

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	4790800082		
法人名	合資会社あんど		
事業所名	グループホーム浦西		
所在地	〒901-2104 浦添市当山2-10-10		
自己評価作成日	平成21年10月29日(木)	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	http://www.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4790800082&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	沖縄県社会福祉協議会		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1		
訪問調査日	平成21年12月18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)】

利用者がいつでも外の空気を味わう空間(ベランダ)がある。

【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)】

事業所は認知症対応型のデイサービスや高齢者専用賃貸住宅の複合施設の2階に立地しており、各居室にはウォシュレット付きトイレや洗面台が設置されプライバシーの保護や排泄後の清潔に関して考慮されている。日々のケアにおいては定期訪問の歯科診療を依頼し、摂食、嚥下障害、口腔ケアの重要性を理解してケアに組んでいる。また、終末期を迎えた利用者に対しては十分に話し合いを行い医療との連携を図りながら、利用者や家族を温かく支援している。利用者一人ひとりに寄り添い、ケアの質の向上を目指して積極的に取り組んでいる。

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 ↓該当する項目に○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
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	今ある理念を見直し実践につなげられるように検討をしている。	職員間で見直しを行って作成した理念には地域との繋がりを大切にしながら、常に笑顔で声かけし、利用者に寄り添う介護を目指すことが掲げられ、全員で認識しケアに活かしている。	
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	自治会会長・民生委員・作業所との交流をしているが、更に拡大しもっと多くの方と交流できるようにしていきたい。	職員は近所の方々や子どもたちへ挨拶を積極的に行って事業所を理解してもらっている。近所の団地や自治会との連携を持ちながら、近くの授産施設へ石鹸作りのための廃油提供を行うなど、交流を深めている。	
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	具体的にはやっていないが今後キャラバンメイトの講習を受け、認知症の啓蒙活動を通して地域貢献をしていきたい。		
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	活動報告を行って互いの情報交換ができ、回(10回目修了している)を重ねるごとに交流が深まってきている。	運営推進会議は定期的に関催され事業所の状況報告や活動内容、職員の研修報告をおこなっている。最近では民生委員から相談を持ちかけられることもあり、管理者は今後、なお一層の関係づくりに努めたいと意欲を示している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議を通して連携をとり報告など行っている。	運営推進会議に参加していただくことで、市担当者との関係づくりができ、事業者の取り組みの報告や困難な事例の相談等を行っている。市からは研修会などの情報の提供が得られるようになった。	
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	「拘束や施錠」を日常のケアをとおして今後正しく理解出来る勉強会をしていくことで職員の理解をさらに深めていきたい。	職員は身体拘束をしないケアの実践を正しく理解しケアに活かしている。玄関は施錠をせず自由に出入りができ、車椅子を利用している方で安定した座位が保てない場合もベルト着用などをせず、体位を正しく保つ支援を行っている。	

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
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	きちんとした勉強会がなされていないので今後勉強会の検討していく。		
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	管理者のみの理解になっていると思われるので今後は学ぶ機会をつくる。		
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	家族の不安や疑問に常に答えられるように配慮している。		
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	利用者や家族から意見が言いやすいような環境や雰囲気作りに努めている。	利用者及び家族の意見や要望に対しては検討し適切に対応するように努めている。排泄の失敗が多く、居室を清潔に保てない利用者の家族から、「居室をきれいにしてほしい」との要望があり、全員で掃除を徹底するなどの取組みを行い解決することが出来た。	
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	ミーティングだけではなく日頃から提案や意見を聞くように配慮している。	職員会議は全職員が参加できるように、時間帯が考慮され毎月開かれている。管理者は職員の希望や意見を勘案して月々の勤務表を作成し、働きやすい環境づくりに努めている。	
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	介護の仕事はやはり大変で重労働になりがちなので労働時間やチームの人数を確保し、やりがいをもって働けるように配慮したい。		
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	職場内外の研修を重ね一人一人に力をつけることにより全体のスキルアップを図りたい。		

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
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	地域密着型サービス事業所(県の連絡会・浦添市の連絡会)の研修会等に積極的に参加し交流をしている。		
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	職員とのなじみの関係が出来るまで寄り添い、不安がなく過ごすことが出来るまでいつでも対応が出来るように配慮している。		
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	家族との信頼関係を深めるために利用者の状態や普段の様子などを伝え、家族も安心して過ごすことが出来るように支援している。		
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	散歩や買い物、ドライブなど本人の状況に応じ支援している。		
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	出来る限り利用者の傍らで作業や会話を楽しむようにしている。		
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	面会時に普段の様子や外出したときの様子などこまめに情報を提供するなど、又、病院受診の様子なども報告を行っている。		
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	以前通っていたデイサービスの利用者が訪ねてきたり、近所の方が気軽に来訪できる環境を整えている。	帰宅願望の利用者と共に、以前入居していた利用者を訪問したり、親しい友人が時々訪ねて来られたり、近所の方との交流が持てるような支援に努めている。	

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
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	時々トラブルがあったりすると仲裁に入り関係を壊さないように配慮し、会話が楽しむことが出来るように支援している。		
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	退所(在宅復帰)した利用者宅を時々訪問したり、家族との情報交換をしたりしている。		
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	一人ひとりの性格や思いを把握しその人らしい暮らしが出来るように支援している。	県外出身の利用者が、事業所の生活に馴染めず不安状態が続いたが、本人の思いや意向を把握しながら寄り添うことにより、3ヶ月間で信頼関係ができ落ち着いた生活が出来るようになった。	
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	本人や家族から生活歴や趣味などの情報を収集し、本人に喜んでもらえるように支援している。		
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	今まで出来ていたことを理解し出来ることを奪わないように支援している。		
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	個々の課題を抽出したので今後は家族もチームに入ってもらい、本人の居場所作りが出来るように計画を作成していく。	その人らしい暮らしを支えるための介護計画の作成に努めているが、計画作成にあたって本人や家族等からの情報収集や、評価と見直しに関する記録は十分とはいえない。	利用者がより良く暮らすための課題を確認し記録を整え、評価や見直しにつなげてほしい。また、家族や職員と共に話し合いを行って現状に即した介護計画の作成に期待したい。
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	日々気づいたことは職員間で話し合いをすると共に実践につなげるようにしている。		

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
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	家族の急な要望や本人状態など柔軟な対応が行われている。		
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	地域資源を十分に把握が出来ていないが今後は更に地域を広げていく予定である。		
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	主治医による月2回の往診や月1回の受診を定期的に行い、情報を共有し相談や指導が十分に行えている。	通院は基本的に家族対応となっているが、主治医の定期往診が月2回あり、往診時や歯科受診へ家族が対応出来ない場合は職員が支援を行い、家族の負担軽減に結び付けている。	
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	職場内の看護職からのアドバイスや利用者の変化に伴うアドバイスや指導が十分行えている。		
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。	往診又は受信時には常に助言を受けたり相談でき信頼関係を築いている。		
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	終末期を迎えた利用者家族又は主治医、そのチームと連携し、家族と職員全体で話し合いチーム作りをし支援している。	重度化や終末期にむけた支援を積極的に行っている。終末期を迎えた利用者の昼食を家族が毎日交代で介助を行い、主治医や訪問看護、管理者、介護支援専門員、職員が家族と連携して、安心して最期を迎えられるように支援を行っている。	
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	急変時や事故発生に向けての定期的な訓練が行われていないので今後に向け検討していく。		

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
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	消火訓練を行ったがその他に関することが行われていないので、関係機関と相談を行い訓練が出来ようにする。	消防署による消火訓練が、1階のデイサービス、3階の高齢者専用住宅を含め複合施設全体で実施されたが、利用者を含む避難誘導などの訓練は行われていない。	いざという時に確実な避難誘導が出来るように、避難経路の確認や地域への働きかけを行い、昼夜を想定した避難訓練に取り組んでいただきたい。
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	一人ひとりの人生を考え社会を支えてきた方たちへの尊敬の念をもちながら会話をし対応している。	利用者がこれまで培ってきた背景や誇りを大切に日ごろのケアを行っている。排泄に関しては各居室にウォシュレット付トイレが設置されプライバシーが最大限に守れるよう考慮されている。	
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	研修で学んだ自己決定の対応の仕方を日々職員に伝え実践につなげている。		
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	時間を有効に活用し一人ひとりと関わりが出来るように希望を取り入れていけるように支援したい。		
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回の美容師のボランティアがきて散髪の支援がある。身だしなみや外出時のおしゃれ支援が行えている。		
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	今まで配膳が出来ていた方が出来なくなっているが食器あらい片付けなどは行っている。	利用者の半数以上の方が食事介助を必要としており、誤嚥に気をつけながら時間をかけて食事を十分摂ってもらうことに努めている。管理者が利用者の好みをうかがって献立づくりをして、行事の時はメニューに変化をもたせている。	
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	主治医や歯科医師との連携により嚥下(飲み込み)困難な方への支援や水分補給、利用者一人ひとりの水分チェックを行っている。		

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
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	歯科医師による歯科検診を全員行い職員の口腔ケアの勉強会を行うなど知識や意識をたかめている。		
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	排泄のパターンを知ることにより自然な形で排泄が出来るように支援をしている。	排泄は全介助を必要とする利用者が2人いるが、自立に向けた取組みに努めている。排泄パターンを把握し、誘導することで失禁を減らすように取り組んでいる。	
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	看護師による指導により理解を深め便秘解消に取り組んでいる。		
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	本人の希望やタイミングに添える利用者もいれば職員の配置により時間帯が決まってしまうこともある。	希望によりいつでも入浴ができるように支援をしているが、重度化した利用者を含め全員が入浴介助を必要としており、職員の体制によっては対応が困難なこともある。	
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	本人のペースに合わせた安眠や休息の支援が行われている。		
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	主治医や看護師との連携を図りながら日常の服薬や症状の変化においても支援ができています。		
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	ベランダができ日常の気分転換は行われている。生活歴を活かした役割(お手伝い)はあるものの楽しみごとについては十分ではない。		

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
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	家族に日常的な支援は忙しいので得られないが、ドライブや買い物に出かける機会を作っている。	利用者の体調等を考慮しながら、遠出のドライブに出かけたり、近所のスーパーへ歩いて買い物に出かけるなど外出を楽しむ支援を行っている。外出支援ボランティアの協力もあり、今後はボランティアを増やし、より充実した支援を検討している。	
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	個々に合わせた支援は行っていない。今後検討してみたい。		
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	時々行われている。		
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	出来る限り生活感や季節感を取り入れることが出来るように、空間作りに力を入れている。	みんなで過ごすリビングは採光や風通しが良く、窓からの眺めも良い。職員の意見で玄関部分のおどり場を板敷きの快適空間に変え、閉じこもりがちな利用者の外気浴にうまく活用している。	
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	フロアー以外にも椅子を置いたり、ベランダで運動が出来るように工夫を凝らしている。		
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	今後、出来るだけ本人や家族にとっても居心地よく過ごせる居室の配慮をしていきたい。	利用者の若い時の写真や家族の写真を壁に貼って安心感を与えたり、家族の希望で布団や小物を持ちこんだりしている。転倒防止や足が不自由な方の移動支援のために畳を利用したりして、その人らしい居心地の良い居室づくりに努めている。	
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	バリアフリーだけではなく、本人の出来る能力を見極めバリアありの環境を提供でき自立支援に努めている。		