

### 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	0572610129		
法人名	有限会社水谷		
事業所名	グループホームおた		
所在地	大仙市太田町齊内字中田201		
自己評価作成日	平成23年9月25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	<a href="http://www.akita-longlife.net/evaluation/">http://www.akita-longlife.net/evaluation/</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 秋田マイケアプラン研究会		
所在地	秋田市東通三丁目9番31号		
訪問調査日	平成23年10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)】

一日に3回健康チェックを行っている。(血圧、体温、脈拍)入居されている方の、表情や行動の観察、また、直接肌に触れることにより、体調の変化、心の変化を迅速に察知し、適切に対応できるように心がけている。  
入居されている方が自分の家として生活していけるように環境を整えて生きたい。

#### 【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)】

職員の子どもが学校帰りに寄って利用者のそばで宿題をしているという、家の中に子どもがいる一般家庭と変わらないホームの光景があります。新設した小規模多機能型事業所とは廊下で往来ができ、ボランティアによる生け花教室を通じて、利用者が地域の方と交流されています。利用者一人ひとりが可能な役割を持ち、生きがいを持って暮らし続けることができるよう工夫されており、理念に沿った支援が行われています。

### 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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	代表者と管理者と職員で勉強を行い相互理解を深め一人一人が理念に沿った支援に努めている。	小規模多機能型事業所を新設した際に新しい理念が作成されています。ノーマライゼーション(社会的公平)の思想に基づき、利用者が地域の中で今まで通りの生活が継続できるよう社内研修等で意識付けがされて、日々のケアが実践されています。	
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	子供会との共催による花火大会、地域の行事への参加(児童館の花植え、ゴミ拾い)、ホームの行事への地域住民の方の招待、広報の発行等。	ホームに対する地域の理解は得られており、日常的に交流されています。ホームの広報を通じて近隣住民に呼びかけ、勉強会を開催して認知症の周知を図る取り組みもされています。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	近隣の児童館で地域の方とともに勉強会を開き認知症や介護について学んでいる。		
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	2ヶ月に1回定期的に開催されている。ホームの現状の報告や、運営課題等に対して述べられた意見を業務改善会議で取り上げ、サービス向上に活かしている。	自治会長、地区民生委員もメンバーとなって開催されています。職員は議事録を回覧して内容を把握し、業務改善会議を通じて運営やサービスの向上に活かしています。	
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	運営推進会議委員として会議に参加していただき、現状や課題を報告し、意見をいただいている。生活保護担当者や障害者の担当者からアドバイスをいただくことがある。	介護保険事務所、市担当職員とは連携を密にし、協力しながら利用者の生活を支援しています。	
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	代表者を含め、全職員で「身体拘束ゼロ」に向けて研修を行っている。身体拘束が必要だと思われるケースが生じたときは、身体拘束検討会議で必要性を綿密に検討し、できるだけ拘束を回避する対応ができるようにしている。	職員間でその都度注意し合い、身体拘束の弊害が理解できるよう取り組まれています。状況に応じて本人と話し合いを繰り返し、安全に過ごせるよう支援されています。	
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	代表者を含め、全職員で「虐待防止」について研修を行っている。		

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
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	代表者を含め、全職員で「権利擁護、成年後見」について研修を行っている。必要であれば、家族、あるいは行政機関と相談している。		
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、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、同意のサインをいただいている。		
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	意見箱を玄関に設置しており、管理者が定期的に確認している。面会、電話について、時間以外の制限は設けていない。利用者、家族からの意見は業務改善会議で検討している。	家族の面会は多く、意見、要望が言い出しやすいように配慮されており、運営に反映させる取り組みが行われています。	
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	職員との個別面接、朝礼で出た意見を幹部会議で取り上げ可能であることは反映している。	代表者は頻回にホームに足を運んで職員と会話する機会をつくり、また、申し送りの際の多くの意見を取り入れて運営に反映できるよう取り組まれています。	
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、勤務表の確認、研修状況の確認を行い、各個人に合った、支援、評価を行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	各職員に必要な研修を検討し、社内外の研修の機会に参加させている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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	相互勉強会に参加している。		

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
<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	センター方式等を利用し、本人の人生の足跡を把握し、本人の理解に勤めている。		
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	センター方式等を利用し、本人の人生の足跡を把握し、本人の理解、及び家族の要望の理解に勤めている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	日常生活で行われる、家事等の仕事を職員と本人と一緒にしている。		
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	心身の変化があった時は、必ず家族に報告し、対応策と一緒に考えるようにしている。行事があるときは家族の参加を促し、家族にも運営に参加していただくようにしている。		
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	行きなれた理容所や美容所に通えるように支援している。	家族と一緒に墓参りに出かけたり、友人が訪問してくれることもあり、これまでの習慣や馴染みの人との関係が継続できるよう支援されています。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者に車椅子を押しingいただいたり、利用者同士が共同作業を必要とするようなレクリエーションを行っている。利用者同士の関係性を見ながら食事の席を替えたりしている。		

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	退所後も、利用しているサービス事業の相談員から相談を受けたり、家族から相談を受けることがあり、積極的に援助を行っている。		
<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	センター方式等を使用し把握に努めている。カンファにより、本人のニーズが実行できるように検討している。	毎日の生活の中で利用者の思いを把握して記録に残し、一人ひとりの生活リズムで過ごせるよう支援されています。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	センター方式等を使用し把握に努めている。		
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	センター方式等を使用し把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	サービス担当者会議の開催、家族からの聞き取りを行い、介護計画にいかしている。	居室担当職員の記録を基に行われるモニタリングを活かし、日頃の生活状況を把握したうえで、本人や家族の希望が反映された介護計画が作成されています。	
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	介護経過記録に記載している。個別援助計画を毎月見直している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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	趣味や芸能のボランティアを受け入れて、本人が活躍できる場を作っている。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	基本的には家族・本人がかかりつけ医等を選択している。初診のときは職員が同行するようにしており、その後の通院においても連絡帳に記載し、日ごろの状況を把握していただきやすいように努めている。	受診時の連絡帳には医師の記載もあり、双方向で確認できるように配慮されています。歯科、内科医による往診も可能で、適切に医療が受けられるよう支援されています。	
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			
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。	初診のときは職員が同行するようにしており、その後の通院においても連絡帳に記載し、日ごろの状況を把握していただきやすいように努めている。入院時はせん妄が生じたり、認知症の症状が悪化することもあるため、こまめに面会するようにしている。		
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	契約時に説明し同意していただいている。	事業所では終末期のケア体制をとっておらず、ホームでお世話できなくなった時の対応も含めて説明されています。敷地内に小規模多機能型事業所、高齢者賃貸ハウスを併設したことを踏まえ、今後課題となり得る事に関係各方面と話し合っていられることを期待します。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変や事故発生時についての研修を定期的に行っている。		
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	避難訓練等を定期的に行っている。地域住民の方にも参加いただいている。	毎月26日を訓練の日とし、毎回テーマを決めて実施されています。近隣の協力体制も確保されており、日中、夜間を交互に想定した訓練が行われています。	

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
<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	生活歴等を把握し一人一人にあった言葉かけをしている。目上の人であるので、友達言葉にならないように気をつけている。	一人ひとりの生活歴や人格を尊重し、さりげないケアを心がけて接しています。トイレ誘導の際の言葉かけや入浴時に同性による介助をする等の配慮もされています。	
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	献立を作るときに、利用者の方から希望を聞いている。整容の支援で、髪型や、衣類について本人の希望を聞いている。		
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いか、希望にそって支援している	本人の心身の状況、希望により、仕事、休憩、外出等を決めている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	髪型や、衣類について本人の希望を聞いている。		
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	利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	自主的に手伝ってくれる人、椅子に座ったまま野菜の下拵えをする人等、利用者の力を活かした作業が職員と一緒に行われています。利用者が育てた野菜を献立に取り入れ、在宅時と同じ食器を使用して職員と一緒に食事をされています。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取量、水分摂取量をチェックしている。		
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	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		

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	尿意、便意のある人はトイレで排泄できるように支援している。尿量により、パットの種類を使い分けている。	利用者の排泄パターンを把握し、適切な誘導が行われてトイレでの排泄を支援しています。	
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、夕食時に牛乳、昼食時にヨーグルトをメニューにいれている。ラジオ体操を毎日行っている。		
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や健康状態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	希望、体調に合わせて入浴日にしている。	週2回の入浴は確保されており、利用者の希望によっては毎日でも対応できるようにしています。入浴拒否される利用者には声がけに工夫して誘導し、一人ひとりに合った柔軟な入浴支援が行われています。	
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	明かりを全部消している人もいれば、扇風機を使用しておられる方もおり、一人一人に合わせている。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	受信記録の記入、確認。服薬内容に変更があった場合の本人の体調の変化を細かく記録に残している。その記録を受診時に医療機関に情報提供している。		
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	コーラの好きな方にはおやつにコーラを出し、麺類が好きな方には昼食時に麺類を出している。役割も一人一役を担っていただいている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	毎月1回の外出には家族にも連絡を取り、可能な限り付き添っていただいている。	計画的に外出の機会をつくっている他、畑で野菜や稲を育てて利用者の楽しみとなることを工夫し、ホームに閉じこもらないよう支援されています。墓参りに出かける等、家族の協力も得られています。	



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
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	外出時、病院受診時に家族または職員が付き添い、本人に会計をしていただいている。		
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	電話を使用したいときはスタッフが手伝っている。年賀はがき、その他手紙を希望する方へスタッフは手伝っている。		
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、臭い、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	季節の花を飾ったり、温度、湿度を調整し居心地よく過ごせるようにしている。	ホールは季節感や生活感を採り入れた装飾やソファが配置され、思い思いに過ごせるように工夫されています。外でお茶を楽しめるスペースもあります。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	廊下にソファ、座椅子を置き思い思いの場所でくつろいでいただいている。		
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	自宅で使用しておられた私物を持ち込み自宅と同じ並びにしている。	利用者の好きな花の名前をつけて居室の目印にしています。ベッドや布団を利用者の習慣に合わせて使用し、個々の生活の場として暮らせるよう工夫されています。	
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	車椅子の方でも手洗い後、水を止めることが可能なように紐を下げています。		