

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	4571700493		
法人名	社会福祉法人あさぎり福祉会		
事業所名	グループホーム朝霧	ユニット名	本館
所在地	宮崎県都城市山田町中霧島2531番地7		
自己評価作成日	平成30年8月20日	評価結果市町村受理日	平成30年10月25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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/45/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=4571700493-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階
訪問調査日	平成30年9月20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)】

下肢筋力が低下しないよう毎朝ラジオ体操や下肢の運動をして頂いている。また月1回は全利用者が外出出来るよう外出の日を設けている。利用者が重度化しても安全に入浴出来るよう入浴リフトを設置した。食事は出来たてを提供出来るよう職員が全部作っている。

【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)】

同法人の特別養護老人ホームなどの事業所が隣にあり、お祭りなど協力体制が出来ている。利用者のしたいこと、好きなことに取組んで作品を作ってもらいホーム内に飾ったり、市や地区の文化祭に出品し見学に行っている。入浴時、浴槽に入ることが困難な利用者のために浴槽の出入りを安全、安楽にするためにリフト浴が設置されている。また、職員の介護負担軽減にも繋がっている。身体拘束委員会があり、どんなことが拘束になるか事例を取り上げて職員に説明し、身体拘束が起きないように努めている。

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)	○ 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、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

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	見える位置に掲示し、毎朝の申し送り時に理念を唱和する事で、理念を意識づけ、ケアの実践に取り組んでいる。	「利用者の思いを大切に」という理念を基に、本が好きな利用者を図書館に連れて行ったり、塗り絵が好きな利用者には、塗り絵をしてもらって、理念の共有と実践を行っている。		
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	地域の文化祭、季節の行事、2ヶ月に1回の散髪等で交流を図っているが、日常的な交流は不十分である。	市や地区の文化祭に作品を出品し見学に行ったり、同法人の夏祭りに参加して来られた地域の方と交流を行っている。中学生の職業体験を受け入れ交流に取り組んでいる。		
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	運営推進会議に参加された方達と、情報交換を行っているが、直接地域の方々に向けては活かしかけていない。			
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	運営推進会議内で、ホームでの活動状況等を報告、必要な支援を検討する等して、サービス向上につなげる為話し合いを行っている。	会議で意見をもらい、地区の文化祭に作品を展示し見学に行ったり、身体拘束について意見があり、再度、身体拘束廃止について取り組んでいる。		
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し情報交換を行っている。	お祭りなどの行事の日程、場所など聞いて参加したり、退所者が出た時には、電話で連絡して次の入居に繋いで協力関係を築いている。		
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「介護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	身体拘束委員会を2ヶ月に1回開催し、身体拘束について検討を行い、その結果を毎月の職員会議にて発表している。その中で研修も行い、職員同士で理解を深めケアの実践に努めている。	身体拘束廃止委員会では、勉強会を行ったり、介護職員会議では、研修に参加した職員が復命の場として共有を行い身体拘束廃止に向けて取り組んでいる。		
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	介護職員会議の中で虐待防止の研修を行い、何が虐待に値するのかを学び、虐待が起きないように努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	勉強会を行った事はあるが全職員が理解しているかはわからず、活用するまでには至っていない。			
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	入所時に管理者より十分説明を行い、納得して頂き同意を得ている。			
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	意見箱の設置をしている。また、ご家族の面会時に意見や要望を頂いている。	家族から面会の時に意見等聞いている。出た意見は職員で話合って対応している。しかし記録に残していない。	家族等からの意見は、ミーティング等で話し合い、検討したことを家族に伝え記録に残すことを期待したい。	
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	介護職員会議にて意見を述べたり、毎年職員調書で要望を提出しているが、全てが反映されている訳では無い。	管理者や施設長に運営に関する意見を伝える機会がある。休憩時間の変更や電動ベッド購入など意見等は、運営に取り入れられ反映されている。		
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	人事考課制度があり、意欲の向上を図っている。また、業務の見直し等を行い働きやすい職場になるように努めている。			
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	研修内容に応じ職員が参加して、スキルアップを図っている。			
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	グループホーム連絡協議会に参加し、他事業所との情報交換などを行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	入所前に面接調査にて、本人 ご家族から要望を聞いて初期プランなどに反映させている。			
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	ご家族の不安に思っておられる事を聞き相談してもらえよう努めている。			
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	本人 ご家族の意向を聞きその方に合ったケアが出来る場所をお伝えし、在宅が可能であれば在宅ケアも併せて紹介している。			
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	ご本人が出来る事を見極め、掃除や家事手伝い、園芸活動を一緒に行っている。また昔の風習や方言なども教えて頂いている。			
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	常に情報を交換共有し、行事参加 病院受診の協力を頂きながら共に支え合う様努めている。			
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 知人にも面会に来て頂き、外出等も行っている。	地域の理容師が来られたり、墓参りに連れて行ったり、友人の面会があったり継続的な交流が行われるよう支援に努めている。		
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	利用者同士の相性も見ながら、目配り気配りをし仲良く良好な関係が保てるよう、レクリエーション行事参加を通じて交流を図っている。			

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	退所される際は、ご家族の方が不安にならないように病院や居宅支援、特養等を紹介している。			
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	日常の会話やプラン作成時にご本人の希望や不安等を伺い検討している。		利用者、家族に思いや、意向を聞きセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)を使って把握に努め、塗り絵、外出など日々の活動で実践に取り組んでいる。	
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	入所前にご本人やご家族より生活歴を伺ったり他事業所より情報の収集に努めている。			
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	利用者の状態がどうであったか朝・夕に申し送りを行ったり、日誌や申し送り簿等を活用し、全職員が利用者の状態把握が出来るよう努めている。			
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	プラン作成時ご本人やご家族の希望を伺い、担当職員やグループ職員で意見交換を行い作成している。		アセスメントは、一部センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)を使っている。職員の意見は、介護職員会議で検討を行い介護計画書を作成している。定期的見直しは6か月、モニタリングは毎月行っている。	
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	毎日個別のプランに沿った記録を行い職員間においても常に情報の共有を行っている。			
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	ご家族の都合の悪い時は病院受診や買い物等の代行を行っている。また色々なサービスを活用出来るよう取り組んでいる。			

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	入所前からのかかりつけ医がある方はかかりつけ医を受診して頂いているが、病院以外の地域資源は殆ど活用出来ていない状況である。			
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	かかりつけ医との関係を大切に安心して受診して頂けるように努めている。	本人、家族が希望するかかりつけ医になっている。受診は、家族が出来ない時はグループホームで支援を行っている。家族には、受診結果を電話で報告している。		
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	月に3回訪問看護を受けられ報告、連絡、相談を行い連携しながら適切な受診をしている。			
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。	入院時、サマリーなどで情報交換を行い早期退院に努めている。			
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期のあり方についてはご家族の希望に沿って支援を行っている。医療的な支援がひつような場合は医師や訪問看護師に相談し、特養や病院の紹介を行っている。	医療を伴う看取りは行っていない。入居時「重度化した場合における対応に係る指針」を取り、重度化した時には「看取り介護についての同意書」を説明し意志を確認しながら取り組んでいる。		
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	勉強会を行い医療的知識の習得や訓練(AEDの取り扱い、心肺蘇生)を行い、急変時に誰でも対応出来るよう備えている。			
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	防災訓練を毎月実施しており、全職員で実践出来るよう心掛けている。地域合同の訓練は出来ていない。	毎月避難、通報訓練など行っている。水、食料は2日分備蓄されている。総合防災訓練は年2回行っている。しかし、地域住民の参加がない。	総合防災訓練に運営推進会議のメンバーである公民館長、民生委員の参加をお願いし、次に地域との協力体制に繋ぐことを期待したい。	

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	尊厳を持って、言葉遣いに注意しながら、時には方言を交えながらも、馴れ馴れしくない様に対応している。		ミーティングではトイレ介助、見守りの時、プライバシーを損ねない方法を伝えている。介護職員会議では、ひどい言葉かけをしないように伝えてプライバシーの確保に取り組んでいる。	
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	個々の希望を傾聴しながら、本人にも選択肢を持って頂くよう配慮し、出来るだけ実施出来るよう努めている。			
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	個々の意見を尊重しながら、ホームでの生活を楽しく有意義に過ごして頂けるよう対応している。			
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	個々に合った身だしなみが出来るように、声かけや介助、物品等を揃えたりして支援している。			
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	野菜の皮むきや切込み等、極簡単に出来る事を、安全に配慮しながら一緒に食事作りを行う事もある。また、その日の献立を発表し、楽しみを得て頂くよう心掛けている。		利用者は、テーブル拭き、下膳、鍋洗いなど出来ることを行っている。メニューを見て他のものが良い時は、メニューを変更している。	
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	管理栄養士が作成した献立を基に、必要な栄養を確保出来るよう食事を作り、個々に応じて水分や食事量の加減を行いコントロールしている。			
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	毎日、個々に応じて、声かけ、見守り、介助をそれぞれ行いながら口腔ケアを実施している。また、必要物品等の準備、整理等も個々に応じて行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	個々の排泄パターンを把握し、自立に向けたトイレ誘導や夜間オムツ着用ではなくパット交換等の介助を行い、オムツ外しに取り組んでいる。	日中はトイレで排せつを行っている。排せつチェック表で排せつパターンを把握し、利用者にあった誘導を行いオムツの使用量が少なくなった利用者もいる。		
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	毎日、体操や運動を取り入れて体を動かして頂くよう支援している。また、食物繊維を多く含む食事の提供や、こまめな水分摂取を行い、随時ファイバー飲料の提供もしている。			
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	入浴する曜日は決まっているが、個人の希望に添える様に時間は決めていない。また、要望があれば指定日以外でもシャワー浴等を行っている。	入浴は週3回である。それ以外でも利用者の希望によりシャワー浴を行っている。浴槽の出入りが困難な利用者にはリフトで安全、安楽に浴槽の出入りが出来るようにして入浴支援を行っている。		
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	日中は出来るだけ活動的な支援を行い、夜安眠して頂くよう努めている。また、昼夜逆転にならない程度の昼寝も勧めている。			
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	個々の身体及び精神の状態を十分に観察した上で、Dr. へ上申し内服薬を処方して頂いている。また、薬の効能など、随時説明を受け、申し送り簿を活用し、情報の共有を図っている。			
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	本人の生活歴等を考慮し、得意とする事を行って頂く事で喜びを感じ、有意義な生活とな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	一人ひとりの希望を傾聴しながら、季節ごとの行事や外出を計画し実施している。また、ご家族の協力も得ながら、ご家族や地域の方と交流出来る場を設けている。	天気の良い日には、近所の散歩に行っている。毎月外出を計画している。観光地へドライブに行ったり、桜、アジサイなどを見に行くなど外出支援を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	本館	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	基本的にはホームで管理している。			
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	本人が希望された場合など、利用できるようにしている。ご家族等からの手紙が届いた際は、本人に読んで頂いたり、職員が読み上げている。毎年年賀状などをご家族宛てに書いて頂き送付している。			
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	共同の生活空間など季節に応じて、エアコンで室温調整や、湿度計などを設置し湿度の調整を行っている。季節ごとに壁飾りなどの創作物や、お花等を飾り季節感を味わって頂ける様努めている。		壁には、レクリエーションで作成し、文化祭に出品した作品など飾られている。交流室には、マッサージ器が置いてあり自由に使える。食堂には、ソファが置いてあり、テレビを見たり、昼寝が出来るようになっている。	
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	廊下や食堂にソファを置き、思い思い自由に過ごせるように支援している。			
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	個人の馴染みの品や、思い出の物を置いたり、家族の写真を貼ったりして、居心地よく住み慣れた環境作りを努めている。		テレビ、タンス、椅子、扇風機など使い慣れたものが持ち込まれて、利用者が使いやすいように配置されている。持ち込みの少ない方は、持って来て頂くように伝えている。	
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	手摺りの設置、滑り止め、クッション材の活用を行い、安全に配慮した環境作りを工夫している。			