

### 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	3170201515		
法人名	メディカ・サポート株式会社		
事業所名	グループホームだんらん		
所在地	鳥取県米子市富士見町132番地		
自己評価作成日	平成26年2月20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.kaijokensaku.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=3170201515-00&amp;PrefCd=31&amp;VersionCd=">http://www.kaijokensaku.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=3170201515-00&amp;PrefCd=31&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	鳥取県米子市宗像53番地46		
訪問調査日	平成26年3月11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)】

「喜・怒・哀・楽」という理念をモットーに利用者の皆さんの想い・感情を尊重し一人ひとりに寄り添ったケアを提供するよう日々奮闘しています。職員間のチームワークも抜群で毎日が楽しい職場です。また、行事や地域活動への参加など地域の中の施設となるよう日々奮闘しております。

【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)】

「喜・怒・哀・楽」の基本理念の基、利用者のありのままを受け入れ決め細やかな支援が行われています。職員間のチームワークも良く、利用者に寄り添いその人らしく暮らし続けることを大切にされています。利用者の高齢化、重度化が進み介護度が上がってきていることを理解し、個々の対応に時間をかけ寄り添いながら日々質の高いケアを行ってられます。

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	利用者や職員が、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	外部評価		
			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	定例のカンファレンスやミーティング時に全職員で共有し合っている。	管理者、職員は「喜・怒・哀・楽」の理念の基にカンファレンス、ミーティング時に共有し日々実践されている。	
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	今年度より念願がなつて地域の一斉清掃に参加している。また、自治会の体育大会では若手職員が活躍させていただいている。	今年度念願の地域一斉清掃に参加しホーム近くの公園の草取りをされた。施設の夏祭りも定着してきており地域の方の参加も増えてきた。啓成校区の体育大会に若手職員が参加し、利用者も応援に行き地域の交流の継続となっている。中・高校生の職場体験も受け入れられている。	
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	介護相談は開設当初より続けており地域に向け発信を続けている。		
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	毎回推進会議では現状報告をし皆さんの意見を聞いたり助言を頂いている。	利用者状況、行事の報告が行われている。市役所、地域包括より意見、情報の提供も頂いている。看取りについて、火災、災害時の地域の協力について、話し合い、意見交換が行われている。	
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に取り組んでいる	推進会議で実情を伝え、困ったときは市役所に連絡し助言をいただいている。	運営推進会議で実情報告されている。困難事例の相談などをされたり、市の研修に参加しサービスに活かしている。	
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	「具体的な行為」の正しい理解はまだまだだが、職員一同「身体拘束はしない。」の精神で日々のケアに努めている。	日々「身体拘束をしない」について話し合いリーダー、職員は方針を共有しケアを実践している。言葉による拘束も無く玄関の施錠もされていない。	

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。	虐待防止の事業所外の研修に参加したり院外での勉強会で情報を共有し全職員が理解するよう努めている。		
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	すでに制度を利用している方もおられ事業所内でも勉強会を開き全職員が理解するよう努めている。		
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	契約の際は、懇切丁寧を心がけ、金銭に関しては具体的に数字を出しお話するよう努めている。		
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	事業所内に意見箱を設置したり、外部評価委員の連絡先をご家族に伝え、外部にも公表できるシステムをとっている。	家族面会時に息児要望を聞いてリプランの説明をしている。遠方の家族には電話、「ケアタウンかわら版」、写真などで情報を伝えている。家族会より利用者が外出するとき介護方法を教えてもらいよかったと報告があった	
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	定例のカンファレンスや賞与前の自己評価提出等で、職員の考えや意見を聞ききちんと答えて返すようにしている。	定例のカンファレンスや賞与前の自己評価提出、職員は半期の振り返りをし施設長からコメントや必要時面接も行われている。施設長にケアや気づきなどいつでも相談、提案ができる。	
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	最近「うつ病」が現代病のようにメディアで騒がれやりにくい状況ではあるが、自分なりの考えを持ち職員一人ひとりを見て職場環境の整備には力をいれている。		
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	自己研鑽をお願いし必要な人に必要な研修に参加させている。		
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進めている	グループホーム協会に加入し情報交換・年に一度の相互研修には参加している。		

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	入居前面談に出かけたときには本人と話しをし関係作りをスタートさせて入居につなげるよう努めている。	
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	入居前面談に出かけたときにご家族の思いをよく聴き安心して入居いただけるようコミュニケーションをはかるよう努めている。	
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	グループホーム以外の各種サービスの説明をしたり、金銭的な話しもし今必要なサービスを提示するよう努めている。	
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	重度化が進み厳しい現状ではあるが、ときには職員が頼ることもあり介護される側とは思っておらず、ともに生活しているのが現状である。	
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	家族も面会に来るだけでなく実際に介助していただいたり、一緒に家族・職員・本人で外出し外出先での不安解消もおこなっている。	
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	お墓参りに出かけたり自宅が気にかかれば自宅に行ってみたり、併設する小規模多機能にも気軽に出かけられるようにしている。	利用者の重度化が進み馴染みの関係や場所の継続のため支援が難しくなっているが、家族が墓参りに連れて行かれる方や行きつけの理美容に行かれたりホームに来られたりする方など柔軟な支援が行われている。
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	どちらかといえば、当事業所の皆様は孤独を好むのに、同じ場所で過ごされます。普段は関心ない様子ですが病気で部屋から出てこないと心配しあわれます。	
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	入居が長くなる方々が多いためか現状こういう事例はありません。	

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	重度化に伴い意思表示が難しくなってきた皆様ですが、それでも職員は本人たちの思いを汲み取る努力をし「もしかしたらこうかな?」と考えながら対応しております。	利用者の重度化に伴い意思疎通が難しくなっておられるが職員は「もしかしたらこうかな?」と考えながら希望や意向の汲み取りをされています。
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	本人・家族から話を聞き情報収集を怠らず日々のケアに反映できるよう努めている。	
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	日課はなく、利用者一人ひとりのリズムに合わせて支援に努めている。	
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・家族の意向を把握し全職員で共有しながら介護計画に反映させている。	本人、家族の意向を把握し全職員で話し合い介護計画を作成されます。モニタリング、評価1ヶ月に1回実施している。サービス内容は介護記録に記載されている。状態変化があった時は計画が変更されている。
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	日々の様子を個々のカルテに記載し全職員で共有し介護計画の見直しにも役立てている。	
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、その時々生まれ出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	併設する小規模があるため、必要時にはいつでも利用できるよう協力体制をとっている。	

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	事業所がある地域の老人会の皆さんとの交流や事業所外からのボランティアさんの受入れをしたりして楽しい時間を過ごせるよう努めている。		
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	嘱託医が月に2回往診に来てくださる。嘱託医以外の病院への受診時は連絡ノートを渡したり職員と一緒に同行することもある。	ホーム嘱託医がかかりつけ医となっている。かかりつけ医は月2回往診される。利用者、家族が希望されるかかりつけ医を受診される時は連絡ノートを渡したり職員が付き添うこともある。ホームとかかりつけ医は連絡を取り合い適切な受診医療が受けられている。	
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努めている。	現在は併設施設の看護師しかおらず、必要時は協力・助言をもらい適切な対応ができるよう努めている。		
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	入院した場合は職員が交代で途切れることがないように面会にいたり、早期退院に向けケアマネが中心となって医療機関と連絡調整に努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期の指針を作成しており、本人・家族の思いを大切にしながら対応するよう努めている。	重度化や終末期の指針を作成されており説明し家族の意思を確認されている。看取りを行われたことがあり体制も整えられている。外部研修は職員体制もあり参加が難しい。看取りのケアは協力医や看護師の指導がある。	職員は看取りのケア方法など理解されているが、心のケア、死生観などを看護師を中心にさらなる勉強会をされ支援に取り組まれると良いと思います。
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	年に一度心肺蘇生法の研修を受け、初期対応の訓練に励んでいる。		
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	全職員が身につけるよう避難訓練を行い地域への協力も推進会議等をお願いしている。また、実現には至らず	消防署と連携して避難訓練が行われている。備蓄は水、食料が準備されている。地域の協力は運営推進会議で話し合われる予定である。	防災対策については、地域の協力も必要と思われる。運営推進会議等を利用しながら推進されると良いと思います。

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	可能な限り本人のプライドを傷つけないよう声かけには注意をはらうよう努めている。	本人の人格を尊重しプライバシーを損ねない声かけが行われている。	
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	本人の理解力に合わせた選択肢を与え自己決定してもらえるよう努めている。		
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	意思表示できる方々には希望を聞いたりして過ごしやすく過ごしてもらっている。		
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	出かけられる方は好きな服を着てもらい行きつけの美容院へ行ったりご家族と喫茶店にお茶を飲みに行ったりされている。		
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	食事を楽しむ方々も少なくなってきたが、それでも時には利用者の提案で出前をとったり、弁当を配達してもらうこともある。食べた茶碗は出来る人は下げてもらおうお願いしている。	介護度が進み介助も多くなり楽しむ方が少なくなってきたが利用者の身体状況や食事のペースに合わせた支援が行われている。希望でうどん、ラーメン、弁当など出前を取り楽しまれている。忘年会やちまき作りも楽しまれている。職員が声かけをし茶碗、コップを下げられる方もある。職員は介助や見守りがあるので利用者の食事が終わった後に食べられる。	
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/バランスを考え献立を立て水分は水分チェック表を作り確認するようにしている。		
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	食後の口腔ケアを促し出来ない方はスタッフがを行い清潔保持に努めている。義歯は職員で毎晩洗浄するようにしている。		

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	一人ひとりの排泄チェック表があり定期的に声がけをし、P-トイレでの排泄支援を継続している。	オムツの方1人、リハビリパンツとパッド併用の方が殆んど。夜間オムツ対応の方もいる。排泄チェック表を利用し定期的にトイレ、ポータブルトイレで排泄支援が行われている。オムツの方もポータブルトイレを使用することで排尿が促され個々に添った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	下剤服用を最小限にし、水分確保や繊維の多い食事、適度な運動をし排便できるよう努めている。		
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	重度化になり入浴は2人介助が常となり、本人の希望に添うことは難しくなってきたが、可能な限り入りたいときにははっていただくよう努めている。	重度化になり2人介助が常となっている。本人の希望に沿うことが難しくなっているが一日おきに入浴される方もおられる。ほぼ1週間に2回入浴が行われている。	
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	就寝時間は決めず、夜間就寝時は湯たんぽを設置し気持ちよく眠れる支援をしている。		
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	全職員が服用しているお薬の副作用を理解するよう努め服薬支援し、状況の変化を見逃さないよう努めている。		
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	家事や裁縫等自分の好きなことをしていただけよう支援を続け、作った作品は地域の文化祭のときに展示させてもらい、それを見に出かけている。		
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	近隣の店へ買い物に出かけたり、近くの公園に出かけたりご家族や職員と時々喫茶店に行くこともある。	介護度が進み外出希望が減ってきている。ホーム近くの公園に散歩に出かけるが民家が少ないので人がおらず交流が無い。家族の希望で行きつけの喫茶店に1～2ヶ月に1回出かけられ職員も付き添っている。花見は個別で利用者の体調に合わせて行われる。	



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	現在小額を自己管理しておられる方が一名あとは、基本的にはお預かりしているが使うときは本人に支払を依頼するようにしている。		
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	遠方におられるご親戚の方々から贈り物が届くとその夜にお礼の電話をしたり、自分で出来ない方でも担当職員がお電話したり、お手紙を書いたりしている。年賀状をご家族に出される方もいらっしゃる。		
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	共用空間は毎日掃除・換気を行いテーブルには季節の花を飾ったり季節感を感じられるよう工夫をしている。	季節の花がテーブルに飾ってあり季節感を感じられる。お雛様も飾られ季節をうかがえる。居間には加湿器もあり風邪などの予防をされていた。	
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	共用空間の中にはテーブル以外に椅子やソファを置き利用者が思い思いの形で過ごせるよう工夫している。		
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	ご家族に協力をいただきながら、家族の写真や本人が好きな相撲のカレンダーや車のカレンダーを貼ったり使い慣れたものや家具を持ち込んでもらっている。	事業所備え付けのベッドや筆筒があり家族の写真やつかい慣れた小物など持ち込まれ居心地よく過ごせる工夫をされている。畳の居室もあるがベット対応もできる。	
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	廊下や居室内に転倒に繋がるようなものは置かないよう努め、少々段差があっても、それをまたげる力をなくさないよう支援している。		