

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	0472200369
法人名	社会福祉法人すばる
事業所名	さくらグループホーム
所在地	宮城県柴田郡大河原町金ヶ瀬字白坂27番地
自己評価作成日	平成22年10月 8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://yell.hello-net.info/kouhyou/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階
訪問調査日	平成22年10月28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)】

人と人との関わり、人と街との関わり、人と自然との関わりを大切にしながら、地域の中でその人がその人らしく生活できるグループホームを目指している。以前の生活をしながら、グループホームでも同じように生活していただけるようにしている。

【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)】

大河原町は、「長寿みまもり隊」を結成し、高齢者の様々な不安に地域として積極的に関わっていかうとしており、さくらグループホームも通所・介護事業連絡会議の一員として協力している。利用者が、調査時にお茶を運び、昼食時には、配膳をし、調査員の食事に目配りをし、お客を接待するような細やかな心配りをしてくれた。調査終了時には、共有スペースにいた車椅子の方も含めて自主的に全員が見送りをしてくれた。入居により利用者の生活はまかせっきりになりがちだが、生活習慣が継続する働きかけが、自主性を発揮する行動につながっている。保育所・小学校・中学校がある一角にあり、これらとの交流も活発。保育所に通所している親子が、挨拶をして通園するような関わりを作り上げている。

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 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（事業所名 さくらグループホーム）「ユニット名」

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	「地域の中でその人がその人らしく生活できる」を事業所の理念に掲げ、実践している。	事業所の理念はミーティングで常時確認している。「親愛の情を持って生活援助を行なうように心掛け、日常生活を有意義なものとするよう努めるものとする」という運営規程も、その人らしい生活の援助に繋がる。	
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人として日常的に交流している	今年から町内会に加入し、町内清掃や地域の行事に参加している。また、事業所が企画した行事に地域住民を招待し、地域との交流を図っている。	町内会行事へ参加。地域のボランティアグループのイベントへの協力あり。保育園児がGHの芋ほりやクリスマス会に訪問。中学生・高校生が職場体験に来訪。事業所の夏祭りに200人の町民が参加した。	
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	運営推進会議にて、認知症の勉強会を行っている。		
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	サービスの実施と、報告を行っている。今年から地域包括支援センターの職員に会議に参加していただき、さらなるサービス向上のための意見を頂戴している。	2ヶ月に1回開催。委員は金ヶ瀬全区長の7人・地域包括・保育園長・家族代表・町の健康福祉課職員。委員のアドバイスがあり火災発生時職員行動マニュアルを図式化した。施設見学・学習会等も行なっている。	
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	運営推進会議にて、参加していただいている。また、事業所での取り組みを記載した新聞を町役場に配布している。	町の担当者に「新聞」や運営推進会議のお知らせを直接持っていつている。運営推進会議に町の職員がほぼ毎回出席。利用者に車椅子が必要になったとき相談するなど、連携関係は構築されている。	
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	玄関の施錠、身体拘束をしないケアをしている。	出入りが見渡せる構造、日中の玄関は施錠していない。外に行きたい人には職員が同行している。町に「長寿みまもり隊」というネットワークがあり事業者として協力しており、利用者が徘徊をしていたら連絡が来る。契約書には(身体拘束の禁止)の条項がある。	
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	勉強会を実施し、虐待についての理解を深め、防止に努めている。		

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
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	勉強会を実施し、権利擁護の制度の周知に努めている。		
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、制度改正時などには説明を行い、十分に理解していただいている。		
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	意見箱の設置をしている。また、家族会を開催し、意見を出しやすい環境作りを行っている。	意見箱が玄関に設置されている。家族会があり、ともに食事会をするなどして関係性を培っている。第三者委員も委嘱しており契約時に説明している。相談体制についての掲示もあり。	
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回開かれるミーティングや、管理者との個別面談を通して意見を聞く機会を設けている。	管理者と個別面談も年2回あり、1年に1回、文書にて意見提出の機会もある。夜の体制をあつくるためシフト変更や、服薬のやり方について提案し改善。職員の提案でトイレ・お風呂の補修も実施された。	
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	評価基準書を使用し、自己評価をしてから、上司が評価をしている。		
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	研修会の案内を職員へ知らせ、研修会へ参加できるように配慮している。内外ともに研修や勉強会に積極的に参加している。		
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	法人内で情報交換会を2ヶ月に1度行っており、交流する機会をもっている。また、グループホーム協議会への参加をし、法人外とのネットワーク作りを行っている。		

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	事前面談にて、ご本人の思いや考えを理解し、信頼関係作りに努めている。		
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	ご家族とも面談をし、希望を聞くようしている。		
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	入所に関しての相談があった時は、現状をお聴きし、状況に応じて必要なサービスのアドバイスなどを行うよう努めている。		
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	入居者様の声を形にしていけるよう、よく話をし、外出の機会を作っている。また、個別でのケアを通し、信頼関係の構築を図っている。		
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	記録の開示等を通し、ご家族様に利用者様の日々の様子をお伝えしながら、共に支えていけるように努力している。		
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	馴染みの温泉や、店への外出をしている。また、友人との交流の機会を持っている。	一時帰宅や、墓参りへの援助も行なう。地域の敬老会に職員とともに参加している。思い出の地である松島に行きたいという利用者の希望を叶え職員と泊まりに行ったりもした。	
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	言葉が話せない方も、スタッフが間に入り、かわりがもてるように支援している。		

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
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	これまでの生活習慣などをお伝えし、生活に不自由がないよう配慮している。また、契約終了後も、夏祭りへの声かけや、相談などにも応じている。		
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	ご本人の思いを聞き、行っている。話せない方は、生活歴やご家族様の会話から情報収集し、趣味、嗜好を継続できるようにしている。	日常生活の会話から意向を把握する。意思表示が出来ない人には、家族からの聞き取りや、表情での判断なども行なう。回想を促す刺激を与えることを意識しており、生活歴把握の手立てとしている。	
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、ご家族より馴染みのものや、生活環境をお聞きして、同じように暮らしていただけるように努めている。		
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	出来ることはご自分からできるような環境設定をしている。		
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	ご家族、ご本人の思いを聞き、主治医の意見も参考にしながら介護計画書を作成している。月1回モニタリングを行い、3ヶ月ごとのプランの見直しを行っている。	安心して過ごし、残存能力を生かすような計画を作成、月1回のモニタリング、3ヶ月ごとに見直し同意を得ている。かかりつけ医や協力病院との話し合いもある。カンファレンスはスタッフミーティングで行なう。	
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	個別にその方の記録をし、カンファレンスに活かしたり、ご本人の意志や希望をプランに反映しやすくなっている。		
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、その時々にも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	地域の行事や買い物など、いつでも出掛けられるようにしている。		

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	回覧板等から地域の行事を知らせていただき、参加できるようにしている。		
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し、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	本人・家族が希望するかかりつけ医の受診ができる。医療が必要な場合は、適宜相談をしている。	希望するかかりつけ医の受診ができる。受診に際し利用者の情報を家族に伝える。受診後家族からの報告を記録に残し、職員間の情報の共有化をはかる。協力医療機関の居宅療養管理指導が月2回行なわれる。	
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	併設のデイサービスの看護師に医療連携をとってもらい、相談している。		
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。	情報の交換ができるように相談や、カンファレンスをしていただくように話をしている。		
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	重度化、看取りについて、書面を用いてご本人やご家族に説明を行い、同意を得ている。 意思確認をしながら、できるだけ希望に沿えるように方針を立てている。	重度化や看取りについての指針に基づき、同意書が作られ、入所時に指針の説明をし、同意も得ている。指針の見直しも行なわれている。家族の意向を確認し、家族との協力により進める。研修の体系化も進めている。	重度化や看取りについて、事業所の現状を踏まえつつ進めていることに敬意を表す。次なるステップとして、退去に当たった条件・運営規程・契約書の考え方の統一を期待する。
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	救急救命の講習会に参加し、急変時や事故発生時への対応の訓練をしている。		
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	災害発生時の職員行動マニュアルを作成し、地域住民参加による夜間想定を含めた避難訓練を年2回行っている。また、非常用食料・備品を準備している。	災害発生時職員行動マニュアルは職員全員で作成。夜間想定避難訓練も実施。避難通路は複数確保。スプリンクラーも設置された。非常食は3日分備蓄。非常時通報システムにて近隣の防災協力員にも通報。	

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	ご本人を尊重し、 できるだけ意思決定ができるよう支援している。	名前の呼び方は本人の意向を確認して決めている。トイレ誘導は表情をみて判断し、さりげない誘導・対応でプライバシーに配慮している。	
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	ご本人の話をよく聞き、自己決定は出来るように努めている。		
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	希望を聞いて、その方のペースで生活が出来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	お化粧品や散髪など、ご自分の想いでされている方がいる。 また、そのように支援している。		
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	好きなものを取り入れながら、献立作成をしている。また、定期的に栄養士の助言・指導を受けている。 ご本人の出来る力を活かして準備・片付けをしていただいている。	利用者は配膳に積極的に係わっている。献立は職員が作成、栄養士が1ヶ月に1回指導。職員はともに食事をしている。ミキサーをかけたり、とろみをつけたりの工夫で胃ろうといわれた方も口から栄養をとっている。	
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	献立を作り、食事を提供している。 食事摂取量や水分摂取量もチェックし、理想的なかたちで摂れるように支援している。		
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、口腔内のケアを行っている。		

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
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	入居者様一人一人の排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握している。全介助の方でもトイレで排泄できるよう支援している。	排泄チェックをし、全員トイレで排泄できるように誘導している。誘導でオムツが取れた方もいる。本人の残存能力をひきだす努力をしている。	
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	繊維質の多く含まれる食べ物や、内服薬で調整している。		
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	夜間浴をしたり、毎日入れるような体勢を作っている。	5時以降の体制をあつくし、夜間入浴や毎日入れる体制を作っている。利用者の体調を勘案し、清拭への変更など臨機応変の対応をしている。	
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	ご本人に聞きながら、日中の静養や就寝時間を聞いて、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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬の一覧を作成して、把握している。		
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	ご本人の好みや、嗜好を聞きながら献立を作成したり、外食・外出をしている。		
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	散歩や買い物など、戸外へいつでも行けるように努めている。墓参りなど特別な場所への外出にも柔軟に対応している。	温泉や近くのスーパーなど、利用者が希望する外出支援が行われている。カラオケボックスに行きたいという希望もかなえている。車いすの利用者も、対応の車で外出している。	

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	買い物の際は、 ご本人による 支払いが出来るように配慮している。		
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	ご家族よりお電話があった際には、ご本人と話していただけるようにしている。また、希望に応じてご本人より電話をかけることができるよう支援している。		
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	季節感のある設えを心がけている。また、照明や室温調整等にも配慮し、安心して暮らせるように配慮している。	照明に紐をつけ利用者が調整できるよう、工夫がされている。温度計・湿度計をチェックし適切に調整している。トイレなどの表示は適切で、混乱しないよう工夫がなされている。利用者の相性を勘案しテーブルが配置されている。	
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	共用スペースを広く使い空間を区切ることで、思い思いの時間を過ごせる居場所作りに努めている。		
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	ご本人 が愛用していた家具や馴染みの物を持参していただいている。	畳の部屋とフローリングの部屋がある。なじみのものを持参しその人らしい居室となっている。収納スペースが広く、整理整頓がしやすい構造である。掃除や衣類の整理は自分で出来るように援助している。	
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	居室の前に目印を置き解りやすくしたり、段差のない床にしている。		