

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	1291000147		
法人名	企業組合 房州の家		
事業所名	グループホーム 古茂口の家		
所在地	千葉県館山市古茂口68番地		
自己評価作成日	平成28年12月25日	評価結果市町村受理日	平成29年3月6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。

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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 ACOBA
所在地	千葉県我孫子市本町3-7-10
訪問調査日	平成29年1月17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)】

地域密着型サービスの認知症対応型共同生活介護事業所として力を入れている事は、
 1. 認知症ケアの継続を地域社会で展開するために、地域の一員として行事や共同作業に参加する。
 2. 認知症ケアの専門職として知識・経験の習得に努め、自己研鑽に励む職員を支援する。
 3. 認知症の正しい理解と地域ぐるみで認知症高齢者を支える事の必要性を訴える啓蒙活動を実施する。
 4. 上記啓蒙活動を実施する運動として ①小学3年生への出前講座開催 ②認知症メモリーウォークの開催・企画を行う。

【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)】

開設3年目のこの地区での初めてのグループホームである。長い期間温めてきた代表者の介護に対する理想を実現するために、企業組合という運営形態を選択した。企業として社会貢献をしながら利用者と共にするという理念をのち、目線だけでなく利用者の動作に合わせて「待つ」ことで利用者がいつまでも自由でストレスを感じない生活が継続できるよう支援に努めている。地域の方のグループホームへの不安は根強いものがあるが、理解しようとする熱意もあり積極的に運営に参画してくれている。研修参加や各種行事の計画など職員の意思で行われておりホーム全体に自由な空気が流れている。

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		項目		取り組みの成果	
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	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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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
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	理念共有の場として、管理者会議や社内研修等で管理者が直接職員に伝えている。	「すべての人々とともに生き、生きる喜びに共感する」という高邁な理念を掲げ、利用者がいつまでも地域の一員として自然な形で生活できるよう、一緒に過ごせる「家」を目指している。	
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	散歩時の挨拶、納涼祭、運営推進会議、月1回の地域の方たちとのカラオケ喫茶や、地域の祭礼に参加し、交流の場を設けている。	公民館や青年会館で開催される地域の集まりへの参加や小学校での紙芝居による認知症の啓蒙、地域の方への認知症サポーター養成講座の開催など、積極的に交流を深めるよう取り組んでいる。	
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	ハッピーサロンや近隣の小学校の子供たちに向けた勉強会を続けている。今年度は、近隣の方へ向けた、認知症サポーター養成講座を開催した。		
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践、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ヶ月に1回開催し、入所状況、行事等を報告し、施設の様子を知っていただき、意見をもらっている。	古茂口地区での初めてのグループホームであり、地域の関心は高いが認知症に対する理解度は高いとは言えない。地区で昨年開設された地域包括支援センターとともに啓蒙活動に力を入れている。	
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	運営推進会議に市の職員および、地域包括支援センターの職員に出席していただいている。	運営推進会議では市の高齢者支援課や地域包括支援センターの協力を得ながらグループホームの実情と、目指す姿を共有すべく真剣な取り組みが行われている。	
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	安全上の事も考え、夜間は玄関・門扉を閉めている。他の時間帯は自由に行動できるようにしている。	運営推進会議で研修参加が多すぎるのではとの疑問が呈されるほど研修に力を入れている。職員の身体拘束についての理解度は高い。代表は施錠しないことの意義を繰り返し説明して地域の方の不安の解消に努めている。	地域の方の誤解を早く解消し、利用者が安心して外出できることを期待したい。
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	社内研修や、千葉県研修に参加し、研修結果を全体会議で発表している。		

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	千葉県権利擁護の研修に順番に参加している。		
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	契約の締結時の説明と、改定等の際は家族会での報告や、文書の送付にて説明を行っている。		
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	家族会やケースカンファレンス時などに家族が参加していただき、サービスの向上を目指している。面会の際には、入所者様の日々の様子をお知らせしている。	家族の訪問が多いのが特徴で、孫と一緒に訪問する家族の姿も見られた。運営推進会議や家族会で出された意見や要望は職員と共有し検討している。	
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	毎月全体会議を行い、意見を聞いている。また、職員と管理者の面談も、適宜行っている。	代表者のリーダーシップが際立っているが、職員自身が年度の事業計画を作成するほど権限移譲が徹底している。外部研修への参加は職員が自発的に発案し組織的かつ積極的に支援されている。	
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	毎月全体会議を行い、意見を聞いている。また、職員と管理者の面談も、適宜行っている。		
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	認知症実践者研修や、初任者研修、吸引研修等への参加支援を行っている。また、職員に資格取得の希望をとり、支援の体制をとっている。		
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	認知症介護リーダー研修の施設実習で研修生を受け入れている。研修や勉強会のお知らせを常に発信している。		

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	入所時のアセスメントと、生活支援計画にて3ヶ月ごと、又は、状態の変化が起きた時にモニタリングを実施している。		
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	アセスメントの際や、面会や家族会の時、ケースカンファの際などに話をする場を設けている。		
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	アセスメントに基づくニーズを把握しサービスを実施している。3ヶ月ごとのケースカンファに家族や本人のニーズに耳を傾け、対応しています。		
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	入所者様個々が出来る事を一緒に行っている。		
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	毎月、日々の生活の様子を手紙にて送っている。また、家族に連絡する時や、面会時に日々の様子をお知らせしている。		
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	友人や知人の面会、馴染みの場所への外出を積極的に行っている。	家族には毎月手紙に写真を添えて、様子を伝えている。神社へ初詣や、地域の祭りに参加し馴染みの場所への外出を楽しんでいる。訪問した日は、父親の昼食介助をする母娘や生後6ヶ月の孫を見せに来た家族で、和やかな笑いに満ちていた	
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	入所者様同士の相性も考えあわせ、時には職員が会話の間に入るなどして支援している。		

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	他施設へ移られた方への面会や、亡くなられた入所者様のご家族へのフォローを行っている。		
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	日頃生活の中での困った事などの意見を聞き、改善方法を生活支援計画に組み込んでいる。	日頃の関わりの中で、一人ひとり、「何が出来、何がしたいか」どんな話をする時が生き生きしているかを把握している。申し送りや日誌に記録し情報として共有している。暮らしの自立を目指した支援に努めている。	
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、面会時に家族から生活歴や、今までの生活の仕方等、ヒアリングをしている。		
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	バイタルチェック等で健康観察を毎日行っている。申し送りで日々の過ごし方について、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	毎月ケースカンファレンスを開き、職員・家族の意見を聞き、生活支援計画を作成している。	日々の介護記録を基にケースカンファレンスを開き、本人、家族、職員、計画作成担当者を中心に話し合い、介護計画が立てられている。中長期の計画は、3ヶ月毎にモニタリングを行い利用者の状態の推移が具体的に記録されている。	担当者会議の日時のお知らせで、家族の参加が増え、介護計画への理解が深まっている。今後もこの状態が継続していくことを期待したい。
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	日々の記録、業務日誌内の特記事項・引き継ぎ事項欄を活用し、情報を共有している。		
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	夕方不穏になる入居者には、デイサービスの送迎時に同乗し、ドライブに出たり、臨機応変に対応している。		

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	地域の方、家族の方のボランティアの協力を得て、行事を盛り上げていただいている。		
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	在宅の頃からのかかりつけ医がいる方は、引き続き受診して頂いている。受診時には日頃の様子ができるように、受診記録を作成している。	かかりつけ医、提携医を選べる支援をしている。内科医の訪問診療、歯科医の診察と口腔ケアの指導がある。訪問看護師による相談、アドバイス、24時間オンコールの提携で家族の安心を支えている。	
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	週に一回の訪問看護来所の際、相談・アドバイスをいただいている。その他、日常とは異なった事が起きた場合も、その都度相談をしている。		
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。	入院中は本人の現状や治療について、面会時に担当看護師に聞いている。退院時はケースワーカーや病院関係者と連絡をとり、退院に向けた話し合いを行っている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族にはアンケートにより、あらかじめ意見を聞いている。事業所の方針は、家族会などで説明を行っている。	契約時、事業所方針を説明している。本人、家族の思いを尊重した介護を支援する旨を伝えて、今年度看取り介護を経験している。職員は重度化した場合への対応や、看取り介護が出来るよう、研鑽して備えている。	
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	普通救命講習を行っている。		
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、避難訓練を行っている。地震・水害を想定し、実施している。	消防署指導による年2回の避難訓練を行っている。夜間一人体制の訓練や近くの川の氾濫を想定した、2階への避難訓練をしている。実施後の反省会で評価し課題は次回に活かしている。備蓄倉庫も完成している。	

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	職員一人一人が心掛けている。また、不適切な場面があれば、その都度管理者が注意を行う。	親しい中にも馴れあいの関係にならないよう気遣いがされている。丁寧な言葉遣いがされており、声掛けなどで気になる場合は職員間で注意できる環境ができています。
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	選択が可能な方には、なるべくご自分で選択していただいている。	
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か、希望にそって支援している	出来る限り、本人のペースで生活をしていただいている。	
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	月1回理容師による理髪を実施している。女性の希望者にはスタッフがマニキュアを塗り、対応している。	
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	梅干しやふりかけ等を活用し、食事が楽しみなものになるよう、支援している。出来る方には、準備や食器の片づけを手伝っていただいている。	食事は嗜好調査が行われて、好きな料理を楽しめている。健康観察表で一日の栄養摂取が解るようにしている。できる方は食事の準備や片づけを率先して行っている。食事前、職員の指導で嚥下体操が行われ大きな声だしやマッサージで、誤嚥性肺炎の予防に努めている。
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	身体管理表にて、1日の水分量や食事を記入し、摂取量の少ない方には、本人の好きな果物、ジュース等を活用し、摂取を促している。	
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	毎食前に口腔体操を実施している。食後は歯磨きやうがいを行っている。	

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	時間でのトイレ誘導等、排泄介助を支援している。排泄表を活用し、排泄パターンの把握をしている。	排泄・水分摂取等が記録されている。一人ひとりの習慣、特徴をつかみ、声掛けは何気なく、プライバシーに配慮し、トイレでの排泄ができるよう支援している。トイレは広く各自のケア用品が戸棚に整理されている。	
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	朝食にオリゴ糖入りの牛乳を提供したり、レクにて体操を行い、自然排便を促している。それでも出ない方には、服薬でのコントロールを行っている。		
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	週2回の入浴日以外も、本人希望時に入浴を行っている。午後からの入浴を希望される方にも、対応している。	希望時は何時でも入浴出来る。冬場のヒートショック対策や滑らない工夫等安全安心に努めている。併設のデイサービスの広い浴室でゆっくり、のびのびと入浴を楽しんでいる。	
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	眠そうな時や疲れているような時は、デイルームのソファや自室にて、休息がとれるように促している。		
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	職員が服薬管理し、誤薬や未服薬が無いように支援している。服薬内容が変更になった際には、その都度職員に伝えている。		
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	週3回、デイサービスでのレクにグループホームの方も参加し、体操や、ボール遊び、手作業等を一緒に行い、楽しみや気分転換の機会になっている。		
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	行事やドライブを企画し、実施している。一人で散歩できる方には、自身の携帯電話を持参して頂き、連絡が取れる体制を取っている。	年間行事計画が作成されており、牡丹鑑賞や白浜ドライブ等外出企画を楽しんでいる。家族との外泊や外食支援もされている。体調が悪く外出できない方には、代替の企画を工夫している。家族が連れてくる愛犬を利用者は園の周りの散歩に連れ出している。	

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	お金を自由に使うことは、管理上難しい。外出の際や、希望があれば、預り金にて好きな物を購入することが出来る。		
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	本人の希望時にその都度対応している。また、携帯電話を個人で持っている方は、自由に使用している。		
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	施設の壁等を利用して、季節感のある装飾を行っている。	広くゆったりしたリビングでは、気の合った方とソファで団欒したり、毎日、新聞記事に目を通し職員と話したりと家庭に居るように和やかに過ごしている。併設のデイサービスへの行き来も自由で、リクリエーションと一緒に楽しみ、馴染みの方もできている。	
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	ソファーや、日当たりの良い廊下奥で休むことが、いつでもできる。		
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	なるべく自宅で使用していたものや、家族の写真などを持ってきて頂いている。	自分らしく過ごせるよう環境を整えている。慣れ親しんだ家で使用したものや家族写真など飾り、毎朝職員と一緒に掃除をして居心地良く過ごしている。	
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	デイルームや居室の行き来は自由に出来る。廊下や階段・トイレ等には、手すりが設置されている。		