

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	0590400214		
法人名	社会福祉法人 大館圏域ふくし会		
事業所名	グループホームいずみ		
所在地	秋田県大館市泉町9番19号		
自己評価作成日	平成28年2月10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	http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 秋田ハッピーライフセンター		
所在地	秋田市将軍野桂町5番5号		
訪問調査日	平成28年3月10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)】

理念:「利用者の皆さんが、家庭的な雰囲気の中家族・地域との絆を大切にし、自分らしく生き生きと豊かに安心した暮らしを寄り添い見守り支援します。」日々の余暇活動の中で一人一人ができる事を見つけ出し意欲ある生活が出来るよう取り組んでいます。又、利用者が笑顔多く過ごせるよう利用者・家族・職員が信頼しながら本人を支え合い安心した生活が出来るよう取り組んでいます。常に両ユニット間を解放し交流を図り、風通しの良い環境作りに取り組んでいます。

【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)】

開設から2年5カ月を経たグループホーム「いずみ」は、利用者への支援姿勢が家族から高い評価を得ており、また地域との連携では避難訓練における協力を受け、その絆をさらに強化された介護活動を展開している。利用者支援では、例えば“オヤツ作り”など日々の余暇活動を工夫し、日常的に晴天を見逃さず、利用者を積極的に外出支援を図るなど、その取り組みは一段とレベルアップしている。

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)	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)	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)	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広がったり深まり、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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、活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)	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)	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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	グループホーム独自の理念を作り、共有し実践している。	理念を共有・実践に実現化するため、“掲げる”、“唱和する”を手段とし、地域生活での継続的支援と事業所と地域での関係性を重視した取り組みを行っている。	
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日常的に交流している	地域住民を招いての夏祭りや近所の保育園との交流、地域のクリーンアップなど行い交流している。	日常的に散歩や病院通院で出かけ、利用者が明るく会話や何かしらの歌を口ずさんでいる。このため、地域住民からの声かけもあり、地域との絆が一定程度理解されたと感じている。ホーム独自では地域のクリーンアップに協働した取り組みなどをしている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	GH運営推進会議に地域の代表も参加してもらい、認知症の方の状況を理解してもらい、支援方法なども伝えて貢献している。		
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	二ヶ月毎の開催となっており、GHの状況や地域の現状や取り組みについて話し合っている。	推進会議の議題は、年度当初に年6回分決めていく。会議メンバーも自治会長を初め、家族会の代表などの関係者で占めており、会議では、事業所からの報告とともに参加メンバーから意見、質問、要望を受け、双方向的な会議になるよう配慮している。	

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
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	市の担当者にGH運営推進会議に参加してもらい、報告したり情報交換し協力関係を築いている。	市役所との窓口は、推進会議メンバーの長寿課職員で利用者の生活保護相談など具体的に対応されている。また、4月から5月までの市保健センターでの健康相談では優先して実施され、連携を確保されている。	
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	本人の自由を奪わずに、本人の意に添うよう見届け支援している。 オムツ開放する方や脱衣行為ある方でも動きに合わせた介護をしている。	身体拘束及び高齢者虐待防止の学習会は、外部研修受講者を中心に実施し、欠席者には回覧で認識の共有を図っている。利用者の平均介護度は要介護2.4であるが、無断外出を試みる利用者には、止めるのではなく、さりげなく声をかけたり一緒について行く等安全面に配慮している。	
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	研修や勉強で虐待について学ぶ機会を設け、気づきがあれば直ぐに報告し対応している。		
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	研修や運営推進会議などで、話し合う機会を設けている。		
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	入居式や退居式など、施設長・補佐の立ち会いのもと管理者が書類を持って説明し、理解・納得を図っている。		
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	二ヶ月に一度、運営推進会議で情報交換している。	事業所玄関に「苦情箱」を設置しているが、投書がない。だが、家族の利用者訪問・面会時に職員が十分な意見聴取をしているため、家族アンケートでは事業所運営に家族の要望・意見が大変良く反映されている、との結果であった。	

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
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	会議や各委員会等で意見交換したり、年度初めに職員の意見などをアンケート方式で集めて反映している。	当該事業所を含む法人全体が異動時の「人事考課」を周知しているため職員の個人目標が各人持っている。こうしたことを踏まえ、事業所としてのレベルアップする資格取得や認知症の知識と介護技術の向上など全職員が取り組まれている。	
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	委員会や係りを設け、個々のモチベーションの向上に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	毎年度末に人事考課を記入したり、施設長と職員一人一人の個人面談があり、本人に合った研修などを行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	老人福祉研修で交流している。		
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	初回面接で細やかな聞き取り調査し、サービスに繋げている。		
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	面会時又は場合によっては電話で相談しながら家人と意思疎通を図り関係作りに取り組んでいる。		

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
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	理念に基づき、家庭的な雰囲気の中で利用者の尊厳を大切にしている。		
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	毎月一度手紙で状況を伝え、意見交換している。		
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	入居前からの馴染みの店を利用したり、友人など面会しやすい環境作りをしている。又、本人の了解を得て職員も同席し、話をさせてもらったりしている。	利用者の家族を含む知人・友人の来所面談が昨年月40件あったものが、月23件と減少している。事業所への交通の便が良くても、事業所がビルディングの集合施設のため減少していると捉えている。入所前からの馴染みの店や友人など面会しやすい環境づくりをしているが、利用者本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所をもう少し継続できるようにアプローチすることを提案する。	認知症の特徴から家族を含む“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く工夫を期待する。その手立てとして、利用者の個別による記録の独自の「分析シート」の中に日常の支援に活かすような項目を追加するなどの工夫が望まれる。
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	10時、14時の水分補給時に利用者同士の輪を作り、余暇活動を通し会話する機会を多く設け、支援している。		
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	他施設に転居したり、入院して退居となった利用者に対し、家族からの相談等に応じている。		

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
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	定期的に嗜好調査やアンケートをとり、希望・意向を尊重しながら生活に繋げている。	記録様式は、いわゆるセンター方式から事業所独自に工夫した「分析シート」を活用して利用者の希望や意向の把握に努めている。それを6カ月ごとにモニタリングで総括し、利用者支援を行っている。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	毎月、個々の生活状況やケアプランの達成度を把握し支援に努めている。		
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	日々生活する中で、状態の変化など日勤・夜勤で一人一人の記録をし、朝・夕の申し送りで情報を共有し把握している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	支援会議や日々の申し送りなどで、個々の課題やケアのあり方について、家族面会での情報を生かし話しあっている。	介護計画は、利用者の担当職員がシート様式を基に「ケアチェック表」を作成し、家族からの情報を得てつなげている。これを踏まえて、ケアマネジャーが中心となって利用者ごとに1ないし2点程度を重点に絞って目標とする。長い人で12カ月を期間として計画作成している。	
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	個人ノートを活用し、状態の変化の記入をしたり、毎月ケース記録として記入するところで介護計画や実践に活かしている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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	市内のなじみの床屋さんの来てもらったり行ったりし利用している。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ受診は、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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	GHとしては協力医はあるが、本人や家族の希望によりこれまでのかかりつけ医などの受診をしている。	かかりつけ医は、基本的に在宅時の主治医として通院している。嘱託医の往診はインフルエンザと流感の時のみである。近くの「もなみ薬局」からは、利用者の調剤等適切な助言・配慮をいただき、協力関係を築かれている。	
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	利用者の状態に変化ある時は、管理者や施設の看護師に状態報告し適切な指示をもらって支援している。		
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。	入院時などは頻回に面会に行き、状態把握に努めている。入・退院時は、家族にも立ち会ってもらい情報交換し相談し対応している。		
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	GHで行えるケアについて家族に説明し理解を得ている。	当該事業所入所を求める家族は、バックアップする特養老人施設に。重度化した場合、転居を期待する方もいる。だが、それぞれ満杯であり、看取り等しない方針である。そのため、入所時「緊急時対応調査票」への記入をもって説明し、対応している。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	センター内で定期的に救命救急講習会を開いたり、「看護・介護マニュアル」や「緊急時対応マニュアル」を直ぐに取り出せる場所に置き備えている。		

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
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	市の消防署や地域の協力を得ながら、避難訓練や職員の駆け付け訓練を行い、動きを確認しながら利用者の安全第一に努めている。	年2回の避難訓練を夜間想定して実施している。夜間の職員配置は、18人の事業所利用者及びサービス付き高齢者住宅の居住者十数名に対してセンター管理を含め4人である。そのため、近隣自治会長や消防署等に緊急通報装置(ホットライン)を結び、万が一に備えている。	
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	年上の先輩、人生の先輩として礼儀のある言動を心がけている。	入所時、排泄や入浴介助の同性介助の意志確認を書面で取っており、やむを得ない異性介助では利用者より同意を得た支援をしている。これを含め、年長者への敬意や人権意識を職員に徹底させた介護支援を行っている。	
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	日々の会話の中で本人の希望を聞きながら、その思いが実現できる様にし、アンケート等を行い実践に向けている。		
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	利用者それぞれの行動等妨げる事なく本人の意に沿い見届けしている。又、利用者とは会話する機会を多く持つ事で楽しみを見いだす様にしている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	モーニングケア時見届けし、必要に応じて手直しし身だしなみを整えている。同じ洋服が続かない様に本人に選んでもらい、洋服に変化をつけたり、行事や外出時に化粧をしたりし、気分転換している。		

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
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	利用者の自立度によりそれぞれが出来る事を行い、役割を持つ事で生きがいを感じてもらう様に努めている。	献立表に基づき各ユニットごとに食事が作られる。これを各当番検査者が味・盛りつけ・量を試食して「給食日誌」に感想を記録する。最近では、余暇活動を兼ねて利用者を主体に「オヤツ作り」を挑戦させ、食事を楽しむレパトリーを広げた取り組みをしている。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	摂取量を記録し必要に応じて医師に繋げたり、摂取量を増やす等の工夫を行っている。		
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	食後必ず歯みがきを行い、毎夜義歯使用者のポリドント消毒を行っている。必要に応じて歯科受診を行っている。		
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	排泄シートを活用し一人一人の行動を把握し、定期的な誘導を行ったり、本人が出来る事を把握してできない事への支援をしている。	利用者の自立に向けた排泄方法を工夫している。例えば、当初布パンツであったものが、紙オムツそしてトイレ排泄と段階的アプローチを試み、利用者の自立支援を行っている。	
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	水分の確保(1日/1200cc)、日動動作で歩く機会を多く持ったり、排泄シートを活用し必要に応じて下剤を担当医に相談し排便を促している。		

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
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や健康状態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3回の入浴を確保し、体調不良時は清拭等で清潔確保している。又、希望時は入浴できるように準備している。	一週間の入浴回数は、維持されており、その日以外の入浴希望者にも対応している。浴場に希望の絵シールを張ったり、入浴中に希望の音楽を聴かせて、思い出を再現させる工夫した取り組みをしている。また、年数回市内の温泉入浴も行っている。	
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	日中の活動を多くし夜間の睡眠を確保している。個々の意思を尊重し、日中でも居室で過ごしたり自由に過ごしている。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	利用者個々の健康ノートを作成し、受診の内容等記載し全職員が確認している。服薬一覧作成し、健康管理に努めている。一カ所の薬局を利用し連携している。		
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	1日3回水分補給時に利用者の輪を作り、コミュニケーションを図るなど1日にメリハリをつけ楽しみを見いだせる様努めている。個別レクリエーションを大切にしている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	天候を見計らい散歩に出掛けたり、中庭でコーヒーを飲んだり、ドライブ等利用者と話し合い支援している。又、利用者思いに添い家族に手紙で伝え外出される事もある。	夏季の外出が多く、どうしても冬季は少なくなる。車イスの乗用も含め、公用車の活用に制限がないため、日常的に晴天を見逃さず、利用者を積極的に外出支援を図っている。	

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
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	現金はセンター事務で保管している。外出時等は職員と一緒に管理し使用している。明細は毎月家族に郵送している。		
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	本人の希望に応じて対応している。		
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、臭い、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	共有の空間は毎日モップ掛けを行い清潔保持に努めている。ホールや廊下等季節に応じて模様替えを行ったり、行事の写真を掲示する事で楽しみを持った生活が出来るよう支援している。	事業所内廊下等の掲示には、行事における利用者の笑顔や家族からの情報から得た“馴染み”の写真など取り上げている。利用者が事業所内で親しみのある居住環境にするため特に配慮した試みを行っている。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	利用者の性格や行動を把握し、自由に過ごされるような空間作りをし自然に会話が多くなるよう支援している。		
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	入居時、実際に自宅で使っていた物など持参して頂き、危険のないように配置している。	初回面接において利用者が居室に持ち込む調度品は、それを聞き取りし、殆ど許可している。特に、事業所側より家族や本人及び利用者が大切にしている物の写真を持参することを要望し、利用者が居室を自分の部屋として馴染ませる工夫をしている。	
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	センター環境委員会を主体に整備し廊下の掲示版に行事・余暇活動などの様子を張り出し、利用者や家族に見てもらいいきいきした生活になる様支援している。		