

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	0272100637	
法人名	社会福祉法人はくしん会	
事業所名	グループホームトント園	
所在地	青森県西津軽郡深浦町沢辺字吉花67-2	
自己評価作成日	平成22年9月30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	http://www.aokai.gov.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=0272100637&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人青森県老人福祉協会	
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階	
訪問調査日	平成22年11月11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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望・要望を優先しながら日常業務に取り組んでいる。 ・利用者の症状に変化がみられたら、かかりつけ医と連携を図り、すぐに受診できるよう支援している。 ・一対一のコミュニケーションを大切にケアを心がけている。 ・職員は仕事上のストレスがたまらないように、月1~2程度の有給休暇をとれる体制をとっている。

【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)】

<p>管理者を中心に職員がとてもまとまっており、利用者・家族の希望や要望を聞き入れ支援されている。また、事業所内も広々としており、開放感がある。管理者は地域の方との繋がりが強く、相談や協力体制も充実されている。受診時は、担当の職員が行き家族にも報告している。訪問や行事も多く利用者がとても楽しく生活している様子がみられる。また、来年度に事業所自体が母体施設の隣に移動になり、1ユニットから2ユニットに増えるが、今から管理者、職員で今後の業務向上の為に日々話し合いされ、今後も利用者、家族が安心できる事業所となるよう努力されている。</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りや深まりがあり、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	・事業所独自の理念をつくっている。	事業所独自の理念を職員全員で話し合い決めている。また、玄関とホールに掲示されており、いつでも確認できミーティング時に理念を振り返りケアに反映させている。	
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	・地域の方々から季節ごとの旬の食べ物等を頂いたり、お祭りへ出かけたり、保育所園児との交流等を行なっている。	年2回法人の合同交流会を行っている。学生、地域の方や他県からの訪問も多く神楽の踊りも見に出かけている。地域の方からの差し入れもあり、日々地域と交流を図っている。	
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	・地域の方々には、折に触れ事業所や認知症高齢者の特性等について情報を発し、理解と協力を努めている。		
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	・意見等を参考にサービス向上に向けて取り組んでいる。	委員の方より年6回は難しいとのことで今年度は3回の予定である。参加者は管理者、家族、施設長、民生委員、地域包括支援センターで、会議後は報告書をまとめ、職員も確認している。	
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取り組んでいる	・お互いに情報交換等を行ないながら連携をとっている。	こちらから相談したり、役場の職員から情報を頂いたり、何でも言える顔馴染みの関係になっている。	
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	・日常のミーティング等で「身体拘束」について再認識、再確認を行ないながら日常業務に取り組んでいる。	職員で勉強会を行っている。また、マニュアルがありいつでも確認できる場所にある。玄関の鍵はされていない。帰宅願望がある方には職員が付き添い、見守りで対応されている。	マニュアルが作成されているが「指定基準における禁止の対象とある具体的な行為」をマニュアルに追記する事でさらに職員に周知されることに期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	・虐待防止に努めている。		

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	・制度についての概要を全職員が把握できるよう努めている。		
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、解約、改定等の際は十分な説明を行ない理解・納得を得ている。		
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並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	・利用者が職員に対して遠慮なく気軽に頼みごとと言えるような雰囲気づくりに日々努めている。 ・面会時には事務所に立ち寄りいただき、要望等を交えて情報交換を行なっている。	担当職員が中心となり家族から意見を伺っている。家族の半数は遠方の為、毎月手紙で日頃の様子と金銭状況を報告している。面会時に意見を伺ったり、ケアプラン同意返信時に要望があれば話し合い対応されている。	
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	・意見や提案を聞きながら業務の反映に努めている。	職員がいちばん利用者の状況や変化がわかっている為、職員の要望や意見を伺い相談しながら行っている。業務改善についてもミーティング等で相談しながら対応されている。	
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	・努めている。		
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	・法人内外の研修を受ける機会の確保に努めている。		
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	・同業者との交流を定期的に行なえるよう努めている。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	・入所前より十分な話し合いの機会を設けて関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	・入所前より十分な話し合いの機会を設けて関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	・対応に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	・一人ひとりについて「できること・できないこと」を把握して、共同し支え合いながら日常生活を送っている。		
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置かず、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	・課題等が発生すれば、その都度ご家族と共に検討し合いながら一緒に支えていく関係づくりに努めている。		
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	・馴染みの商店へ買い物に行ったり、馴染みの友人等との交流が図れるよう努めている。	利用者の馴染みの商店への買い物が日常的に行われている。また、管理者は馴染みの関係の大切さを大事にしており、職員の異動は利用者の影響を考え最小限にされている。	
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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	・気の合う者同士のテーブル配置にしている。 ・気の合う者同士で日々の生活リハビリ等ができる環境づくりに努めている。		

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
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	・退所後においても気軽にホームに立ち寄っていただけるような関係づくりに努めている。		
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	・本人の希望、意向の把握に努め、場合によっては、ご家族と検討し合い協力を得ながら支援している。	職員は日常の会話から利用者の希望や意向の把握に努めている。意思疎通が難しい方には家族から情報を頂いたり本人の行動や表情からも汲み取っている。	
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	・ご家族や関係者等からの情報収集に努めている。		
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	・日々努めている。		
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、ご家族の意向を含め職員の意見を参考にしながら利用者一人ひとりの個別の介護計画書を作成している。 ・本人に変わりがない場合を除き、3ヶ月毎に見直し、評価を行なっている。	担当職員から利用者の状況を聞き、ミーティングで皆で話し合い作成されている。	
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	・個別にケース記録を作成して情報を共有しながら介護計画の見直しに活かしている。		
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、その時々にも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	・受診送迎や外泊時の送迎。または、日用品等の買い物や外出支援など事業所独自のサービスで日常生活への支援を行なっている。		

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
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	・駐在さん、消防署の方々とは年2～3回程度交流する機軸があり、意見・情報交換をしながら協力を呼びかけている。		
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	・本人やご家族の要望を踏まえ、状態に応じて他の医療機関でスムーズに受診ができるよう、早急に紹介状を作成して頂くなど、かかりつけ医と連携をとりながら受診への支援をしている。	入居する時点で家族、本人には事業所の協力医に変更するよう話されているが、今までのかかりつけ医を希望した時は対応している。受診も担当職員が付き添い、家族にも報告されている。担当医ともいつでも連絡がとれる。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	・特養サンタ園の看護師や地域の病院の看護師と相談しながら利用者の適切な受診への支援をしている。		
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、また、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。	・入退院時については、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	・重度化した場合は、以後の方針についてご家族の意向を踏まえ、かかりつけ医や特養サンタ園など関係機関との話し合いを重ねながら支援している。	入居時に母体施設の入所申し込みもされており、重度化した時はスムーズに施設の方に転居できるようにされている。本人、家族も了解されている。	
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	・マニュアルをもとに内部研修を行ないながら万が一に備えている。		
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回避難訓練実施。 ・近隣住民や3地区の消防団へ協力を呼びかけている。	年2回避難訓練の他に町全体の地震想定訓練も行っている。非常食も母体施設に常備されている。また、災害時には隣近所の方や地区の消防団も協力していただける体制ができています。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	・マニュアルをもとに内部研修を行ない、プライバシー保護に努めている。	マニュアルも作成されており、守秘義務、個人情報保護についても勉強会をしている。管理者は日々の業務においての職員の言葉遣いに気をつけている。職員同士もお互い話し合い、気をつけて業務にあたっている。	
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	・一対一のコミュニケーションで本人の思いや希望を把握して、日常的に自己決定できる環境づくりに努めている。		
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し、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	・一人ひとりの生活ペースを維持継続できるよう支援している。		
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	・本人の好みを尊重して任せる。 ・出来ない場合は職員と一緒に選んで支援している。		
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	・職員と共に食材の下ごしらえや味付けなどを行なっている。	利用者は出来る範囲での手伝いをされている。また、職員も昼食は利用者と一緒に食事を摂られている。職員は利用者の好き嫌いを把握し、その人に合った物を提供されている。	
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	・一人ひとりの習慣に合わせてながら食事の摂取量や水分量を確保できるよう支援している。		
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	・起床、就寝時のほか、毎食後の口腔ケアの支援に努めている。		

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
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向けた支援を行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・スムーズにトイレ排泄ができるよう支援している。 ・おむつを使用していない利用者には現状維持を目標に支援している。 	夜間のみオムツ着用の方もいるが日中は声掛けしトイレ誘導をされている。また、排便チェックもされている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日ラジオ体操と全身を動かす運動を行っている。 ・毎日牛乳一杯とヤクルト一本。 		
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、個々に応じた支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者それぞれの入浴日は設定しているが、本人の要望があればいつでも日にちを変更できる体制をとっている。 ・一人ひとりの入浴スタイルで入浴を楽しんでいただいている。 	入浴日は決まっているが、本人の希望に合わせた対応をされている。また、拒否や体調不良時には足浴や清拭にて対応されている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活スタイルをいつまでも継続できるよう支援に努め、休息等は本人の自由に任せている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の目的、内容、副作用等の把握に努めている。 ・利用者に状態変化があった場合は、かかりつけ医に相談して適切な対応をとっていただいている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりが持つ能力を発揮できるような個別の役割等を持っていただきながら日々の生活リハビリの維持・継続への支援をしている。 		
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。また、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	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりの希望を把握し、要望があればその都度外出できるよう支援している。 	日常的に希望があれば買い物に行かれている。天候が良ければ散歩されている。また、事業所で年1回、利用者全員参加でドライブ等を実施している。	

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	・金銭の自己管理ができる利用者には本人に任せるようにしている。		
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	・要望があればその都度支援している。		
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	・花を飾ったり、季節毎の飾りやレイアウトに工夫するように努めている。	季節の花を飾り、その季節に合わせた物を職員、利用者みんなで作成されホールに展示されている。利用者もホールでゆっくりと時間を過ごされている。	
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	・ソファでゆっくり過ごしたり、職員と一緒に過ごせる居場所を確保している。		
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	・自宅から使い慣れたものを持ち込んでいただき、居心地良よく過ごせるよう支援している。	利用者が今まで自宅で使用して馴染んだ物を持ち込んでいただき、安心して生活ができる様に配慮されている。	
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」や「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	・手すりの位置や向きなどに工夫している。		