

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	2470300795		
法人名	社会福祉法人 伊勢湾福祉会		
事業所名	グループホーム 白子マリン		
所在地	鈴鹿市白子3丁目8番8号		
自己評価作成日	平成24年11月1日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaijokensaku_ip/24/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyouVoCd=2470300795-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会		
所在地	津市桜橋2丁目131		
訪問調査日	平成 24 年 11 月 26 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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者、家族と職員との信頼関係の強化の構築に心掛けている。 ・適時、適切なサービスが行われるよう、利用者状態の把握に心掛けている。 ・地域との交流強化をはかっている。
--

【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)】

家庭的で和やかな雰囲気のあるグループホームである。職員は利用者の支援記録や日々の状況をよく記録しており、それらを定期的に家族に確認してもらい、承諾してもらい取組みを継続しているので、日頃の様子がよく分かり、利用者、家族にとっては安心して利用できる施設である。老朽化に伴い、母体施設のある敷地内に12月移転予定である。現在は一階がデイサービスセンター、二階にグループホームであるが、移転先では一階が地域包括支援センターになるため、地域交流の資源も得やすくなると思われる。社会福祉法人伊勢湾福祉会の大きな組織の中のグループホームであるため、職員は相談しやすい環境にあると考えられる。

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)	○	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	理念をつくり職場に掲示して実践につながるよう努めている。	「心豊かに楽しい人生」を理念としている。地域とのつながりを大切にすることが理念に繋げる事であり、散歩等で近隣の方に利用者の顔を知ってもらえるよう挨拶している。管理者は日頃の支援の中で職員に指導している。	
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	自治会に加入していて回覧板を回す際あいさつをしたり、近くの公園に散歩に行き地域の人達との交流を深めている。	事業所の存在を知ってもらうため自治会に加入しているが、近隣にアパートが多く行事の参加が難しく、自治会の行事がない。地域の防災訓練には参加している。	
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	認知症があっても適切な支援があれば普通に皆と変わらない生活が可能であるということを外出先や交流を通じて地域の人々に感じてもらえるよう努力している。		
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	年間6回、隔月に運営推進会議を開催し、運営上の近況報告をするとともにさまざまなアドバイスを頂き役立てている。	2ヶ月に1回開催しているが、活動報告が主である。法人内に地域包括支援センターがあり、セミナー予定情報等も報告している。また、家族会も同時に開催しており、家族の参加もしやすくなっている。	
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に取り組んでいる	広域連合には運営推進会議の報告書提出等、事業所の活動内容を伝えている。また特別な事実があった時にはその都度報告を行うようにしている。	2ヶ月に一回、市の介護相談員が訪問している。近く移転するので、移転に伴う相談を理事長が市と行っている。法人内に地域包括支援センターがあるため、情報は得やすい。	
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	母体施設で組織した身体拘束廃止委員会のメンバーに加わり、検討内容を職員に周知徹底を図っている。	法人の身体拘束委員会に委員が参加し、検討内容を職員に徹底させている。利用者への言葉遣いに特に気をつけ、ベッド柵の必要な方には家族の同意を得ている。	
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	会議や現場でその都度虐待についての話し合いや協議の場を持ち、自覚と知識の研摩に努めている。		

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	現在対象者がいないが今後検討課題として実施するよう計画していく。		
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	契約時にはそれぞれの項目について読み合わせを行い、質問があれば受け理解を得ながら進めている。今年度介護報酬改定の際も全家族に説明、了解を得た。		
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	年間6回家族会を開き意見、要望を伺う機会を設け改善すべき点があれば対応している。	運営推進会議にあわせて家族会を開催し、遠くて面会に来れない家族には電話や手紙で定期的に連絡をとっている。報告事項が多く、家族からの意見は少ない。日常生活の記録やスナップ写真を毎月家族に送付している。	
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	毎月行う職員会議において一人一人意見を聞くようにしている。	毎月の職員会議や利用者退院後のケア会議、朝夕のミーティング等で職員の意見を聞く機会を設けている。職員は管理者へ、管理者は理事長に意見が言える環境になっている。	
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	各自の希望労働条件で契約している。		
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	施設内研修を実施し外部研修を受ける機会を設けている。		
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	同法人が運営するグループホームと交流はあるが他施設との交流は行っていない。		

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
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	入室前の面接で不安や要望を聴かせて頂き十分に話し合っ適切な関係を築くよう努めている。		
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	入室前の面接で家族とも十分に話し合ったうえで適切な信頼関係を築くよう努めている。		
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	入室前の面接で本人、家族から聞きとりを行いサービス利用につなげている。		
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	昼食は利用者と同じテーブルで一緒にしている。残存機能を引き出すよう一緒に作業し相互に支えあう関係作りに配慮している。		
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	日頃から家族との連絡を綿密に行い面接時や家族会の際に家族との係りを強化するよう配慮している。		
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	現状では、電話や家族の訪問を促す程度にとどまっている。	昔の職場の友人が面会に来るのを継続できるよう支援したり、馴染みのかかりつけ医の通院に家族が対応するので途切れないよう支援している。	
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	状態に応じて、利用者同士が補完の関係ができるよう支援を行っている。		

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
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	契約終了後も、訪問したり、家族との連絡を行い、できるだけの支援を行っている。		
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	日頃の会話と観察から、本人の思いや要望を聴き取るように対応し、できるだけ利用者本位のサービスとなるよう検討している。	部屋に居たいと言う思いのある人には無理に部屋から出す事を強要せず、そのまま様子を見ている。思いが伝えられない人からは、表情や様子を観察しながら対応している。	
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	入居時の聴き取りをもとに、入居後の生活の中での会話からも本人の生活歴や生活観の把握に努めている。		
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	24時間シートを記入し、毎日の状態を把握している。申し送りでも、情報の共有をしている。		
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	職員からの情報を聴き取り、面会時や家族会で意見交換の機会を設けてサービス計画に反映させるよう努めている。	毎月、利用者全員のカンファレンスを職員で行っている。法人の拘束委員会に参加した職員の意見を聞いたり、日頃職員が利用者に関わる中での意見を下にモニタリングし、ケアプランに活かしている。	
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	個別記録、24時間シートに記載し、特別なことは申し送りノートにも記載している。記載内容は家族来訪時に個別ファイルで確認してもらっている。		
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	多事業所の運転手や車を活用して外出行事や母体施設の行事や喫茶など本人の希望により参加している。		

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	日常的な散歩など地域の中に溶け込めるよう社会性の確保に努めている。		
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	入居時にかかりつけ医の希望を伺っている。主治医の定期的な往診があり、そのときに応じて相談、受診ができる体制ができています。	法人の協力医が週一回往診している。かかりつけ医の受診は本人・家族の希望に沿い、家族に協力してもらいながら行っている。夜間は医療機関、日中はデイサービスの看護師が対応出来るようになっている。	
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	看護職員の配置はないが、24時間を通して主治医と連絡が取れるようになっている。直接報告、相談できることで適切かつ迅速な指示が受けられる。		
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。	入院時には定期的に訪問して状態の把握をおこなっている。		
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	重度化された場合については、早い段階から家族への連絡を行い、方針・方向性を説明し不安のないよう図っている。終末期のケアについては今後の課題である。	法人全体で方針を検討しているところである。医療機関の協力は得られるが看護師がいないので、その確保次第で対応していく方針である。法人に特養がある事で家族は安心できている。	
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	一部職員は対応方法や避難訓練を体験済みであるが、今後周知に向けた取り組みを行っていく。		
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	防災マニュアルを作成し職員にさせるとともに、昼夜を想定した避難訓練を実施している。	デイサービスと合同で避難訓練しているが、この1年で1回である。車椅子の人も階段を利用し、2人で抱えて避難する訓練を行っている。夜間訓練は難しいが近隣の方への協力依頼はしている。	防災訓練は年2回必要とされているので実施されると共に1回は消防署にも参加してもらったり、夜間想定訓練もされたり、内容の充実を期待したい。

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
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	利用者の尊厳を守るケアの徹底を職員に周知させている。	人生の先輩である事を意識し、尊重しながら日頃のケアに取り組んでいる。トイレ誘導や失禁された方にはそっと声を掛ける等、プライバシーを損ねないよう対応している。	
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	日々の生活の中で、本人の選択を増やすよう常に模索しながら 関わりをもっている。		
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	出来る限り 毎日の生活が個人のペースで送れるよう努めている。		
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	本人の希望により理髪店に行ったり、お化粧をしたりしてもらっている。		
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	食事は本部から配食されている外出の際にはそれぞれ好みのものを食べて帰ってきている。	昼食、夕食は法人本部から調理配食されるので職員が配膳しているが、朝食は職員が作っている。利用者には後片付けを手伝ってもらっている。また、出前をとったり、外食の機会を設けて食事を楽しんでもらうよう努めている。	
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	栄養管理については同一法人の運営する特養の管理栄養士が行っている。食事量や水分量は毎食記録し常に把握できている。食事形態も個人の好みを尊重しながら安全で食べやすいよう工夫している。		
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	口腔ケアは毎食後 必ず行っており口の中の清潔を保てるよう援助している。夜間は義歯を預かり洗浄剤で清潔にしたものを翌朝返却している。		

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むけた支援を行っている	利用者の排泄サインを見逃さないように適時誘導している。排泄チェック表と重ねて確認し、適切な介助ができるよう行っている。	できるだけトイレで排泄できるよう、利用者の様子や時間を見ながらトイレに誘導し、排泄の介助を行っている。3名の方が介助なく、自立している。	
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	水分摂取や運動、腹部マッサージを勧め、服薬でのコントロールなど予防、対応している。		
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	入居者の重度化に伴い 職員体制が整った時間帯に実施している。	週2日は必ず入浴してもらえるよう順番を決めている。いやがる人もあるが、職員が声掛けし、促している。夏は足浴も行っている。	
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	個人のペースで安眠、休息が取れるよう支援している。		
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	1週間に1度 主治医の訪問診療、また2週間に1度の処方を見直し、投薬を受けている。情報は職員に徹底され服薬の支援を行っている。気づいた点は主治医に報告、指示を受けている。		
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	それぞれの趣味嗜好を職員は把握している。本人に合ったサービスの提供に努めている。		
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支援している	外出行事として出かけることはあるが 家族に依存している事が多い。	自治会の回覧板を利用者と共に届けたり、たまには季節毎の外出行事で季節感を楽しんでいる。職員の勤務人数が影響し、散歩や外出行事に限られ、外出機会が少なくなっている。	利用者の心身状況と職員の勤務体系を勘案しながら、より多くの外出支援を工夫されることを期待したい。

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
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	現金は家族の了解を得てお預かりしている。外出や買い物には可能な限り本人に支払いをしてもらっている。		
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	希望がある利用者には自由に電話してもらっているが 手紙の希望はない。年賀状は書いてもらっている。		
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	ホーム内は温度・湿度・明るさ等、職員によって快適に過ごせるよう調整されている。季節に応じた製作物をつくり 飾っている。	季節の花を飾ったり、行事の写真を飾ったりして季節を楽しんでもらえるようにしている。リビングにはソファが置かれ、ゆったりとTVを見たり、時間を過ごす事ができる。	
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	日中はソファで過ごされたり、居室で休まれたりしている。		
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	自宅で使い慣れた家具や身の回りのものを持ってきている。	自宅で使い慣れた家具や家族写真、化粧箱等を持ち込んで自分の居場所になっている。	
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	共有スペースには分かり易いように場所を示した札を掲げている。またホーム内どこからでも説明、案内し易い位置に配置されている。		