

### 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	3290400211		
法人名	株式会社 ハピネライフケア		
事業所名	認知症対応型グループホームすいせん渡橋		
所在地	島根県出雲市渡橋町304番地1		
自己評価作成日	平成25年3月5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://www.kaizokensaku.jp/32/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;igvsoyoCd=3290400211-00&amp;PrefCd=32&amp;VersionCd=">http://www.kaizokensaku.jp/32/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;igvsoyoCd=3290400211-00&amp;PrefCd=32&amp;VersionCd=</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市西福原2-1-1		
訪問調査日	平成25年3月6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)】**

本人のペース、やりたい事などを聞き入れ、随時プランや行事に取り入れている。
---------------------------------------

**【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)】**

グループホームすいせん渡橋は出雲市の中心市街地に位置している。小規模多機能型居宅介護やわらぎ渡橋と併設されており、利用者も相互に交流を持ちながら暮らしておられる。加齢による利用者の重度化も進む中、決め細やかなケアを心掛けておられる。かかりつけ医は近隣の遠藤クリニックとなっており、利用者、家族も安心できる環境である。管理者、職員は利用者が暮らしやすく安全な介助の方法で支援を行っている。
---

**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

[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	毎日の朝礼時に理念を唱和し共有し実践に努めているが、地域密着サービスの意義が十分理解できているかは、わからない。	法人理念を事務所内に掲示され、毎日の朝礼時に理念を唱和されている。理念の意義を理解できるよう申し送りや職員会議で話し合いをもされている。	
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	地域の方にボランティアできて頂き、交流を図っている。運営推進会議でも自治会長にも参加していただいている。	自治会に加入している。地域の溝掃除に施設長が参加して地域の交流に努めている。ボランティアの方による3ヶ月に1回歌、踊りの披露があり利用者は楽しんでいる。運営推進会議を活かし地区自治会と防災について連携を図られている。	
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	向ける場がなかなか無く活かせていない。		
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	毎回報告を行い、話し合いで出た意見をサービスに取り入れている。	偶数月に1回開催されている。家族、自治会長、民生委員、出雲市役所、安心支援センター参加されている。小規模多機能のサービスについて、ホームの利用状況、健康状況、災害対策など話され意見をサービスに取り入れている。	
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	何かあれば逐一連絡、報告を行っている。	運営推進会議に出席されている。介護保険の改正、離設があったとき、認知症の講習など連絡、報告を行っている。	
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	正しく理解できていない職員がいるため、今後知識を深めていく必要あり。	法人の研修は米子本部で行われるため遠いのでに参加が難しい。職員は身体拘束をしないケアについて理解はあるが、ホームでの研修も行っていないが職員会議で話合うことはある。	マニュアルや身体拘束をしないケアの研修。マニュアルを回覧し理解を深められたい。日々職員で話す機会を作り支援に活かされたい。

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
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	各職員が連携して注意して観察をおこなっている。細かい事でも連絡、相談を行っている。		
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	まだまだ不十分である。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	丁寧に説明し、疑問や質問には都度しっかり対応できている。		
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	入所者の家族会などを通して意見を反映させている。できる事はサービスに取り入れている。	自己評価は施設長と計画作成者が作られた。入所者の家族会、介護計画の説明時、家族の面会から意見要望を聞いている。運営推進会議や入所者の家族会で意見等反映しサービス取り入れている。	
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	カンファレンスの際などに機会を設けている。月に1回役職者、リーダー会議にてその意見を代表者に伝えている。	職員会議、カンファレンスなどで職員の意見、要望を聞いている。月1回役職者、リーダー会議で代表者に物品、設備、職員数などについて報告されている。定期的な職員個別の意見、要望を聞く機会は設けられていないが、施設長、計画作成者にいつでも意見、要望、相談は出来るようになっている。	
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	自己評価表などを使って給与に反映させ向上心を保っている。		
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	研修にはほとんど参加できていない。		
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	交流する機会が持てていない。		

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
<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	本人の希望を尊重し、家族に相談しながら良い関係を構築している。		
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	随時、相談あれば傾聴し、良い関係を作れている。		
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	様々なサービスや支援の方法を提案し柔軟に対応できている。		
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	同じ目線で対応するように心掛けている。		
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	施設と家族が協力して本人を支援できている。		
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	場所との関係は難しくなかなかできていない。	家族が墓参りに連れて行かれる方もある。親族の葬儀に出られた方もある。家族に連絡したい時は、いつでも職員が公衆電話をかける支援し話ができるようになっている。	介護度が高く食事、排泄、入浴介助と生活全般に介助に係る支援が大きい。レクレーションなどで貼り絵など手作りのはがきを使用し家族、親戚、兄弟に送り馴染みの関係が途切れない支援も良いかもしれません。
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	利用者が一緒に家事活動やレクができるよう食事以外は席を流動的にしている。席も利用者の意思を尊重している。		
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	相談等あれば随時うけており、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
<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	些細な事でも記録に残し把握に努めている。	日常の会話の中や食事の時の会話から希望や意向を聞き出している。困難な方には家族面会時に希望、意向を聞きだしている。表情、行動からくみ取っている。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	情報提供表やカンファレンスなどを通して把握に努めている。		
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	細かく記録を残し現状把握に努めている。		
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	本人や家族の意見は随時プランに取り入れている。	本人や家族の意見要望を取り入れカンファレンスを行い介護計画が作成されている。モニタリング、評価は月1回実施されている。個別ケア実施表、サービス内容の記録が確認できた。	
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	細かい部分も記録に残し見直しに活用している。		
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	既存サービス以外はなかなか行えていない。		

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
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	把握はできても活用できているかは疑問である。		
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	歯科などは各自のかかりつけ医を受診していただいている。内科は隣接する医院であり、利用者家族とも納得していただいている。なにかあればすぐに受診、往診でき適切な医療が受けられる体制である。	利用者家族とも納得され隣接の遠藤クリニックがかかりつけ医となっている。往診2週間に1回。状態変化のときはいつでも受診できる。ホームに看護師はいないが併設の小規模多機能ホームの看護師が対応する。施設長、介護計画作成者、職員はかかりつけ医、看護師、家族と連携をとり適切な医療を受けている。	
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	特変等あれば随時看護師に連絡し適切に受診等できる連絡体制ができている。		
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。	随時連絡を取り合っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族やかかりつけ医と話し合い、施設や家族、Drと協力できている。	今までに看取りの対象者は1～2名あった。方針は契約時に説明している。ホームで条件が整えば法人と相談し支援の方向性はある。	重度化や終末期のありかた、ケアについて・看取りの研修をされたい。職員はケアや見取りについて共有されたい。出雲市役所に看取り、死生観について研修開催を聞かれ参加を検討されてはどうか。
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	徐々に力はあるも、不十分な点もあると思う。		
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付けるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を定期的に行っている。地域の方にも緊急連絡網に入ってもらい、協力体制を構築している。大半の職員も訓練に参加できている。	消防署と消化訓練実施、夜間想定訓練を実施されている。地域の方の協力について運営推進会議を通じて要請されている。ホAEDが設置もある。備蓄はミネラルウォーター、カロリーメイト等を準備してある。	災害時に消防署が利用者の把握が出来ないと思われる。車椅子使用者、杖歩行など居室の入り口など分かる場所に目印をつけ、すばい救出ができるように検討されたい。AEDの設置を活かし小規模と合同で地域の方に救命の講習、施設の見学をしてもらいホームを知ってもらう機会とされたい。

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
<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	多少は改善しているも、まだ言葉が荒い時もある。	法人の研修は米子本部で行われるため遠いのでに参加できていない。職員は人格の尊重、誇りやプライバシーについて理解はあるがホーム内研修も実施は無いが職員会議で確認されている。職員の方は丁寧な言葉使いや対応に心がけている。	
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	言葉がけを工夫し、希望を表せる利用者も増えたと思う。		
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	自己ペースを大切にし、希望を第一にしている。		
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	入浴時の着替えや外出時なるべく本人と一緒に選び、本人らしさを大切にしている。		
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	膳や湯呑みを自分で下げられる利用者もいるが、ほとんど職員が行っている。	3入室介助の方がおられペースト食、刻み食など利用者にあった食事が提供されていた。食事内容の説明、季節の会話などされ楽しみな時間となっている。職員は全介助3人の支援のため食事を一緒に食べることが難しい状況である。	
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	咀嚼や嚥下がしやすいよう、刻み、ミキサー食で提供している。水分も本人の好みに合わせ、コーヒーやココア、紅茶など数種類準備し水分量の確保に努めている。		
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	一部の利用者は毎食後はできていない。		

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
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	立位の難しい利用者も二人介助しながらトイレでの排泄を促している。夜間以外はオムツは使用していない。	チェック表でパターンの把握をし立位の難しい利用者も二人介助しながらトイレでの排泄を促している。行動や表情、声かけをされトイレ誘導で排泄の失敗をなくす支援が行われている。	
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	昼食前に必ず体操を行っている。これから暖かくなるので散歩も行っていきたい。水分もこまめに摂ってもらい、水分摂取も増やしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日や時間は職員の都合で決めてしまっている。	週3回・月、水、金・火、木、土と決めて入浴を行っている。希望により午前、午後と変更し入浴される方もある。拒否の方はタイミングや会話の中から入浴支援をしている。季節のゆず湯などでゆったり楽しめる雰囲気を作っている。	
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	その日の体調にや本人の希望に合わせて支援している。		
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	各時のファイルに処方薬の効能などがすぐわかるようにしてある。		
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	家事活動を役割として取り入れている。嗜好品は現在はない。		
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	集団で出かける事はあるも個別ではほとんどできていない。	ホームの周りの散歩は限られた利用者となっている。車椅子使用の方が多く買い物に出かけることが難しくなっている。行事で花見、道の駅などにでかけている。	外出をして場所や人と出会う楽しみやホームに来てもらい、ふれあいがもてることの支援が大事だと思います。蕎麦うちボランティアなど家族、地域の協力を求めながらホームに来てもらい喜び・楽しみの時間を考えられたい。ヤクルト販売に来てもらい自分で購入できる力を取り戻すなどの支援を考えられたい

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	お金を所持している方は少なくほとんどが公衆電話使用時である。ダイヤルを回す援助を行う程度である。		
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	公衆電話を使用し家族へ電話される際、援助している。手紙のやり取りについては行った事がない。		
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	電灯は暖かい色合いの物を使用している。季節の花を飾り季節感を出すようにしている。	居間は広く、照明のやわらかい光で穏やかな雰囲気だった。温度管理もしっかりされていた。季節感を楽しんで頂けるよう花も飾られていた。	
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	気の合う利用者同士で過ごせるように配置をしている。一人になれる空間は、なかなか無い。		
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	家族の写真などを飾っていただき、家庭的な雰囲気を出すようにしている。使い慣れた家具などは備え付けの物があるためか持ってこられない。	ホームの備え付けの家具もあるが自宅から使い慣れた筆筒を持ち込まれ、家族の写真、ホームで作った作品など飾り自分らしさを出されていた。	
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	各自の居室に顔写真をはり分かりやすくしている。トイレにも張り紙をして自分で向かいやすいようにしている。段差はほとんどないようにしている。		















