

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	1090200377		
法人名	ケアサプライシステムズ株式会社		
事業所名	グループホームはくば		
所在地	群馬県高崎市上並榎町95-6		
自己評価作成日	令和元年7月9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-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和元年8月7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)】

・穏やかな環境で安心して過ごして頂けるように心がけています。
・行事や毎日のレクリエーションなどで活性化を図り認知症の進行予防や機能低下予防に努めています。
・利用者様とゆっくりコミュニケーションがとれるよう職員同士気を付けている。
・全職員が利用者様の状況を把握できるよう情報の共有をしてケアの統一を図っています。

【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)】

運営推進会議に多くの家族が出席し、率直に意見を述べ、他の出席者とも活発に意見交換が行われている。出席者が多いことは利用者や事業所に対する関心の表れであり、サービス向上につながる意見は利用者、事業所にとって貴重なものといえる。また、災害対策として毎月自主訓練を実施する等、緊急時に備えた事業所の真面目な取り組みがうかがえる。職員からは「利用者のケアは大変でも、他の職員に助けられて働いている。働きやすい職場。」という声がある。職員間の協力と連携の良さが働きやすさとなり、利用者本位を保つことにつながっている。地域にあっては開かれた施設、職員にとっては働きやすい職場、そして利用者からは「ここに来てよかったよ」と言われる事業所の現状である。
--

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)	○	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、活き活きと働いている (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	毎日の申し送り時や、職員会議で唱和している。	事業所の基本理念に則り、笑顔の絶えないホーム作りを目指している。挨拶やケアをする時も笑顔を中心掛けている。若い入職者には会話と自然な笑顔ができるよう指導している。	
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	廃品回収などに参加、月1回近所の清掃活動を継続している。また、運営推進会議を通して地域の方との交流を図っている。	地域の廃品回収や清掃活動に当番を決めて参加し、近隣のスーパーやドラッグストアに買い物に行っている。区長は運営推進会議への出席や職員の紹介等協力的で地域との接点になっている。	ボランティアや慰問等、第三者の訪問を受け、単調になりがちな生活に変化をもたらす働きかけをしてほしい。
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	運営推進会議を通して地域の方へ認知症に対する理解を深めて頂ける様情報発信を行っている。		
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	運営推進会議の日程は、ご家族様や地域の方の都合に合わせて行っている。以前より、ご家族の出席が多くなってきた。	隔月ごとに開催し、行事報告や現況報告、毎回取り上げられるテーマ(外部評価について、アンケート結果について等)を基に、出席者による活発な意見交換が行われている。家族の出席が多い。	
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	事業所担当者を中心に連絡を取っている他、運営推進会議で意見や注意喚起を頂いている。	法人の担当課長が行政との窓口になっている。家族による介護保険の更新が難しい場合は代行し、認定調査の立会いもしている。	
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	玄関から続く共有空間の入口は常時開けている。ホールからデッキに出る扉も必要に応じて開けている。	玄関は施錠しているが、職員のパネル状況や利用者が落ち着いている時、また、日中は開錠している。虐待防止の勉強会や職員会議で言葉かけ等、スピーチロックについて話し合っている。	玄関の施錠は身体拘束にあたるので開錠し、転倒防止のため寝具や靴に付ける鈴は取れるよう工夫してほしい。
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	不適切なケアがないかどうか職員同士で確認あっている。また職員会議を通じて理解を深めている。		

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	職員会議等で学ぶ機会を作っている。		
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、重要事項説明書でホーム内のことを説明し、不安や疑問点を聞いている。そして理解、納得をして頂いている。		
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	運営推進会議の開催、意見箱を設けるほか、家族に希望に応じ個人面談を行う。全体としては法人が年に1度無記名のアンケートを行っている。	家族の立場を考慮し、利用者の日頃の様子を面会時や書面で知らせ、要望を聞くようにしている。利用者の要望は本人の言葉から推察し、職員間で検討し、ケア記録に記入し共有している。	
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	職員会議、担当者の定期的な訪問の他、年に2回担当者と管理者を交えた面談の機会の確保、業務日誌を通じて意見を出せるよう努めている。	業務改善や勤務体制についてホーム長に直接話をしたり、職員会議で話し合い、利用者との時間確保を優先する状況を生み出す結果につなげている。年齢や勤続年数に関係なく発言している。	
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	勤務表は職員の休日の希望を取り入れながら作成している。有給休暇もとりにやすいように働きかけている。		
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	スタートブック、マニュアルの活用、法人主催の教育委員会の場の提供。		
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	地域密着型連絡協議会への参加を行うなど交流する機会を作っている。		

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	サービス開始前にご本人と面接して状態を把握している。		
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	サービス開始前にホームを見学してもらい、ホームの様子を説明している。ご家族様とも十分に相談しながら、安心してホームで生活出来るようにしている。		
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	アセスメントを充分にして、状態に応じたサービスが出来るように努めている。		
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	日常生活の中で本人の出来る事はして頂いている。お盆拭き、テーブル拭き、買物など一緒にしている。		
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	毎月、ホームでの生活の様子を書面にまとめてお渡ししている。また、面会時や受診時などご本人の様子を細かく伝えるように心掛けている。		
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	ご家族、友人などにいつでも面会できるようにしている。	家族や知人に面会に来てもらうよう働きかけている。使い慣れた家具を居室に置いたり、自宅がある地域の花火大会や法事に出かける等、馴染みの関係や習慣が継続する支援をしている。	
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	ソファを置いてくつろいで談話できるようにしている。		

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
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	契約の終了時に、必要時は相談や支援が出来るようにしている。		
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	寄り添うケアを実践してその人の思いを引き出すようにしている。	日常的な会話やケアの中で、利用者の意向や要望を推察、把握するよう努め、職員間で共有している。また、家族を通して間接的に意向を知ることもある。	
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	家族や本人から情報を得るようにしている。日頃の会話でも聞き取りが出来ている。		
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	体調観察をして、その日の体調に合わせて過ごして頂いている。利用者様の体調は全職員が把握できるようにしている。		
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	毎月のカンファレンスで介護計画の評価、見直しを行っている。利用者、家族にはその都度意見を求め、職員で話し合っって介護計画作成につなげている。	職員は毎月、担当する利用者の介護計画をモニタリングし、カンファレンスに諮っている。3ヶ月ごとに見直しをしているが、必要に応じてその都度見直し、現状に合った計画を作成している。	
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	個別支援経過記録表や、ケア記録に記入し、状態の把握が全職員が分かるようにしている。		
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	利用者、ご家族の希望や状況に合わせた支援が出来る様に努めている。		

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
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	地域のボランティアの協力や、行事等への参加、民生委員紹介のボランティアの受け入れ、地域のお店での買い物等、資源を活用しながら支援している。		
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	毎月かかりつけ医の往診がある。	かかりつけ医と協力医の選択については説明している。月に1度協力医による往診があり、歯科は定期的に検診がある。他の専門医を受診する時は家族に付き添いを依頼している。	
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	医療連携看護師に相談、連携出来るような体制をとっている。		
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。	入退院時には、ご家族や病院のソーシャルワーカーと連絡を取り合い情報交換している。		
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	ご家族様の希望で看取り支援を行った。	重度化対応・終末期対応の指針がある。利用者や家族に希望があれば、協力医の判断で看取りをする方針である。現在は看取りの希望や対象者はいない。	
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	AED設置、緊急マニュアルの作成、勉強会でも確認し合っている。日頃から職員同士で話し合っている。		
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	年2回消防署の立ち会いで訓練している。その他自主訓練を毎月行っている。飲料水、食料品などの用意をしている。	年2回の消防署立会いの避難訓練と、毎月自主訓練を行っている。区長や民生委員が参加している。ハザードマップによる地域特有の災害はない。水、食料品等の3日分の備蓄がある。	

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
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	声かけには常に気を配り対応している。申し送りなども個人情報なので慎重にしている。	トイレ誘導の時は利用者の傍に行き声かけをし、名前を呼ぶ時はさん付けにする等、年長者に対する配慮を心掛けている。利用者の気持ちに寄り添った、利用者本位のケアに努めている。	
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	利用者様の希望を取り入れている。(食事の献立、日中の過ごし方など)		
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	その人らしく生活出来るように支援している。		
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	季節に合った衣類を着て頂いている。		
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	好みの物を取り入れたり、季節の野菜を取り入れたりしている。主に、後片付けを手伝って頂いている。	利用者の好きな物や希望を聞き、献立に反映させている。常備している食材や食べたいものを聞いてから用意する食材で手作りしている。利用者が一緒に調理や食器拭き、テーブル拭きを手伝っている。	
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	経過記録表にチェックすることと、申し送りをすることになっている。		
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	一人一人個別に対応している。必要な時は訪問歯科で治療して頂いている。		

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	一人一人の排泄パターンに合わせて、トイレ誘導している。排泄状況は経過記録表に記入している。パット、紙パンツの使用をなるべくしないよう支援している。	排泄チェック表に基づいてトイレ誘導をしている。日中はトイレ、紙パンツ、夜間はポータブルトイレ、おむつと利用者の持っている力によって使い分け、快適な排泄支援に繋げている。	
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	薬も必要に応じて利用していき、毎朝牛乳を飲んで頂いたり、ヨーグルトを食べて頂いたりしている。運動も毎日行っている。		
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	週2回は必ず入浴出来るように支援している。受診や外出の前日には必ず入浴して頂いている。	週2回を入浴日とし、順番を決めている。失禁等で汚れがある場合を除いて、連日になる入浴の声かけはしていないが、足浴を毎日実施している。入浴後に手のひらや足のマッサージをしている。	入浴の日時や回数は決めず、利用者には入りたい時に入れる、また連日でも入れるとう情報を提供してほしい。
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	食後は居室にて休んで頂いたり、夜間は静かな環境で安眠できるように支援している。		
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	服薬一覧表やカードを作成し、職員同士、薬の目的や副作用、用法用量について確認し合っている。		
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	レク(ぬり絵、歌、頭の体操等)楽しんで頂いている。新聞、雑誌を読まれたり一人一人の楽しみを継続できるよう支援している。		
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に支援している	季節ごとの行事に外出する機会を作っている。デッキが広いので、毎日外気浴をしている。デッキを活用している。	近隣のスーパーに行ったり、事業所の買い物に同行することもある。受診後家族と外食をしたり、法事で外出することもある。花の水やりやデッキで洗濯干しの手伝いをし、毎日外気浴をしている。	

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	外出、近所の買物などお預り金から出している。月末にはご家族へ【会計報告書】を提出している。		
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	ご家族からの声になるべく本人が出てもらっている。		
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	季節感のある花を飾ったり、掲示物も工夫している。温度や湿度にも配慮して快適に過ごして頂いている。臭い対策もしている。	広いデッキを利用して、利用者に天候の変化や季節感を感じてもらう工夫をしている。共用空間は清潔で臭いもなく、室温や湿度にも配慮している。掲示物や装飾も大人らしい雰囲気がある。	
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	時々テーブルの位置を変えたり席替えをしたりして雰囲気を変えている。そうすることで利用者様同士のなじみの関係が深くなってきている。		
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	見学时、入居時に本人の馴染みの物を持参することの重要性について話し、理解協力を得られるよう努めている。	馴染みの家具や寝具、衣類の他、写真や手作り作品、ぬいぐるみ、雑誌が置いてあるが、居室全体が殺風景で生活感がない。	居室は利用者だけの生活の場なので、本人の物以外は置かないでほしい。排泄用品も見えないようにし、その人らしさが出る工夫をしてほしい。
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	トイレに2カ所張り紙をしている。手すりの設置。		