

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	2371401288		
法人名	平成フードサプライ有限会社		
事業所名	グループホーム 名古屋鳴海の家 2号館		
所在地	名古屋市緑区大形山901の2番地		
自己評価作成日		評価結果市町村受理日	平成26年3月24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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	福祉総合研究所 株式会社		
所在地	名古屋市東区百人町26番地 スクエア百人町1F		
訪問調査日	平成25年12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)】

毎年の目標である、ホームの理念、「協力し合える仲間と共に温かく明るい生活を送る、私たちは家族です」を実行出来た年でした。持病の再発、事故等も少なく、退去された、入居者様もなく、健康に過ごせた年でした。また、職員全体で協力し入居者様に対して常に自立支援を意識したケアを心掛けている為、ADLを維持、向上する事ができ、質の高いケアの提供する事でQOLの向上へと繋がっている。又、職員教育として、接遇マナーに、力を入れました。

【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)】

事業所理念である「協力しあえる仲間とともに温かく明るい生活を送る家族です」に沿い、グループホームの基盤である認知症の人の自立生活を促しつつ認知症の進行をできるだけ遅らせ、「ここにきて元気なれた、楽しくなれた、安心できた」という利用者や家族の声があがるような支援に取り組んできた事業所である。実際に入居時にはおむつが必要だった利用者が、日中自分でトイレに行くことができるようになったり、職員の気付きで取り入れた玉入レクリエーションで上がらなかった腕が上がるようになったなど、目に見える結果を生んでいる。常に前向きに、利用者の生活の質を高めていく努力を惜しまず積み重ねの支援を考え、一人ひとりに寄り添って職員、利用者が共に生活をする場となっている。

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、安心して暮らさせている (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	職員の採用時には理念を伝え理解してもらっている。 毎月、職員会議、ケア会議の際、管理者・職員と声を出し読み上げ実践することを自覚している。		
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	地域の紙芝居、手品等、演芸、オカリナ、カラオケ、介護ボランティア、学内の中学生の体験学習を受け入れをしている。 散歩の際、地域住民の方に挨拶を実行している。		
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	町内会の掃除に参加している。 ホームの行事を行う際、案内状を地域の方に配布、子供会の依頼に協力したり、地域の交流に努めている		
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	運営推進会議は2ヶ月おきに開いている、去年より主席者が徐々に増え地域包括センターの方や家族の方にも出席していただいた。 今年度は、会議の前に、ホーム主催の行事に参加して頂き、入居者様と、直接交流して、頂きました。		
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	区役所の生活課、福祉課に出向き挨拶・会話をし協力体制に努めている。今年度は、区役所の紹介による、入居者もあった。		
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	身体拘束マニュアルを作成し、日々業務の会議等で話し合い拘束しないケアを実践している。職員には、年に2回研修を行った。		
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	身体拘束同様虐待防止に、虐待防止マニュアルを作成し職員全員深く理解し実践している。は、年に2回研修を行った。		

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	関係者と相談をし活用している。 現在3名の入居者が活用し、支援している。		
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	入居時、書面を元に口頭でも説明し、理解して頂く様に努めている。特に利用料金や、起こりうる事故、リスク、看取りについての対応や方針を、詳しく説明し同意を頂いている。		
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	必要に応じて家族と連絡、話し合い、相談し、利用者、家族等、運営推進会議のメンバーの意見を受け入れ反映している。ご家族様との、信頼を深める為にも、来設の際はコミュニケーションを大切にしている。		
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	毎日、1～2回職員会議を開き職員の意見を聞き運営に反映させている。運営に関する、担当者を決め運営に、反映した。		
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	職員の資格支援を行い、資格習得後本人の希望を伺い職場環境を整えている。職員からの、提案を、重視し、向上心やりがいを育てるよう、具体的に、配慮推進した。給与のベースUPもありました。また、自立支援や認知症ケアについて管理者の経験を話すなど、やりがいにつなげている。		
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	法人内での研修は定期的に行っている。研修費は、補助を設け、積極的な研修参加を促している。特に、地域が行う講習会に参加したり、行政が行う資格取得の研修に参加し研修内容の報告を、会議で行った。実務者研修、管理者研修を2名が行きました		
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	関連の事業所等の見学や交流により、サービスの質の向上を目指している。今年度は、グループ内で、管理者が、集まり会議を行いました。		

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	入居する際、本人及びご家族様から入居前の生活状況、本人が好きな事、嫌いな事等を聞きホームでの生活にスムーズに移行できるように努めている。本人が、好きな事はケアプランに反映し自行している。		
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	ご家族の話を十分に聞き、ホームに入るにあたっての不安や悩みを少しでも解消できるように努めている。病気等に対しては、病院へ、家族と同行し、関係を深める様努めている。病気に関する理解に対しても双方ともに深める努力をしている。		
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	相談時本人やご家族の思い、状況を確認し、早急な対応が必要な相談者には可能な限り柔軟な対応を行っている。本人、家族の希望はケアプランを作成しサービスを行っています。		
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	支援する側、される側という意識を持たず本人の思いを理解し、共に支えあえる関係作りをしている。職員が利用者に助けられている場面もあり職員と利用者が疑似家族となり、共同生活をしています。		
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	利用者の様子や職員の気付いた事をご家族に伝える際、ご家族の希望にも配慮し、その場で解決出来ることは、解決し、良い関係を築く様に努めている。		
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	昔から利用している美容院に通う利用者や普通っていた習い事の先生の来設がある利用者があり生活習慣を尊重した環境を作っている。また、友人、知人の来設も多い。		
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	個別に話を聞いたり相談に乗ったりしながら利用者同士の関係がうまくいく様見守り状況に応じて職員が間に入り調整役となって支援している。		

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	他の事業所へ転居、入院等で、退去された場合はアセスメント、ケアプラン、認知症の症状、生活の様子等を詳しく、情報を提供をしている。入院後退去者様の見舞いに、出向いている。又退去後、相談に來說された家族もいます。		
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、食事、散歩、レクリエーション、外出、外食、本人の希望を聞き、ケアプランに取り入れるなど、利用者様主体の支援をすることにより、その人らしく生活が出来る様に、また自立支援を主に、ADL、QOLの向上を目指し支援しました。		
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	入居時に本人、ご家族、関係者等が生活状況、生活習慣を聞き取りを行っている。また、日々の生活の中での会話等からからも個性や価値観等の把握につとめている。知り得た情報は記録しケアプラン、日々の生活に反映している。		
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	本人の生活の中でできる事に目を向け有する力が最大限生かされるよう努めている。また、出来ない事でも毎日毎日繰り返す事により、自立支援を行っている。		
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	本人が充実した生活を送る事ができるように本人やご家族の意見を十分に考慮しながら関係スタッフと毎月ケア会議を開き介護計画を作成している。また毎日申し送りをし、チームワーク、チームケアを徹底し支援しました。		
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	介護詳細記録、に身体状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉エピソード等を記録し職員全員で情報を共有している。食事、水分量、排泄、毎日記録し申し送りをすると共に毎月必ずケア会議を開き情報の共有に努めた。		
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、ご家族の状況に応じて通院や送迎等、ニーズに答えている。通院、行政等の手続きの際は、必要に応じて同行もしている		

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	必要に応じて介護保険外の生活支援に結びつくサービスを受け入れられるように努めている。		
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	事業所の協力医の他、入居前からの医療機関にて診療を受けられるようご家族と相談し対応している。 訪問診療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と協力体制を整えています。御家族様へ専門院の紹介、手続き等の支援を行っている。		
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	かかりつけ医等の看護師と相談できる関係ができており、ホーム採用の看護師により、日常の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。また、利用者の主治医とも協力関係ができています。		
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。	入院先への見舞いを頻繁に行い、病院関係者との情報交換をしながら回復状況等を把握し退院支援に結びつけている。		
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	家族、医師、看護師を交えて話し合いを行い、終末に対する対応を定め、ホームの看護師、職員による終末ケアの体制の環境を整えている。		
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	夜勤時の緊急対応についてマニュアルを整備し、消防署の協力を得て応急手当の講習を受け職員が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	災害マニュアルを作成し年2回、消防署の協力を得て避難訓練、避難経路の確認、夜間想定、消火器の使い方等の訓練を行っている。運営推進会議で協力の依頼をしている。災害時の非常食の備蓄をしている。		

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	利用者ひとりひとりに合わせた声掛けをし、自己決定、プライバシーに十分配慮している。 職員は個人情報、守秘義務の保護を徹底している。	
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	職員は利用者と過ごす時間を通して利用者の希望、嗜好を本人が選択、決定できる場面をつくるよう努めている。意思表示の困難な利用者様には、複数の選択肢を提案し本人が決める様に支援している	
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	基本的な1日の流れはあるがひとりひとりが持っているペース、望んでいる嗜好については、本人の暮らしに合わせた支援をしている。本人のしたい事ややりたい事を尊重し実行している。着替、理美容は希望を重視している。	
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	理美容については2ヶ月おきに業者が訪問している。衣類は、本人が選んでいる。なじみの美容院へ行かれる利用者様もいます。 爪切り、耳掃除については看護師が行っている。髭剃りについては毎日行っている。外出時、お化粧をする利用者様には、声掛け、準備をしている。	
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	利用者と職員が共に利用者の希望による、朝・昼・夜・おやつのご飯作り。テーブル拭き、盛り付け、配膳、後片付け等ひとりひとりの能力、やる気が発揮できるよう、場面・役割作りに努めて実行している。時間になると、自ら進んで食事の準備をされ日課になられた利用者様もいます。初め、男性の利用者様は、参加を拒みましたが、今では自らされています。	
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	栄養、水分摂取についてはリストを作成し支援、管理を的確にし、ケアに結びつけた支援をしました。	
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	毎日、朝・昼、夕の声掛け介助を行い、口腔内の清潔保持に努めている。毎食後、嚥下体操を全員で行っている。	

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	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレで排泄できるよう支援している。		
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	繊維質の多い食材や乳製品を取り入れている。散歩、運動等により身体を動かす機会を確保し、自然排便できるよう取り組んでいる。紙パンツ、パット使用者には、本人にあった物を使用している。		
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	入浴日は毎日設け本人の体調希望を考慮している。仲の良い利用者同士は一緒に入浴できるよう支援している。機械浴の設備が有りに必要に応じて、使用している。		
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	日中の活動を促し生活のリズムを整えながら体調や表情、希望等に考慮してゆっくり休息がとれるよう支援している。長年眠剤使用されていた方が、服薬をしなくても、熟睡される様になった利用者様も数人います。		
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	薬管理表の作成や処方箋の活用により職員が内容を把握できるようにしている。処方の変更があったときは、申し送り帳に記録し職員全員が把握出来る様にしている。服薬時は、本人に手渡し飲み込みまで見守る事を義務づけをしている。		
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	ひとりひとりの得意分野で力を発揮してもらえるような仕事を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしている。特に本人のやりたい事はケアプラン(個別サービス)で、自行出来る様に支援している。		
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	季節を肌で感じてもらうよう本人の気分や希望に応じて、日常的に散歩、買物等に出掛けている。週1回必ず利用者全員大型スーパー、コンビニ、等に出掛けている。月2回の外食は本人の行きたい所に行っている。春には、桜の名所へ行く予定をしています		

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>事業所がお金を預かり管理している。、外出時や買物のお金等は自分で払って頂けるように、お金を手渡す等の工夫をしている。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>家族、友人、知人からの手紙には返事を書くよう促している。</p> <p>電話をかけることに関しては相手の状況により行っている。本人の希望により、家族への携帯電話を使用されている利用者様があります。</p>		
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>リビングには行事の際撮った写真や、利用者が作成した物等を利用者と一緒を考えながら掲示し、利用者が自分の住んでいる家だという意識を高めてもらえるような工夫をしている。リビングには、ソファを置き自由に使用して頂いています</p>		
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。上記同様、リビングにソファを置き、自由に使用して頂いています。</p>		
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>使い慣れた日用品や馴染みの物を持ち込んで頂き、安心した心地よい生活を送るよう心掛けている。本人の思いでの品、趣味の物を飾っている利用様もいます。</p>		
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>混乱や失敗が生じそうな場合には、職員全員で状態を把握し、居室入口にわかり易いよう名前を大きく記す。</p> <p>または、馴染みの物を置く等本人の不安材料を取り除く工夫をしている。自立支援に力を入れケアを行っています。</p>		