

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	2274100524		
法人名	社会福祉法人 寿康会		
事業所名	グループホーム 高松		
所在地	静岡県静岡市駿河区高松2625		
自己評価作成日	平成22年3月14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://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2274100524&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	静岡タイムエージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1F		
訪問調査日	平成22年3月30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)】

職員が最近では定着し、入居者様の様子や変化を十分に把握できるようになり、そのことが日々の介護にいかされていると思う。問題点をそのままにせず、その時々で解決のための努力をしている。その努力が介護の質の向上につながっていると思う。ご家族様に負担をかけないために通院などもホームで対応している。また、重度化に伴い、在宅医療と連携し、看護師とともに、状態悪化時は、素早い対応により、早期の回復に努めている。今年度からは、なじみの場所での最後を迎えられるように看取りを実施できるような体制を作っている。環境や設備は充分とは言えないが、スタッフ全員で考えながら、家族的な雰囲気の中で、より良い介護を目指している。また、同敷地内にある、デイサービス、障害者の施設とも連携しながら過ごしている。

【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)】

住宅街の一角に建ち、近隣には大手薬局や日用品店など買い物しやすい環境にあります。協力連携施設として障害者施設・デイサービスが併設されており、利用者は自由に行き来できるように配慮されています。施設長が看護師であり、エリア内には他2名の看護師が常勤しているため緊急時には迅速に対応ができ、病院との重要なパイプ役にもなっています。内科医の往診も月に2回あり、投薬管理・体重管理も徹底され医療面で充実をしています。開設当時より利用者の介護度の重度化が進み、ご本人・家族の意思を尊重し終末期ケアも2回体験されました。その経験を基に今年度より、家族の意向を確認の上で、終末期支援にも積極的に取り組んでいます。研修を機会として、職員で理念を掲げ、主体的にサービスに関わり、また、職員相互で意見を出し易い関係性がつくられています。

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している (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
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	法人の理念を柱に、ホームとしての理念を作り、今年度はそれをスタッフ全員で共有しながら、個々の介護計画を考えている	職員の発案から、得意な事は生かし、不得意なところは助け合うようにとの理念を全員で考え、申し送りノート、食堂に掲げられています。理念は、入居者だけでなく、職員同士も助け合うことも含まれており、自分一人で無理をしないようにという意味が含まれています。	
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	日常的なつながりは難しいが、職員が町内会の会合に出たり、地域の方々と月1回のカラオケを楽しんだり、交流が少しずつ定着している。ボランティアの受け入れをしている。	入居者の身体的な低下により、外出の機会は以前より減ってきています。それにより、近所の方と外出先で顔を合わす機会が減ったため、運営推進会議や施設主催のカラオケ大会に出席を働きかけ、参加に結びついています。	
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	電話の相談や、地域の方の訪問等に関してはその都度対応できている。地域の方々に貢献出来ているかは難しい。		
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	年間に4回ほどの実施した。その中で、多くの方に集まっていたが、現状を知ってもらうことが出来ている。しかし、緊急時についても話し合いを持っている。	開かれた事業所を目指すため、緊急搬送の際に近隣住民には不安にさせない為にも常に現状を知らると共に、その時々々の事業所の問題を掲げ解決策を練っています。また、住民の介護に対する相談なども受け関係は良好です。	現状家族への出席の促しと報告がなされていません。入居者の家族の意向を伺う場、また入居者の事業所での暮らしを伝える場として会議を活用される事を期待します。
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	連携は充分とは言えないが、他の施設では受け入れの困難な、精神疾患や生活保護等の相談を受け出来る限り、受け入れています。	2年前くらいより運営促進会議に市町村担当者が出席をしています。事業所からの市町村に対しての働きかけは少ないですが、生活保護者の受け入れ実績もあり市町村からの評価を得ています。	
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	研修などに出席し、それを他のスタッフで学習することにより、理解は出来ている。しかし、重度化する中で、事故防止との兼ね合いが難しいと日々感じている。	併設デイサービスとの共用玄関は安全を考慮し、施錠しています。医療行為を伴う場合等、やむを得ない場合には家族の同意を得て実施しています。研修や話し合いで理解を深めていますが、具体的な方針の共有はされていません。	

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
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	研修等により、理解は出来ている。また、防止には努めている。		
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	研修等で理解は少しずつしているが、難しい。活用は出来ていない。		
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	契約時に十分な説明をしている		
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	認知症も重いため、利用者の意見の反映は充分に出来ないこともあるが、家族については、面会時に要望や意向を聞くようにしている。	家族の面会は少なく、苦情や相談は電話対応されています。面会時には家族の意向や要望を受け取る機会があるが、面会の少ない方に関しては、その機会がありません。	認知症についての理解を深め、今後、さらに困難になる利用者の意向の確認方法を職員で共有し、早い時点で身体的状態変化の場合の連絡でなく、家族の意向を聞きやすい機会を設けることを期待します。
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	月1回～2回の会議の中や、朝の申し送りの中で話は聞いている。	運営に関する提案や要望は、職員より管理者・施設長に伝えられ、毎月の会議の議題に上がります。経過、結果は職員の納得できるものとなるため、意見の出し易い関係性がつづられています。	
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	法人の方針のもとで努めている。		
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	研修の積極的な参加、また、参加した職員による内部研修の実施、毎月の会議等により、職員を育てている。		
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	充分に実践できていないが、機会がある時には情報の交換を行っている。		

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
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	入居時の面接において、できる限りの要望には答えている。		
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	相談時・入居時に出来るだけ要望には添えるようにと考えている。		
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	他のサービスの利用は少ないが、必要なサービスについては、できるだけその時に対応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	家族の様な雰囲気の中で、何でも言い合える関係を大切にしている。		
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	個々により、関係は難しいが出来るだけ、よりよい関係を築けるように、支援している。		
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	高齢となっているため、関係作りは難しい	利用者に地元の人が少なく、生活保護者もいます。家族との関係継続の維持だけが現状であり、馴染みの関係までの把握はされていません。	
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、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	個々の思いを受け止めながら、トラブルが最小限になるような環境作りに努めている。		

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
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	看取りを考えているため、できる限り、ホームでの最後を目標としている		
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	年々体の重度化に伴い困難な場合も多いが、できるだけ、安心して安楽に過ごせる暮らしを第一に考えている。	利用者からは、日々の悩みや要望は直接施設長に伝えられることが多いようです。職員は日々の声かけ等から意向を把握した上で、医療面・安全・危険度を判断しその人に合った対応策を考えます。	
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	充分には把握し切れていない		
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	毎日の生活の中で、それぞれの勤務の職員が、情報を共有し合い、その時々状況に合わせながら、過ごせるようにしている。		
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	家族の意向は十分に反映されていない部分もあるが、より良い暮らしをするための介護計画は実践出来ている	状態に変化がない限り半年に一度、計画の見直しがされています。内科医・精神科医の意見を参考に、職員で会議で話し合い利用者に関した介護計画が作成されています。	
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	記録は細かく出来ている。それが計画に活かされている。		
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	家族に負担をかけず、連絡をとりながら、ニーズに出来るだけ対応している		

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	地域資源は十分に活用されていないが、敬老会や、夏祭り等の行事には、参加している		
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	在宅医療との連携により、適切な医療を受けられている。また、科によっては地域の医療機関の受診を心にかけている	総合病院へ検査などの受診の際は、家族の協力を得る場合もありますが、通常は日々の生活を見ている職員が付き添いで受診をしています。内科医師の往診も月に2回あります。	
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	職場内の看護師との連携が密にとれているため、適切な受診、診断が出来ている。		
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。	入退院時は、必要であれば、看護師も同席して、情報を共有している。		
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	在宅医療の病院と連携しながら、看取り時の体制をとり、最後まで安楽に過ごせるようにスタッフ全員で取り組んでいる。また、家族との連絡を密にしている。	2度の看取り経験から、職員の意識の向上と共に、本人の意思を尊重し、今年度より積極的に「居室での見送り」を考えています。常駐看護師がおり、在宅医療病院との連携もとれています。	
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	訓練は定期的には行っていない。連絡体制は出来ている。何度かの急変や事故を体験した中から、教訓を学んでいる。		
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	避難訓練の実施、居室が2階のため、大きな災害については、特に夜間の避難は困難。地域との協力体制は、話し合いを持っている。	2階に居室があり、車椅子対応者も増えたこともあり、夜間を想定した訓練が地域住民と共に実施されました。課題も多いですが、ハード面は現在対応中です。地域住民より避難の際の見取り図の掲示要望や消防団との係りを持つようにアドバイスをしています。	

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
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	時々家族のようなけんかや、トラブルもありながら、個々の思いは尊重するように努力している。	職員は、必要な援助でも、本人の様子をみながら、さりげなく行ったり、生活リズムは個々に合わせ、無理強いをしないようにしています。また、ベッドでのおむつ交換はカーテンで仕切っています。	
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	自己決定は大切にしながらも、危険な事に関しては、希望に添えないことも多い。出来るだけ不満が少ないように対応している。		
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	出来るだけ希望に添えるように思っているが、動けない方に関しては、安全が最優先されることも多い。		
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	身だしなみはそれなりに気を配っている。		
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	食べる機能が落ちていくケースも多いことから、安全を最優先にしている。楽しく、安全に食べられる工夫をしている。準備や片づけは出来る方にしてもらう。	利用者個々の嗜好に合わせてメニューを変えたり、状態を見極め、刻みやおかゆ・食器などを工夫しています。食事の自立支援をし、自分のペースで食べられるように配慮しています。体重管理もされています。	
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	個々に合わせて実践出来ている		
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	実践出来ている		

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	体力が落ち、立てなくなった場合は、オムツを併用しながらのトイレ介助、また、オムツが必要となった場合は、清潔に保てるように援助する	重度化により、オムツ使用者は増えつつありますが、日中は不快にならないようにトイレ介助をしています。夜間は設備上トイレが遠いため、ポータブルトイレを使用しています。	
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	食べ物だけでは難しいため、個々に合わせた、下剤のコントロールで、定期的な排便に努めている		
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ず、個々にそった支援をしている	全介助の方が多く、曜日・時間の設定はしている。希望に合わせた入浴は難しい。	併設2施設と共用のため、使用時間は午後の方に限られています。異性介助は配慮しています。入居者の自立度低下に伴い、車椅子で使用するミスト入浴を導入、他機械浴、個浴が整備されており、基本週2回の入浴を行っています。	
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	高齢となり、日中の安静も必要なことから、個々に合わせて、休息をとっている		
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	本人の様子を観察しながら、副作用の早期発見に努めている。薬はすべて管理している。		
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	出来る方に関しては、買い物や、外出の楽しみを支援している。逆に、体力が無い方に対しては、無理のない生活を心がけている。		
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	車椅子の方も増え、散歩や買い物以外の外出は少ない。家族の協力が得られる方はお願いしている。	歩行可能な入居者とは近所の買い物に出かけたりしていますが、全員で長時間の外出は困難になり、屋内を好む傾向がでてきたこともあり、外出の機会は減っています。	

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
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	生活保護の方も多く、実践は困難。職員と一諸に出かけて、職員の管理のもとで、買い物をする。		
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	自由に出来るようにしている		
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	空間が狭いため、なかなか居心地の良い空間作りは難しい。	ゆったりと腰掛けられるダイニングの椅子使用の利用者が減り、車椅子利用者が増え空間は少し狭いです。食事を作る職員からは対面式なので常に目が行き届くように設計されています。土日は、併設のデイサービスの空間を利用しソファでくつろぐスペースがあります。2階の居室間の廊下は広く、洗面所が設備されています。	
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	一部の方については、個々の部屋で過ごすことが可能だが、半数は見守りがないと、危険。		
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	始めは、各部屋に、いろいろなものがあつたが徘徊や不穏等の問題が大きくなり、一部の居室からは、撤去したケースもある。	馴染みの道具を持ち込みながらも、安全面を最優先にしています。仏壇がある入居者でも、線香は禁止しています。家族の協力が得られない入居者に対しては、職員が家具を用意し、壁に写真や造花を飾り付けています。	
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	出来るだけ安全にと考えているが、見守りが最優先。非常に難しい。		