

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中村乙7051番地111		
自己評価作成日	平成22年9月27日	評価結果市町村受理日	平成22年12月1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://kouhyou.kokuhoren-miyazaki.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4571600115&SCD=320
----------	---

【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22年10月15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)】

- 利用者の方の訴えなどはすぐに笑顔で対応する
- 本人様の出来る事は一緒に行う
- いつも笑顔を忘れないで本人様の立場になって行う
- 「ちょっと待って下さい」を無くす様、努力していく

【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)】

利用者に対して家族的な環境で地域に密着したサービスを提供するために、法人の基本理念、ホームの理念、職員個人の目標、合言葉、平成22年度目標を掲げ、ホーム全体でその実践に取り組んでいる。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)を研究してその結果を発表し、実践に結び付けようと努力している職員もおり、職員全員のケアに対する向上心が強い。排泄ケア、視覚障害者に対するケアも職員間で十分に検討して実施している。ホームは、毎週土曜日は「手作りおやつの日」と定めて利用者の楽しみのための活動を支援し、地域の学校の運動会には重詰めの弁当を持参して参加するなどいろいろと工夫している。

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)	○	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

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	皆で考えた理念を目につく所に掲げて実践出来るように努めている	法人の基本理念、ホームの理念があり、管理者と職員はそれぞれ個人の目標を決めて理念の実践に意欲的に取り組んでいる。職員から「一段高い理念」への提案があり、来年は変更を予定している。	
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人として日常的に交流している	地域と日常的に交流は少ないと思う 時々ボランティアが来られる	毎週火・金曜日には、職員と一緒に利用者が食材の買物に出掛けている。小・中学校の合同運動会にはホーム手作りの弁当を持って参加し、席を設けて歓迎されている。自治会には未加入である。	
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	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	運営推進会議で報告は行い、そこでの意見を活かせる様努力している。民生委員ボランティアの人達が来られる様になった	運営推進会議の開催が年1回である。議題がない等の理由で開催回数が少ない。開催時においては、行政、地域包括支援センター、区長、民生委員等の参加があり意見も出ている。	運営推進会議の開催は2か月に1回を目標にし、日ごろの取組状況の報告だけでなく、ホームとして地域への貢献について提案するなど、身近な議題から取組をお願いしたい。
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	市町村との連携は時々で密ではないと思う。2ヶ月に1回ある包括ケア会議には出席して交流を行っている	市の担当者との連携は密ではないが、運営推進会議には担当課から3名出席してもらい、事業所の状況を伝えている。管理者は連携の重要性を理解しており、協力関係の構築に努めている。	
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	施錠は夜間以外はしていない。身体拘束については、委員会を中心に学び「待つて下さい」などの言葉を少なくしたケアに努めている。スピーチロックしない様に日々意識しながらケアにあたっている	施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。最近入居された利用者は、家族の希望で掃き出し窓のみ施錠しているが、職員が利用者の行動を察知して、声かけや同行により、拘束しない支援に努めている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	月に1回の園内研修でも虐待について常に学んでいる。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	研修や園内研修でも勉強を行った事はありますがまだまだ勉強不足だと思う		
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	十分な説明が出来ていると思う		
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	担当者会議では、いつも意見などを伺ってはいる。それと年1回、家族の方々だけで話し合いをやってもらっている。ホームの運動会の後に、家族の方々だけで話し合ってもらい意見等を出してもらっている	担当者会議(6か月に1回開催)に家族が出席しており、家族の意見は介護計画書の中にも反映されている。利用者の意見を聞き、家族会もあり、家族の訪問も多く、意見や要望を出しやすい雰囲気になっている。	
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	年に2回、園長がミーティングに参加して説明や意見等を尋ねられるが、もう少し、このような機会があった方が良いと思う。主任が月1回職種代表者会議に出席して、参考資料をミーティングで説明を行っている	園長がミーティングに参加の機会に、職員がベランダの拡張を提案したところ、意見が取り入れられて実現している。管理者は、職員からの理念変更の提案に対して、来年度に実行するために取り組んでいる。	
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	業務の見直しを行っているところであるがもっともっと話し合っていかなければいけないと思う		
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	研修を受ける機会の確保は出来ていると思います		
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	交流の機会はあるが、少ないと思っています		

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
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	アセスメントをとる時に少しでも多くの情報をもらって関係づくりに努めている		
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	尋ねているがその場で浮かばない事が多いと思う。もう少し、そのような機会を増やし努力をしなければならないと思う		
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行っていない		
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	できるだけ一緒に行う様努力をしている		
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	受診は家族と一緒にってもらったり、色々な行事に参加してもらっているが、日々にもう少し交流が欲しいと思う		
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	入所時に比べると介護度もあがり、途切れがちになっているところもある。お盆は墓参りに行ったり花火大会や花見など行われている。	職員は、利用者が懐かしいと感じられる音楽(映画の主題歌など)と一緒に聞いて、利用者と映画の話や思い出話に参加している。利用者の友人、知人の来訪も多く、なじみの関係を大切にしている。	
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	出来る限り利用者様には、支援に努めているが介護度の高い方には、関わり合いが不足していると思う		

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
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	そうなる様に努力していかなければと思います		
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	意見等を尋ねてプランに掲げて、常に出来る様に支援している	視覚障害の利用者の支援について、職員がお互いに目隠しをして食事をし、トイレに行き、車いすに乗る等の体験をしながら検討を重ねている。職員は、利用者一人ひとりの思いを大切にしている。	
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	本人にとって大切な経験や出来る事を知り、その人らしい暮らしが支えられる様努めている。思いや意向を尋ねても意見等が少ないが、その人に合った支援ができる様努めている		
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	常に入所者一人ひとりの人格を尊重しプライバシーを守る対応に努めている		
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	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、随時状態の変化に応じた見直しを行っている。家族の方とは、担当者会議を行い職員は月に1回全員でカンファレンスを行い検討している	カンファレンスは月に1回、介護計画の見直しは6か月に1回実施している。担当者会議には家族も出席しており、本人の現状に即した介護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	日々の介護や介護計画に反映させるため、入居者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録する様努める		
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様もっと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様もっと支援していかなければと思う		
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	月1回の受診は家族に付き添ってもらっている。家族の高齢な方はホームの方と一緒に説明を受けている	本人の従来のかかりつけ医に受診している。ホームの方針として、受診は家族に付き添ってもらっているが、家族が高齢の場合は職員も同行して主治医の説明を聞き、日常のケアに生かしている。	
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	出来ている		
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。	出来ているが病院側ともっと密に連絡(説明)理解をしてもらいたい		
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、事業所ですることが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は必ず尋ねている。終末ケアのどこまで行えるか把握できていない。終末期・看取りについて1件話し合いをし、実践につなげている	利用者の中で2名(本人)がホームでの看取りを希望している。最近、利用者の一人が重度化し、終末期に向けて管理者及び職員が支援に取り組んだ結果、現在は食事も可能になっている。ホームと医療機関の連携が不十分である。	管理者及び職員は、ホームとして重度化や終末期に向けた方針の共有と支援について、どのように対応するのか積極的に取り組んでいただきたい。また、医療機関とも話し合いをし、連携をお願いしたい。
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	年に1回救急法を学んで実践出来る様に努めている		
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	年に1回総合防災訓練を行っている。避難訓練は月1回、利用者と共に実施している	消防団、区長も参加して防災訓練を実施しているが、近隣住民は参加していない。避難訓練も月1回行い、非常用食料やおむつの備蓄をしている。	

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
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	やさしい、あたたかい言葉かけを常に努めている。思いやり相手の立場に立って、温かい言葉かけに努めている	排泄ケアでは、特にプライバシーの確保に努め、トイレ誘導では「私といっしょに来てください」と声をかけ、途中からトイレに向かうようにしている。失禁の場合も他の人にわからないように処理をする等、慎重に対応している。	
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	自己決定の尊重は自尊心が保たれ、人間関係も密になり親切にてもらっている意識が高くなり、情緒的にも安定されるので努力している		
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	その人に合わせて努力しているがまだまだ足りないと思います		
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	自己決定に努めている(出来る方について)声かけて協力しながら行っている。着衣、履物、食べこぼしなど、さりげなくカバーしている		
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	出きる限り一緒に行う様に心がけている。個別に何ができるのか、どの程度包丁が使えるか検討し、一人でできない事でも一緒にならできたり、先にやってみせればされる様に支援している	利用者一人ひとりの好みを把握し、職員と利用者が一緒に買物・準備をし、食事をしている。毎週土曜日は「手作りおやつの日」と決めて、職員と利用者が一緒におやつ作りをするなどの工夫をしている。	
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	カロリー計算は月1回行っている。食事量の少ない時には高いカロリードリンクに頼っている。勉強をしないといけないと思う		
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	自立の方は声掛けでされている。介助の方は毎食後、個人の力を引き出しながら支援していく		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けて支援を行っている	利用者全員がトイレで排泄、一人だけ夜間のみおむつを使用している。パットを使用している利用者については、時間を見計らって誘導している。視覚障害のある利用者についてもトイレで排泄できるように支援している。	
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	一人ひとりの摂取量や水分摂取量栄養バランスを一日全体を通して把握し、運動などサポートし、医師より下痢の内服の指示のある方もいる		
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	2~3の方には入浴時間を尋ねて行っているが、曜日については決めていない	基本的には週4日の入浴になっているが、夏季は希望者のみシャワーで対応している。入浴時間は利用者の希望に合わせ、入浴剤を使用する等の配慮をしている。	
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	一人ひとりの睡眠パターンを把握し、夜眠れない人には1日の生活リズム作りを通じて安眠策を取っている		
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	だいたい理解はしているが、細かなところまでは勉強不足のところがあると思う		
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	個人に応じて行っているが、レベル的にも落ちてこられて、できない人もいる		
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	その日の希望に沿って外出支援はできないと思う。外出の日程は、事前に計画をしている	日ごろは食材の買物に出掛け、外食の機会を持ち、年1回の小旅行を実施する等の外出支援をしている。遠くへの外出については、家族の協力を得ている。重度化に伴い外出ができない利用者には、出前を取るなどの工夫をしている。	

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	管理は職員がしているが、外出時にはできる人は自分で購入されている		
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	希望されている人は行っている		
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	居心地良く過ごされるよう、努力をしている。雰囲気づくり、花や緑などをなるべく置くようにしたり、壁に季節感がわかる様に掲示したり、居室にはカレンダーを置いたりしている	共用空間であつても一人ひとりがそれぞれ好みの場所で穏やかに過ごすことができるようにいすが配置されている。居室入り口やトイレの表示は、大きくて、わかりやすくしてあり、よく配慮されている。	
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	和室やリビングソファなど、好きな所で過ごされている		
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	使い慣れた物を出来るだけ使用されている。馴染みの家具、テレビなど居室に持ち込まれている。居心地の良い部屋作りを工夫している	茶わん、湯飲み、はしはそれぞれ自宅から持ち込んだものを使用しており、家族的な雰囲気作りに役立っている。居室には家族の写真が置かれ、利用者が落ち着いて過ごす空間になっている。	
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	工夫されていると思います		