

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1)

Table with 2 columns: Field Name (e.g., 事業所番号, 法人名) and Value (e.g., 0193600749, 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 2 columns: 基本情報リンク先URL and the URL https://kenkokhai.jp/our-facilities/gh-toyokawa/

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 2 columns: Field Name (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).

【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)】

明るい笑顔で心に寄り添ったケアを行っている。

【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)】

当事業所は苫小牧市の西方向にあり、道央自動車道苫小牧中央インターから至近距離にある住宅地に位置しており、一昨年11月1日に開設したばかりの2階建て2ユニットのグループホームである。

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 No., Item Description, Achievement Level (e.g., 1 ほぼ全ての利用者が), and Achievement Level (e.g., 1 ほぼ全ての家族と).

## 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	健康会の理念の他に各事業所で個別の地域密着型サービスの理念を作り、職員が見やすい位置に提示し共有して実践につなげようとしている。	事業所の理念は、地域密着型サービスの理念を事業所内に掲示し、利用者や家族にも周知するよう努めている。職員は、理念を確認しながら共有し実践につなげている。	事業所の理念の振り返りを会議等で定期的に行い、職員間で共有することを期待する。
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	コロナやインフルエンザの感染状況などもあり日常的な交流は難しいが2か月に1回の訪問理美容サービスなど地域の方と交流している	町内会に加入し、コロナ感染症対策も緩和され、訪問理美容や町内会、地域の方との交流が始まっている。地域の方から入居や認知症についての相談なども対応している。	
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	地域の方が直接事業所へ訪問され入所や認知症にかんして相談された際には親身になって話を聞き、できるアドバイスをしたり他会社の情報を提供したりと行っている。		
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、そのでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回開催しており運営状況や日々の暮らし方、事業所で行っている内容報告、事故報告等を説明し、ご家族や外部の方々から意見をいただいている。話し合った内容を議事録にし職員間で共有している。	運営推進会議は、家族や町内会役員、苫小牧市担当者、地域包括支援センター担当者などが参加して、定期的を開催して、情報交換や意見交換を行い、サービス向上に活かしている。	
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	新規入居案内の件で連絡がきた際には現状が事業所の取り組み内容、ケアに関して報告をしている。	運営推進会議に苫小牧市担当者や地域包括支援センター担当者が参加しており、定期的情報交換して協力関係を築くよう取り組んでいる。今後は傾聴ボランティアなどの活用も望まれる。	
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	正しく理解するために研修が行われている。玄関の施錠等も行っておらず日々のケアの中で身体拘束になるのか常に確認、共有しながら取り組んでいる。	事業所内に身体拘束適正化委員会を設置し、法人内での安全委員会でテーマを決めて、各事業所へフィードバックし検討し、定期的に研修会も行い学びながら、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	研修があり学機会がある。また、不適切ケアが行われていないか振り返るための記入書類提出などもあり虐待防止に努めている。		

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	学ぶ機会は設けられていないが必要な方が入居されており常に後見人と相談をしながらその方にとって良い暮らしの支援ができるよう努めている。		
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	契約や解約に関しては十分理解丁寧の説明を行っている。不明点があれば電話や直接にて都度対応を行っている。		
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	ご家族からの要望や意見はしっか受け取りメモに残しそれを事業所会議内等で話し合い、運営に反映させている。	ホーム便りは毎月発行して、家族に運営状況を報告している。玄関に意見箱を設置しているが、家族からの意見や要望は、殆ど面会時や電話、LINE等で聞き取り運営に反映している。	
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	職員の意見や思いは毎日時間をつくり話し合う時間を設け、日々のケアに反映させている。時々忙しくバタバタしていると話しかけにくい状況になってしまっていることがあるので気をつけている。	ユニット会議は月1回カンファレンスを兼ねて行っており、職員からの意見や提案は運営に反映している。職員の個人面談は、毎月行うよう対応している。	
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	職員個々の得意不得意を把握し、得意なことを伸ばしていけるよう役割を与えている。頼られていると自信がつくと日々のケアにも良い影響が与えられていると感じる。		
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	eラーニング導入され自宅でも隙間時間でも学ぶ機会が確実に増えている。法人外の研修に関しては資料を提示し気軽に受けられる環境を設けている。		
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	インフルエンザやコロナ感染が落ち着かない状況なので外部との交流はないが、通院時に看護師や介護士と相談、共感し合うことを行っている。その際いただいた意見等を活かしている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	家族からの話をしっかり傾聴し、馴染みのあるものやこと、好き嫌いや特徴を記録しそれを元に本人の様子を観察したくさんコミュニケーションを図り、良好な関係づくりに努めている。		

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
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	家族からの意見や不安に寄り添い、耳を傾け職員間で共有できるよう随時ノートにしっかり記入し全員が把握できるように行っている。		
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	本人と家族との会話から重要な情報を取り入れている。家族が一番不安に感じていることや要望を一番に考え、それに伴い本人がやりたいことやどのように暮らしていきたいかを言動や仕草で見極めている。		
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	本人の気持ちを尊重しつつ役割を探し、食器ふきや洗濯量等、できることはお手伝いして頂いている。本人の気持ちを常に組みとっている。		
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	家族と一緒に散歩へ出かけたり通院したり、洗濯してもらったり、体調変化を報告したりと家族とのつながりを大事にし共に支えていく関係を築いている。		
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	面会や外出、外泊を許可しホーム外でも一緒に過ごせる機会を設けている。時間をつくって会いに来ていただけるようこちらからも連絡をし面会を通じて関わることを進めている。	利用者が殆ど地元出身の為、近隣に住む友人や知人の来訪が多い。家族と一緒に散歩や外出が多く、関係継続の支援に努めている。	
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	利用者間でうまくいかないことやトラブルになる際には必ず職員がすぐに間に入り介入しお互いの言い分をうまく聞き入れ仲良く過ごせるよう毎日努力している。		
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	サービス終了後も連絡を密にとり、相談や悩みに親身に応じている。紙パンツなど使用しなくなった物など届けてくださる家族もいる。その際に現状を聞くなどして家族の心の緩和ができるよう努めている。		
<b>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</b>					
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	今までのその方らしさを絶対に崩さず、本人が望む暮らしができるよう職員全員で共有できている。介護者本位にはならないよう努め、本人の気持ちを尊重するよう伝えている。	意思表示できる方が半分くらいになってきており、意向の把握が困難になってきた為、本人本位に検討して対応している。	

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
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	家族からの情報を得たり本人から直接話を伺い把握し職員間で共有している。また、家族にセンター方式を渡し馴染みのある物や人、昔やっていたことなどを記入していただいている。		
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	一人ひとりの日々の変化の観察や、残存能力を活かしたお手伝いを提供したり体や心の状態を観察しそれに伴ったケアや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	モニタリングを行い、家族にご意向を聞いたり本人の意思を尊重した介護計画を作成している。月に1度のカンファレンスにて全員が意見を出し合い、より良いケアに向けて検討を行っている。	ケアマネを中心となってモニタリングをして、本人や家族からの意見や要望等を情報収集し、計画作成担当者が原案を作成して、カンファレンスで検討して集約し、現状に即した介護計画を作成している。見直しは3ヶ月毎に行っている。	
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	日々の気づきや変化、何を行ってどのように対応したか等しっかりと個別に電子記録に入力。また、連絡ノートも作成し職員間で情報の共有に努め、ケアの見直しにも活かしている。		
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	必要な支援やサービスがあった場合、みんなで話し合い柔軟な対応をするよう努力している。		
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	地域のボランティアさんをホームへ招き、個々が望む楽しみを提供し、工夫して支援している。		
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	かかりつけ医がある際にはその希望に寄り添って、家族にご協力して頂いている。そのほかでは提携の病院より月に2回往診を受け、その都度状態の変化があれば密に連絡をとっている。	協力医療機関の往診は、月2回で、専門医等は、家族または職員が同行して受診している。皮膚科や歯科も往診を依頼している。訪問看護は週1回で、24時間体制の医療連携で、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	事業所内の訪問看護を1週間に1回受けており、状態の変化やそれ以外でもすぐに伝えて連携をとっている。		

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。	入院した際は病院とのやりとりをしっかりと記録し情報交換を密に行い、その際家族とも常に連絡を取り合い皆様に安心して治療を受けていただけるよう支援している。		
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	重症化した場合は早い段階から家族と話し合い病院側と連携を取りながら、どこで終末期を迎えるか、本人にとって何が一番ベストなのかを第一に考え、事業所側ができる支援は全力で取り組んでいる。	重度化や終末期の対応は、入居契約時に説明し同意を得ている。重度化した時に、主治医と本人や家族、事業所が打ち合わせして、看取りの場合は意向確認書を交わし、主治医の指示の下チームで支援に取り組んでいる。研修等も定期的に行って学んでいる。昨年は準看取り事例が4件あった。	
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	応急手当や対応等の訓練は行っていないが、職員それぞれが前職で学んだ対応方法をみんなでも共有し合いたる確かな判断はできている。		
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	避難訓練は定期的に行われている。全職員が把握できているかは定かではないが今後も全員が参加できる環境を設ける。	避難訓練は定期的に年2回行っているが地域との協力体制は築かれていない。備蓄や備品は整備して、BCPも作成済みだが、実証訓練は行っていない。	避難訓練の地域との協力体制構築に当たり、運営推進会議で検討してもらい、BCPIに基づいて、実証訓練を行い、見直しを行い、完成版とするよう期待したい。
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりの性格などを考慮し、個々にあった言葉遣いや接し方、傷つかないような声掛けや対応方法を行うよう努力している。	人格の尊重やプライバシーについては、接遇の研修やスピーチロックの勉強会など行っており、声掛けなど適切な対応をするよう指導している。	
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	どうしたいのかを本人に確認は必ず行っている。それでも自己決定ができない方には2択にしわかりやすくしたり、選びやすいように工夫したりと希望に寄り添った支援を心かけている。		
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、希望に沿って支援している	職員本位の考え方はせず、個々の行動を尊重し否定はせず寄り添っている。日中眠たければ寝る時間ではないからおきてと言わず自由に眠ったりと各々のペースに合わせた支援を行っている		
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	自己決定が可能な方には自分の好きな洋服、好きな着方を尊重している。できない方には今日はどれを着用するか選びやすいよう選択の工夫をして提供したりと努力している。		

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
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	苦手な食べ物がある際は別のメニューに変更したりと入居者ひとりひとりの声を聞きつつ工夫しながら対応している。準備や片付けもできる方には行っていただいている。	献立と食材は外部委託だが、調理は職員が行っている。利用者は、茶わん拭きや野菜を切ったり盛り付けたり手伝っている。行事食は、チラシ寿司やピザ、ケンタッキーチキンやお好み焼き、焼きそばなど楽しみな支援をしている。今年は、家族を招いてBBQを行う予定である。	
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	摂取量は記録し把握している。好みに合わせたものを提供している。箸を使っても力が入らない方には持ちやすい箸に変えたり、スプーンの色角が変わるものを使用したりと残存能力を活かした支援を行っている。		
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、自力でできる方は行い、ほとんどの方が声掛けにて行っている。自力にて磨けない方はできるところまでやっていただき、できないところのお手伝いを行っている。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し情報共有し合い職員間で統一したケアが行えるよう、都度変化に応じた対応を行っている。介助が必要な方でも工夫を行いなるべくトイレでの排泄ができるよう支援している。	自立している方は半分くらいで、利用者毎の排泄チェック表で、職員間で共有し、時間を見ながら声掛け誘導して、トイレでの排泄の自立に向けた支援をしている。	
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	排便状態は休み明けの職員でも全員が把握できるよう記録表を作成し情報共有している。お通じがあるときの状態を把握し毎日ヤクルトを飲むなど個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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むように、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	職員不足から曜日や時間帯をこちらの都合で決めてしまっているが、入りたくない訴えがある際は無理せず翌日にするなどの対応を行っている。入る前にはしっかり声掛けを行っている。	浴室は1階2階ともに窓があり明るい。1階のみ床暖房で、手すりもあるゆったりした浴槽である。入浴は週2回で、利用者の状況に沿った支援をしている。	
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	傾眠されている時は食事時間であっても睡眠を優先したり、足のむくみや眠気の訴えがある方には自室にて休んでいただき安心して休息できる場を設けている。		
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	薬情がフロア内に掲示してありいつでも確認できるようになっている。薬が変更になった場合は特に状態観察に努め、少しでも変化があった際にはすぐに報告している。服薬時は職員二人で確認、読み上げ等二重チェックを行っている。		

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
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	個々の得意なことや過去の暦に添った楽しみ、やりがいを大切にしつつレクを行ったり、外へ行きたいと希望がある際にはそれを止めずに		
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	全員ではないが、家族と連携をとり外出や外食をして本人の希望に添ったお出かけができていの方もいる。車いすの方でも事業所が協力して外泊する機会を設けている。	近隣の散歩や外気浴は支援をしている。少人数でサンガーデンや金太郎池などドライブをしており、家族も外出や外食に伴って支援している。	運営推進会議で、家族と一緒に外出計画を立案するよう検討することを期待したい。
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	お金を持つことは大事だが使用する場面がないため支援は行えていない。事業所での金銭管理はできないため。		
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	遠方にいる家族からの手紙の返事を書いて送る支援をしている。電話対応も行っており耳が聞こえなくても直接お話ができ安心できるように努めている。		
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	季節に合わせた装飾づくりをしそれを壁に掲示することで季節を感じる事ができている。電気が気になる方には暗めにしたり、歩行の妨げになるような物、障害物は廊下に置かない等徹底している。	共用空間のリビングや食堂は中央にあり、ゆったりしており、季節の飾り物や行事の写真が掲示され楽しそうな雰囲気である。温度や湿度も管理され、整理整頓されており、清潔感を感じる、居室はリビングを挟んで対面に配置されているが、利用者はリビングで寛いで過ごしている。	
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	テレビの付近にソファをなるべく全員が座れるよう設置し談笑したりYouTubeや歌番組など観れるよう配慮している。好きな場所があればそこに椅子を設置したり落ち着ける空間を作っている。		
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	自宅から馴染みのある茶碗やカップ、椅子や布団、タンスなどがあり今までの生活と同じような環境にして居心地良く過ごせるよう工夫している。	居室には、収納ロッカーとベッドが配置されている。利用者は使い慣れた家具や馴染みの物を持参して、居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	場所の認識ができるようトイレの目印を掲示したり、個々に合わせた位置に貼ったり文字を見えやすい大きさ、色にする等の工夫を行っている。自室がわかるように自分の顔写真を貼ったりと自立できるよう支援している。		