

### 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	2392500142		
法人名	有限会社 ナイスサポート		
事業所名	グループホーム風里 2階		
所在地	愛知県春日井市四ツ家町字四ツ家218-1		
自己評価作成日	平成27年 7月 6日	評価結果市町村受理日	平成27年11月11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/23/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2392500142-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2392500142-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成27年8月21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)】**

<p>利用者が毎日笑顔で、元気よく、そして健康で暮らし、職員は利用者とのなじみの関係をつくり、安心できる環境作りに力を入れている。</p>
---

**【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)】**

<p> </p>
----------

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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
<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	経営理念の安心・安全・安楽の提供を基本とし、利用者が自分らしさを保ちながら健やかで穏やかな生活が営めるような理念を掲げ、職員の目に付く所に貼ってあるため、職員は常に意識し、実践につなげるよう努めている。		
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	日常的とは言えないが、少しずつ交流は増えている。町内会には加入しているが、利用者の地域の行事等への参加は出来ていない。近隣の施設の催しには、案内を頂ける為、参加し、交流を図っている。		
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	地域や家族からの認知症の相談を受けると説明したり、運営推進会議で利用者の報告を通して、地域の代表及び家族に認知症の理解が深まるように取り組んでいる。		
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	会議は、2ヶ月に1回開催し、出された意見やアドバイスはしっかり受け止め、サービスの向上に努めている。しかし、利用者家族の出席率は工夫はするも、変わらず低いままである。		
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	不明な点や分からないことについては、運営推進会議時やその都度市の担当者と連絡を取り、可能な限り協力関係を築くように努めている。		
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「介指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	デイサービスが併設しているため、利用者の安全を考慮し、玄関の施錠はしている。それ以外の身体拘束をしないケアについては取り組んでいる。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	身体への虐待はもちろんのこと、言葉による虐待も無いように努め、利用者がストレスを感じず、穏やかに過ごせるように努めている。		

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
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	管理者や職員は、この制度について学習し、相談があれば支援していくつもりだが、微妙な問題を含んでいるため、現在は支援できていない。		
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	契約時や契約の解約時は契約書の内容通りわかりやすく説明し、家族、利用者に納得をして頂いている。また料金改定等の際は事前連絡、説明の案内を出し、理解・納得を図っている。		
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	介護相談員の聞き取りや、出された意見や要望を率直に受け止め、運営に反映させるよう努めている。また、計画作成担当者が積極的に利用者や家族等とコミュニケーションを図り、意見や要望を吸い上げるようにしている。		
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回のミーティングの場で意見の交換をし、働く意欲やサービスの向上につなげるよう努めているが、未だ管理者は職員の意見や提案を全部吸い上げるには至っていない。		
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	職員の日頃の努力や勤務状況を把握し、半期ごとに評価し、賞与に反映させている。また、月1回の幹部ミーティングを持ち、働きやすい環境整備に努めている。また、今期は目標達成シートを使った試みを行っている。		
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	各事業所ごとに年2回以上の外部研修及び月1回の幹部会や各事業所で勉強会を開催し、資質向上に努めている。		
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	日本在宅介護協会に加入し、情報交換や連携を図るとともに、隣接の特養や障害者施設とも交流し、質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	入居前のアセスメントを参考に職員間でその方の情報を共有し、入居後は日々の声かけを基本とし、本人と出来るだけ早くなじみの関係が築けるように努めている。		
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	家庭での本人の様子を家族から伺いながら、家族の思いを受け止め、良い関係が築けるよう努力している。また、計画作成担当者を中心に家族とのコミュニケーションを図り、関係作りに努めている。		
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	本人、家族からの要望を基に、何が必要でふさわしいか見極めて、速やかに実行し、なじめるよう工夫している。		
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	職員は利用者の個性を尊重し、利用者個々の目線で寄り添い、見守り、同じ時間を過ごすよう努めている。また、共に生活する者として関係している。		
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	家族に利用者の近況等を小まめに報告し、利用者が家族と豊かな関係が継続できるよう支えている。		
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	利用者の友人、知人、家族等が、気軽に遊びに来て頂けるよう、また、手紙のやりとりもできるよう支援に努めている。馴染みの美容室に行くのを楽しみにしている利用者があるので、家族と協力してできる限り支援していきたい。		
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	食事の席等、利用者同士が楽しい雰囲気でもごせるよう、気配りをしている。また、日中はリビングで過ごしていただき、気の合った利用者同士話しをしたり、レクリエーションをみんなで楽しんだり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
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	サービス利用が終了しても、相談や支援に努めている。また、他施設に移られてからも、必要に応じて情報提供等で本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。		
<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	利用者一人ひとりの希望や意向にはできるだけ寄り添い実現可能な事については支援している。把握が困難な利用者については、様子や行動から理解に努めている。しかしまだ実践しきれていない。		
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	生活歴等をセンター方式の家族版や家族、本人から聞き取り、元気だった頃の暮らし方等の情報を得ている。		
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	一日の流れの中で利用者の状況を把握し、職員が情報を共有して利用者を総合的に支援できるよう努めているが、心身状態は把握しきれていない。		
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	必要に応じてケアカンファレンス、担当者会議の時を持ち、介護計画を作成して、介護の支援内容を職員間で共有している。		
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	朝礼で職員間で情報を共有し、必要に応じて介護計画書を見直すようにしている。また、介護記録はリビングにおいてあり、すぐ記入できるようにしている。しかし情報からケアの実践に結びつけることができかねているところもみられる。		
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	利用者が必要な物の買い物、傷や病気等の通院等、家族と連絡を取り利用者のニーズに応じて臨機応変に対応をするよう努めている。		

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	地域資源は把握しているが、それを本人の心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしに結びつけることはできていない。		
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	本人や家族の意向をふまえて、かかりつけ医を決めている。居宅療養管理指導として月2回の往診でほとんどの利用者が受診をし、その他様々な科の受診支援を行っている。		
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	朝礼やミーティングを通して利用者の情報・気づきを共有し、訪問看護ステーションの週1回の訪問及び24時間体制の相談で、適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	利用者が入院した場合、日常生活の状況等を情報提供書(独自のもの)を作成し、病院関係者に提供している。また、退院後ホームでの生活が可能となるように病院関係者との情報交換や相談に努めている。		
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	急変時、終末期の看取りについての事前確認を利用者家族に希望を書面にて提出してもらっている。その時々で、家族等と話し合いを行い、協力医の指導・協力の下、支援の方針を決めていくようにしている。		
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	定期的に訓練を行ってはいないが、必要に応じて訓練を行っている。心肺蘇生の研修はなるべく多くの職員が参加できるよう心掛け、誤嚥等の対応については勉強会で確認するようにしている。		
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	火災については年2回行っているが、その内1回は夜間の火災を想定した訓練を行っている。その他の災害については、地震の避難訓練を行う予定をしている。地域との協力体制は築けていない。		

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	利用者個々の尊厳を守って、親しみの中にも礼儀をわきまえて言葉掛けを行うよう努めている。		
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	自由に自己決定したり、希望を話せたりできるよう、上から目線ではなく対等な立場でいるよう心掛けている。また、意見等が言いやすいように配慮するよう努めている。		
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	利用者一人ひとりが個性に合った生活をして頂きたいと思い、職員も努力しているが、職員や施設のきまりが優先されていることが多いように思える。		
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	身だしなみはなるべく利用者自身にして頂き、職員はその手伝いをしているが、最低限の身だしなみで、おしゃれができるような支援には至っていない。		
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	食事の準備、調理、配膳、食器洗いは、職員が行っている。後片付けの一部と一緒にしている。もう少し一緒にできるよう、考える必要がある。		
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	男性1, 600kcal。女性1, 350kcal以上を目標とし、個人に応じた栄養摂取を支援し、水分量については個々に把握し、支援するよう心掛けている。食事介助や食事の形状を変えての支援もしている。		
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	夕食後義歯を外して頂き、歯磨き・義歯の掃除をしている。また週2回入歯洗浄剤を使用し、一人ひとりに応じた支援をしている。必要に応じて、毎食後行っている利用者もいる。また、口腔内の異常についても確認をしている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛けを行いトイレでの排泄の自立に向け支援している。尿意のない利用者にもゆったりトイレに入っただき、排泄できるよう心掛けている。		
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	利用者一人ひとりに応じた便秘の対策を考え、食事・水分の摂取等で予防に努めている。必要に応じて薬を使用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は、基本1日おきの午前中に行っている。朝風呂に入れるということで、楽しみにしている利用者もいるが、一人ひとりの希望は聞き取れていない。必要に応じてシャワー浴・機械浴等も行っている。		
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	状況に応じて休息をいただいている。また、夜間安心して寝ていただけるよう、就寝までのひとときをゆっくりと過ごしていただくよう心掛けている。ベッドの位置・高さ・マット等にも気をつけている。		
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	薬の情報は個人ファイルで用法・用量について確認できるようにし、医療情報帳で薬の変更等、常に把握できるようになっている。また、不明な点については、看護師・医師等で確認するようにしている。		
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	役割については利用者が積極的にできる環境を整え、無理のない範囲内でできるよう介護計画を立て支援している。レクリエーションやボランティアの訪問を楽しみにしている。		
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	通院の支援は行っているが、その他の希望にそった外出支援はできていない。季節ごとに外出できるよう努めている。家族の協力での外出は限られた利用者のみできている。		

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
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	利用者の希望に応じて所持して頂き、紛失しないように必要に応じて預かり、置き場所を確認するなど支援をしている。しかしほとんどの利用者はお金を所持していない。また、買い物に出かけることもほとんどない。		
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	電話の取り次ぎ、知人・友人からの手紙の受け取りができるよう支援している。		
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	季節の貼り絵や花等で季節感を出せるよう工夫している。車椅子の利用者が増えたため、家具の配置を変えたり、座席を変える等して、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。		
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	利用者からの訴えに耳を傾けて、気の合う利用者同士話が弾むように席の配置等、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	馴染みの小物・写真等を居室に飾るなど利用者・家族の要望等に対応するように努めている。居心地よく過ごせるように掃除等を小まめに行い、洗濯表を作り、寝具の洗濯も定期的に行っている。		
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	目印や表札を利用して安全に移動し活動できるよう支援している。		