

### 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	0572207520		
法人名	有限会社 熊谷ケア企画		
事業所名	グループホームあぜみち		
所在地	能代市二ツ井町飛根字羽立95-1		
自己評価作成日	平成22年12月1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	<a href="http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do">http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会		
所在地	秋田市旭北栄町1-5		
訪問調査日	平成22年12月13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)】

人が生まれて死ぬ間に介護を受ける時期はわずかである。また、認知症であっても一日の中で症状が発生するのはわずかな時間である。だから、認知症ケアを重要視するよりも、人としての当たり前の生活と、自然な形の老化現象を認めるべきであると考えている。私たちは、その人が望む生活、そしてその人なりの時間の過ごし方を大切にしている。毎日が違う時間の過ごし方となるが、本人が「これで良い」と感じるのであれば、楽しんで、ボーっとしても、怒っても、その人の生き方であると認識することが、尊厳を守るということにつながるのではないかと考えている。私たちは、特別な支援をしなくても、「いつも側にいるこの人が、自分を守ってくれるんだ」と感じていただけるような関わりを理想としている。

#### 【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)】

住宅街の中心部にあり、地域の宅老所的な役割・機能をめざして開設した事業所で、地域住民の理解と協力が得られ一般の民家として地域に溶け込んでおり、また地域の同業者による白神認知症研究会の開催や認知症サポーター養成の指導役を担い、地域に根付いた認知症啓蒙活動などを展開している。  
 法人代表は県グループホーム連絡協議会の会長を務めており、県内外の事業所との交流や研修参加により情報収集に努め、「複数事業所連携事業」助成金を活用した人材の確保・育成や「処遇改善交付金」による職員の処遇改善など先駆的な事業所運営に取り組んでいる。  
 また、「介護」の概念にこだわらず、画一的なケアではなく、あくまでも利用者の思いや潜在的な能力を引き出す利用者本位のケアを心がけている。

### 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)
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、生き活きと働いている (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している (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
<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	申し送りや空き時間の間に、多様な話し合いをするとともに、日常的に理念の共有と実践に努めている。	利用者の生きる権利を尊重し、本人が何を求めているかを探り、自分らしく生きられるよう支えることを開設時からの理念としている。 また、管理者及び職員は経験を積み重ねるとともに理念の意味を再考し、これまでの生活に少しでも近づけられるようなケアをめざして取り組んでいる。	
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	自治会に参加するとともに、地域活動に積極的に取り組んでいる。	自治会に加入し、春夏のクリーンアップへの協力や運動会への参加、正月の凧揚げなどにも誘われて参加している。 また、事業所が地区の中心部に位置するため、地域の盆踊りの際は敷地を開放しており、事業所の納涼会にも近隣住民を招いて交流を図っている。	
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	サポーター養成講座の講師を務め、地域理解を深めながら活動している。		
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	運営推進会議から発信される様々な意見を基に、質の向上につなげるよう努めている。	2か月毎に開催し、地区消防団や老人クラブ、市議会議員などの参画を得ながら運営状況などを報告している。 また、地区運動会への参加に伴い、利用者ができる種目として縄ないを提案するなど、行事内容に反映させている。	現状に満足することなく、利用者及び家族の潜在的な意向の把握や地域資源を活用した取り組みなど、更なる事業所運営への支援や地域・関係機関との連携強化に向けて会議を充実させてほしい。

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
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	市町村担当者とは、常に連絡を取り合い、協力体制を整えるよう努めている。	地域ケア会議やグループホーム連絡協議会などに参加して情報交換しているほか、生活保護受給の方がいるため福祉事務所とも連携している。 また、職員が認知症サポーター養成講座の指導者となっており、養成講座開催など協力している。	
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	身体拘束はしないケアに取り組んでいる。	法人代表はじめ全職員が身体拘束による弊害を理解しており、利用者にとって危険な要因があれば、その原因を排除する考えで拘束のないケアに努めている。 また、日中は玄関に施錠することなく、利用者の自発的な行動を見守り、近隣住民による連絡や協力体制もあり自由な生活を支援している。	
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	何が虐待となるのかを日常的に話し合っている。		
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	現状では活用できる利用者はいない。		
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	利用者や家族とは、十分な話し合いを行うことができるよう努めている。		

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
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	常に気軽に話ができるような雰囲気作りに努め、意見や要望を表現できるような関係を作っている。	家族の訪問時に季節の衣替えや居室の模様替えを依頼するなど、家族の協力を得る機会を設けており、その際に意見や要望があれば確認している。 また、面会に来られない方には事業所から出向いて話し合うなど、意向の把握に努めている。	日中働いている家族が多いため、例えば週末に参加できる行事を企画したり、家族会を組織して情報交換の機会を設けるなど、利用者と家族との関わりを大切にしながら、潜在的な意向を引き出すなど更なる取り組みを期待したい。
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	日常的に提案できる状況であり、運営に反映させている。	あえて利用者の担当制は設けず、職員が事業所全体に目を向けるよう情報共有に努め、些細なことでも日々の業務の中で話し合い、備品などの購入は随時対応している。 また、他事業所と交流の機会を確保し、研修参加や資格取得に伴い職員の意向を尊重している。	
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	常に職員個々がやりがいや満足を感じることができるよういろいろな環境の整備に努めている。		
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	職員個々の実力を伸ばすことができるような研修の確保に努め、多様な力をつけることを望んでいる。		
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	秋田県GH協議会、能代山本GH協会の会員であり、白神認知症研究会にも属し、勉強会やネットワークづくりを通じて、質の向上に努めている。		
<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	入所前に本人を訪問し、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
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	家族からの声には、真摯に向き合いながら取り組んでいる。		
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 <b>※小規模多機能型居宅介護限定項目とする</b>			
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	全ての利用者と職員は、助け合って暮らしているという考えのもとで関係作りを行っている。		
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	家族とともに一人の人を支えていくという考えを持っている。		
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	馴染みの美容院やスーパー、または地理的に覚えている場所に行くようにしている。	近所にある理髪店での散髪や商店への買い物など、思い入れのある場所へ継続して出かけられるよう支援しており、友人や知人からの電話や手紙などもあり、これまでの関係性の継続を大切にしている。	
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	職員がどの場面で関わるのが良いのかを念頭に置き、利用者同士の関わりには、あまり口を挟まないようにしている。		
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	必要に応じた支援に努めている。		

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>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	その時の想いや希望を表現しやすいような雰囲気作りに努めている。	職員は利用者本位の見守り、傾聴を心がけ、家族や介護支援専門員等からの情報を基に、生活の中で利用者の持っている力を引き出すよう努めている。 また、利用者一人ひとりの状態や性別などからできること、できないことを細やかに見極め、その日の状況に応じて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、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	全ての把握は困難であるが、可能な範囲で把握できるよう努めている。		
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	申し送り、日常的な職員間の会話の中で、現状把握に努めている。		
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	現状に即した介護計画ではあるが、本人や家族との話し合いを設ける機会がない。	利用者及び家族からの要望が少ないため、日本介護福祉士会のアセスメント様式を活用し、日常的な関わりの中からケースカンファレンスで検討のうえ介護計画を作成しており、計画に基づいて利用者の残存機能に応じて必要な部分のみ支援している。	
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	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 <b>※小規模多機能型居宅介護限定項目とする</b>			

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	支援している。		
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	入所前からのかかりつけ医を変更することなく、適切な医療を受けられるよう支援している。	利用者の状態をかかりつけ医へ的確に伝えるため、事業所側で通院を支援しており、落ち着いた方は協力医へ移行している。 また、協力医による予防接種や訪問歯科、緊急時の総合病院との協力体制があり、今後通院が困難になった場合には往診などの支援体制を構築している。	
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	看護職が不在ということで、介護職自身がより一層の医療との連携に努めている。		
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。	普段からかかりつけ医や看護師との関係作りに取り組んでいる。		
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	事業所での限界と可能となる部分の説明を行うと共に、常に重度化や終末期への考え方や方針を家族等と話し合っている。	重度化や終末期の支援については、利用者及び家族の要望を確認し、主治医とも相談しながら検討している。 また、看護職員の配置が必要なこともあり、実際には医療処置の必要性の有無が一定の目安となっており、家族にも説明している。	
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	年に一回は救急救命講習を受け、常に緊急時を想定した話し合いが持たれている。		

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
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	避難訓練を行うとともに、常に地域住民に対しての協力を仰いでいる。	近隣住民の協力を得ながら年2回の避難訓練を実施し、事業所外での火事ぶれや避難誘導などを依頼している。 また、緊急時対応マニュアルや連絡網を整備し、近隣事業所との有事における協力支援体制を確保しているほか、スプリンクラーの設置も予定している。	マニュアル作成や役割分担など、具体的な避難誘導體制を明確にしたうえで訓練を実施し、緊急時等のスムーズな支援体制を構築してほしい。
<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	どのような言葉や声かけが悪いのかを日常的に話し合い、常に相手の立場に立った対応を心がけている。	「介護」に捉われて手をかけすぎることの弊害を理解したうえで、食べこぼしがあれば言葉ではなく仕草で知らせ、膀胱留置カテーテルの方がトイレに向かうのを止めないなど、利用者の羞恥心と自尊心に配慮しながら接している。 また、認知症だからこそ職員の表情を敏感に感じ取るため、声のトーンや表情、行動に気を配り、時間をかけて利用者として接している。	
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	利用者が自己決定できるように働きかけている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	季節的な服装や持ち物は、衣替えの時に家族にお願いしている。その際に、本人の好きなものを持参していただいている。		



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	音や匂い、味見や会話等で、一緒に準備をしている感覚になると考えている。	利用者に教わりながら、職員が高齢者に合わせた献立を作成しており、利用者が盛り付けや食器の後片付けを手伝っている。 また、通院帰りに外食したり、誕生日には近くの伝承館などで雰囲気を変えて食事会を催し、ケーキやお茶を飲みながら楽しんでいる。	
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	一人一人の状態に応じた食事の摂り方やバランスに考慮している。		
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、一人一人の状況に応じた口腔ケアを行っている。		
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	一人一人の状況に応じた支援を行っている。	自力でトイレに通える方には、できる限りトイレ誘導を行わず、利用者の自発的な行動により排泄の自立を促している。 また、夜間のみオムツやポータブルを使用したり、失禁の有無により介助するなど、利用者の自立度に合わせて適切に支援している。	
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	個々の排便状況を把握し、便秘に注意をしている。		

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
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	曜日は決定しているが、その日の状況次第であり、強制はしていない。	基本的に週2回、午前中の中の入浴としているが、利用者の状態などに応じて曜日や時間帯を変更したり、清拭やシャワー浴で対応するなど柔軟に支援している。 また、歩行が困難な方でも介護機器や職員増により対応し、同性介助による快適な入浴を支援している。	
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	一人一人の状況に応じた安眠や休息を支援している。		
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	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	常に笑いがあることを理想とし、一人一人の状況に応じた役割や楽しみを支援している。		
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 <b>※認知症対応型共同生活介護限定項目とする</b>	事業所のできる範囲を説明するとともに、できる限り本人の希望に添えるよう努めている。	あえて利用者全員参加形式の行事などではなく、あくまで利用者の身体状態や意思を尊重した外出支援に努めており、買い物や通院など日常的な外出のほか、歌謡ショーや小旅行なども企画して運動や気分転換、機能低下防止につなげている。	

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	お金の所持に対しては、自己責任の範囲内で持参している人もいます。また、家族の了解のもと、紛失しても気にならないほどの金額を手に入れている人もいます。		
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、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	利用者に常に共有の場所であるということを認識していただき、皆で作る居心地の良さを工夫している。	玄関から裏口までが縦に長い構造で、限られたスペースの中で、あえて身体機能の低下予防のためバリアフリーとせず、段差やソファ、テーブルや棚などを一般家庭と同様に配置しており、利用者は手すり代わりにつかまり、跨ぐなど考えながら行動している。	
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 <b>※認知症対応型共同生活介護限定項目とする</b>	椅子を一つ設置したり、横並びや向かい合って座れるような場所を工夫している。		
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	家族には、面会の際に、部屋の中を本人と一緒に工夫することが可能であると伝えていた。また、職員と話し合いながら物の移動をすることもあった。	以前は使い慣れた物を持参するよう促していたが、事業所内の雰囲気や馴染みがないため、馴染みの物にこだわらず、畳を敷いたりベット、布団など利用者に合わせた居室環境づくりに努めている。	
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	一人一人の能力に合わせて変えられることは変え、できないものは安全に活かすことができるよう工夫している。		