

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	2372300745		
法人名	有限会社 ケイズライフ		
事業所名	グループホーム町屋 ユニット①		
所在地	愛知県瀬戸市水無瀬町137		
自己評価作成日	2023/11/15	評価結果市町村受理日	令和6年1月5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)】

グループホーム町屋では、アットホームで家庭的な雰囲気を目指しています。施設は木造で木の温もりを感じる事も出来、ゆったりとお過ごし頂けるかと思ます。施設近郊の川沿いでは、春は、桜が咲き桜並木をお楽しみ頂けます。また、お花見、夏祭り、秋の味覚祭、クリスマスなど季節に合わせた行事も行っています。施設内では、家事活動、レクリエーションを行っており、活動的な毎日や役割を持った生活が送って頂けたらと思います。屋外では、散歩、感染対策をして外出行事も行っています。

※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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&Jigy_osvoCd=2372300745-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
聞き取り調査日	令和5年12月29日		

◎軽減要件適用事業所

今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。

- ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」
- ②軽減要件確認票
- ③目標達成計画

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。	法人理念の「ゆったり にっこり 一日を」を施設内に掲示し、共有及び意識づけをしています。入社時のオリエンテーションではマニュアルを元に指導する事で、理念など意識して就業してもらえるように取り組んでいます。		
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。	散歩時に、地域の方々への挨拶やお話させて頂く事があります。例年、地域ボランティアの方の受け入れも行っていましたが、コロナ禍の為、受け入れを中止していましたが第5類に移行された為、今後徐々に再開が出来たらと思います。		
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。	運営推進会議内において、地域の方に利用者様の施設での暮らしぶり、支援方法などを知って頂く事で認知症の理解を広げていけたらと思っています。		
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。	運営推進会議開催月に、高齢者福祉課、地域包括、家族様宛に事前に案内を郵送しています。運営推進会議の中では、情報交換や意見交換が出来るように取り組んでいます。運営推進会議内では、身体拘束適正化検討委員会を行っています。		
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。	運営推進会議開催月に高齢福祉課、地域包括宛に意見照会を郵送しています。気になる事など、日頃から、市職員に相談して連絡を取り協力関係を築いています。		
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。	身体拘束のマニュアルを元に職員に説明、指導をしています。施設会議や勉強会などでは、身体拘束に対する理解を深められるように取り組んでいます。運営推進会議内には、身体拘束適正化検討委員会を設置しています。運営推進会議内にて、身体拘束に置けるさまざまなテーマによる説明、意見交換などを行っています。また、職員には、議事録を閲覧できるようにしています。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	日頃から、利用者様に対する声掛けの仕方、言葉遣いを特に注意し指導しています。施設会議や勉強会などを通じて、職員の理解を深め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。	該当される、利用者様の例がなく活用には至っていません。		
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。	契約時の説明では契約書、重要事項説明書を元に利用者様、家族様に十分な説明を行い、理解して頂ける様に取り組んでいます。また、十分な説明を行う事で、不安要素がなくなり、納得して頂ける様に取り組んでいます。		
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。	月に1回施設会議を行っています。また、何かあった時は、その都度話し合いを行い、職場改善に努めています。家族様に関しましては、アンケート調査や面会時、ケアプラン郵送時などに意見を頂き、回答させて頂いたり、ケアに反映させています。		
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。	職員の自己評価を元に、年に1回面談をして職員と話し合いや指導を行っています。それ以外では、何かあれば意見を聞き反映させるよう努めています。		
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。	年1回の職員の自己評価を元に、個人面談を行っています。現場の状況把握や改善点など話し合う事で、モチベーションアップに繋がっています。		
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。	事業所全体の勉強会を2か月に1回行っています。		
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。	今年度は、瀬戸市役所主催の事業者講習会がオンラインであり参加しました。		

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
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。	契約時に家族様から、今までの生活歴などの情報を頂いています。ケアプランなどに反映し、より良いサービスが提供出来る様に努めています。		
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。	サービス導入前に、利用者様の生活歴や本人様が望んでいる事をサービスに反映する事で信頼関係の構築に努めています。		
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。	契約時に家族様、関係者等に支援の方向性、情報提供を行うよう努めています。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	少人数ならではのアットホームな雰囲気の中、なるべく自立した生活を中心に考えています。職員も利用者様と関わる時間が、多く作れる様にしています。		
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。	利用者様と、普段から関わる時間を多く作るようにしています。家事活動や物作りの作業などでは、職員も輪の中に入れて頂き常に一緒の目線で生活しています。		
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。	面会、外出など感染対策を行った上で実施しています。		
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。	レクリエーションの参加では、全員にお声掛けをさせて頂き、交流できる様に促しています。利用者様同士が会話する事で、関係性を持てる時間を提供しています。また、一人一人の能力、希望に応じて参加できることを工夫して提案、提供できるように考えています。		

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。	要望があれば、相談や支援に努めています。		
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。	介護計画では、利用者様からお話される事や家族様の意向などを担当者会議やアセスメント時に聞き取りし反映させ記載しています。また、可能な限り意向を尊重したいと思っています。		
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	サービス導入前に利用者様、家族様から生活歴、要望などを伺っています。サービス導入前の趣味や習慣がサービス内容に反映でき今後のケアに生かせるようにしています。		
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。	活動や心身の状態など、申し送りや個人ケースに記載する事で情報を共有出来る様にしています。また、サービス計画の見直し時には職員全体でのモニタリングを実施することで個人の状態把握に努めています。		
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。	介護計画見直し時に、職員全体でモニタリングを行い、現状や今後の課題等を記入しています。また、家族様と計画作成担当者または、管理者が家族様に意向を伺い、より良い介護計画を作成出来るように進めています。		
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。	業務記録、個人ケース、連絡ノート、往診ノートなどで情報を共有出来るようにしています。また、介護計画に対しては実施表を作成し日々のケアやより良いサービス提供が出来る様に取り組んでいます。		
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。	利用者様、家族様からの意向や希望があれば、出来る範囲内で柔軟に対応させて頂いています。		

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。	感染対策を行った上で地域のお店を利用する事ができます。		
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。	施設の連携機関医を、かかりつけ医として月2回の定期往診にて医療が受けられています。緊急時には24時間連絡が取れる体制を整え、利用者様、家族様の安心につながっていると思います。また、他の医療機関とも連携を図っており適切な医療支援が出来る様に取り組んでいます。		
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。	必要に応じ、看護師と連絡を取り連携を取っています。		
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、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。	入院時には、管理者が窓口となり、家族様と連絡を密に取らせて頂いています。また、病院のケースワーカーはケアマネジャーが中心となり情報の提供や交換などをさせて頂いています。連絡を密に取り早期退院に努めています。		
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。	契約時に、重度化した場合の対応及び看取りまで行っている事を説明しています。また、早い段階から利用者様、家族様、主治医等と話し合いをさせて頂き、事業所でできることを十分に説明しています。		
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。	月1回の施設会議では緊急時、急変時の対応について書面で閲覧できるようにして理解を深めています。緊急時、急変時のマニュアルがあり、それを元に対応させて頂いています。また、職員間の緊急連絡網を作り連絡体制を整えています。		
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。	避難訓練は、毎年5月、9月に日中、夜間想定避難訓練を実施しています。災害時の備蓄品を常備しています。緊急時の、緊急連絡網やマニュアルを掲示しています。		

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
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。	利用者様に対しても馴れ合いの言葉使い、声掛けにならない様に職員同士が注意をしてケアに取り組んでいます。勉強会では接遇を取り入れるなどし理解を深めています。		
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。	利用者様が自主的に行動している事に対しましては、危険な事を除き抑止または、否定しない様に努めています。		
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、希望にそって支援している。	入浴は1日置きで週3回ですが、毎日入浴をしたいとご要望があれば柔軟に対応させて頂き利用者様のご要望に添うよう対応させて頂いています。		
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。	同じ服を毎日着ている事がない様に、就寝前に衣類を回収させて頂き清潔保持に取り組んでいます。朝服に着替え、夜パジャマに着替えて休んで頂く事で生活リズムを整えるようにしています。また、個々に応じた整容、整髪などの支援を行っています。		
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。	食事の米とぎ、野菜の下ごしらえ、調理補助、配膳、片づけ等できる方には、お手伝い頂いています。また、食事メニューによって食器を変えて目でも楽しめるように努めています。		
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事、水分量を記入する事で栄養バランスを把握し水分管理など必要な支援をしています。栄養バランスは、管理栄養士が作る食事メニューにより管理しています。また、必要に応じて、栄養補助食品の使用などもしています。		
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。	毎食後の口腔ケアを行なっています。磨き直しが必要な方には再度介助させて頂き支援をしています。また、毎日義歯洗浄剤で洗浄を行っています。口腔ケアセットの消毒も行い、衛生管理に努めています。		

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むけた支援を行っている。	生涯、トイレでの排泄を目標としています。利用者様にはなるべく、トイレにて排泄して頂ける様に、定時誘導など支援をさせて頂いています。また、排尿周期を把握して、細目に誘導をし紙パンツを外せるような取組みをしています。		
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。	個別で排泄チェックを記入し、排泄状況の把握をしています。また、水分量にも気を付け、必要に応じて下剤で排便コントロールをしています。下肢運動、軽体操などで体を動かす事を日課として取り入れています。		
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、個々にそった支援をしている。	現在、入浴日を設定していますが行事や外出等ある時は別の日に振り替えて入浴して頂いています。		
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。	フロアーの消灯時間は決めておりますが、居室内のテレビ、ラジオは自由に観て、ゆったりと過ごして頂く事が出来ます。また、空調管理もしっかり管理し、安眠や休息の支援に努めています。		
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。	服薬は、職員が管理して服用して頂ける様にしています。また、状態の変化により内服薬が変更した場合は薬剤情報書や往診ノートに副作用等記載し内容の理解を深めています。		
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。	家事活動や、物作り(手芸、カレンダー作りなど)、絵を描いたり、習字、ぬり絵、ゲームなどを行っています。幅広く個人の趣味、嗜好にあったサービス提供が出来るように取り組んでいます。		
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。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。	感染対策を行った上で地域のお店を利用する事があります。		

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。	基本的には、施設にて預かる事はありません。ご自分で、金銭管理が出来る方は事前に、家族様と相談して決めた金額を持って頂く事もあります。		
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。	利用者様から、ご希望があれば電話をかける事が出来ます。		
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。	共用空間を清潔に保てるように、毎日の掃除をしています。汚れがあった時は、適宜掃除をするようにしています。施設内でも、季節感を感じて頂ける様に月ごとや季節の行事に合わせてのディスプレイ作りなどを利用者様と一緒に作成しています。また、温度、湿度計をフロアに置き、空調管理にも気を付けて過ごしやすい環境を整えています。		
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。	共用空間では、気の合った利用者様同士になれるような席替えを行っています。また、ソファなど利用者様同士が交流出来る様な場所もあります。		
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。	家族の写真や、ご自宅で使用していた家具を置き、居心地よく過ごして頂けるようにしています。		
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」「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。	トイレへ行くことも、出来る範囲内の自立を促しています。日常的に、家事活動や活動的に生活をする事で、生活リハビリに努めています。居室も、家具等の配置を考慮して、自立に向けた環境作りをしています。		