

# 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	2790900209		
法人名	株式会社美咲		
事業所名	グループホームみさき高槻		
所在地	大阪府高槻市北昭和台町17-10		
自己評価作成日	平成25年2月8日	評価結果市町村受理日	平成25年5月13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	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25年3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)】

新しい環境の中で新たな人間関係の構築をスムーズに行うため、居室をリビングを囲むように設置し、リビングに出やすい環境を作っている。アイランド式のキッチンを配置することで、家事に参加しやすく、また一日の中で調理の音や匂いを感じられる。施設内の生活だけではなく、外出の機会を増やすために近隣の寺社や支援学校の行事など定期的に参加している。施設内で委員会(事故防止委員会、虐待防止委員会、感染症防止委員会、行事委員会)を設け定期的に研修会を行っている。

## 【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)】

法人は大阪市内に本社を置き、「我々はその方が歩いてこられた『生活』、不安なく安心して過ごせる『生活』、地域社会の中で送る『生活』を続けていけるよう、また再び作り出せるように寄り添い支援していきます」という基本理念と8項目の行動指針を掲げ、ケアプランセンター・ヘルパーステーション・デイサービスセンター各1箇所・グループホーム4箇所・有料老人ホーム1箇所を府内で運営している。事業所は24年3月に開設し初回の外部評価である。2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、出席者から前向きな助言を得ている。近隣にある大阪府立高槻支援学校や保育園と交流を図り地域資源を活かしている。管理者と職員は会話を重んじ、家族には毎月利用者の暮らしの状況を書面で詳細に報告してケアサービスの向上に取り組んでいる。利用者は職員が交代で行う調理を手伝い、一緒に食事して満足感にあふれている。

## 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)	○	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	利用者や職員が、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、活き活きと働いている (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
<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	法人としての介護理念は掲示している。事業所単位での理念を作成中。	法人の基本理念は8項目の行動指針と共に掲示し、日々職員は共有を図っている。	開設1年を契機に全員で話し合っ事業所独自の理念を作成して掲示し、法人理念や8項目の行動指針と一緒に毎朝唱和して実践につなげる事を期待したい。
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	近隣の寺社や支援学校の行事の参加など、地域に出かけていける機会を増やしている。また地域包括支援センター主催の集まりに参加し、民生委員の方や他事業所とのつながりを構築している。	散歩時には地域住民に挨拶をするように努めている。近隣にある高槻支援学校の作品展に招待され利用者と一緒に参加している。保育園とも職員の子供との関係で交流を進めている。自治会加入はまだ実現していない。	地域資源を着実に活用しているが、地域住民との交流を図るために自治会加入を図り、地域の行事等に積極的に参加する事を期待したい。
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	運営推進会議の中で事例として伝えることはあるが限定的。地域全体に対しての発信は今後の課題。		
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	運営推進会議の中で現状の取り組みに対する評価や地域の情報をくみ上げている。今後実際のサービスの向上に繋げていけるようする。	地域包括センター、民生委員が参加され2か月に1回開催している。運営報告や行事報告・事故報告だけでなく出席者からは適切な助言を得ている。家族が参加出来る様に曜日を変える事を検討している。	地域住民である自治会の代表や家族の参加を図り、運営推進会議のメンバーが拡充される事を期待したい。
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	市の開催する研修会への参加を行っている。事故発生時などは迅速に報告を行っている。取り組みなどを伝えるような関係は築けていない。	認知症介護サポーターの養成研修に職員4人が受講した。又、市主催の研修会や連絡会には積極的に参加している。外部評価結果を市に説明する機会を捉え、より密に市担当者との意見交換を検討している。	
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	研修の中で身体拘束に対する理解は深まってきたが、安全管理上の問題から玄関の施錠は現時点では継続している。	原則身体拘束は行わない事を明示している。詳細な身体拘束排除マニュアルを整備し、定期的に研修を行っている。玄関は施錠しているが出来るだけ利用者の希望に添って近隣への散歩を実践している。	
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	研修計画の中で学習の機会を持っている。		

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
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	定期的な研修として学ぶ機会はないが、ケースにより日常生活自立支援事業につなげる支援をおこなっている。		
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	契約の締結・改定の際は文書を使用し丁寧な説明を行い理解を図っている。		
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	日常や面会時に要望の汲み取りを行っているが、文書や集まりといった形での機会は今後作っていく。	管理者は家族に意見があるのが普通と認識している。面談時には気軽に意見を言っていたくように努め、出された意見はノート等に記録し職員会議で話し合いをして改善を図っている。	遡っていつでも見られるように受付日・内容・経過・対応結果を記載する意見・要望・苦情処理簿を作成し、そのファイルが事業所の財産になる事を期待したい。
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	施設内で管理者職員会議を月に1回、法人内で他施設合同の管理者会議を月に1回おこなっている。	毎月の職員会議で職員からは活発に意見が出されている。各種委員会に於いてもケアサービスの向上につなげるように議論し、職員間の意志統一を図っている。	
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	個人の実績に対する評価方法を構築中。		
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	施設内の研修体制は構築できている。個人の能力に合わせた外部研修の選択はできていない。		
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	法人グループ内の会議に管理者が出席し、情報交換や勉強会を行っている。		

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
<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	面接の段階で所定書式を使用し情報収集している。また入居者ごとの担当者を設定し、より密な関係作りと情報の集約を行っている。		
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	相談・面接時から所定書式で情報収集し、ケアプランへ反映している。		
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・面接時にグループホームの援助内容の説明を行い、ニーズと合わない可能性がある場合は他サービスの情報提供を行ったうえで利用サービスを選択できるようにしている。		
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	生活の場である理解は進んできているが、生活を共にする関係の構築はできていない。		
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	行事の案内などは行っている。今後ご本人とご家族の関係の継続・改善が行えるような踏み込んだ支援に広げていく。		
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	ご家族へは1か月の様子を書面にて報告。来訪者は初回に限りご家族へ確認はしているが、面会は歓迎している。	昔の知人・友人の来訪を歓迎し、関係を継続出来るように年賀状のやり取りの支援を行っている。行きつけの理髪店利用や十三回忌に向けた家族との打ち合わせをしたり、馴染みの場所への支援を行っている。	
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	リビング内にソファを配置しダイニングテーブル以外の居場所を作り、少人数での関係づくりをおこなっている。		

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	退所事例になし。		
<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	アセスメント用紙を用い把握に努めている。また意思表示が困難な場合は、ご家族などの情報や生活歴をもとに意向をくみ取れるようしている。	職員はアセスメントシートにより、過去の生活歴を把握するように努めている。家族との面会時にも、繰り返し利用者の思いや希望を聞き、それに添った支援を行うようにしている。	
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	ご本人やご家族などから情報を伺い担当者に情報集約している。今後アセスメントへの反映をさらに深めていく。		
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	アセスメントシートにて把握している。モニタリングの際に変化あれば変更し再アセスメント行っている。		
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	ご本人の意向の把握はもちろん、ご家族・医療機関からもカンファレンスや電話・文書にて情報収集を行いケアプランに反映させている。	月1回カンファレンスを行い、モニタリングを実施している。計画作成者は家族や医師と相談しながらチームで3ヶ月に1回介護計画の変更を実施している。急変時や入退院時にも即見直しの対応を行っている。	
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	日々の記録がケアプランに反映できるよう、記録用紙の書式を変更した。		
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	要望には応えられるように対応しているが、既存のサービスに捉われない支援方法を上げていく必要がある。		

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
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	地域の行事やイベントへの参加、支援学校との交流を行っている。		
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、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	24時間連絡体制の取れる提携医療機関の情報提供を行っている。そのうえかかりつけ医を選択していただき、適切な医療が受けられるように支援している。	入所以前のかかりつけ医への受診も支援している。協力医療機関とは24時間医療連携を築いており、毎週往診されていると共に看護師のチェックも受けている。歯科は毎週、眼科は月1回施設に訪問されている。	
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	提携医療機関の看護師との連絡相談体制がある。		
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。	入院時には定期的に訪問を行い、情報の把握を行っている。		
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	ターミナルケアを希望される場合は、主治医を交え書面にてケアの説明を行い同意を得ている。	開設時より医療連携を構築しており、既に看取りを1回経験している。事業所は看取りに関する研修も実施し、職員の共有を図っている。法人本部で重度・終末期の対応指針書を作成しており、順次家族に説明する事になっている。	
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	緊急時の対応方法を掲示。内部研修を定期的に行っている。		
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	年に2回の訓練を行っている。夜間発生時の対応方法を今後地域と協力し構築していく。	消防署指導の下、年2回消防避難訓練を実施している。夜勤時ユニット1人体制を想定した訓練や地域住民との連携は今後の課題である。	消防設備は整備しているが安心と思わず、夜間を想定した実践的な訓練はグループホーム協会の調査研究報告資料等を参考にしながらくり返し行う事を期待したい。

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
<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	年長者に対する言葉遣いを心掛けている。	法人が明示している行動指針8原則を日々職員は考え、その深化を図っている。利用者のプライバシーを損ねる言葉掛けや態度に気づいた時は職員同士が注意し合うように努めている。	
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	自己決定が困難な方に対しても、「～しましょう」ではなく「～しますか？」という自己決定を促す働きかけをしている。		
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し、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	一人ひとりの生活ペースを把握できるように心がけており、できる限り希望に添えるよう支援している。		
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	ご本人に選択していただけるように声掛けを行っている。		
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	嗜好にはできる限り配慮している。食事の準備・片付けはご本人のできる範囲で参加していただけるよう支援している。	昼と夜は業者より食材を調達し、献立表に添った調理方法を聞き、職員が料理を作っている。利用者は朝の食材の買物・調理・味付け・盛り付け・片付けの各過程を手伝い、職員と一緒に楽しく食事し、満足されている。	
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・水分量が少ないときは、補助食品の利用や飲み物の選択肢を増やしたりし支援している。		
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	毎食後行っている。個々のできる範囲に応じて支援している。		

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
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	排泄の記録を確認し、個々のタイミングに合わせて声掛けを行っている。	自立で排泄出来る利用者が多く、職員は排泄パターンを把握してさりげない誘導を実践している。入所以前よりオムツ使用の改善が出来た事例もある。	
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	野菜・乳製品の摂取とともに、薬の調整も行っている。		
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	週に3日のペースで入浴できるよう支援している。	時間等の希望には添うように努め、週3回の入浴が出来るように支援している。嫌がる利用者には時間を変更したり工夫して入浴につなげている。足浴も取り入れている。	
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	体調や生活リズムを確認し休息がとれるよう支援しています。		
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	薬の変化があった際は注意点を申し送っている。症状の変化についてはその都度クリニックへ確認している。		
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	生活歴を確認し行っている。今後選択肢を増やしていくことが課題。		
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	ご家族の協力をいただき支援している。	日常的な外出として出来るだけ外気に触れるような散歩を大切にしている。花見や紅葉狩り及び初詣等の外出も車で全員が行ける様にイベント委員会で話し合っている。家族にも協力を仰ぎ、特別な外出として支援している。	

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	外出支援と合わせて金銭の使用を検討していく。		
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	ご本人の希望に合わせて支援している。		
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	行事の写真や作品の掲示、季節感が感じれる飾りつけを行っている。	ゆったりとした居間・食堂にアイランド式のキッチンを設置し、美味しそうな調理の匂いが漂い、生活感に溢れている。所々の壁に季節を感じる貼り絵や行事の写真が飾られ、ソファを適切に配置し、利用者は楽しく過ごせる共用空間となっている。	
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	ソファを配置し少人数で過ごせる空間を作っている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	面接・入居時にできる限り使い慣れたものを持ち込んでいただくように説明している。	思い思いに馴染みの家具を持ち込み、入所以前の家庭生活と変わらないような居室となっている。	
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	バリアフリーの環境の中で本人の生活動作が妨げられないしている。		