

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	1070700214		
法人名	特定非営利活動法人 お互いさまネットワーク		
事業所名	グループホーム喜楽		
所在地	群馬県館林市北成島町1829-5		
自己評価作成日	令和2年11月1日	評価結果市町村受理日	

【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)】

介護職員の基本的介護技術の評価基準のテキストができ、職員全員の共通基準を持つため研修内容の振り返りを職員会議で勉強会を兼ねて行っている。今年はお互いさまネットワークが開設し20年。開設当時から、そのひとらしく、ゆったり、いっしょに、楽しくを合言葉に生活しています。今年度は出来ないことが多くなっていますがその中でも安心できる支援をしていきます

※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://otagaisamaegao.net/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和2年12月8日		

法人のみならず地域社会をも良くするというを基本視点とし、地域のニーズに応え、必要とされることにチャレンジし続けている。また、個別支援を実践する為に、支援の基になる介護計画の作成時にセンター方式のシートに基づいてアセスメントを行い、利用者、家族の希望を職員が共有している。介護計画に沿って統一した、個別の支援を実践することは現実には難しいと思われるが、ツールとして利用者ごとの計画を記したカードを毎日繰り返し活用することによって、現任者も新人職員も同質な支援ができていくことが確認できた。馴染みの地域で、職員が培った個別支援方法が利用者に安心、安全な生活をもたらす、ひいては地域の安心、安全にもつながるという地域密着の理念に則った福祉の拠点となっていることがうかがえる。

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

[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	事業所の理念は法人のミーティング後、お年寄りを交えて唱和している。日誌に記入されている	理念に沿ってその人らしさを大切にし、できることを見守る支援をしている。20周年を迎え長期計画、新たな活動計画を立て、多様なサービスが実践できる人材の育成に取り組み、実践に繋げている。	
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	毎月1回のボランティアに近所の方をお願いしたりやお互いさまカフェのだんだんで催しものを定期的に行っていたがコロナ禍のため地域との交流は少なくなっている。理髪のボランティアの方は交流している	コロナ禍にあるが、地域内の散歩等行けるところには行き、畑作りを通して地域と交流している。また、理容師のボランティアを2名ほど受け入れている。	
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	コロナ禍のため少なくなっているが地域の方が相談にきてくたっている		
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	意見などは職員会議で議題にあげ話し合っている	3月、5月は開催できず、7月から家族、民生委員、市担当者等の出席により再開している。基本情報、運営方針、活動報告、身体拘束の対応等について意見交換し、サービスの向上に繋げている。	
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	グループホームの特徴やその実施報告し理解と関係性を築くようにしている	運営推進会議の内容について電話で報告している。また、介護保険の更新代行や認定調査の立会いをしている。	
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	身体拘束は行っていない。運営推進会議で書面にて報告している。昼間は玄に鍵を掛けず利用者が外に出る事も可能	玄関は開錠している。他の拘束もない。スピーチロックについて職員は勉強会を通して理解を深め、日常の支援の中でお互いに注意し合っている。	

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	職員会議で虐待担当の職員が学習会を開いている。新聞などで虐待の記事があった時は回覧している		
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	権利擁護に関してはあまり知られていないので勉強会が必要		
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	入所時に利用者や家族に説明をし、理解を得るようにしている。利用開始にQ&Aによりグループホームの利用について理解を深めている		
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	年2回の家族会がコロナ禍で開催されていないが年要望書を年2回発送し家族等からの意見を聞きサービス改善につなげたい	コロナ禍にあって電話でアセスメントを行い、家族から意見や要望を聞いている。利用者からはアセスメントに基づいて、日常のケアを通して希望を聞くよう努めている。	
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	年2回個人面談を行い意見、提案を職員から聞いている。	年2回個人面談をし、職員と話をする機会を設けている。また、職員は自己目標を作り、進捗状況を確認しながら自らの意見や提案、思いを日常の支援に反映させ、実践に活かしている。	
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	キャリアパスにより、年1回評価を行い昇給につなげている。各職員は自己目標を設定し達成度が評価につながっている。職員からの意見で有給を取りやすいように職員同士で協力している		
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	昨年度法人が介護職職員全員の介護の基礎も研修会を行い今年度は研修内容の振り返りを職員会議で勉強会をしている。実務者研修を受講し介護福祉士の試験資格をとれるよう補助している		

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	館林市グループホーム・小規模多機能の情報交換会があるが今年度はコロナ禍のためできていない。昨年度は共同し介護の仕事イメチェンプロジェクトで映画会を開催した		
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	入所するまでにグループホームで過ごす時間を設け本人の話や様子を確認している。出来る事、出来ないことシートを作っている		
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	アセスメントや面会時様子を伝えながら関係づくりに努めている		
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	様子観察や言葉がけを多くして安心できるようにしている		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	その人らしく、ゆったり、いっしょに、楽しくを合言葉に支えあう支援をしている。洗濯物干し、衣類の整理、調理など一緒に実践出来る事を見つけて実践している		
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	家族と情報を共有し本人の意見を聞きながら希望に沿うようにしている。毎年利用者の希望をかなえる夢プロジェクトを実施。家族に参加してもらう		
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	在宅の友人が面会に来られるがコロナ禍のため玄関での面会を了承していただいた。以前よりは少なくなっている	馴染みの生活を継続支援する為、居室に持ち込む物や配置を家族と相談している。また、茶道や卓球、社交ダンス等、これまでの趣味を他の利用者と一緒に楽しみながら継続している。	

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	困っている時や不安そうにしている時など話を聞いたり側によって言葉をかけている		
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	あまり連絡は取っていないがカレンダーを毎年持って来て下さっている家族の方がいる		
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	3か月に1度ケアプラン作成にアセスメントシートとしてセンター方式の「本人の姿と私の気持ちシート」を作成し思いや意向を把握している	3ヶ月ごとに「私の姿と気持ちシート」を用いて、利用者の心身の状態を理解し、利用者の意向を把握する為にアセスメントを行い、具体的に介護計画に反映させている。	
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	入所時家族に生活歴、暮らしの様子をきいている介護認定資料を前ケアマネから家族同意のうえ受け取るようしている		
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	一人ひとりのケア記録や申し送りでその日の様子を把握している		
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	コロナ禍のため電話で家族のアセスメントになっている。本人は要望を担当者が聴きケアプラン会議で正職員で計画を立てている	職員が全員出席する職員会議でケアプラン会議を開き、3ヶ月ごとに介護計画を見直している。利用者の言葉から意向を汲み取り、ケアポイントとした計画を作成している。	
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	ケア日誌は個別に記録しており職員が記録確認している。申し送りで気づきなど伝えている		

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	入院時など家族の方が忙しい時など洗濯の支援はお互いさま有償ボランティアを使っている。共用認知症デイサービスを実施している		
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	コロナ禍のため毎日の買い物(スーパー)は出かけられなくなっている。ボランティアで美容室の方がカットにきてくださっている。		
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	在宅でのかかりつけ医を主治医としている。通院できない方は往診の先生をお願いしている	在宅時でのかかりつけ医を継続しているが、通院が難しい場合は、協力医の往診を受けている。歯科は希望があれば受診し、専門医への受診は看護師が同行し、受診支援をしている。	
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	事業所に看護師がおり通院時同行し主治医に状態等直接伝えるか書面によって情報をつたえている。お年寄りが安心できるようにしている		
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。	入院時は看護師が付き添い情報を伝えている面会に行き様子を聞くようにしている。又退院時には入院先でのカンファレンスに参加している		
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、事業所の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	アセスメント時に本人の希望(最後はどこで死になりたいですか)を聞き家族に伝えている。重度化や終末期は家族と相談し方針を立て話し合いながら支援している	入居時に利用者本人が意思表示できる時点で希望を聞いている。段階を経て、利用者、家族に看取りの希望がある場合は協力医に協力、連携を依頼し、支援に取り組んでいる。	
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	救急救命の研修や学習会で勉強会をしている		

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	毎月、夜間想定避難訓練は行っている。消防署立ち合いの訓練の年2回開催している。火元責任者の会議で災害の対策を確認しあっている	ハザードマップにより危険地帯ではないが、水害対策の必要性を確認し、隣接している建物の階上に避難できるよう交渉を検討している。備蓄として3日分の食料等を用意している。	利用者、職員を災害から守る為、自主訓練の回数を重ね、他事業所との連携や避難所の確保、逃げ遅れ防止等の対策に取り組んでみてはどうか。
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	言葉使いに注意し指示・命令語をしようしないようにし否定する言葉は、使用しないようにしプライバシーを損ねないようにしている。	日常の支援でスピーチロックにあたる言葉について勉強会を開き、利用者を尊重した接遇ができるよう意識付けをし、その人らしく、ゆったりと楽しく過ごす為のプライバシーの確保に努めている。	
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	毎朝、どんなことをしたいか聞き、本人が決められるように働きかけている		
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、希望にそって支援している	入浴時間や食べたい物などなるべく希望に添えるようにしている。日常の会話の中で希望を察するようにしている		
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	起床時の洋服選びやおしゃれができるように目のつくところにおいておく		
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	お年寄りが負担にならないように出来る事(皮むきや盛り付け)など職員と一緒に準備をしている。畑の野菜を使いながら楽しむようにしている	朝食、夕食は利用者の希望に沿って食材を購入したり、畑の収穫物を使って手作りし、昼食は配食を利用している。自力で食べる利用者のペースに合わせて職員も一緒に食事をしている。	
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	その人にあわせ刻み食や食べられるように支援をしている。水分量は職員が把握し少ない人には支援している		

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に、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	朝、就寝時の口腔ケアをおこなっている。食事後などご自分でおこなっている		
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むけた支援を行っている	トイレ誘導を排泄表を使って支援している。自分でトイレに行こうとされているときなどさりげなく支援に入る	トイレでの排泄を基本とし、支援の際は「手伝います」「ペーパーはここにあります」等、自立者に対しても声かけをしている。パットに両面テープを付けたり、居室傍のトイレを利用する等工夫している。	
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	起床時のヤクルトや毎朝ヨーグルトや10時にきな粉牛乳、ココアを飲んで予防している		
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、個々にそった支援をしている	入浴時間を聞きながら利用し支援しているが、ほとんどは職員がきめている。自分の好きなシャンプーやリンスを使用している人もいる	入浴予定日にあたるバイタル測定時に「今日お風呂ですが、どうしますか」と声かけをしている。利用者のペースでゆっくり、時間をかけて入浴し、自分で洗える自立者は見守りながら支援している。	
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	天気のいい日には布団をほしたり週1回のシーツ交換を行っている。寒い時は湯たんぽを使用している		
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	処方箋で薬作りは職員がおこなっており処方箋用紙で確認している。新しい薬を処方されたときは様子を伝え合っている		
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	お年寄りが得意なことなどを中心に力を発揮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	コロナ禍でスーパーやホームセンターへの買い物、外出はひかえている。毎日の散歩(二宮金次郎さんにお参り、畑の管理)は行なっている	コロナ禍ではあるが、毎日の散歩の際、体操や歌を唄ったり、畑作りを楽しんでいる。ユニットの行き来や庭に出ること等で気分転換を図っている。	
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	コロナ禍のためできていない		
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	毎日家族に電話をしていたが忘れてしまい時々になっている。遠方の家族より週1回ぐらい電話で話をされている		
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	家庭にあるような物品を置き施設的にならないように心掛けている。季節の花や換気をよくしている。音には配慮しながら心地いい工夫をしている	共用空間にはソファを置き、一人になれる場所を設けている。大きくなりがちなテレビの音にも配慮している。2時間ごとに換気をし、掃除の際はアルコール消毒をする等感染対策にも取り組んでいる。	
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	リビングが2つあり共有空間でも一人になれる居場所があり、お年寄りが利用している		
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	自宅で使用していた物を持って来てもらうようしている。仏壇や筆筒を持ってきているひともいる。カレンダーや時計など馴染みのものを置いていただいている	居室は全室畳で絨毯を敷いたり、仏壇、筆筒、カレンダー、時計を置いている。換気や掃除の際アルコール消毒を心がけ、いつでも自室で過ごせるよう室温調節をしている。手作りの表札がある。	
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	自分の表札は入所時にご自分で書いていただいている		