

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	0570812610		
法人名	有限会社 グループホームさんぼみち		
事業所名	グループホームさんぼみち中仙		
所在地	秋田県大仙市長野字太田袋1-1		
自己評価作成日	平成25年1月10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.akita-longlife.net/evaluation/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 秋田マイケアプラン研究会		
所在地	秋田県秋田市下北手松崎字前谷地142-1		
訪問調査日	平成25年1月25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)】

施設内の作りは広く設計されており、廊下は雨天時散歩の代替として歩行訓練やグランドゴルフなどに活用されている。ホールも広くレクリエーションなどに有効に活用している。また、利用者さんがなじみやすいような居室、外には利用者さんと一緒に作業が出来るように花壇や菜園があり、また、散歩コースは周囲が自然いっぱい、四季折々の花や景色が堪能できるようにしている。

【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)】

ホームは2階にあり、広いホールから田園風景を見渡すことができ、桜並木も近く、四季の移ろいを感じ取ることができます。階下の有料老人ホームの利用者と合同のレクリエーションが毎日行われ、職員は利用者ができることを考え、地域の中で安心して生活できるよう努力されています。

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	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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	自分で出来ることは自分でという基本理念を始め、体力向上と維持に努めながら日々実践に取り組んでいる。	理念は入り口に掲示されており、毎日の申し送りの際に話して職員が共有し、実践できるように取り組まれています。	
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	日課の散歩コースで地域の人達と挨拶することで顔馴染みになり、花や野菜を頂いたりしている。また、町内会に加盟し交流できる機会をもとめている。	地域の祭典に出かけ、事業所の行事に地域の方々を招待して、交流できる機会をつくっています。また、野菜作りのアドバイスをいただく等、近隣の方との交流もされています。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	施設の行事、イベント等に気軽に参加して頂くよう地域の方々にお知らせしている。地元の中学生の課外実習にも毎年来て頂いている。		
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	毎回議案を提出し、会議で話し合うようにしている。会議で出た意見は回覧で全職員に報告し、意見を求め、申し送りや連絡ノートを通じて実施している。	民生委員、行政から地域の情報や意見が出され、会議で出た意見が活かせるように努力されています。	
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	依頼のある各種の調査に応じている。また、市職員からの意見を取り入れて改善に努めている。	運営推進会議を通じて事業所の状況を理解していただき改善への取り組みや、利用者の対応を相談し、連携しながらサービスの質の向上に向けて取り組まれています。	
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んでいる	マニュアルや事例を基に全スタッフが研修を行い、理解した上で身体拘束のないケアを実施している。やむを得ない場合は家族に了解、同意のもと一時的に行なうこともある。	職員は研修を通じて拘束の内容及び弊害が理解できるように努力されています。	家族の同意を得てやむを得ず行っている事例がありますが、経過記録を残して整備されることを期待します。
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注意を払い、防止に努めている	全職員が事例をもとに研修を通して虐待防止について学んでいる。また、各自が身近で虐待が見過ごされていないか注意を払って防止努めている。		

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
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	現在権利擁護を受けている方もおり、支援員との会話の中で制度の理解を深めている。		
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	契約時には契約書を読み上げて説明し、疑問や不安を解消するように努め、理解と納得の上で行なっている。		
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	運営推進会議には家族の参加は少ないが、利用者さんを交えて要望を聞き、運営に反映させている。	利用者からは日常生活の中で要望を聞いて取り入れるようにしており、個々の事情で家族の面会が少ないため、毎月状況報告を送付する時や機会がある時に意見を聞くようにしています。	
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	ミーティングを行なうことで職員の意見、提案を聞く事が出来、また、その意見を反映するように努めている。	ミーティングで話し合いが行われていますが、不定期の開催となっているため、申し送りの際にも意見交換し、反映できるように努めています。	
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	代表者は職員の能力を引き出しながら、楽しく働ける職場環境を整備し、給料水準や労働時間について職員の理解を得て決定している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	代表者は、研修を受ける機会を多くし、職員一人ひとりのケア力量のアップ努めている。経験の少ない者との組み合わせでシフトを組み、ベテランによるしどうでレベルの引き上げを図っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	同業者との交流については現在なかなか実現できていないが、同敷地内にある他事業所との勉強会や親睦会の交流を行なっている。		

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	入所後まもなく本人を交えて、管理者や介護員、ケアマネなどが気軽に話し合う機会を設けている。雑談の中で不安が取り除かれ本音が言えるのではないかと考えている。		
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	ご家族が抱えている悩みや利用者さんの思いをよく聞き、的確なサービス計画を提示し、同意を得ながら信頼関係を築くように努めている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	本人に出来ることはやっていたき、掃除や茶わん拭き、洗濯物たたみ等一人で出来ないことは手助けしている。		
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	施設のイベントや行事に参加を呼びかけ利用者さんと楽しいひと時を過ごして頂けるように協力を求めている。また、面会時や毎月のおたより等で生活の状態を報告している。		
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	近隣の方や友人の方が面会に来られた場合は、会話が楽しく出来るように配慮している。	入居時のアセスメントや日常会話の中から利用者の生活歴の把握に努め、更に、階下の利用者との交流をしながら、馴染みの関係がつかれるように努めています。	
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	歩ける利用者が、車いすの人を押しながら散歩を楽しんでいる。		

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	必要な情報提供や相談を継続している。		
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	3ヵ月毎のケアプランの見直しやモニタリングの際に意向の聞き取りを行なっているが、なかなか本音を聞き取るのは難しい。	利用者との雑談の中から意向を把握できるように努め、気づいたことを記録して計画の見直しに繋がっています。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	初回のアセスメントでこれまでの暮らしの把握をしているが、更に本人との会話の中から情報を収集している。		
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	日常生活の中で加齢による体力低下や病状の変化を把握し、対応に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	利用者の現状変化を見逃さず、チームで同じケアを目指し、よく話し合いをして介護計画を作成している。	3ヶ月を目途に計画の見直しが行われ、状況によってはその都度全員で話し合い、ケアマネが介護計画を作成しています。	
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	個別記録に日々の様子や気づきを記載し、職員同士で情報を共有しながら変化に対応し、介護計画を見直している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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	駐在所、消防署等の、緊急施設、かかりつけ医、嘱託医等の医療機関、学校等の教育機関、ボランティア等の支援機関に協力を求め、安全な生活が出来るように努めている。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	かかりつけ医の定期健診を実施し、体調の変化に応じても支援体制を整え対応している。服薬についてもかかりつけ医と薬局との連絡を取りながら支援している。	本人の希望する医療機関で受診されており、法人内の看護師とも連携して健康管理されています。	
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	隣接した施設の看護師より助言を得ながら利用者の変化に対応している。		
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。	入退院時には利用者の不安を取り除くことを心がけ、病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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、事業所の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	現在対象者は入所していないが、近い将来ターミナルケアが必要になることを予測し、過去の事例を基にマニュアル作成を検討する。	事業所として終末期に向けて対応することを考えていますが、統一した方針等は具体的に整備されていません。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルは作成してあるが、実践的な訓練は行なっていないので今後、実践に向けて計画する。		
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回の避難訓練を行ない、方法や手順について助言を頂き、再確認し、全職員が周知できるようにしている。	浴槽に常時水を入れておき、連絡体制も確立しています。今後夜間を想定した訓練を実施する予定にしており、前回の訓練の課題を活かして実施されることを期待します。	

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
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	排泄、入浴時のプライバシー保護は勿論、職員の利用者に対する言葉遣いについても自尊心を傷つけないように注意を払っている。	耳の遠い利用者への声かけがストレスにならないように検討されています。ホールの暖房を居室にも利用しているため、出入り口が常時開放されていますが、プライバシーを確保できるよう暖房装置を設置する予定です。	
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	日常生活の中で、本人の思いを尊重し、自己決定できるようにしている。		
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	利用者のペースを大切にし、希望に添えるよう支援している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	朝洗顔後は髪を梳かし、身だしなみを整えている。洋服は本人に選んでもらっている。		
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	メニューの中に好物を盛り込んだり、盛り付けを利用者にしてもらったり、おいしく食事できるように支援している。	お節料理等、利用者に季節を感じ取れるような支援をされており、気候の良い時季には、食材の買物に職員と一緒に出かけ、楽しみに繋げています。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	メニューは、栄養や種類などバランスを考え作っている。水分不足の人には声かけを行い、摂取するように勧めている。		
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	毎食後声かけをして口腔ケアを促し、自分で磨ける人は磨き、うがいをする人はうがいをする支援をしている。		

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
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	時間によるトイレ誘導を行なっている。夜間もトイレやポータブルトイレを使用するように支援している。	チェック表で管理している利用者には適切に誘導し、トイレで排泄できるように支援されています。	
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	メニューに食物繊維を多く含む食品を使用したり、日々散歩することを実践している。どうしても出にくい人は薬によるコントロールも心がけている。		
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や健康状態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	入浴前にバイタルチェックを行い、体調に変化がないか調べている。週2回の定期入浴を行っている。	週2回の定期入浴日以外は対応していません。状況によって足浴や清拭で対応されています。	
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	天気の良い日は布団干しを行い、散歩を日課として行なっているため、全員快眠している。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	利用者全員のお薬ファイルを作成し、いつでも閲覧できるようにしている。誤飲薬や飲み忘れを防止するためスタッフが介助している。		
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	食後の後片付け、食器拭き、洗濯物たたみ等意欲を持てる役割を支援している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	本人の体調を見ながら地域の行事やドライブ、各種お祭り等に出かけられるように支援している。	季節に応じて周辺の散歩や畑作業を通して地域の方と交流できる機会をつくり、ホームの中だけで過ごさないよう支援されています。	

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
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	当施設ではお金の所持はさせていない。		
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	本人の希望に応じて電話の取次ぎや手紙、葉書きの投函支援を行なっている。		
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、臭い、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	季節に応じて室温を22℃～25℃の範囲内で調整している。季節に合わせた飾り付けを利用者と一緒に共同作成している。(折り紙等)。	ホール内は季節がわかるように飾り付けに工夫し、車椅子の利用者を手助けしながら外出した時の写真が壁に飾られています。室温調節されていますが、場所によって寒暖の差が大きいと感じられます。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	テーブルの座席に名前付きの座布団を置いて、食事や雑談が楽しく出来るようにしている。また、ソファを設置し自由に使用できるようにしている。		
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	居室には本人が使い慣れた物を置き、本人が居心地良く過ごせるよう、本人の生活感を見出す為にも搬入を勧めている。	利用者が過ごしやすいように整備されています。持ち物の少ない利用者には家族の協力を得ながら、職員と本人が相談し、居心地良く過ごせる工夫をされることを期待します。	
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	利用者が安心、安全に歩行できるように廊下には物を置かないようにしている。掲示物等は目に入り易いように文字を大きくするなどの工夫をしている。		