

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット2)

Table with 2 columns: Item (e.g., 事業所番号, 法人名) and Value (e.g., 0193600269, 株式会社 健康会).

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

Table with 1 column: 基本情報リンク先URL and 1 row with the URL: http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0193600269-00&ServiceCd=320

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 2 columns: Item (e.g., 評価機関名, 所在地) and Value (e.g., 企業組合グループ・ダイナミックス総合研究所 介保調査部, 札幌市手稲区手稲本町二条三丁目4番7号).

【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)】

苫小牧市西部の住宅地にあります。2階建て、2ユニットのグループホームです。平成23年5月開設。今年で9年目を迎えます。現在、2階9名の方が入居されています。(男性が4名・女性が5名)入居者平均年齢は87歳。平均介護度2.3。入居年数平均3年。スタッフは8名。(女性8名)スタッフ平均年齢は48歳。当施設での勤続年数平均6.5年。2階では、昨年入退去が多く半数近くの方が、入居期間が約1年の方です。そのため、お元気な方が多く、夏場は毎日の様に散歩等外出レクを行っております。また当施設は1階2階の合同行事が多いのですが、2階の方が1階に降りて一緒に過ごす体制がほとんどです。6年前より、毎月第1木曜日に町内会の皆さんが「音楽会」を開催して下さっています。その際も2階の方が1階へ移動し全員で参加できている状況です。毎月10日に行っている「避難訓練」も様々な想定で実施しているのですが、日頃の移動の成果が表れています。男性入居者の皆さんには、廊下掃除や冬場は雪かきを手伝って頂いています。女性入居者の皆さんには、主に洗濯干したため、食事の準備を手伝って頂いています。今の状態が維持できるよう支援体制を続けていきたいと思っております。

【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)】

当事業所は、苫小牧市の西方向の閑静な住宅地に位置し、2階建て2ユニットのグループホームである。道央自動車道苫小牧西インターからほど近く、近隣にはスーパーやコンビニエンスストアなどの商店があり利便性の良い地区である。法人は、医療法人を母体として、認知症高齢者グループホームを始め、訪問介護、通所介護、訪問看護、医療系有料老人ホームなどを旭川市を中心に札幌や道内、首都圏で運営しており、積極的な高齢者介護の支援を行っている。また、母体が医療法人な為、24時間の医療支援体制を構築しており、重度化や終末期にも積極的にチームで支援している。当事業所の特長は、地域との関わりが日常的で、町内会のお祭りやキャンプ場でのジーンズカンパニーなどの行事に利用者が参加したり、運営推進会議や避難訓練に町内会役員が多数参加協力しており、また、事業所主催の行事には町内の方がボランティアで参加するなど相互の交流が日常である。RUN伴にも毎年参加しており、明るい雰囲気の利用者に寄り添ったケアに努めているホームである。地域の一員としての認知症高齢者の事業者としてこれからも期待したい。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

Large table with 4 columns: Item, Group Achievement (取組の成果), Item, Group Achievement (取組の成果). Rows 56-62 show self-evaluation results for various service outcomes.

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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作り、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	平成23年の開設時の管理者・職員で決め共有している。「地域とのふれあいを大切に」の内容が入っている。開設時より、それぞれの解釈は変わってきているが、言葉は変更していない。		
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	町内会の行事に参加している。町内会の皆さんがボランティアに来て下さっている。		
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	町内会の行事に参加した際や、ボランティアに来て下さった時に、関係性が出来て、ご家族の介護の相談を受ける事が多い。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組状況等について報告や話し合いを行い、そこの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回、運営推進会議を開催している。最近では、防災についての意見を多くいただいている。評価への取り組みも、会議の際に報告している。		
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取り組んでいる	運営推進会議の際に、苫小牧市介護保険課の担当者・包括支援センター職員との情報交換をおこなっている。		
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	身体拘束適正委員会会議を3か月1回開催。身体拘束の他にも「不適切なケア」「スピーチロック」等の内容で研修を実施している。		
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	身体拘束適正委員会会議やカンファレンスの研修の他にも、会社全体で行っている「安全委員会」を中心に定期的にテスト等を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	運営推進会議の際に、苫小牧市介護保険課の担当者・包括支援センター職員の方、民生委員の方から学ぶ機会あり。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に契約書等一式の書類をもとに説明を行う。その際には、解約については、どのような場合(医師からの診断・家族の意向等)が想定されるか等の説明を行う。		
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	運営推進会議の際、また面会時に頂いた意見・要望を会社、地域の方へ伝え検討を行う。(エアコンの設置等)。職員へは連絡帳・メール等の方法を使用して早急に伝達する体制をとっている。		
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	1年2回ラダー評価を行い、職員の意見を聞く機会を持っている。毎月、カンファレンスの際は意見交換をできる機会を持っている		
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	1年に2回のラダー評価を行っている。勤務年数が長い職員が多く、経験期間にも長くなってきているので、各自の向上心をもって働くための環境づくりについては今後の大きな課題である。		
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	会社での全体研修が定期的に行われている。内容によっては、参加者が少なかったり、現状の業務と合わないことがある。今後は職員からの要望を聞き、効果的な研修の必要性を感じる。		
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組をしている	苫小牧市のグループホーム協会の研修会に参加している。管理者・ケアマネジャーは地域のケアをすすめる会等の団体に所属し研修会等に積極的に参加している。		
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	入居時に、家族・ケアマネジャーからの情報をもとに、本人からはセンター方式を使用して聞き取りを行います。本人からの聞き取りには、日々の関りで関係性を気づきながら行っていきます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	最初は入居申し込み時に、次は自宅訪問等の際にもお聞きします。入居開始日には、最初のケアプランを提示させていただきます。		
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	その時までの過ごし方、家族の関りをお聞きしています。特に出来ている事・心配な事を細かく教えて頂いています。その際に、入居してから想定される生活も伝え、当面の体制をとるように努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	本人が安心して「自分の生活の場所」だと思って頂けるように、試行錯誤を繰り返しています。職員との生活の中での役割分担、他の入居者との関わりとバランスを考慮することを大切にしています。まずは、無理なく続けることを		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	家族の方の都合に合わせ、外出・外泊を行って頂いています。あくまでも家族の方と本人の意向を第一に支援させて頂いています。家族との連絡方法は、手紙・電話・メール・ライン等、様々な方法をとらせて頂いています。ペットの面会もお願いしている。		
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	入居前のご近所さん、近所の美容室の方等の関係を入居後も続けて頂いています。同じ町内会の方は時間のある時に立ち寄り、お茶のみをして頂いています。		
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	日頃から個々への寄り添った介護を心がけ、入居者間の関係性を把握し、表情・言葉等の観察・記録等、職員全員での情報収集をもとに、食事の席・居室の場所・レクレーションへの誘いを行う様にしている。お茶の時間に「女子会」と称し、男女がかわず、職員も一緒に、おしゃべりをする時間を設けている。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	退所後も、ボランティアやウエス等の寄贈をいただいたりしています。介護の相談、他の施設・介護サービスの利用についての相談はいつでも受けています。		

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	施設の日課(食事・レク等)には、毎回全員に声掛けは行いが、無理強いはない。居たい場所に居たい時間過ごしていただく。ただし、孤立しないよう、職員が声掛け寄り添う事は大切にしていきます。		
----	---	--	---	--	--

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	センター方式を用いて入居時の聞き取り・情報収集をもとに、日々の生活における会話の中からや家族からの情報で把握に努めています。		
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	毎日のモニタリング(観察)を生活シートへの細かな記録により現状の把握に努めています。毎月開催しているカンファレンスで確認、情報を共有することで現状の把握に努めている。		
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	毎月、1階2階別々にカンファレンスを行っている。計画作成担当者(ケアマネージャー)を中心に開催。事前に家族・担当職員からの情報を聞き、各ユニットの職員全員で話し合いを持っている。		
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	個々の個人記録の様式が、介護計画に沿った日々の記録が出来るように改訂されました。見直しの際に、活かせるように配慮してあります。申し送りは、1日3回、ユニット別に行っています。		
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人・家族の状況に応じて、通院・外出の送迎等に対応しています。外泊・外出は家族の申し出があれば、いつでも可能です。(送迎が必要な場合は、事前に連絡が必要です。基本的に苫小牧市内とさせていただきます。)		
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	町内会の方にボランティアをお願いしている。毎週、将棋の相手をして下さる方。毎月、音楽会を開催して下さったり、夏場は散歩の付き添いもお願いしています。町内会の行事にも、参加させて頂き楽しんでます。		
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	18名中16名の方は、月2回の往診を受けています。2名の方は、入居前からの主治医を変更せず継続されています。		
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	週1回、訪問看護利用。看護師による入居者全員のバイタル測定実施。その際は、職員より状況報告・相談を行い指示を受けています。必要に応じて、看護師より主治医へ報告をお願いしている。薬局との連携も行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、又は、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。	入院時の付き添い等は、家族の承諾がある場合、同行させて頂いています。その際は日常生活の状況を病院関係者へ直接伝えたり、求められた記録を提示しています。退院時の話し合いも、家族の承諾があった場合は参加させて頂いています。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	契約時には説明をおこない、重度化した場合の話し合いはもつようにしている。看取りの場合は、あらかじめカンファレンス・勉強会を行い、家族・主治医との話し合いをもち、対応させて頂きます。訪問看護との連携を日頃から大切にしています。		
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	急変時の対応は、初期対応・連絡手順はカンファレンス時に確認をしています。来年度は、避難訓練同様に計画をたて、訓練を行う予定です。		
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	毎月10日に行っている(令和2年1月より第1木曜日)避難訓練の際に、水害の際に備えて「垂直避難」や地震に備えての訓練も取り入れている。訓練には町内会の方も参加してくださっています。町内会館への避難・非常食の試食会を町内会の方々が企画してくださっています。		
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	排泄・入浴の介助等にあたっては、特に周囲の環境に気を付けています。言葉かけ・対応では、大きな声でプライバシーに関する事を話したり、本人に勘違いでも不快な思いをされないように注意致します。		
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	本人が決定できるように、ゆっくりと・簡単に選択できるように支援致します。日頃からの関りで、本人の表情・行動・職員間また家族からの情報で、本人からのサインを受け取れるように努めています。		
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、希望に沿って支援している	特別な行事がない限り、本人のペース・日課で生活して頂いています。体調・睡眠状況によっても、個々で時間が違うので、無理強いせず生活していただこう支援致します。		
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	現在は、衣類は家族・本人で選び用意して頂いています。交換時期や合わなくなった場合は家族へ連絡し持参いただいたり、一緒に買い物をして頂いています。散髪は家族と外出時または職員で対応をしています。2階は女性入所者へは、行事の時は化粧をする様に支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎食事、食卓の消毒から調理まで、職員を中心にみんなで準備しています。食事の形態、盛り付け・食器等の好み、機能性も個人に合わせて用意をしています。食後も食器洗い、食器拭きを入居者・職員で行います。		
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養士が作成した献立をもとに、各ユニットで毎食調理をしています。体調、食欲、嚥下の状態に合わせて提供する形態は個々に変えています。目標水分量は1日1200～1500mlに設定しています。		
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	1日5回口腔ケアを行っています。(起床時・就寝時・毎食後) 口腔ケアセットは個別で用意、1階2階とも、洗口液＋歯磨きを実施しています。義歯を使用の方は就寝時預かり洗浄剤にて消毒を毎晩行います。		
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	18名中11名の方が、紙パンツまたは尿取りパットを使用しています。トイレ誘導または介助は、18名全員の方へ行っています。毎日の記録をもとに個々のパターンを把握しています。羞恥心を配慮し自尊心を傷つけないよう配慮しています。		
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	排便記録をもとに、主治医と相談し下剤処方されている方もいます。食事のメニューは栄養士が作成、内容は便秘対策にも配慮されている。水分は、個々により違いはあるが700～1500mlは摂取していただいています。1日の中で、それぞれのタイミングに合わせて、個々の好みの飲み物を提供させていただいています。		
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ず、個々に沿った支援をしている	週2回以上の入浴を楽しんでいただいています。月～土曜日。午後1時～3時くらい。1日約6名。(それぞれのユニットで入浴)1対1の介助が基本ですが、身体状況に応じて、2人介助で対応しています。女性入居者よりの同性介助希望は対応致しております。		
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	三食の食事時間、10時・15時おやつの時間は一応決めてはいますが、1人1人の、その日の体調に合わせて個別に対応させて頂いています。起床・就寝についても、個々の対応を心がけてます。		
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	ご家族の承諾がある場合、入居時より「なの花薬局」と個々で契約していただき、薬の管理は薬剤師にお願いしています。現在は全員利用していただいています。カンファレンスにも参加していただいています。そのため主治医との連携もスムーズになっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	女性入居者の方は、洗濯・料理を職員と一緒に参加していただいています。男性の方には、掃除の際にモップ掛けや、夏場は裏の小さい畑で野菜作り。冬場は職員・近所の方と一緒に雪かきを行って頂いています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、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	歩いて行ける外出(レクリエーションによる散歩や徘徊による外出)には、その都度対応している。普段いけない場所は、家族・ボランティアの協力をお願いしている。去年は家族と千歳空港、町内会の方とキャンプ場にてバーベキューを行った。もっと頻回に外出の機会を増やす事を検討中。		
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	本人・家族の希望ある場合は、所持されている。多額にならないように、お伝えはさせて頂くようにしている。		
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	手紙・電話は自由に使用いただいています。現在、個人で携帯電話を所有している方はいません。本人・ご家族の希望があれば、使用可能。		
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	家具の配置(ソファ・テーブル)にて配慮をしている。壁には季節に合わせた飾りつけを入居者と一緒に行う。冷暖房・室温・湿度の調整はこまめに行う様にしている。消毒・消臭効果のある(クリアライト)ものを噴霧している。		
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	リビングでのテーブルの配置は、入居者と話し合いながら決める。入退去の度に必要あり。トラブル防止に、視覚に入らないように、洗濯物やぬいぐるみを置く等の工夫あり。		
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	入居時にお伝えして用意していただく。最近では使い慣れた物はもちろんですが、使いやすい物をお願いしている。例えば、開閉しやすいタンス等。あとは、家族や本人の写真。カレンダー等を願っています。		
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」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	自分の部屋、トイレの位置をわかりやすいように、大きな字で標識を付けたり、2階は各部屋の前に写真を飾る等の工夫をしている。		