

# 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	0471200584		
法人名	社会福祉法人 登米市社会福祉協議会		
事業所名	認知症高齢者グループホームほほえみ		
所在地	宮城県登米市石越町南郷字新石沢前47-4		
自己評価作成日	平成23年 6 月13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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成23年6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)】

昨年はボランティアの受け入れもでき、地域の方との交流も多く持てたので、繋がりを大切に、今年は地域に出向き地域の一員として生活に楽しみと生きがいを持てるよう力を入れたいと思います。また、いつでも気軽に寄って、世間話や認知症で困っている事など話せるホーム(家)を目指しています。

## 【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)】

自然環境に恵まれた総合運動公園の隣に、旧石越町が福祉ゾーンとして石越福祉センター、デイサービスセンター、グループホームを設立し、更に本年6月には特養ホームが加わった。運営は「社会福祉法人登米市社会福祉協議会」が行う公設民営の形態をとっており、「家賃」も低額になっている。行政との関係も良好であり、市の福祉政策と密接な関係にあり地域資源として期待されている。事業所が地域の一員として日常的に交流できるよう、グループホーム、デイサービス、特養ホーム3事業協同の地域広報誌の刊行を検討している。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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)
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)
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)
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
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
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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 認知症高齢者グループホームほほえみ)「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
<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	昨年、新しく理念を掲げ共有し日々実践につなげるよう勤めている	昨年度「地域との交流を大切に」「一人ひとりの生き方を尊重し共に笑顔で寄り添うことを大切に」を掲げた新しい理念を作り実践している。年度末には実践できたか振り返りの場を設けたいとしている。	
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	運営推進会議を通し、地域の方やボランティアの方との交流が増えているが、一員としての交流は少ない。	地域の情報を積極的に収集し、地区の行事には進んで参加するようにしている。石越小学校から学習発表会への招待等交流も着実に増えてきている。電話相談窓口「介護110番」を設けている。	
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	昨年、「介護110番」と窓口を開きました。まだ相談にこられた方は居ませんが、続けていきたい。		
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	報告、意見をいただき出来るところは取り組んでいる。	市の職員や地域包括支援センター職員も参加し、年6回開催している。内容はホームの事業報告だけでなく質疑も活発に行われ、「介護110番」もその成果の一つである。	
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	運営推進会議のメンバーとして参加していただき情報交換などできている。	運営推進会議も含めホームの実情と取り組みを理解してもらっている。市からの依頼で緊急の理由で介護できなくなった高齢者の短期宿泊等(レスパイト事業)を行っている。	
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	スタッフ全員、拘束の無いケアに取り組んでいる。施錠は防犯のため夜間のみ。	職員は身体拘束の弊害を理解している。外部研修を積極的に受講し、その内容を内部研修で共有している。入居者の外出傾向(しぐさ、表情等)を把握しており職員が付き添う等対応している。同じ敷地内のデイサービスとの連絡体制もできている。	
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	研修は参加している、お互い注意をし防止に努めている。		

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	研修がある時は参加。22年度は研修を受けられなかった。現在対象者が居ません。		
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	管理者、計画作成担当者2名で対応し御家族に説明を行い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	事業所内に苦情・要望・相談窓口を設け、また第三者委員を選任し地域住民の立場から意見、利用者は苦情、意見を相談出来るようにしている。	運営推進会議や面会時に意見・意向等伺うようにしている。また、3月11日の大震災で実施できなかった「家族アンケート」を本年度中に行いたいとしている。	
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	月1回ミーティングを定期的に行い、意見・要望など聴き反映している	定期的なミーティング以外に防災、広報、行事等各種業務を1年間の担当制とし、全職員が何かに携わるようにしている。入居者と向き合える時間を確保するため調理専門員の導入等成果があった。	
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	なかなか難しい所もある。労働時間など改善された面もある。		
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	研修等は立場や能力に合わせ、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	県のグループホーム連絡協議会に入会できているので、色々な研修、講演会などを通し取り組んでいる。		

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
<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	入居前に最低でも2回は訪問し、顔を覚えてもらい、話を聞き不安を少なくし、本人の希望に添えるよう努めている		
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	訪問時、家族の方にもお話を聞き、希望・要望に応えられるように努めている。		
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	他のサービスの利用は無いが、法人内で対応出来るものは活用している。ディサービスや、いきいきサロンの訪問など。		
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	本人の出来る事(後かたづけ、モップ掛け、草取り、玄関掃除、洗濯物たたみ等)役割を持ち、終了時は感謝の言葉を掛けつなげていく。		
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	来訪時には、出来るだけ面会出来るようにし、職員は家族との情報交換、本人の様子等詳しくお話し協力を戴けるような関係を作っている。		
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	全員出来れば良いのだが難しい、町内の方は馴染みの美容院に行ったり、来ていただいたり、敬老会に参加されたりしている。	自宅への外泊、親戚や友人宅の訪問、お墓参り等支援している。親戚や友人のホームへの来所は大歓迎である。電話の取り次ぎや年賀状発送のお手伝いも行っている。	
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	把握は出来ているが、「個人」があり難しい場面もあり職員が仲に入り支援している。		

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	終了理由が、入院、死亡。重度化で他の施設のケースの為断ち切れている。		
<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	起床、就寝、入浴など暮らし方はなるべく希望に添える努力をしているが、色々な事情で叶えられない場合も多々ある。	入居者、職員共に地元の方が多いので共通の話題を織り交ぜて話をすると思いの疎通が割と円滑に進むことが多い。言葉の表現が困難な方とは表情や身振り等サインを見逃さないようにしている。	
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	入居前にセンター方式の様式に添って出来るだけ詳しく記入し把握に努めている。		
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	バイタルチェックを必ず毎日行い、個人ごとのケース記録に記録、申し送る事で共有、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	本人の意見は直接聞いていないが、日頃生活の中での希望、要望を取り入れ、御家族は面会時情報交換し介護計画の中に取り入れている	センター方式を活用し、担当者とケアマネジャーが話し合い、更に他の職員や協力医・家族の意見も加味して介護計画を作成し、見直しもしている。	
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	ケース記録の中に記入し、職員間で共有しケアカンファで取り入れている。		
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	重度化で入浴が困難な方は、デイサービスの特浴を借り、出来るだけサービスが低下しないよう努めている		

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
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	子育て支援、作業所への訪問、産直直売所などへ買い物に出かけている。		
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	入所前に家族と話し合い、家族の希望に添い医療機関は決め、定期的な受診を支援している。	協力医を受診している入居者は2ヶ月に一度職員が付き添い通院している。協力医以外は原則として家族対応としている。日々の様態や生活状況は家族を通じ医師に伝わるよう支援している。	
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	気づいた事、バイタルの状態などは報告、相談し状態に応じ受診等の対応をしている。		
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。	出来る限り毎日面会に行き本人の状態、関係者(NS等)に話しを聞き情報交換を行なっている。		
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	昨年度アンケートをとり家族の思いは把握できた、また職員の思いも話し合えたが、家族の方との話し合いがきちんとまだ出来ていない。	昨年の目標達成計画に掲げられている「重度化や終末期のホームでの指針を成文化する。」に向けて検討してきたが、今のところ成文化できていないので、更に1年検討を重ねたいとしている。	成文化にあたっては「ホームでできないこと」「家族に協力を求めること」を取りまとめ、家族に説明し納得してもらい、更に、外部及び内部の研修を重ねて職員にも周知していただきたい。
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	マニュアルはあるが、定期的な訓練が出来ていない。		
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	運営推進会議で地域の方との話し合いを持っていたので、3・11の震災のときは職員、地域の方の協力をいただいた。	本年3月11日の大震災は運営推進会議が終了した直後でしたので、出席メンバーの応援がいただけた。避難訓練は夜間を想定し年1回行っている。また、訓練時の地域住民の立ち合いはない。	夜勤時担当を想定した訓練を全職員が経験するまでは1～2ヶ月に一度行い、地域住民の訓練への立ち合いも根気よく要請していただきたい。

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	馴染の関係の中でも、名前や言葉のかけ方、排泄時の対応など注意を払っている。		
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	話せる場と時間を持つよう努め、状態に応じて些細なことでも自己決定でき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	自分のペースが作れる方は支援しているが、難しい方は職員のほうで支援している。		
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	自分で出来る方は任せている、声がけ、お手伝いが必要な方もいる。		
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	毎日は難しいが月に1~2回みんなで好きな物をメニューにいれ、みんなで作る日を設けている。片付けは役割的になっている。	献立はデイサービスの栄養士が作成したものを食材や入居者の希望でアレンジし調理している。調理の補助、後片づけ等を手伝ってもらっている。職員も同じテーブルで同じ内容の食事をしている。	
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	糖尿病の方、運動量の少ない方など食事の量に注意をしたり、水分量には好みの物などで対応し確保できるように努めている。		
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	1人でできる方は、毎食後に習慣化している、出来ない方は見守り、お手伝い、全介助の方は職員が行っている。		

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	日中オムツの方はいません。チェック表を活用し全員の方にトイレでの排泄を支援しています。	できるだけおむつを使用しないよう入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。その結果、日中は全員リハビリパンツか布パンツ使用である。	
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	散歩、ドライブなどの活動、繊維の多い食品などや牛乳、ヨーグルトなどの乳製品、腹部マッサージなど試みます。3日排便の無い時は、下剤対応の方もいます。		
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	入居者の状態に応じて対応しています、夜間希望の方は夕食後に入らせていただきます。	毎日の入浴や時間帯も入居者の希望の時間を尊重し対応している。リラックス効果のある入浴剤を使用したり、冬にはゆず湯を楽しんでいる。介護度の高い方は職員2人が介助するようにしている。	
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	状態に応じ、昼寝をしていただいたり、夕食後はテレビを見て居間で過ごしていただき、眠くなったら休むような普通の生活を支援しています。		
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	内服の状態は誰でも見れるようケースや一覧表にファイルしてある。また処方変更時は申し送り、服用後の状態の記録、報告をしている。		
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	一人ひとりの出来る力に合わせ、役割を持っていただき終わってから、お茶をしたり楽しめる時間、環境を支援している。		
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支援している	散歩は毎日のように出かけるようにしているが、車の使用となると、好きな時間に、好きな場所は難しい、家族の方の協力はもらえるが、地域の方はまだです。	天気の良い日は昼食前の散歩や畑の草取り、体調の優れない方は居室前のぬれ縁での日光浴等、できるだけ外に出るように推奨している。個人的な外食、買い物等も新しい馴染みの場作りとして積極的に支援している。	



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
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	お小遣いは職員管理ですが、買い物に行き、支払いを出来る方には、財布を渡し支払いをしていただいています。		
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	電話は、かけて渡し話す。手紙はほとんど出さない、年賀状は皆さんが書ける所を書き、残りは職員が書き出し出します。返事が来るので本人に渡しています。		
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	夏場にかけて居間の日当たりが良すぎる為、温度採光に注意し植物やカーテンなどで工夫必要、季節感は模様替えや季節の花など飾ることで感じていただいている	大きなガラス戸からホームの菜園や四季折々の外の景色を見る事ができる。日差しも様々に工夫して適度な明るさを保っている。室内は行事の時の写真や入居者と一緒に作成した季節毎の壁飾り等で装飾された和やかな雰囲気である。	
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	廊下にソファや椅子を置いたり、居間、玄関前にソファを置き各自好きな場所で過ごせるよう工夫しているが、もう少し工夫したい。		
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	使い慣れた家具や時計など持ってきていただき、なるべく変化がないように、安心できるような工夫している	家族には入居にあたって物を新たに購入するのではなく、日頃使用していた馴染みの物を持ち込むように奨励している。居室には掃出しの引き戸やぬれ縁があり、自由に出入りできる。	
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	トイレ・お風呂などは、のれんを活用し判りやすい様に居室は名札をつけ確認できるようにしている。		