になっている。また、在宅時に好きだった編物や読書を住まいが変わっても続けている利用者がある。出来上がった作品を飾ったり、実際に使用することで、他の利用者や職員から褒められることは張り合いになり、生きる意欲につながっている。利用者が持つ今の力を維持しようと支援に取り組む、事業所、職員の工夫と努力がうかがえる。

### 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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「私たちは地域と共に笑顔あふれるホームをめざします」をホームの理念としている。職員のミーティングの場所に理念を掲示し、理念の共有に努めている。	職員は理念を理解し、自覚を持ってケアに取り組んでいる。理念から外れたケアが見られた場合は、管理者がその場で、あるいは個別に指導し、理念の確認と共有に努めている。	
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	ホームは事業者の自宅敷地内にある。事業者はこの地域に在住して約60年になり、隣組との関係も良好なことからホームと隣組との関係も良好である。	地域の人が入居し、地域に住む人は年々少なくなっている。地域の区長、民生委員と日常的に情報交換をしている。利用者の親戚や地元のボランティアの慰問がある。	
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	毎年、地元のボランティアの受入を行っている。		
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	運営推進会議は2カ月に1回開催している。会議では自己評価の内容を説明し、外部評価の結果も公表し検討している。	隔月で家族、地域住民、区長、行政担当者の出席で開催され、運営状況の報告、行事報告、感染症対策等テーマに沿った勉強会を通して意見交換をしている。同時に避難訓練を実施することもある。	
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	事業所の職員は町の担当者と頻繁に行き来してホームの実情や取り組みを協議している。また町の担当者は運営推進会議にも出席して情報提供を行っている。	運営者、管理者が行政担当者と連絡をとり、連携を図っている。また、管理者は認定調査の立会いや、要介護認定の代行申請を行っている。	
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	「身体拘束ゼロ作戦」を教材として身体拘束禁止についての理解を深めている。ミーティングを通じても身体拘束ゼロの取り組みを実践している。	玄関の鍵は職員の勤務状況によって開錠している。3ヶ月ごとに身体拘束や虐待禁止について話し合いをしているが、申し送り時にも職員間で確認し合い、身体拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	ミーティングを通じて虐待の防止について、周知徹底している。事業所独自の「虐待防止に関する誓約書」を作成し意識の徹底を図っている。		

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
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	ホーム事業者が勉強会に参加しているが、具体的な事例がないこともあって、職員が活用できるようになっていない。		
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	契約時に利用者およびその家族に対して利用申込契約書、重要事項説明書を丁寧に説明して同意書に署名捺印していただいている。		
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	利用者様から感じ取ったことについてはミーティングで話し合い、解決するようにしている。家族の訪問時には何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意している。出された意見や要望はミーティングで話し合い、反映させている。	利用者から厳しい意見が出たり、指摘されることもあるので、記録に残し申し送りで職員間で共有している。家族からは面会時に意見や要望を聞くようにしている。	
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	管理者が9:00と16:00に行われる申し送り時に職員に対して意見、提案を聞くようにしている。	管理者は申し送り時や、時にはマンツーマンで職員から意見や提案を聞いている。長く勤務している職員が多いので、管理者はそれぞれの職員が生活状況に合った働き方ができるように配慮している。	
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	ホームは代表者の敷地内にあることから頻繁に出入りしている。このため職員の仕事に対する意欲や悩みを把握している。職員が意欲を持って働ける環境作りを行っている。		
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	研修会には積極的に参加するようにしている。研修の報告はミーティングで発表してもらい、研修資料は全員が閲覧できるようにしている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会及び同協会南部ブロックに所属しており、その活動を通じて交流し、サービスの質的向上を図っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用の申込みがあった時には本人にまず面談をして心身の状態や考えていることを把握するようにしている。これによって利用者がホームで信頼関係に裏打ちされたスタートが切れるようにしている。		
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	利用申込みがあった時には、本人と同時に家族とも面談します。この際に家族が何を求めているのかをしっかりと受け止め事前にホームで話し合うようにしている。		
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	相談を受けた時に、できるだけ丁寧に対応するようにしている。相談も2回3回と回数を重ね信頼関係を構築することを心がけている。居宅支援事業所のケアマネージャーにも応援を求めることがある。		
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	職員は利用者様とともに生活する仲間として、人生の先輩であるという気持ちを持って接するようにしている。喜怒哀楽を共に支え合う関係作りに留意している。		
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	利用者様の思い、家族の考えていることを的確に受け止めるよう心がけている。そして両者の思いが結びつけられるよう職員で話し合っている。		
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	利用者のうちの何人かはこの関係を継続しているものの、馴染みの人や場所との関係は途切れがちになっている。	入居時は好きな物、馴染みの物を持ち込むよう説明している。編物等の趣味や手紙のやり取りを続けていたり、家族、親戚の面会、自宅に外出する利用者の関係継続を支援している。	
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	おやつ時間・食事の時間は職員全員が利用者様と同じテーブルで過ごすようにしている。また個別に話を聞いたり、相談に乗ったりして利用者同士の関係が円滑にいくように職員が調整役になっている。		

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	ホーム退所後も自宅や病院に訪問したりして家族との情報交換は行っている。		
<b>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</b>					
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	日々の声掛けやふれあいの中で利用者様の真意を推し測るようにしている。また家族や親戚の方から情報を得るようにしている。	日常会話の中で利用者が発した言葉や表情から思いや意向を把握することに努めている。それらを記録に残し、申し送り時に職員間で共有している。	
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	利用者様自身の語りの中から把握に努めている。家族、親戚の訪問時にも把握に努めている。		
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	食事、睡眠、排泄の時間、生活習慣など1日の生活のリズムを把握して、出来ることを見出して、利用者様の全体像を把握するようにしている。		
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	利用者様や家族の要望を聞いたうえで、職員全員で話し合い、介護計画の作成に生かしている。	管理者が毎月モニタリングをしている。アセスメント、介護計画の見直しは3ヶ月ごとに行い、担当者会議は更新時に開いている。利用者や家族の要望を反映した計画作成に取り組んでいる。	
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	個別に介護記録をつけている。その記録に基づいて介護計画の見直しを行っている。		
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	本人や家族の状況に応じて、生活の支援を出来る限り柔軟に対応することを心がけている。		

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	利用者が安心してこの地域で暮らせるように、消防・警察・学校等と協力している。		
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	利用者様全員が本人や家族の希望するかかりつけ医に受診している。通院は希望に応じて対応している。基本的には家族同行だが、不可能な時はホーム職員が行っている。	かかりつけ医、協力医の選択ができることを説明している。かかりつけ医や必要に応じて専門医への通院は家族が付き添うことになっている。	
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	看護職員を配置しており、利用者様の健康管理や状態変化に対応した支援を行えるようにしている。		
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。	利用者が入院した時は、職員ができるだけ多く訪問するようにしている。利用者様の情報を病院に提供して、早期退院に結び付けている。		
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	ケースごとに本人・御家族と話し合い要望を確認し、主治医の助言をいただきながら、下仁田厚生病院・富岡総合病院等と連携し支援に取り組んでいる。	重度化に向けた指針があり、利用者、家族の要望に沿って段階的に対応している。利用者の状態によってかかりつけ医が入院と判断した場合は、医療機関と連携した支援に努めている。	
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	緊急時の救命マニュアルを作成し周知徹底を図っている。		
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	毎年、下仁田消防署に避難訓練への職員の派遣を依頼し、避難技術の向上を図っている。また、運営推進会議で地元の民生委員・住民代表を通じて災害時の協力をお願いしている。	年2回の避難訓練(1回は消防署立会い)と毎月自主訓練を実施している。地域特有の災害やハザードマップも確認している。備蓄として1週間分の水、乾パンを用意している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	ミーティングの折に、利用者様の人格を尊重しながら支援に当たるよう指示している。また利用者様のプライバシーについては他の家族や外来者に対して絶対に漏らさないよう徹底している。	トイレ誘導で利用者に声をかける際は利用者の尊厳を傷つけないよう近くに行き、小さな声で目を見ながら話すようにしている。自分の好きな所に座り、自由に動き回る利用者を職員は見守っている。	
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	職員と利用者様がよく話し合う中で自分で決めるような場面を作るようにしている。		
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	一人ひとりの状態や考えに配慮しながら柔軟に対応している。		
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	身だしなみやおしゃれができるよういつも支援している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様と一緒に準備をするようにしている。食事の時には利用者様と職員が同じテーブルできるようにしている。	利用者と職員と一緒に食事をしている。献立は専門業者からの食材で決まっているが、おやつを手作りしたり、伝統食や行事食等、利用者が好きな物を提供する機会を設けて食事を楽しんでいる。	
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	食事チェック表や献立表に栄養摂取状況を記録して、職員が情報を共有している。		
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、声かけをして歯磨きを行っている。		

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	介護記録から、時間や習慣を把握してトイレ誘導することでトイレでの排泄を促している。	介護記録に排泄した時間を記入し、トイレ誘導のタイミングを把握している。車いすでもトイレで排泄する利用者や夜間はポータブルトイレやおむつを使用する利用者の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	食材を工夫したり、運動したりして自然な排便ができるように取り組んでいる。		
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	一人ひとりの希望とその日の体調を確認し、週2回のペースで入浴を実施している。	入浴日は週2回と決まっているが、連日になることがあっても声かけをするようにしている。徐々に入浴を拒否する利用者がみられるようになっている。	職員の勤務状況にもよるが、利用者全員に毎日入浴の声かけをしてほしい。まず、一人から声をかけて、利用者が入る、入らないを選択する機会を作してほしい。
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	利用者それぞれの状況を把握すると共に、居住環境も勘案して支援している。		
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	職員には薬の内容について把握できるようにしている。更に職員の中で薬の担当者を決めて確認している。		
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	利用者それぞれの状況に合わせて、お願いできそうな仕事をしてもらっている。できた時には感謝の言葉を伝えるようにしている。		
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	屋外にはベンチを置くなどして、外で過ごす時間をできるだけ多くするように心がけている。	外のベンチで外気浴をしている。陽気が良くなれば戸外に出られるが、歩くことができる人、できない人と利用者によって状態が異なるので、個別に支援している。	



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
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	自分でお金を持っている人もいますが、基本的にはお金は家族から預りホームで管理している。		
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	本人の希望があれば自由に行っている。		
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	共用スペースは木をふんだんに使っている。清潔感を醸し出すように心がけている。ホールは吹き抜けで天井が高く居心地のよい空間になっている。	共用空間にはソファがあり、利用者が自由に好きな場所で過ごすことができる。季節の花や作品、利用者同士が仲良く暮らしていけるよう標語が掲示されている。	
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	玄関ホールには一人で過ごせるようなイスを置いてある。またホール内にソファを配置して、気の合った同士がくつろげるスペースを作っている。		
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	居室の家具は利用者本人と家族で話し合っ て使い慣れた物を持ち込んでいる。	居室には馴染みの家具や寝具、TVが置かれ、居室で趣味の編物や読書をする利用者にとって居心地の良い、自分らしい空間になるよう支援している。	
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	建物の内部は利用者にとって自立を意識した工夫をしている。		