

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	4571700667		
法人名	特定非営利活動法人		
事業所名	グループホーム海ちゃんの家たかさき		
所在地	宮崎県都城市高崎前田2505		
自己評価作成日	平成28年10月1日	評価結果市町村受理日	平成29年1月16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	<a href="http://www.kaijokensaku.in/45/index.php?action=kouhyou_detail_2015_007_kanistrue&amp;jisyosyoCd=4571700667-00&amp;PrefCd=45&amp;Versign=007">http://www.kaijokensaku.in/45/index.php?action=kouhyou_detail_2015_007_kanistrue&amp;jisyosyoCd=4571700667-00&amp;PrefCd=45&amp;Versign=007</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成28年11月10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)】

毎日の入浴 各居室にトイレがある ドライブでの気分転換 社員教育(新人教育振り返りノート利用)

【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)】

自然豊かな環境の中にホームはあり、利用者は穏やかな環境で生活を送っている。ホーム理念を見直す際には地域密着型サービスの特性を再確認し、近隣の小学校や保育園との交流も盛んである。また、職員が利用者の家族であるとの意識が高く、より身近なケアの実践が行えるよう取り組んでいる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、安心して暮らせている (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

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
<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	毎月の勉強会にて話をしている。	開設以降、職員勉強会を通じて定期的に見直しを行い、地域密着型サービスとしての取組や細やかなケアの実践に努めている。	
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	地域の夏祭りや、ボランティア祭りに参加している。	地域の祭りや敬老会への参加やホームの祭りへの地域住民の来訪がある。また、こども110番の役割を担い、近隣の小学生が気軽に立ち寄っている。	
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	夏祭り等、地域の方々への協力や参加をよびかけ、理解支援を働きかけている。		
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	2か月に1回の運営推進会議を実施している。近くの小学校の校長先生、保育園の園長、地域包括支援センター、民生委員、ご家族の方々にも参加して頂いている。	市役所担当者・地域包括支援センターの職員・民生委員など、多くの職種の人が参加し、地域における情報交換などを行っている。	今後はヒヤリハットをはじめとするホーム内の情報を開示し、多方面からの意見をケアの実践に取り入れていくことを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市担当と連絡が出来ており、報告相談等をしている。	市担当者とは書面での連絡・報告を行い、連携を図り、必要時は適宜行政窓口へ訪問している。また、地域課題の啓蒙活動や市主催の研修にも積極的に参加している。	
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「介護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	禁止の対象となる具体的な行為は、理解している。ベッド柵は、自分で動かせるようにしている。	勉強会での身体拘束禁止への取組を職員が熟知し、また、利用者の状況や主訴をより詳細に把握することにより、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	勉強会でも話をしたり、本を活用している。又玄関は夜8時以降に鍵をしている。		

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
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	パンフレットを置き、必要な方には、説明をしている。現在入居の方で、利用をしている方がいる。		
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	入所時、詳しく説明して、その都度、解らない事が無いかを確認している。		
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	意見箱を設けている。運営推進会議での意見を聴いたりして運営に反映している。	家族の来訪時や家族宅に直接出向き、家族の意向を確認している。また、利用者には日常的にゆっくり向き合い、本人の希望などを日常のケアに反映している。	
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	月1回の勉強会にて意見が言えるようにしている。急遽の時も、いつでも言えるようにしている。	月1回の勉強会に理事長が参加している。運営に関する懸案事項は早急に解決できる体制を整えており、日常的にも管理者と職員が意見交換を行い、職員の意見を運営等に取り入れている。	
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	利用者担当を設け責任を持ってもらい、やりがいが持てるようにしている。労働時間や、希望の休みは、聞いて勤務をして貰っている。		
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	研修に参加してもらい、復命書をだして、他の職員も、研修内容を見て理解している。又、行きたい研修があれば、いけるようにしている。		
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	グループホーム連絡協議会の研修に参加して、情報交換をしてサービスの向上に取り組んでいる。		

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
<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	本人と会話をしながら、信頼関係作りに努めている。又家族や、兄弟からも今までの生活状況を聞きながら、活かしている。		
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	入所される前に、担当者会議を行い、家族の意向を聞いている。		
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	話を聞き、他の施設の紹介もしながら、希望に応じている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	会話、コミュニケーションを取って共感して、今まで得た知識、知恵等を活かしながら、支えあう関係を作っている。		
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	毎月のお便りにて、苑での情報を連絡したり、面会時に情報交換をしている。また、イベントへの参加もお願いしている。		
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	家族の協力を得て、友人の方々にも遊びに来て頂いている。又はがきを出している。	喫茶店や墓参りなど、なじみのある環境に家族の協力を得ながら外出している。家族が遠方にいる場合には、職員が中心となって、なじみの環境への外出などを支援している。定期的に知人へ葉書を出している。	
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	孤立しない様に、体操等をおこなっている。座席の方は、利用者同士が関わりやすく配置している。		

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	家族の会の一員として、相談や協力をお願いしている。又イベントの時には、案内も出している。年賀状、暑中見舞いのはがきも出している。		
<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	家族や本人の希望、意向を把握して聞くようにしている。センター方式に取り組んで、思いや意向を明確にしている。	担当者は、センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)を活用し、本人や家族の意向を詳細に把握できるよう取り組んでいる。家族にも常時情報の収集を行い、ケアの実践に反映している。	
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	入所前に情報収集して、入所後コミュニケーションを図りながら、情報を得て、サービスの経過の把握に努めている。		
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	各個人のプランが有るので、一日の過ごし方は、把握している。心身状態は、毎日のバイタルで、把握している。又、訪問診療があり診療を受けている。		
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	月一回の勉強会にて、各担当者が、利用者の様子を見ながら、意見を述べている。又家族に聞いたりしながら計画を立てている。	担当者が月1回モニタリングを実施している。その内容について、月1回開催の勉強会で多くの職員から意見を取り入れ、介護計画の作成を行っている。	
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	各個人毎に記録して、本人の言葉を書くようにしている。職員間では、職員用ノートや勉強会にて介護計画の見直しに活かしている。		
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	問題が発生したとき、担当者会議をして話し合い計画をしている。		

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
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	近隣の方々をお願いしている。民生委員や、警察・消防団員の方々にも協力をお願いしている。		
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	協力医による、月一回の訪問診療をして頂いている。また家族の希望で送迎の協力をして受診できるようにしている。	かかりつけ医の往診には看護職員が対応し、主治医との連携を図っている。家族が送迎にて専門医を受診する際には、書面にて利用者の状況報告を主治医に行うなど、連携を図っている。	
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	月1回の勉強会で気付等をだし、話し合っている。又いつもと違う時は、すぐにNS報告をして対応している。		
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、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。	医療機関との情報交換をしている。又見舞いについて、様子を見ている。		
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	本人家族に思いを協力を相談している。看取に関しては、本人家族の希望があれば、支援している。その際は、契約書を作成しスタッフ間でも共有している。	終末期におけるホームでのケアの内容に書面で同意を得た上で、そのケアの内容をケアプランに反映させ、本人や家族の思いを把握し、ケアの実践に取り組んでいる。	
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	応急処置緊急時対応のマニュアル化をしている。又見えるところに掲示している。		
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	訓練時に隣人に参加をお願いしている。	地震を想定し、避難訓練を実施している。近隣住民や消防団などが避難に対応する際に、一目で利用者の状況や誘導方法が分かるよう色分けされたホームの見取り図を備えている。	

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
<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	申し送り等、アルファベットで、話をしている。	苗字での呼称を基本とし、本人が慣れ親しんだ呼称での声掛けを利用者との信頼関係の下、行っている。ホームで掲示したり、広報誌に記載する写真などには、撮影・掲示の同意を得ている。	
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	何をしたいのかを聞き入所者の希望に添ったケアを行っている。無理強いをしない様になっている。		
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	1人1人のペースや希望を聞きながら支援している。		
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	本人に選んでもらっている。理容は本人の希望があれば、苑で散髪している。又、外での散髪希望では、連れて行っている。		
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	入所者、職員も一緒に、同じ物を一緒にテーブルにて食べている。又盛り付け、テーブル拭き、おしぼり配り、箸配りをして頂いている。	基本的なメニューを作成し、食材などを準備しているが、利用者の希望に合わせ、随時メニューの変更などを行っている。利用者も個々の能力に合わせて調理や片づけに参加している。	
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	1人1人に合わせた量を提供している。水分は、こまめに声掛けして飲んで貰っている。飲む量が少ない方は、好みの物を飲んで頂いている。		
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、声掛け見守りして出来ない方は、介助にて行っている。寝る前は、義歯を洗浄剤に浸けている。		

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	排泄表を見ながら、時間にて誘導介助をしている。又トイレに行きたい時は、声掛けしてもらっている。	各居室にトイレを設置している。入院時におむつ着用になった利用者も排せつパターンを把握することで、パットの使用枚数が軽減し、布パンツへ移行するなど、排せつの自立に取り組んでいる。	
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	ホール内の運動をしたり、朝の牛乳をのんでもらっている。又食物は、繊維のあるものを工夫をして提供している。それでも便秘の方は、オリゴ糖た薬を使用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日の入浴が出来る様にしている。各個人好みのお湯の温度を把握している。	午前中を基本とし、全利用者が毎日入浴している。朝風呂を希望する利用者には随時対応を行うなど、時間帯も利用者の希望に合わせて調整をしている。	
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	各部屋にクーラーが有るので、必要に応じて、使用している。又冬季は、湯たんぽを使用している。リラックスできるようにアロマが各居室にある。		
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	薬の説明をケースに掲示している。又、内服が変更された時は、申し送りをしている。		
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	洗濯たたみをしたり、カラオケ郊外へのドライブ、イベントでのアルコールの提供をしている。		
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	毎日のドライブ、本人の希望があれば、家族と協力していけるようにしている。	食材をはじめとする日用品の買い出しや散歩、選挙など、ドライブと併せて常時調整しながら行っている。	

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	買い物がしたい時は、して貰っている。		
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	本人の希望時、電話、手紙の支援をしている。		
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、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	共同空間に、季節の花を飾ったりしている。	四季を感じられる作品や家族から寄贈してもらった日本人形・なじみのあるものをホーム内に展示し、利用者が落ち着いた環境で生活できるよう雰囲気づくりを行っている。	
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	気の合う利用者と隣同士に座って食事をしたり、だれでも座れるソファがある。また、自室にもソファがある。		
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	本人が自宅で使っていたものを持って来て頂いている。又行動しやすいように、個々に合わせてベッドの位置を考えている。	各居室にトイレを設置している。なじみの物や家族の写真などを居室内に飾り、利用者がより自宅に近い環境で生活できるよう取り組んでいる。	
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」「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	1人1人の能力、体力を活用している。失敗時には、声掛けしたり、一緒にしたりしている。		