

### 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	1071000184		
法人名	有限会社グループケアホームほほえみ		
事業所名	グループホームほほえみ		
所在地	群馬県富岡市星田80番地3		
自己評価作成日	平成25年8月1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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/10/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/10/index.php</a>
----------	---

**【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	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階		
訪問調査日	平成25年9月19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)】**

それぞれの利用者のニーズにあった個別介護の実践
-------------------------

**【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)】**

長期入居の方や高齢の方が多いが、利用者の表情は晴れ晴れとして明るい。お肌のつやが良いこと等、安心して過ごせる生活環境が提供されている事が伺える。受診などは家族の都合により職員が代行しており、家族にとっても安心して利用出来る。看取りの事例もあり、希望があればこれからも対応したいと考えている。今後とも本人や家族等にとってより良い応援者としての事業所であって欲しい。
---

**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
<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	3つの理念を掲げており、運営推進会議や会議などで確認している。ホールにも掲示している。	事業所が大切にしている思いを盛り込んだ理念を掲げている。日頃から野菜を頂く等、地域との交流が円滑に行われているので、改めて理念の見直しはしていないが、前回の評価結果等を踏まえて今後話し合いを持ちたいと考えている。	地域との交流を大切にしている職員の思いを理念に盛り込むことで、職員の意識をあげると同時に地域の人に掲示するためにも理念の見直しの検討を期待したい。
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	散歩などで会話したり、地域の行事に声をかけていただいたり、ホームの行事に参加していただけるよう声をかけたりしている。	散歩時に言葉を交わしたり、地域行事の誘いを受ける等交流の機会を持っている。10月の獅子舞には事業所の前を通ってくれることになっている。事業所の行事(秋祭り等)には地域の人や民生委員に声をかけ参加をお願いしている。	
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	相談などがあれば協力している。		
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	改善項目や改善経過を報告している。参加者の意見を取り入れている。	運営推進会議は家族代表・行政関係者・区長・民生委員等が参加して2ヶ月に1度開催している。利用者の様子や事業所の現況報告を行い、参加者と意見交換を行って、サービスの向上に反映するよう努めている。	
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	地域ケア会議に参加し、高齢介護課や包括支援センターと情報交換を行っている。	地域ケア会議に参加し、市の担当者や地域包括支援センター職員と交流の機会を持っている。介護保険の代行申請を行っており、時には本人が同行し状況の報告をすることもある。	
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	緊急やむを得ない事態以外は行わない。実施する場合は家族の許可を得て行う。	玄関・居室の施錠はしておらず利用者の自由な暮らしを支援している。利用者がフラットと外に出た場合は近隣の人が連絡してくれる等、近隣住民との連携が出来る。褥瘡のある利用者が医師の指示により家族の了解を得てやむを得ず「つなぎ服」を着用している。	やむを得ず「つなぎ服」を着用する場合は毎月行っているモニタリングや随時に状況の確認をして、継続の必要がある時は家族等の了解を得てほしい。
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	職員会議にて勉強しており、虐待が行われないように注意を払っている。		

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
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	職員会議での勉強会で学んでいる。		
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	契約時の説明、退去時の退去先の相談、改定時の文章による説明と同意を実施している。		
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	利用者は日常的に、家族は面会時に意見等を聞いて反映させている。	利用料の支払いや面会に来た時に家族等の意見を聞いている。家族からは衛生面での配慮等要望が出され検討されている。利用者からは好きな買物をしてもらい嬉しいとの声が聞かれる。	
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	職員会議にて意見・要望を聞く機会を設けている。	月に1回、職員会議を開催して職員の意見等を聞く機会を持っており、職員からは具体的な提案が出され、サービスに反映させている。休日の相談もあり、連休の希望にも対応している。	
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	キャリアパス等を導入したりしている。		
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	法人外への研修参加をもっと積極的に行っていきたいと考えている。		
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	ホーム長が連絡協議会の役員を行っており、役員会などで交流を図り、職員会議で情報の共有を行っている。今後は、他の施設と介護職員同士の交流会を実施したいと考えている。		

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>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	コミュニケーションをたくさんとることで不安の解消に努めている。		
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	介護に対する要望などを聞き、ケアに反映させるように努めている。		
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	必要と思われるサービスの情報提供を行っている。		
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	日常生活で、できることは手伝って頂いている。		
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	可能な限り面会に来ていただき、状態を把握してもらい、不安の解消などに協力してもらっている。		
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	可能な限り支援に努めている。	友人が訪ねて来たり、馴染みのある店に買物に出かけている。近隣居住だった方の入居があり面会者は多い。趣味である編み物の継続を支援している。近隣の方が大正琴の慰問に訪れたり、子供達が孔雀を見に庭に来ている。	
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	状態や能力に応じて支え合いながら生活できるように支援している。		

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	関わりを必要とされる利用者や家族には、断ち切らないようにしている。		
<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	日々のかかわりの中で、行動や表情から意向や希望の把握に努め記録している。買い物や散歩等も本人の意向を聴いて支援するように努めている。	日頃の生活の中での会話や言動等からその真意を推し測り、それとなしに確認するようにしている。これらの情報は職員全員が共有して支援に繋いでいる。	
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	可能な限り把握でき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	観察を通して把握できるように努めている。		
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	本人や家族には日頃の関わりの中で思いや意見を聴き、介護計画に反映させるようにしている。月1回のモニタリングを行い、カンファレンスで職員が話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映させた利用者本位の介護計画を作成出来るように努めている。	毎月モニタリングを行い、随時と3ヶ月に1度の介護計画の見直しをしている。	
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	個別に介護記録を記入し、会議等での話し合いに活用している。		
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	本人や家族等の希望や状況に応じて、通院介助、買い物、美容院、送迎等必要な支援は柔軟に対応出来るよう努めている。		

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	努めている。		
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	入居時、本人・家族等と意向を確認し、希望するかかりつけ医で適切な医療を受けられるように支援している。	本人・家族等の希望するかかりつけ医となっている。6名は協力医、3名は従来の主治医の受診を継続し、原則家族の対応となっているが家族都合により職員が行うこともある。協力医の往診や通院の場合は職員が対応している。	
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	医療連携における提携看護師の他に看護職員が2名いるので、日常の健康管理など行っている。		
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。	情報交換を綿密に行っている。		
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	終末期における指針を定めてあり、可能であればターミナルも行えるように努めている。	終末期における指針が作成されている。家族等の希望があれば医師・家族・職員等が連携をとり、共に協力しながら対応する体制が出来ている。看取りの経験があり、職員は看取りに対しての認識を持っている。	
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	緊急時の対応マニュアルを整備し、対応できるようにしている。		
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	年2回の避難訓練を実施している。緊急時は近所の方が協力してくれるように依頼している。	年に2回避難訓練を実施している。消防署の立会いによる消火・通報・避難訓練(運営推進会議のメンバーも参加)と自主訓練として避難・通報訓練を実施している。スプリンクラーの設置、月に1回のモーターの検査をしている。備蓄として食料品と水の用意がある。	いざという時に慌てずに避難誘導が出来るよう、日常的に自主訓練を重ねてほしい。

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	個人の尊厳を大切に、言葉かけや対応に配慮しながらさりげなく支援するよう心がけている。	在宅時の呼称について家族や本人から話を聞き、家族・本人の了解を得て呼び方を決めているので、ちゃん付けの方もいる。排泄の誘導時には周囲に配慮し小声で声かけをしている。	
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	本人の状態に合わせて言葉かけを行っている。自分で決定できるように声かけを行っている。		
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	一人ひとりの体調に配慮しながら、その日、その時の本人の気持ちを尊重し支援出来るよう努めている。編み物・読書・居室で過ごす等自分のペースで好きなように過ごせるようにしている。		
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	お気に入りの服を着られるように配慮したり、施設外の美容院への送迎を行っている。		
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	テーブルを拭く、食事用のエプロンの準備、おしぼり巻き等、職員と一緒にしている。同じテーブルを囲んで食事が出来るように努力している。	利用者の嗜好を考慮しながら手作りの食事を提供しているが、食べられない方には代替の食事を用意している。食事介助等で職員は弁当を持参して別に食べている。年に1度のお祭りと朝食は利用者と職員と一緒に食事をしている。希望の出前をとる事もある。	利用者と職員と一緒に同じ食事をすることで料理の味・質・量の共有や話題の広がり等が考えられるので、同じテーブルで同じものを食べる方向で話し合っ欲しい。
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	食事・水分摂取量を記録し、個々に応じた対応をしている。		
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	今までの習慣に合わせて口腔ケアの支援を行っている。		

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	排泄介助による精神的なダメージに配慮しながら、本人のペースで排泄が行えるように支援している。	自立者は3名、他の方は排泄チェック表により適切な誘導支援をしている。失禁の場合はシャワーや清拭で対応している。日中はポータブルトイレを片付け、普通のトイレ使用となっている。オムツは家族持ち込みや事業所用意の物でも自由であるが、適切なオムツの使用を提案している。処理代は徴収していない。	
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	個々に応じた対応を心がけている。		
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	入浴日は決めてあるが、利用者のその日の希望やタイミング、状況に合わせて入浴日以外でも対応する体制にある。	入浴日は火曜日と金曜日の週に2日で、全員の入浴支援をしている。汚れた時には随時対応する。好みのシャンプーを使用している方には職員が補充している。	入浴日を決めずに毎日「入浴できる」というアナウンスを行い、希望者がいれば支援してほしい。希望に対応する体制を工夫し、声かけや掲示の検討を期待したい。
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	本人にリズムや希望に添って休息できるように支援している。		
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	内服している薬の一覧表を掲示してある。		
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	食器を拭く、片付け、洗濯物をたたむ、おしぼりを巻く、エプロンをたたむ、買い物、花見、ドライブ、外食、納涼祭等の気晴らしの支援をしている。		
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	散歩、買い物、庭に出る、玄関先でお茶をすする、季節の花見等、戸外に出る機会を作り季節を肌で感じてもらっている。	季節の梅や桜の花見に出かけている。庭先でお茶を楽しむ機会を作り、戸外の空気を肌で感じてもらえるよう配慮している。	

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
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	状態に応じて支援できるように努めている。		
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	要望に応じて支援している。		
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、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	努力している。	窓が大きくとってあるのでホール内は明るい。壁面には理念・行事予定・写真・上州音頭の歌詞などが飾られている。コの字型のテーブル配置で利用者は会話を楽しんでいる。	
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	慣れている自分の席はあるが、ホーム内に余分なスペースがないため、共用空間で一人になる場所は確保できていない。一人になりたい方は居室に戻ったりしている。		
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	居室は希望するものを自由に置いている。	入居時に「歩んで来た人生を大切に」の理念を説明し、馴染みの品々を持ってきてほしいとお願いしている。各居室は掃出し窓になっており、思い思いの日常品が持ち込まれている。	
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	1本道の廊下に居室とトイレ・風呂場があり混乱しづらいように張り紙等をしてある。		