

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	0270101678		
法人名	有限会社すかい		
事業所名	すかいグループホーム		
所在地	青森県青森市花園2丁目44番地7号		
自己評価作成日	平成23年10月15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	社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成23年11月25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)】

<p>透析治療中の利用者が多数いるため、食事・水分・入浴日の制限が、必要とされている。そのため、より一層個々人の思いや希望を汲みとり、入居前の生活や関係性を継続することができるように支援している。</p>
--

【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)】

<p>医療的依存度が高い入居者が多いが、専門スタッフとの連携やホーム内の研修をしっかりと行い施設理念に基づいたケアが実践されている。市街地に立地し地域との関係性も既に構築されており比較的協力は得られている。</p>

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りや深まりがあり、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
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	ユニットの職員全体で話し合い、事業所独自の理念の他に、ユニット理念を作り、カンファレンス時など振り返る機会を作っている。また、それを基に実践に移すよう指導をしている。	職員全員が理念はケアの基本になるものと理解している。日常的にリーダーを中心として振り返る体制があり、ケアの方向性が統一されている。	
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	地域で開催される盆踊りや祭り等の地域行事に参加している。また、町内のクリーン作戦に参加し、町内活動へ貢献できるよう努めている。	町内行事への参加はもちろん、女性限定の集会では前座で介護についての情報交換を行うなど、地域への貢献がされている。	
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	定期的に町内の昼食会に参加、一人ぐらゐの高齢者の方々へ、認知症予防についてのお話、ゲーム・体操など行っている。その場で、必要な情報提供や、相談にのる機会を作っている。		
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	行事や取り組みなど、ホームの活動を報告し、参加者の意見を頂き、今後のサービス向上へ活かしている。	2ヶ月に1回、定期的開催されている。訪問看護ステーションの参加もあり、会議ではより専門的にケアの情報交換がされている。	
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取り組んでいる	市役所担当者へは、必要時以外にも日頃から連絡をとるようにしている。また、運営推進会議にも参加して頂き、活動や取り組みの報告を行っている。	介護保険担当者や市役所生活福祉課担当者との情報交換も適宜行なわれ、利用者がより良い生活ができるように協力して取り組んでいる。	
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	勉強会を開催、「身体拘束マニュアル」を使い、理解を深めている。実践の場においても、身体拘束にあたるか否か、日々話し合いながらケアを行っている。	身体拘束はしないという方針であり、開設当初より拘束の事例はない。マニュアルが作成されており勉強会で理解を深め、身体拘束のないケアが行われている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	「虐待防止マニュアル」を使い、研修や勉強会で職員に周知を図っている。日々、職員間で話し合いながら、ケアに取り組んでいる。		

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
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	日常生活自立支援事業は利用者1名、申込み1名と、個々に必要時は活用している。また、勉強会などで、職員が背景や制度の内容を理解できるよう努めている。		
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(契約前から)、十分に時間をとり、不安や疑問がないか尋ね、配慮している。		
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並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	家族からの、申し出や些細な意見でも、職員間でノートを活用しながら、随時検討し、家族への回答するとともにケアに活かしている。	日々変化する利用者の状況を全職員で把握できるように工夫している。また、そこから表出された課題などは、利用者や家族にも反映できるように取り組んでいる。	
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	職員が意見を表せる用紙を毎月提出している。月1回職員会議を開催し、事前にとりあげてほしいことを職員に書いてもらい、会議案に組み入れている。	経営者や管理者へ連絡相談ができる体制がある。職員間でも細かな調整や検討がされ、利用者のケアに反映されている。	利用者の状況が医療的依存度も高く重度化の傾向にあり、活動内容が限定されがちであるため、全体で話し合い、工夫することでより活性化につながる取り組みに期待したい。
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	日々の勤務態度や研修の評価、本人の意思を勘案しながら、給与体系、役職、職場の異動など、向上心を持って働けるような職場環境・条件整備に努めている。		
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	個々の職員の能力に合わせ、法人内外の研修に参加している。定期的に勉強会や研修を行い、テストやレポート提出などで、理解度を確認している。		
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	「虐待防止マニュアル」を使い、研修や勉強会で職員に周知を図っている。日々、職員間で話し合いながら、ケアに取り組んでいる。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	「青森の認知症を考える会」に所属し、他事業者との交流、情報交換、相互評価など行っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス開始前から、疑問や不安を十分に時間をかけ聞き取りを行っている。入居前から、相談担当が顔を合わせて信頼関係を築き、安心して入居して頂けるよう配慮している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談時に、グループホームが本当に適しているかを常に考え、必要に応じ、施設・在宅サービス、医療や行政機関の情報提供、紹介など様々な支援を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	その人の職歴や性格に応じた役割を作り、職員が教えて頂いたり、お互いに相談したり、この暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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置かず、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	家族からの相談を受け、職員間で話し合いながら、解決に向け取り組んでいる。ホーム側が一方的に介護するのではなく、家族と一緒に介護して実感を持って頂くため、課題発生時やプラン更新時には、必ず相談している。		
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	本人の希望を聞き取り、なじみの場所に行けるよう支援している。また、手紙や電話、年賀状を使い、これまでの関係が継続できるよう支援している。	入居前からの関係が継続できるように、家族の協力も得てできるだけ馴染みの場所への外出支援を行っている。	
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	仲の良い方たちが一緒に過ごせるよう食席など配慮することと、一人である方にも孤独感を感じさせないように、意識的に職員が関わっている。		

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	サービス利用終了後も、必要に応じて相談にのったり、関わりや手助けを行っている。		
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	何をしたいか、どのように暮らしたいか等を理解するアプローチとして、一緒に楽しめる行事を計画したり、普段の会話からの把握に努めている。困難な時は、生活歴や性格など家族からの情報も参考にしている。	日々の生活で感じられる些細な変化や日常の会話の中から、利用者の思いを汲み取るように努めている。	
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	情報提供を参考にしつつ、入居者や家族と話し合いながら、情報を得て、職員間で共有しながら把握に努めている。		
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	それぞれの生活リズムに合わせながら、コミュニケーションを図っている。日誌等記録の他に、会話のなかから、心身状態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	モニタリングでは、アセスメントを基に職員の声を聞き、次のケアプランの作成に反映させている。また、事前に本人・家族からも意見や要望などの聞き取りを行っている。	利用者や家族からの意見等を基にケアプランが作成されている。ケアプランは定期的に見直しがされているほか、状況に応じても適宜見直され、日々の生活に即したケアが実践できる計画となっている。	
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	個人記録にも記載し、気づきを基にカンファレンスを行っている。また、記録やカンファレンスの内容を基に情報を共有し、適宜ケアの見直しに活用している。		
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	ショートステイ機能はあるが、未だ利用される方はいない。家族が泊まること、一緒に食事を食べることなど要望がある時は対応している。		

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	身元引受人のいない方には、民生委員・行政機関などにも協力して頂けるよう働きかけを行っている。		
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	入居者・家族が希望する病院を利用できるように通院介助も含め、支援している。受診の結果も、随時家族に連絡している。	基本的に入居前からのかかりつけ医に受診できるよう支援されている。ホームと医療機関との連携のほか、より利用者が安心して通院できるように医療機関同士での連携も図られている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	入居者の体調不良や気になることがあれば、訪問看護やかかりつけ病院の看護師に報告、相談をしている。		
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、また、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。	入院した際、職員が病院に出向き、情報交換をしながら経過を観察する方法をとっている。その際、疑問などがあれば、看護師に相談している。		
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	本人と家族の希望を優先したケアを行い、入居時と、その時に重度化・終末期の方針について、マニュアルを基に話し合っている。職員には、緩和ケア研修を行っている。	終末ケアの実績もあるほか、訪問看護ステーションのスタッフを交えた研修が行われている。重度化になった場合も話し合いをし、ホームでできる可能な限りのケアを行っている。	
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	研修を行ったり、各ユニットにマニュアルを設置している。		
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回の避難訓練と、定期的に勉強会を行い、職員に周知を図っている。また、町内会長に訓練に参加して頂いたり、運営推進会議において、訓練内容を報告している。	町内会長にも参加していただき、避難訓練を実施している。震災を教訓に必要な物品の準備もされている。町内会との協力体制も運営推進会議の場で確認されている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	声掛けは、十分プライバシーに配慮している。記録や個人情報に関しては、他者の目に触れないように、保管場所を配慮している。	個人記録などのプライバシー保護が徹底されている。日々のコミュニケーションでも馴れ合いになりがちな関係性は常に職員間でも注意しあい、尊厳を持ったケアが行われるように努めている。	
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	本人希望で買い物や外出したり、食べたい物をメニューに取り入れたり、理解力に応じた説明方法や内容を配慮している。思いや希望を表現しやすい環境づくりを心がけている。		
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	入居者一人ひとりの気持を尊重し、食べたい時間、入浴の時間等、入居者の希望に沿って支援している。		
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	定期的な近隣の床屋が来ることになっている。美容室を希望される時は、近隣の美容室へお連れしている。		
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	献立作成時には、入居者の希望をとり季節に応じた食材を取り入れている。入居者と一緒に食事の準備や片づけ、味見をして頂いている。	実際に利用者が調理に携わることは少ないが、食事の準備や後片付けは一緒に行っている。また、個々の嗜好や食事形態を考慮し献立を作成している。	
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	透析治療中の方が半数と近いことから、希望通りにいかないこともあるが、氷やうがいに対応したり、医療機関と相談しながら、できる限り、好きな物を食べられるよう支援している。		
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	自分でできる方は、声掛けと見守りし、介助が必要な方はお手伝いをしている。		

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向けた支援を行っている	個人の排泄パターン、習慣、身体状況に応じて対応している。	できるだけトイレで排泄が行えるように、用具の選定や声掛け、誘導など個々の排泄パターンを把握し、支援されている。	
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	透析治療中の方は、食物でのコントロールが困難であるため、下剤で調整することが多いのが現状である。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴日は設定しているが、時間や個々の体調、希望に合わせて支援している。また、入浴剤をその日のその方の好みで選んで頂けるよう支援している。	透析や通院などで希望の曜日に入浴できない場合もあるが、個々の状況に合わせてゆったりと入浴できるように工夫している。	
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、夜間問わず、個々の習慣や体調・希望に応じている。		
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	各職員が、服薬表・お薬手帳を見て理解している。内容や用法、副作用等不明な時は、看護師・薬剤師に相談し、指示を仰いでいる。		
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	買い物や外出の提案をしている。また、個々の持つ得意なことや、役割(家事、行事のあいさつ、歌、習字など)を活かす場を作るよう、行事の組み立てや日課を考えている。		
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。また、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	週に一度の買い物デーの他に、散歩や外出行事(花見、ねぶた、花火大会等)など希望に添うことができるよう支援している。	季節ごとの外出行事のほかに、買い物や日常的な散歩などの外出支援を行っている。	

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
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	個々の管理能力に応じて、所持できる方は、その人に任せている。(年金の出し入れは、付き添う)できない方は、こちらで管理しているが、出入金は、本人・家族に確認しながら行っている。		
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	要望があれば、随時対応している。また、要望が聞かれなくても、言えない思いをひき出せるよう普段の会話のなかから聞き取り、すすめることも行っている。		
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	季節感を取り入れた掲示物や装飾を配慮している。見やすく、落ち着いた雰囲気を作れるよう利用者と相談しながら行っている。	共用空間は派手な装飾はなく、季節が感じられ、落ち着いた雰囲気となるよう工夫されている。また、室温や湿度にも配慮されている。	
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	ホールが共同スペースで、仲の良い入居者同士で語らったり、お互いの居室を行き来している。独りを好まれる方には、その空間を提供している。		
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	入居前から使い慣れた家具等の持ち込みを支援している。レイアウトも、本人と家族に任せている。	使い慣れた家具などの持ち込みがされている。家具などの配置は本人と家族にお任せし、安心して過ごせる居室となるよう工夫している。	
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」や「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	目印や手すりをつけたり、移動空間に障害物を置かないようにし、安全かつ、自立歩行を妨げないよう配慮している。		