

平成 23 年度

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	0272501073		
法人名	社会福祉法人貴望会		
事業所名	グループホームみほの		
所在地	青森県上北郡横浜町三保野54番地		
自己評価作成日	平成23年11月23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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成23年12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>行事の時は法人内で協力して開催し、外部からの慰問者、訪問者が多く利用者も楽しめています。毎月の季節の行事や地域、町外に出掛けたりすることで利用者を楽しみを提供するとともに、馴染みの方々と触れ合う機会にしています。</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)】

<p>行事や催し物を通じて、地域住民との行き来が多く、地域との交流を大切にされた支援がされている。入居期間が長くなるとともに、利用者の心身機能の低下が避けられない状態であるが、設備を整えたり、「その人らしい暮らし」を考え続けながら、心身機能が低下しても、住み慣れた場所で、楽しみのある生活が継続できるよう取り組まれている。</p>

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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りや深まりがあり、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

[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	地域密着型の理念を盛り込んだ独自の理念、又、年間目標を作り日々実践に向けて取り組んでいます。	法人理念の基、ホーム独自の理念をつくりあげ、法人理念とともにホーム内に掲示したり、カンファレンスで確認し合い、職員全員が共有し実践している。また、毎年度事業計画作成の際、その理念を踏まえた年間目標を立案している。	
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員として日常的に交流している	地域の行事(祭り、芸能発表会、敬老会、毎月の買い物等)に参加し地域住民と交流出来る機会にしています。行事には慰問、訪問者が多く交流を持つ機会が持っています。	利用者と職員が町のカレンダーや広報誌で催し物を確認し、地域の行事に積極的に参加し交流の機会としている。小学校の運動会には毎年参加しており、プログラムにも組み入れられている。	
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	地域の子供達との触れ合い会を開催し、昔の話を伝えています。		
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	推進会議では外部評価の結果報告、活動報告等をし委員からの意見を聞き取り組んでいます。施設の現状を伝え今後の取り組みについて等、話合われています。	運営推進会議では、ホームの運営についての意見交換や、困難事例の検討、現状報告等がなされ、サービス向上に活かす取り組みがされている。しかし、参加者の日程調整等の事情により今年度まだ1度のみ開催となっている。	2カ月に1回以上、定期的で開催し、更なるサービス向上が図られることを期待したい。
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	市町村の担当者を運営推進会議の委員にしています。	運営推進会議のほか、書類提出時等に情報交換をしたり、利用者の対応について相談し、実際に訪問してもらうこともあり、協力関係が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束をしない方針です。やむを得ず玄関に施錠する場合(職員が通院介助等により不足した場合)は短時間としています。ミトンを使用する時は必要最低限の時間(通院中)とし家族から承諾を得て行っています。	定期的に勉強会で取り上げ理解を深め、振り返りの機会としている。ミトンや施錠が必要な場合は、最低限の使用とし、使用しないように常に検討しながら取り組まれている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	意思表示出来ない利用者が多く虐待とつかみにくいところがあるが、職員がそれぞれ注意し虐待防止に取り組んでいます。		

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
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	制度を利用出来るよう、職員も制度について理解しています。		
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	重要事項、契約書に基づいて家族にわかりやすいように説明し同意を得ています。		
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並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	苦情ポストを設置し自由に意見を出せるようにしています。すぐに対応出来るようにしています。	日頃から声をかけ、利用者及び家族等が希望や要望を話しやすいよう配慮している。ホーム内にポスターを掲示したり、重要事項説明書に記載して、外部に相談窓口があることをお知らせしている。	
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	職員からの意見、提案は管理者、法人施設長に相談し対応しています。	職員から管理者に意見を言ったり、提案しやすい雰囲気を作られているとともに、法人施設長へ相談できる機会がある。	
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	随時、代表者は職員と面接して職員の意思を確認しています。		
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	法人でスキルアップ委員会があり、定期的に内部の研修を開催しています。外部研修は職員が交代で参加しています。		
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	法人内の施設との研修会、懇親会等で交流する機会が持っています。外部研修などで同業者との交流をもち、情報交換やサービスや運営改善の参考にしています。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	孤立させず利用者同士関係が築けるよう職員が間に入りコミュニケーションをとっています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族が困っていること、不安なこと、要望を聞き出し解決にむけて相談、対応しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	家族、入所前の担当ケアマネジャーと相談し入所の申し込みを受けています。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者が出来ることを見つけ手伝って頂き、一緒に協力しながらの生活にしています。		
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置かず、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	面会、外出等で家族が協力出来ることをお願いし一緒に利用者を支援していくように努めています。		
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	馴染みの人や場所との関係が途切れないように定期的に外出支援をし、触れ合う機会にしています。	町民の馴染みの場「5のつく日の市場」に出かけ、友人、知人、町民と触れ合う機会となっている。冬場は天気を見ながら通院の帰りに買い物をしてくる等、ホームに閉じこもらないよう支援がされている。	
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	利用者同士、支え合って生活しています。孤立しないよう、ホールの椅子の席替えをしています。		

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
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	長期的入院となり退所された場合でも、退所後も家族からの相談に対応しています。		
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	本人の思いや希望を聞き出し、希望、意向に添えるような対応をしています。	日々のかかわりの中で声をかけたり、家族等の情報を得るほか、気づきノートを記入して意向の把握に努めている。	
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	本人、家族、近隣住民の方々から情報収集をしています。		
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	日々の状態把握のため観察をし、報告、連絡を密にしています。		
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、職員からの情報をまとめ作成しています。3ヶ月毎にカンファレンスを行い職員が統一した対応が出来るようにしています。	担当者が家族から面会時または電話等で意見を聞き、話し合いをしている。更に3か月ごとに行われるカンファレンスには職員全員が参加し、介護計画が作成・共有されている。	
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	日常の様子は個別に記録に残し日々の情報収集、計画の見直しに参考にしています。		
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	外泊、外出、通院等で本人、家族の要望に添えるような対応をしています。利用者と一緒に過ごしたいとの希望時は家族が利用者の居室に泊まれるよう支援しています。		

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
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	理美容院など利用先へ協力をお願いしています。		
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	利用者・家族希望のかかりつけ医にしています。通院介助は職員が行っています。結果・情報は記録し全職員に伝わるようにしています。	入居時にかかりつけ医の変更は勧めず、本人の今までのかかりつけ医や希望の病院を受診している。受診の対応を職員が行い、本人及び家族が希望する医療機関と、関係を密に結んでいる。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	異常発見時はすぐに看護師に連絡、報告し指示を受け対応しています。看護師が通院の予定表を作成し看護師が介助出来ない時は介護職員が通院介助しています。		
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、また、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。	病院、家族と連絡を取り合いながら早期退院に向けています。		
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	家族、医療関係者と情報交換を密にし、重度化した場合でも対応できるよう職員の教育、備品等準備し対応しています。	入居時に重度化により対応できない場合があることを説明している。しかし、本人・家族等の希望によっては、重度化した場合でもその状態や状況に応じて、家族や関係機関等と情報交換するとともに、職員に対しては勉強会を開催することで不安の軽減を図り希望に添えるよう努めている。	
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	全職員は定期的に救命救急講習を受講しています。AEDを設置しています。急変時の対応について全職員にカンファレンスを行い周知しています。		
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2回(日中想定・夜間想定)で避難訓練を実施しています。近隣の住民の協力が得られるようにしています。	年2回、避難訓練を行い、職員が避難方法を身につけている。町から必要物品を借りられたり、地域住民との連絡網があり、協力体制が築かれている。	

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)	○一人ひとりの人格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	言葉使いに注意し人格を傷つけないよう心がけ対応しています。	定期及び随時、勉強会が行われ、職員の理解が図られている。言葉かけや対応が不適切な場合は、管理者または職員同士でお互い声をかけあって気をつけている。	
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	本人の思いや希望を聞き出し対応しています。特に夜勤帯に馴染みの職員が話を聞くことが出来ています。		
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	起床時間、食事時間、食事内容は本人の希望に合わせ対応しています。		
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	普段着、外出着は職員と一緒に選んで着用しています。個性や希望を大事にしています。馴染みの理髪店、美容院を利用出来ています。月1回は理髪店が施設に来てくれます。		
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	食事は職員と一緒に同じ物を食べています。月に1回は食べたい物を聞き出し一緒に調理する機会にしています。	利用者が盛り付け、下膳、テーブル拭き等役割を持って職員と一緒にしている。食事は利用者と職員と一緒に食卓を囲み、必要な介助はさりげなく行われている。	
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	栄養士が栄養の管理をし献立を作成しています。1日2回は本人の希望する飲み物で水分補給しています。		
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	毎食後に歯磨きをしています。うがいが出来ない方は拭きティッシュで口腔ケアを行っています。		

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
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向けた支援を行っている	排泄パターンを把握し定時にトイレへの誘導を行い、トイレで排泄出来るようにしています。	水分・排泄チェック表を記入し、個々の排泄パターンを把握して、トイレでの排泄を大切にされた支援がされている。	
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組んでいる	毎日排便の確認をし習慣的に便秘する利用者は下剤を調整したり、水分、乳製品を多めに摂取するようにしています。		
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、個々に応じた支援をしている	毎日入浴が出来るようにしています。施設以外の入浴場(温泉)を希望する利用者が有り希望時は送迎し対応しています。	毎日入浴が可能な体制になっており、利用者の状態に合わせて臥床式特殊浴を設置する等、個々に応じた支援がされている。近隣の温泉施設の利用を希望する利用者への対応も行っている。	
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	個々の生活リズムで過ごせるようにしています。夜間の排泄リズムを把握し、良眠出来るようにしています		
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	個々の薬を把握し服薬介助しています。看護師が準備をし服薬介助する人と2重のチェックをし間違いが無いようにしています。		
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	一人ひとり出来る役割を持ち、負担にならない様職員と一緒に実行しています。利用者もその役割に責任を持って実行出来ています。		
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。また、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	月に数回は町内での買い物、散歩等に誘い職員と一緒に付き添い出かけています。年に4回は町外への遠出の外出にし実施しています。	「5のつく日の市場」や希望時、受診の帰り、その他個々の希望に合わせて外出できるよう努めている。また、町外への外出の機会も利用者の希望を踏まえて計画的に実施している。	

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	自己管理できる利用者、持っていないと不安になる利用者は小遣い程度を所持させています。自己管理できない利用者へは施設で管理し使用出来るようにしています。		
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	電話は施設の電話を自由に使用できます。又、支援しています。		
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	季節、行事に合わせた装飾をし実感出来るようにしています。	利用者と職員が作成した季節や行事に合わせた装飾が施され、所々にソファが置かれており、思い思いの場所で過ごせるよう配慮されている。	
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	ソファの数を増やし自由に休め、利用者同士自由に過ごせるようにしています。		
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	馴染みの物、使い慣れた物の持ち込みを勧め、仏壇や家具、写真などが飾られその人らしい居室づくりに努めています。	本人・家族等へ馴染みの物の持ち込みを勧め、仏壇や家具、写真等が置かれている。入居後に本人と相談し、好みに合わせてポスターを貼る等、居心地良く過ごせるような工夫がされている。	
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」や「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	日常的に使用する物の置き場所は利用者の手の届くところに保管しています。椅子は利用者が安全に使用出来る物にしています。		