

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	0570112342	
法人名	有限会社ケアランドあきた	
事業所名	グループホームうららか	
所在地	〒010-1414 秋田市御所野元町四丁目2-3	
自己評価作成日	H27年 1月24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	http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 秋田県社会福祉士会	
所在地	秋田市旭北栄町1番5号	
訪問調査日	平成27年2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)】

気ままにゆったりマイペース、を理念のひとつとして、家庭的な雰囲気と街の一員として生活を続けていくこと。ホームドクターによる定期往診や看護師の配置により、入居者、ご家族、職員共健康管理面での不安を軽減し、安心して共同生活介護を継続していけるよう体制をとっている。また、人員配置も日勤帯および早朝、夜間に増員配置し職員の業務負担の軽減と突発事案への対処にあたりと同時に、より入居者と接する時間、対話の機会を生んでいる。入居者の家族の見舞い、死別への対応もホーム外生活支援を試みている。

【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)】

月1回、担当職員が家族に出す近況報告はその月の利用者の様子が手に取るように分かり、素晴らしい取り組みであると感じました。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)		

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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「理念」に常に目が届くようにし、意識してケアの実践に取り組むことが出来ている。	玄関と食堂の目立つ場所に運営理念が掲示されている。また、新人職員の研修会でも必ず理念を伝えることとしている。	特にありません。
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	近くのスーパーで開催される「夏祭り」や、町内会主催の「かまくら」等に参加し、顔馴染みとなれるようにしている。	ケース記録にて地域の寿司屋さんに食事に出かけていることを確認した。	事業所として町内会に加入することで地域の一員として地域から認知されることが期待されるのではないかと考えます。
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	運営推進会議を実施できていない。		
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	運営推進会議が再開されるよう、努力していかなければならない。	町内会や民生委員との日程調整がつかず、2年近く運営推進会議を開催できないでいる。	開催時期や時間を工夫して、まずは1回集まってみることから始めることが望ましいと考えます。
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	施設長が、市の連絡会ケアパートナーズ、および日本認知症グループホーム協会秋田県支部の役員を努めていることもあり、情報交換の機会が保たれている。	運営推進会議の開催について、行政との協議は実施している。	継続して行政との連携は密に行うことが望ましいと考えます。
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	現在、身体拘束を行っている利用者はいない。ミーティング等で勉強会を実施し、全職員が認識できるように取り組んでいる。	身体拘束廃止に関するマニュアルを整備している他、職員で勉強会を開催している。玄関は夜間のみ施錠している。	特にありません。
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	ミーティング等で勉強会を実施し、全職員が認識できるように取り組んでいる。		

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	2名が「日常生活自立支援事業」を利用しているため、職員も概ね事業内容を把握できている。 成年後見制度については、今後、研修等で学ぶ機会を得ていきたい。		
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	管理者、看護師、計画作成担当それぞれが、入居者本人と、ご家族の要望や注意点について面談している。		
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	外部評価等を機会として、浮き上がったテーマを計画と支援の手段に反映できるようミーティングやカンファレンスおよび担当者会議の課題にしている。	運営推進会議は開催されていないため、利用者やその家族の意見が運営に反映される機会は多くない。	定期的なアンケートの実施、運営推進会議への利用者代表と家族代表の参加で、現状よりは意見の聴取を厚くすることができると思います。
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	ミーティングやカンファレンス、および担当者会議の課題にしている。	月1回定期的に行われるミーティングで、管理者は職員の意見を聞き、その後の対応に反映させていることを会議録で確認した。	職員に意見を聞き、どのように運営に反映させたかをフィードバックする仕組みができると提案した職員だけでなく他の職員の意識も高まると思います。
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	努めているが、より公正な判断基準として職員の自己評価と相互評価、所属長の評価を総合した体系づくりが課題である。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	内外の研修は積極的に参加している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	施設長が、市の連絡会ケアパートナーズ、および日本認知症グループホーム協会秋田県支部の役員を努めていることもあり、情報交換の機会が保たれている。		

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
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	事前にご本人のみならず、ご家族からも要望等を聞き、ご家族と協力してケアに取り組めるようにしている。		
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	入所が決定した段階で、ご家族からの要望等について、聞き取りを行っている。双方向で気軽に連絡を取り合える関係作りを心掛けている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	人生の先達として敬い、一つ屋根の下で共に生きている間柄としての関係性もできるように努めている。		
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	毎月、担当職員がご本人の状況を「お便り」として書面でご家族に郵送している。情報を共有することで、ご家族と共にご本人を支え合っているという意識、関係が築かれるようにしている。		
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	親類、友人等の関係が継続できるように、気安く面会や電話の取次ぎが行えるよう配慮している	親類や友人の面会を受け入れていることを面会記録簿で確認した。	特にありません。
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	利用者間で馴染みの関係が出来ている。難聴者には、職員が間に入り会話の取次ぎを行ったりしている。		

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	他業種および医療機関への移行へも同行し、情報提供を中心とした継続支援を行っている。		
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	具体的な訴えや希望を伝えることが出来ないことが多いため、生活歴やご家族からの情報に加え日々の関わりからもご本人が必要としているケアとなれるよう心掛けている。	フェースシートに利用者それぞれの希望や意向を把握した記載があることを確認した。特に生活歴は丁寧に聞き取って記録してあった。	生活歴や既往歴など利用者の基本情報が複数の記録に重複して記載されているようでした。基本情報に関する記録を一本化できると業務の効率化につながると思います。
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご本人やご本人を支えてきた周囲の方々、また入所前の支援関係者等からの情報をできるだけ得るように努めている。		
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	一日の状況を記録する日誌と共に、個別の記録をも記載し、全職員で現状把握ができるよう努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	ご本人とは日々の関わりの中で、ご家族からは随時の聞き取りを行っている。職員間では、毎月のミーティング時に気付きや意見を出してもらい、現状に合ったケアが行えるようにしている。	管理者、介護支援専門員、看護師を中心にサービス担当者会議を実施している他、月1回のミーティングの場を活用してケースカンファレンスを行っている。	サービス担当者会議に担当介護員や家族も参加することでより利用者の状態や意向に即した介護計画の作成が可能になると思います。
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	個別記録、日誌の記入はなされている。毎月のミーティングで情報共有を再確認し、ケアの実践、見直しに活かせるようにしている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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	出来ていない。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	かかりつけ医の受診は月に2回(冬期間はインフルエンザ等の罹患を考慮し1回のみ。1回は施設看護師が代診している。)訪問歯科は、利用者の希望時に随時利用している。同じかかりつけ薬局より処方してもらっている	入居時に協力医療機関へのかかりつけ医変更か入居前のかかりつけ医に継続して受診するかについてその意向を確認している。なお、その確認は口頭で行っている。	特にありません。
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	施設看護師へ、気付きや情報を申し送りし、かかりつけ医との連携が図れるよう努めている。		
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、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。	かかりつけ医の紹介状で円滑に他医療機関の受診が出来ている。入院の際も、入院先とかかりつけ医、施設間における連絡体制が図れるように、努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ミーティングおよびカンファレンス、担当者会議等で課題にしている。また家族とも、あらかじめ話し合いを行っている。地域関係者との関わりは行っていない。	ターミナルケアには対応していない。終末期は医療機関への入院を前提としている。	今後ターミナルケアは避けて通れない課題となることが予想されますので、その時に備えて対応について検討することが望ましいと考えます。
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	救急持ち出しカードを作成し、救急搬送時に備えている。急変時の初期対応が出来るよう、随時、施設内研修を実施している。防災訓練も随時行っている。		
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	今後も訓練を重ねていくとともに、地域への協力要請と手法を練っていく。	定期的に夜間の火災想定避難訓練を実施している。また、災害発生時には地域の消防団の協力や公民館の避難場所としての活用について町内会と調整を行い了解を得ている。	災害発生時に、地域の要援護者の避難場所となる可能性があることも視野に入れて災害時の対応は検討するのがのぞましいと考えます。

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	特に入浴時、排泄時においては、プライバシーの確保と羞恥心について、共感を持って対応している。記録も、個人情報記載物についてはt取り扱いに留意している。	職員の利用者に対する言葉遣いは丁寧であり、一人ひとりの人格を尊重するものであった。	特にありません。
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	理解力に合わせて、選ぶ対象を目の前に提供したり平易な言葉で説明したり、自己決定ができるだけ叶えられるように支援している。		
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	一日の流れとしてある程度のスケジュールは作られているが、利用者の個々の状況を考慮しながら柔軟に対応できるよう努めている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	訪問理容を2ヶ月に一回利用している。毛染めやパーマを希望する利用者には、原則ご家族対応としながらも、状況によっては職員も手助け出来るように配慮している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	メニューに載った食材の簡単な下拵えを行ってもらっている。片付けや食器拭きを手伝ってもらっている。	利用者の特性により、一緒に調理することはごく簡単なものや下ごしらえを除いて行っていないが、後片付けやお盆の消毒は利用者と一緒に行っている。	特にありません。
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎食後、検食担当者が量・味・利用者の反応を記入している。個別記録に毎食事量一日の水分摂取量や摂取時の状況等を記入し、状況把握に役立てている。		
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、口腔洗浄を実施している。できる部分は自分で洗ってもらい、不十分な所を職員が手助けするように配慮している。		

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むけた支援を行っている	リハビリパンツや尿取りパッドを使用しながらも、できるだけ失禁を減らせるよう、トイレ誘導の声掛けを個々の状態に合わせて行っている。	排泄チェック表を活用して利用者ごとの排泄パターンの把握に努めていた。	特にありません。
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	食材の工夫と毎日乳酸菌飲料を飲んでもらっている。状態を看護師に申し送ることで、便秘薬の調整を行ったりしている。毎日1回は、施設独自の体操やTV体操を取り入れ体を動かすよう心掛けている。		
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や健康状態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	曜日・時間帯・週2回以上の入浴実施とする設定はあるものの強制はせず、その日の状態に応じて気分良く入浴できるよう心掛けている。	入浴は原則として月・水・金曜日の対応となっており、入浴日もどちらかという職員都合で決められている印象が強かった。そのため必ずしも利用者の希望を取り入れているとは言えない。	声かけのタイミングや声をかける職員を変えてみるなどの工夫や入居前の生活のリズムに即した入浴の対応が求められると考えます。
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	生活習慣や現状に合わせて個別対応を行っている。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方箋の綴りがあり、職員が閲覧できるようになっている。看護師からの申し送りを受け、全職員が服薬介助を行っている。		
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	生活歴、趣味、特技などを把握し、今出来ていることが継続できるよう支援している。		
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。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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	好天時には、できるだけ散歩を取り入れている。冬期間を除き、受診後には近くのスーパーのフードコーナーで夕食を行っている。 地域の人々との連携までは至っていない。	近所にあるショッピングモールなどに出かけていることをケース記録で確認した。	地域の方々の協力を得ることによって予定された外出だけでなく、利用者の希望に応じた随時の外出も可能になると思われるので、積極的な連携を意識すると利用者の満足度も高まると思います。

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
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はいない。 買い物の際はお金をご本人に渡して、ご本人より支払いをしてもらっている。		
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	ご家族、親類からの電話の取次ぎ、年賀状、手紙のやりとりも代筆を行ったり支援している。		
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、臭い、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、行事を意識させる飾り付けを工夫して行っている。定時に1階、2階の温・湿度を測定・記録している。居室にも温・湿度計を設置し、居心地良く過ごしてもらえるよう配慮している。	温度及び湿度の管理は徹底されており、測定の記録も整備されていた。また、共用空間は明るく、落ち着いた雰囲気であり、居心地良く過ごすことができるよう配慮されていることを感じた。	特にありません。
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	ホールにあるソファを、状況に応じて配置替えをし気心の知れた利用者同士が気兼ねなく話が出来たり、一人で過ごす時間を持てるよう配慮している。		
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	入所時、自宅で使い慣れた家具や小物類を持ち運んでもらっている。行事やレク、散歩時には積極的に撮影し、出来上がった物を居室や普段目につくところに貼っている。	利用者の居室には入居前に使っていたたんすやテレビなどが持ち込まれており、生活の継続性や居心地の良さに配慮していることが感じられた。	特にありません。
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	限られた条件の中、安全を考慮しながらも自立を見守り、かつ、ゆったりした時間をもてるような対応を継続している。		