

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	4571600115		
法人名	社会福祉法人 協同福祉会		
事業所名	グループホームくろしお		
所在地	宮崎県日南市南郷町乙7051番地111		
自己評価作成日	平成23年8月10日	評価結果市町村受理日	平成23年10月27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.kaigokouhou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4571600115&SCD=320&PCD=45
----------	---

【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23年9月16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)】

<p>◎いつも笑顔で落ち着いた寄り添う介護 ◎さりげない優しさ元気な心で 利用者様を尊重する ◎職員同士が思いやるチームワーク</p>

【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)】

地域密着型のグループホームを良く理解し、利用者を第一に考えたケアに、しんしに取り組んでいる。利用者一人ひとりの特徴や生活のペースを把握し、できる限りその方に合った支援を行うよう努めており、一部の利用者にはセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式)を使用し、また、カンファレンスは職員全員で実施し、情報の共有を行い、統一したケアの提供にも取り組んでいる。身体拘束や施設等の弊害についても良く理解し、職員のケアに対する意識の高さや向上心が感じられ、また、職員一人ひとりの年間目標を設定し、それについても熱心に取り組んでいる。

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		○	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

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	理念を2月に皆で検討し直して、名札の裏にも入れ、常に実践出来るよう努めている。	今年2月に、法人としての理念の下に、具体的なホームの理念を職員で話し合いの上、作成している。個々の職員が名札の裏に入れ込むなど、全員できちんと共有し、強く理念を意識し、ケアの実践を行っている。	
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人として日常的に交流している	地域との交流は、少ない。時々民生委員の方々に来てもらっている。もう少し地域の方が出入り出来るよう、工夫が必要だと思う。	隣の家の方とのあいさつや会話があり、地域との良好な関係となっている。地区の行事へも参加するなど、積極的に地域に出て行こうとする姿勢が見られる。	
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	尋ねられた時は答えているが、あまり活かされていないと思う。		
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	2か月に一回運営推進委員会を行い、行政の方々や、民生委員、区長さん、家族会の方々などに参加してもらい、色々な意見ももらっている。	運営推進会議を今年度から2か月に1回、定期で開催している。ホームの活動報告や行事の計画、勉強会などを行っている。また、出席者からの意見も多く、ホームとして日々の運営に生かすよう心がけている。	
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	推進委員会や包括ケア会議に出席して、意見等の交換を行っているが、密ではないと思う。	今までも不明な点など、行政担当者に尋ねるなどの連携は取れていたが、運営推進会議が2か月に1回の開催になったため、より身近になり、今まで以上に連携が図れるようになっていく。	
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、施錠をしないケアに努めているが、5月に入居された利用者の徘徊が激しい。その為、一日の中で出来るだけ開けているよう努力はしているが、その状況により閉めている時もある。	勉強会やミーティング時に、身体拘束についての勉強を行っている。職員は、身体拘束や施錠の弊害をよく理解しており、特に施錠をしないようなケアの実践に取り組んでいる。現在1名の方の徘徊が激しいため、最小限の施錠を行っているが、ケアの方法で施錠がいらなくなるように職員全員で取り組んでいる。	
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逃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	園内研修などでも、虐待について勉強を行っている。ホーム内での虐待はない。		

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
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	園内研修でも、勉強を行い、出来るだけ理解するよう努力している。必要がある時は、地域包括支援センターがあるので利用している。		
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	必ず契約の時に、納得されるよう説明を行っている。		
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	担当者会議で意見を聞いている。運動会の後、家族会の方達だけで話し合ってもらい、意見が出た時には、改善出来るよう努めている。	運営推進会議の時や担当者会議、家族の来訪時に細かいことでも意見を言ってもらえるよう努力している。家族会も行われており、家族からの意見が言いやすい雰囲気づくりに努めている。実際に家族から要望があり、利用者の介護計画を見直して、ケアの支援を行っている。	
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	ホームのミーティングに園長が年2回参加。毎月のミーティングの記録提出。年一回の面談で、意見等を聞いてもらっている。	母体施設の施設長が年1回、職員と個別で面談を行い、個々人の目標や反省、意見や要望を丁寧に聞いている。意見や要望が実際に生かされて、運営の改善となっている。	
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	十分にしてもらっている。		
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	色々な研修に参加させてもらい、一人ひとりの研修報告の場も設けられ、大変勉強になっている。		
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	県南地区(日南・串間)のGHで年に数回集まって、交流場所がある。		

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
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	アセスメント作成時に色々な情報を得たり、寄り添い話をする事で、色々な情報を聞き出し活かせるよう努力している。本人との関係作りにも努力している。		
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	担当者会議や面会に来られた時などに尋ねたりして、こちらで出来る事は協力するように心掛けている。		
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	他のサービス利用はしていない。		
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	出来るだけ築くように努力はしている。敬語を使うようにしているので、一目置いているような感じもする。		
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	定期受診は家族と一緒にしてもらい、行事等も出来るだけ参加してもらえるように努力しているが、もっともっと面会が平均して増えたと良いと思う。		
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	数名の方は、馴染みの方が面会に来られて、お茶などを飲みながら過ごされているが、なかなかこちらから出向いていない。	家族の協力の下、なじみの散髪店を継続利用されたり、漁師だった方の希望で漁港に連れていくなど、なじみの関係や場所をできる限り断ち切らないように支援を行っている。	
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	利用者同士の関係を把握し、支援に努めているが、どうしても介護度の高い方への接点が少ないように思う。もっともっと努力したい。		

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
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	ホームを退所され、同じ事業所内なら交流があるが、他の事業所などに行かれた方とは交流出来ていないと思う。(葬儀等には参列している)		
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	意見を尋ねてプランにあげて支援に努めている。個別のケアが少なくして集団ケアになってしまう。	利用者本人や家族からの希望・意向を聞き取り、本人本位のケアにつなげている。また、必要な方にはセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)を全面的に使用し、より良いケアの向上に努めている。	
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	情報をまとめた物を皆が読んで把握している。時々個人のファイルを見て、見直しする努力もしている。		
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	一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを守れるように、対応を心掛けている。		
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	介護計画に実施期間を明示して、その期間が終了する際に見直しを行い、状態の変化があった時は、随時見直しを行っている。家族とは担当者会議・職員とはカンファで行う。	カンファレンスやモニタリング(月1回)を定期で行っている。状態の変化があった場合は、随時見直しを行い、最適なケアの提供に努めている。特に状態の変化が見られない場合は、6か月に1回の見直しとなっている。	利用者の小さな変化もカンファレンスなどで把握し、ケアの方法を変更するなどの取組をしているので、状態に変化がみられない場合でも、6か月より短い期間での定期的見直しをされるよう期待したい。
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	日々の介護や介護計画に反映出来るように、一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録するよう努めている。		
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	多機能化に取り組めるようにもっともっと勉強・努力が必要だと思う。		

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	地域資源と暮らしを楽しむ事が出来るよう、支援が必要だと思う。		
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	定期月受診は、だいたい家族の方がされている。必要な時はホーム職員も同行し、説明を受けたりし、ケアに活かしている。	ほとんどの利用者は、ホームを利用する前からのかかりつけ医を継続されている。家族の協力の下、受診されているが、ホームの職員が付き添うなどの支援も行っている。	
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	特変があった場合と医療ケアが必要な時は、GHのNsが園のNsに相談したり、協力してもらっている。		
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。	入院された場合は、ほぼ毎日病院訪問し状態を把握するようにしている。		
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	担当者会議で家族の方に必ず尋ねている。終末ケアがどこまで行えるかが難しいところである。	ほとんどの利用者は、母体施設の入所待機者であり、ホームとして重度化した場合や終末期の具体的な対応については、まだ明確化されていない。	利用者の重度化した場合や終末期について、ホームとして具体的なケアの内容、できることできないこと、必要な協力体制など、その内容を具体的に作成されると、今後の取組への足がかりとなるので、今後の作成に期待したい。
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	園内研修で毎年学んでいる。		
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	年に一回総合防災訓練を行い、避難訓練は月1回、利用者も一緒にされている。	年に2回、母体施設と一緒に総合防災訓練を実施しており、消防署、消防団の参加も図られている。ホーム単独では毎月避難訓練を行い、非常時の対応への意識も高い。3月11日は津波に備えて、全員避難を行った。	

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	いつも優しい言葉掛けを心掛けている。	接遇については、声かけや態度など法人全体として取り組んでおり、一人ひとりを尊重した対応が見られた。また、ホームでは食事の時にエプロン(介助用)は使用しないなど、利用者の尊厳に配慮した取組もなされている。	
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	自分で自己決定が出来る方は、出来るよう支援している。		
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	個別処遇は、日々心掛けているが、職員ベースになっている時もあるので努力が必要な場面もある。		
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	出来る方は、自己決定の尊重に努めている。出来ない方は、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	出来るだけ皆で行えるよう、その人のレベルに合わせて出来るよう支援している。	買い物から調理や盛りつけ、配ぜん・下ぜんなど、何人かの利用者は職員と一緒にやっている。食事は職員全員と一緒に食卓を囲み、介助・見守り・声かけを職員が行いながら、ゆっくりとした雰囲気の中で食事ができるよう支援がなされていた。	
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	毎月1日に計量してカロリー計算を行っている。食事摂取の少ない時は、高カロリードリンクを提供している。		
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	毎食後、自立の方は声掛け、見守りをして確認し、介助の方は、毎食後援助している。		

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
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	排泄チェック表を作り、状況を把握し、出来るだけトイレでの排泄が出来るよう支援している。	利用者一人ひとりの排せつチェック表を作成し、その方に合わせた声かけ、誘導を行い、少しでもトイレでの排せつができるように支援を行っている。	
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	食事摂取や水分の摂取の把握し、カマグと内服で調整されている方もおられる。		
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	入浴時間を尋ねて対応している方もおられる。曜日は決めている。一人位は個々に洗っている方もおられる。	毎日入浴は行い、利用者の半数ずつが入浴し、日曜日には全員行っている。時間などの希望にも対応しており、利用者の希望を最大限かなえられるよう取り組んでいる。	
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	個々の睡眠時間を把握し、夜間眠れなかった人は、日中でも休んでもらうよう心掛けている。		
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	個人ファイルに薬の内容(処方箋)を綴じていて理解は出来ているが、細かいところはもう少し勉強が必要である。		
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	出来るよう心掛け努力している。介護度が高くなり困難な方もおられる。		
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	外出の日程は事前に計画している。その日の希望に沿っては、現在少しずつでも出来るよう努力している。	以前は、日常的に散歩(敷地外)などの外出を行っていたが、利用者の状態により、今は日常的にはできていない。建物の外(敷地内)で体操をしたり、草むしりをするなど、少しでも建物の外へ出るような支援を行っている。	

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
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	お金を渡してしてもらう人もいますが、少ない。努力が必要。		
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	利用者の方で、希望があった時はしている。又、電話がかかってきた時は、必ず話してもらっている。		
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	壁に季節感が分かるよう掲示したり、居室にカレンダーを置いたり、花が好きな人は花を置いたりして雰囲気作りに努力している。	共用の空間は広く取っており、行事を行うことも可能である。畳で掘りごたつのスペースもあり、思い思いに好きな場所で居心地良く過ごせるような配慮がみられた。利用者にとって不快になるようなものはなく、調査時も利用者がゆっくりとされていた。	
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	自分で好きな所へ行ける人は、そのようにしている。		
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	使い慣れた家具を持って来られたり、居心地の良い部屋作りを工夫している。	冷蔵庫やテレビ、タンスなど使い慣れた物を持ち込まれている利用者もあり、一人ひとりの個性やその方にとって落ち着く居室の配慮がなされていた。	
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	工夫出来ていると思う。		