

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	0270101512		
法人名	社会福祉法人諏訪ノ森会		
事業所名	グループホーム宮田館		
所在地	〒039-3503 青森市大字宮田字玉水238番地4		
自己評価作成日	平成30年8月12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	公益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30年9月14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>地域の皆様の協力で、地域の行事に参加させて頂いている。入居者様が施設理念でもある「いつもにこにこあずましい」生活ができるよう本人の意向に沿った支援に努めている。また、法人内の認知症学習会が定期的であり、サービスの質の向上に取り組んでいる。</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>住宅地でバス通りに面しており、地域住民とも交流が活発にある。法人内の連携や協力もあり、看取りの対応もできるグループホームである。中庭には、陽がさんさんと注ぎ込まれており、菜園が作られ、野菜などの栽培がおこなわれていて、収穫した際には食卓に並んでいる。また、各委員会や学習会が定期的であり、職員のスキルアップにもつながる取り組みが行われている。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生き生きと働いている (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	職員会議等で理念を確認、その理念に沿った関わり方等を話し合い実践に繋げている。	法人全体とグループホームの理念がそれぞれにある。月1回の職員会議で、理念に対してどのような関わりをするのか話し合いを持っている。	
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	案内を頂き地域の行事に参加している。地域の床屋や美容院を利用している。	町内の敬老会や運動会などの招待状は、小学生が持参してくれ、参加している。入居前から利用していた美容院や床屋へも、希望があればグループホームで送迎して利用を続けている。	
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	運営推進会議など地域の方と関わる機会に、認知症の特徴、対応等を説明している。		
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践、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	サービス状況等報告し、参加者から意見を頂き、今後のサービス提供に活かしている。	町内会長や民生委員の参加もあり、サービスの取り組みの状況報告を行っている。また、グループホーム内の行事や、日頃の入居者の生活を写真に収めて参加者へ閲覧してもらうなど、理解を深めてもらうよう努力している。	
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	運営推進会議開催報告書は毎回提出している。相談を必要に応じて行っている。	グループホームのサービス内容などのアドバイスをもらうこともある。また、町内には高齢者も多く、今後、地域包括支援センター主催のカフェを開催すること等も連携している。	
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	身体拘束適正化のための指針を掲示している。法人内では身体拘束ゼロ委員会があり、情報を共有している。毎月職員会議で学習会を行い確認している。運営推進会議でその内容を説明し記録に残している。	バス路線という立地や、宗教関係の訪問勧誘も多くあるため、日中は玄関に鍵をかけている。月1回の職員会議では、身体拘束に関しての対応は再確認している。	
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	虐待防止マニュアルがありいつでも見れるようにしている。職員会議等で確認しケアに繋げている。		

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	法人に個人情報保護委員会があり、個人情報保護や権利擁護事業についての情報を共有している。		
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	本人、家族の意向を確認しながら、十分な説明を行い理解・納得を得ている。		
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	普段から要望を伺いサービスに繁栄させている。月1回オンブズマンが来館し入居者からの要望を伺っている。投書箱を設置している。	投書箱には全く意見が入らない為、家族には面会時に意見がないか確認している。また、同じオンブズマンが毎月来所されるので、入居者とも馴染みになっており要望などはサービスにつなげている。	
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	日頃から意見や問題点を吸い上げ改善策を検討し実施している。職員会議で出された問題点を話し合い解決に繋げている。	職員間でも意見は活発に出るため、日ごろ気が付いたことは随時話し合っている。ある程度のことはグループホーム内で解決するが、必要があれば、管理者から理事長に報告する流れとなっている。	
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	働きやすい環境になるよう日頃から業務改善に取り組んでいる。その人の能力に応じた仕事を任せている。努力や実績を把握している。		
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	法人では認知症や感染症、介護技術学習会等が実施されている。学習したことを日頃のケアに繋げている。		
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り組みをしている	東部地域包括支援センター主催の勉強会では東部圏域のグループホームの職員が集まる。勉強会を通じて情報交換しサービスの質の向上に繋げている。		

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	入居者本人から希望を伺っている。家族や前に利用していた施設から情報を得ている。		
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	入居時家族から希望を伺っている。		
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	本人や家族の意向を確認しながら、施設の対応方法を説明している。		
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	本人の能力に応じたサービス提供や役割をもった生活をして頂くように努めている。		
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	普段と違う言動や状態等家族に連絡し、家族と共に今後の方針等を話し合いながら本人を支えていくようにしている。		
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	以前いた施設に行き職員や利用者と馴染みの関係が途切れないようにしている。行きつけの床屋や美容院を利用している。	家族の面会も多く、希望があれば美容院や床屋・お墓参りに出かけることを支援している。	
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	気が合う入居者同士が同じ居場所で過ごせるように席を工夫している。活動には、皆が参加するようにしている。		

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
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	退去した入居者の状態を家族に伺ったり、転移した施設に行き確認したり情報を得ている。		
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	本人の意向を伺い対応するようにしている。日常の言動の中から本人の希望・好みを見つけ次のサービスに繋げている。	本人からの意向確認は難しい面もあるが、日ごろの生活の中から見出すこともある。また、家族からも、面会時や必要に応じて電話などで確認する場合もある。	
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	入所時、本人、家族から生活歴や職歴等を情報収集したり、以前いた施設の相談員等から生活状況等を情報収集しサービス提供に繋げている。		
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	1人で過ごしたい時や休みたい時等自分のペースで過ごして頂くように努めている。その人のもっている能力に応じ役割のある生活をして頂いている。		
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	本人の現状の状態を把握、評価し入居者、家族の意向を伺い、話し合い必要なサービスに繋げている。	3~6か月、入居者に応じてケアプランの見直しをしている。家族には、見直しの際に意向などを確認してプランに反映させている。また、訪問看護や主治医からもアドバイスをもらっている。	
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	ケアプランに基づきサービス提供し記録に残すよう指導している。日々の変化を記録し、職員間で情報を共有している。気づきや変化についてカンファレンスを行い対応を検討している。		
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	その時々状況に応じ、必要なサービス提供し対応している。		

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
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	地域の行事に参加している。参加した時お手伝いしている。運営推進会議では、家族や民生委員、包括等出席しサービス提供状況を説明し、意見を頂き豊かな生活に繋げている。		
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	他科、臨時受診等の医療を受ける際は、入居者、家族の要望に応じている。	入居時に、協力医療機関へ主治医の変更をする入居者も多いが、歯科や専門医療機関へは入居後も変わらず通院の支援をしている。	
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	訪問看護に気づきや状態変化などの相談し、指示を受け必要に応じてかかりつけ医を受診している。		
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、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。	入院時は病院関係者と情報交換している。随時面会し状態を確認したり情報収集に努めている。退院後の入居者・家族の希望を伺い希望に添うように対応している。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	法人内にターミナルケア委員会があり内容を共有している。重度化に伴い本人や家族が今後どのようなことを望んでいるか伺い添うようにしている。かかりつけ医・訪問看護と共同で対応している。	法人内のターミナル委員会にはグループホームから代表者が参加し、その後、伝達研修が行われている。家族の希望に沿って看取りの対応もしており、看取りケアのルールも作成している。これまでも2人の入居者を看取っている。	
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	急変時の対応マニュアルがある。訪問看護に連絡しアドバイスを受けている。		
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	急変時の対応マニュアルがある。近所の方を交えた避難訓練を実施しており、協力体制を築いている。	立地的に水害の心配はない。避難訓練は地域住民や民生委員も参加して昼夜2回ずつ年4回開催している。町内住民や消防団の役割をマニュアル化している。	

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
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	法人内に個人情報保護委員会があり、プライバシーの保護について情報を共有している。法人の理念、基本方針に基づいて支援している。	理念に基づいて対応をしている。入居者を呼ぶ時には、フルネームに様付けで徹底されている。ケアに対応する時の言葉かけなど、違和感があった時にはそのつど気づいた時に職員間で声をかけている。	
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	「〇〇しましょうか」など入居者が意思の表出、自己決定をできるような声掛けをしている。		
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	「〇〇しましょうか」など入居者が意思の表出、自己決定をできるような声掛けをしている。本人の希望やペースに合わせている。		
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	更衣の準備時は衣類を選んで頂くなど本人の要望に合わせている。		
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	個々の嗜好に合わせている。入居者が米とぎ、調理の手伝い、盛り付けをしたりしている。	法人の栄養士がメニューを作り、中庭で収穫された食材を追加する等して食事の提供をしている。他、毎月の行事食やグループホーム内で料理教室を開催し、その機会を通じて入居者が食べたいものを提供している。下ごしらえや盛り付けは入居者も手伝っている。	
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	個人記録や管理日誌に記載し把握している。本人の嗜好を把握したり、食べやすい形態を工夫して必要量摂取できるよう支援している。		
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	入居者個々の状態に合った口腔ケアをしている。		

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向けた支援を行っている	立ち上がり時や歩き回り、訴え時の他、訴えない入居者様は個々の排泄状況を確認し誘導している。	排泄パターンを把握している。また、立ち上がりなど、入居者の行動でトイレのサインを確認することでトイレでの排泄につなげている。	
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	適度の運動を行ったり、ヨーグルトやオリゴ糖を提供するなど個々に応じた便秘予防を実施している。		
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	入らないときは時間をずらしたり、翌日に延期するなど入居者のペースに合わせている。	基本的には週2回入浴の対応だが、拒否があった時などは時間や曜日を変更している。一般浴槽での入浴ができない状態になった時には、清拭などの対応で家族には了解を得ている。	
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	疲労感がある入居者様には休んで頂いたり、いつでもテレビを見たり、居室で眠るなど入居者が自分で決めて自由に過ごしている。		
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	個々の記録ファイルに薬の説明書が閉じられており全職員が把握している。		
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	家事手伝いや趣味等その人の能力に応じた役割をもって生活している。出来る環境を整え支援している。		
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。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	ドライブや買い物、散髪等要望に対応している。どこか行きたいところが無いか伺い対応している。	買い物や本屋など、個々で出かけた際にはできるだけ対応している。また、不穏時にも、随時、外出などで気分転換が図れるよう支援している。	

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	希望や能力に合わせ家族と相談し対応している。		
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	希望により電話をかけている。		
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	温度、湿度管理し生活環境を整えている。季節の飾り付けを作ったり、旬の食材を使い料理したりし入居者が季節感を感じられるようにしている。	食堂ホールで過ごす時間が多いが、中庭や天窓からの光が入りとても明るい。ホールからは食事を準備する様子や入居者の動きが見えることで安心して過ごせる空間になっている。そして毎月、職員と入居者が、季節を感じられる貼り絵を製作し壁に掲示している。	
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	ソファを設置したり、気の合う仲間と食席を一緒にするなど、その人らしく、一人一人が思い思いに過ごせるような環境作りをしている。		
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	馴染みの置時計、絵画、衣装ケース、寝具などを本人や家族に持参して頂いている。	家族はとても協力的で、居室は、ベット以外すべて自宅で使用していたものを持ち込んでもらっている。	
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	その人の日常生活動作に応じたケアに努めている。出来ている事を継続できるような支援を心掛けている。		