

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	4191300047		
法人名	株式会社 ころろ小城		
事業所名	グループホームころろ小城		
所在地	佐賀県小城市小城町晴気2370-4		
自己評価作成日	平成 30年 1月 31日	評価結果市町村受理日	平成30年8月30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://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号
訪問調査日	平成 30年 2月 16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)】

理念にある「第二の家族」として利用者との関わりを多く持ち、思いに寄り添った支援を行っています。個々の「今できる力」を把握し、生活の中で活用して頂けるよう常に考えながら実践すると共に、ご家族に報告や相談をしながら気軽に何でも話せる環境作りにも心掛けています。また、年一回の「秋祭り」を開催し、地域の方々と交流しながら開かれた施設づくりを行っています。

【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)】

ホームは自然の囲まれた住宅街の一角にある静かな環境である。ホーム内には木や畑があり収穫したものを食事として提供されて入居者の楽しみができるように工夫されている。その日の天候により外出の機会を多くもたれ、地域とのふれあいを積極的にされている。大イベントでもある秋祭りでは、地域やボランティアの参加があり、また入居者家族の手伝いも積極的にある。理念にもあるようにスタッフが日々の生活の中で家族の一員としての対応をなされている。

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	常に目に付くよう事務・玄関等に掲示し、ミーティング等でも理念に基づいた支援を確認しながら実践している。	常に確認ができるように玄関、事務室、職員トイレ内へ掲示されている。気になる声かけや対応については、その場でお互い注意し確認を行っている。	
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	利用者と一緒に買い物や近所への散歩、公園等へのドライブへ行ったりして地域との交流を行っている。	住宅地でもあり、外出や散歩時には近隣者との出会いがあり、常に挨拶を行っている。地域のごみステーションの清掃活動に参加されている。	
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	地域の方々からの相談や問い合わせに対応している。		
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	地域包括支援センター職員・区長・民生委員・家族・他施設管理者に参加して頂き、2月に1回開催している。報告だけでなく、助言を頂いたり、行事に参加して頂いたり、よりよい支援に繋げている。	年6回、偶数月に運営推進会議を行っており、参加者が多くなるようにイベントに合わせて開催されている。集計や写真も議事録として残されてる。	
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に取り組んでいる	運営推進会議以外でも話し合い、連携が取れ協力関係築けている。	運営推進会議以外でも、地域包括支援センターや他事業所へ出向いて、連絡や相談するなど連携を図っている。	
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	身体拘束については職員は理解しており、ホーム内の一部を除き施錠していない。	マニュアルとして書類が整っている。玄関の施錠はなく、現在身体拘束を行っている入居者はいない。	
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	虐待についての勉強会で職員は理解しており、常に意識しながら取り組んでいる。		

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	研修会等で学んだ事を職員間で共有している。必要性のある方に活用して頂けるよう関係者と連携を取り支援するようにしている。		
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	契約書・重要事項説明書の該当箇所を示しながら口頭で十分な説明をし同意を得るようにしている。		
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	家族会や面会時には気軽に話をしてもらえるような雰囲気づくりを行っている。相談・意見については運営推進会議やミーティングで検討し運営に反映させている。	月の行事の開催やホームの状況などを便りとして出している。入居者の状態説明もよく伝えられている。	
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	毎月一回のミーティングだけでなく、日常業務の中で気づきがあれば随時検討を行い反映している。	ミーティング以外にも職員の意見や相談などがあり、随時検討を行い話し合いの場を作られている。	
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	資格手当を設け、各自が向上心を持って働けるようにしている。また、処遇改善費を有効活用している。		
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	研修会等で学んだ事を職員間で共有している		
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	他施設の運営推進会議や訪問をしながら同業者との交流を行っている。		

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
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	本人の想いを傾聴するだけでなく、表情や仕草からも汲取るよう努めている。		
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	家族等の思いも受容しながら信頼関係を築けるよう努めている。		
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	今、必要なサービス支援を見極め、自施設での対応が困難な場合には、本人・家族の理解を得た上で他のサービスの利用を含めた対応が出来るよう努めている。		
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	個々の「出来る力」を理解した上で、その力に応じた作業を談話しながら一緒に行っている。		
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	面会時には、本人に状況報告し必要があれば相談や確認をその都度行っている。		
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	地域のスーパーに買い物に行ったり、本人の自宅地域で行われる行事には可能な限り参加できるよう支援している。	家族や知人などの面会後は必ず「また来てください」の一言を伝えるようにしている。入居者が馴染みの場所の話が出れば、できるだけ希望をかなえている。	
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	本人の意思や、相性を日頃から観察し把握しており、リビングのテーブル席に配慮している。また、職員が会話の橋渡しをし良好な関係を築け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
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	入院された際には、毎日のように面会に行き、医師や相談員、家族とも連携を取っている。		
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	日々の観察、関わりの中で変化に気づくことが出来る。その事を職員は理解し支援に努めている。また、気づきがあれば職員間で情報を共有し本人の意向に添えるよう努めている。	本人の意向が伝えることができる方は5~6人程度である。意向が伝えられない方は表情や仕草にてくみ取り、スタッフ間で情報共有されている。	
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	本人・家族から昔の話を聞いたり、サービスの利用については、当時の担当者から情報提供して頂き、十分なアセスメントをしっかりと行う。		
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	日々の暮らしの中で、心身の状態を観察している。個々の「出来る力」に視点を置き、どう過ごしていけばいいかを常に検討している。		
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・家族・主治医あらか聞き取りや意向を基に十分に話し合い計画を作成しミーティングでモニタリングしながら現状確認を行っている。	日々の記録はパソコン入力をされており、モニタリングする際には見やすく記録がとられている。振り返りをしながらそれぞれの意向確認ができるように計画の立案が出来ている。	
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	毎日個人日誌に計画の実施やその時の様子等、気づきを記録している。職員間で情報を共有し計画見直し等に反映させている。		
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	本人の意向・現状を家族の面会時や連絡等で報告を行い、相談しながら適切な支援が行えるよう取り組んでいる。		

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
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	避難訓練では消防署より指導して頂き、近隣の方にも参加頂くようにしている。		
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	協力医が2週間に1度往診され、それ以外でも常時連絡が取れる事を説明し同意を得るようしている。それでも協力医以外の主治医を希望される場合でも家族対応が困難な時は職員が付き添いを行っている。	かかりつけ医を継続することができ、家族同行の受診している。家族による受診が困難時は職員が速やかに受診を行い、家族へ伝えている。	
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	非常勤で看護師を配置、必要時に応じて相談・連携を図っており、緊急時には連絡できるようにになっている。家族での対応が困難な時は、職員が受診を行っている。		
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。	入院中は職員が交代で面会に行き状態確認をしている。主治医・担当看護師・ソーシャルワーカー等から情報を得ながら復帰に役立っている。		
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	重度化した場合における指針及び看取りに関する指針について同意書をとっている。希望の際には、どのようなケアを望まれ、何が出るかを確認し職員間で共有している。また、主治医へ報告を行い連携の強化を図っている。	医療継続を必要となれば、医療機関での支援となるがホームでの看取りを希望あれば対応可能である。職員の不安や相談があれば主治医や看護師へ相談がいつでも可能なようにオンコール体制がある。	
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	マニュアル等を備え、勉強会を行う事で再確認をとっている。		
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	年2回の消防士・地域住民に参加して頂き避難訓練を実施している。緊急時の連絡票に職員だけでなく地域住民の連絡先も登録し協力頂いている。	年2回の消防立ち合いや地域住民の参加の災害訓練をされている。実際に避難場所への誘導などがあり、地域の方より以前の災害について話を聞いている。常備品の確認は年に1回できている。	

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	個人情報の取り扱いについては職員と契約書を交わしている。自尊心に配慮した言葉掛けや対応を行っている。	個人情報については、情報漏えいがないように契約書を交わしている。トイレや入浴時などのプライバシーへの配慮を行うなど、個々の対応をしている。	
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	コミュニケーションを多くとり、その時々のお思いを汲み取れるよう努めている。		
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	利用者様一人一人のペースや体調に合わせ、確認を取りながら過ごして頂いている。		
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	出来る方は自分の好きな着こなしをして頂き、出来ない方は職員が見立てている。		
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	出来る方には簡単な調理や片付けを職員と一緒にやっている。	入居者のできる台拭きや配膳など一緒に行っている。好みの希望など聞き献立を考えている。行事食などにも入居者の希望を取り入れている。	
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	個人の状態や量・形態に配慮しながら提供している。食事時間の様子や介助を行いながら必要時には話し合いをし、その人に合った支援をしている。チャック表を作成し把握出来る様にしている。		
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	毎食後、職員の見守り・介助のもと口腔ケアを行っている。希望者は週1回歯科往診にて口腔ケア・治療を行っている。		

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
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	排泄パターンや訴えに応じ、WC誘導やオムツ交換を行っている。訴えの無い方でも時間や本人の仕草・表情で察し支援している。	排泄チェック表から、排泄パターンの確認されている。時間帯での誘導を行うことで、排泄の自立支援に努めている。	
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	野菜を多く取り入れた食事や水分補給を心掛けている。ヨーグルトや牛乳など便秘に効果の有るものを取り入れている。		
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、個々にそった支援をしている	曜日・時間は決まっているが希望や状況に応じて、設定日以外でも対応している。	週3回入浴を行っており、入る順番などの時間は入居者の希望や状況に応じて対応している。また、入浴拒否の入居者には、タイミングをみて声掛けを行っている。	
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	体調に合わせて自由に休息を取って頂いている。休まれている時でも時折様子観察や言葉掛け等安心して頂けるよう支援している。		
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	薬情はその都度個人ファイルに綴じ、いつでも確認出来る様にしている。薬の効能や副作用も理解し状態観察を行っている。変化があれば主治医に報告し指示を仰ぎ対応している。		
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	コミュニケーションを図りながら個々に合った軽作業を一緒に行っている。レクでは全員で体操や歌・ゲーム等を行い楽しんで頂け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	個別の買い物支援を行っている。天気の良い日は散歩・ドライブ等外出支援も行っている。	月に1回はホームの車を使って外出することができ、花見などの季節行事への参加を行っている。また、天候に応じて近隣の散歩や買い物に出かけるなど、できる限り外出でき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	金銭に関しては希望があれば個人の財布を持ち職員同行で買い物をして頂いている。		
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	TEL要望あればその都度対応している。		
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	花壇に花を植えたり、畑で野菜を作っている。リビングや玄関に花を活けたり明るい雰囲気づくりをしている。	窓から見える空間には実がなる木があり、季節感が感じられ温かみのある空間となっている。ゆったりとした時間を過ごすことができる。掃除も入居者と一緒に行われ、換気もこまめにされるなど、清潔な空間づくりに努めている。	
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	テーブルや椅子の配置は自由にしており、時折模様替えをしている。		
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	馴染みの家具や品があれば持参して頂き、自由に飾って頂いている。	居室には持ち込み制限はなく、お位牌や馴染みのものをおくことができる。また、見やすい場所に写真を飾るなど、居心地よく過ごせるよう努めている。	
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」「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	個々の状態を把握した上で支援を行っている。出来る事を奪ってしまわないように心掛けている。		