

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	3090100383		
法人名	ニチイ学館		
事業所名	ニチイのほほえみ和歌山城北 (けやき)		
所在地	和歌山県和歌山市二筋目11番		
自己評価作成日	平成22年7月20日	評価結果市町村受理日	平成22年10月4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.kaigokohyo-wakayama.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3090100227&SCD=320
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪府北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成22年8月2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)】

認知症高齢者のBPSDにより対応困難な方、重篤な疾患を持っている方にもスタッフの力はもとより家族様や訪問看護との連携で対応している。開所して7年目となり継続して入居されている利用者のADL, IADLも低下してきているが、なるべく今の生活機能を落とさずに笑顔をはきだす支援をしています。

【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)】

「明るい笑顔はみんなの宝」とホーム理念に掲げ、実践の為に具体的な支援目標を月々に決めて、職員は利用者の笑顔の為に努めています。経年の中で介護度が重度化しており、本来のグループホームの共に歩む生活が厳しくなる中で、如何に利用者の楽しみ事を見つけたかと、日々苦慮されています。その中でも食事の楽しみは大きいと、昔ながらの料理を大切に考え利用者の思い出に繋がる献立になるよう配慮するなど工夫をしています。設立当初の職員が多く、実践者研修の修了者もたくさんおり、習得した知識をどの様に伝えていくかの課題と共に、職員は日々の実践を重ねています。身体拘束をしないケアについての理解や実践におけるケアの理解、重度化の中での利用者への対応など、大きな課題に向けて、出来る事から前向きに取り組んでいます。

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
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	毎日朝礼で唱和している ホームの理念【明るい笑顔はみんなの宝】を共有実施している。	ホーム理念を掲げ、その実践の為に具体的な支援目標を月々に決めて、職員は利用者の笑顔の為に努めています。地域との関わりについては支援目標に位置付けています。	
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	地域の老人会の訪問などで交流をしている。	日々の買い物では、米や野菜、肉や魚など地元の商店に依頼するなど関わりを深めています。ボランティアの来訪があり、交流機会となっていますが、地域との関わりはまだまだ不十分と考えられており、引き続き関係の構築を目指しています。	
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			
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度運営推進会議を行い他の施設、利用者の家族の意見を聞いている。現況報告も行っている。	運営推進会議は2ヶ月に一度行われており、ホームの状況や利用者の様子を伝えたり、意見を求め運営されています。看取りの状況報告等では、具体的な質問や意見が出るなど活発に会議が進められています。家族には、月々の「ほほえみだより」で出席依頼や会議の内容の報告を行っています。	
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取り組んでいる	運営推進会議への参加依頼、市、開催する認知症ケアについての研修等に参加している。	運営推進会議の報告は、市の定めた様式で記載報告を行っています。困難事例や相談事があれば市に出かけ気軽に相談するようにしています。	
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	身体拘束をしないケアを行っている。勉強会を行っている。	身体拘束をしないケアに向けた勉強会を行い、職員の理解を深めています。実際には危険防止の為に職員間や家族と話し合い、夜間の時間帯によっては拘束に至る事もあります。玄関の鍵は基本的には施錠せず開放されています。	
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	高齢者虐待防止研修実施 虐待しない、させないの徹底		

ニチイのほほえみ和歌山城北（けやき）

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	成年後見制度利用者1名活用している。		
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	事前にあセスメントを行い利用者や家族と話し合うようにしている。		
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	面会時、運営推進会議、行事参加時など、来訪時に話を聞く。	家族の運営推進会議への出席があったり、日常的に訪問も多く、来所時には意見や要望を聞くようにしています。また遠方のため来所しにくい家族には絶えず状況の報告を行い意見の収集を図っています。出された意見等は運営に反映できるよう取り組んでいます。	
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	ホーム会議、勉強会などに意見を聞く。	全体会議等ではなかなか意見が出ない時もあり、フロアーリーダーなどがクッションとなり意見をまとめています。出された意見は管理者と話し合ったり、ミーティング等で検討されています。また処遇やケアに関して個別の悩みなどは管理者が直接面談を行い聞くようにしています。	
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	21.10.1.吸収合併より、労働条件等わからないことが多く、やりきれない気持ちを持っている。		
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	内外研修回覧し、希望者の業務の調整を行う。アセスメントにより、利用者(家族)の要望をケアプランにあげ統一した支援をする。		
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	運営推進会議での交流		

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	内外研修回覧し、希望者の業務の調整行う。アセスメントにより、利用者(家族)の要望をケアプランにあげ統一した支援をする。		
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	サービスを導入する前に、家族とカンファレンスを行っている。		
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	アセスメントを行い利用者、家族の話を聞いている。		
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	本人が出来る事をスタッフと、一緒に行ってもらう。		
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	ケアについて家族とカンファレンスを行っている。		
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	家族の写真を飾ったりいつでも家族と面会できるようにしている。	散歩途中に以前住んでいたところを眺めたりしています。お正月やお盆は出来るだけ帰宅できるよう家族に働き掛けています。	
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	利用者全員で楽しんでもらえるようなレクリエーションを行っている。		

ニチイのほほえみ和歌山城北（けやき）

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	入院時にはスタッフがお見舞いに行っている。		
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、家族の希望を聞き応じるようにしている。	初回のアセスメントは、訪問や来訪の中で、家族の困っている事を中心に聞き取っています。入居後はセンター方式のすべてを埋めていくよう、家族や利用者の声を記録に繋げています。意思疎通が困難な場合は今まで利用のケアマネージャなど関係する方々からの情報も参考にし、利用者本位に検討しています。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用者との会話や家族に話を聞き記録している。		
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	一人一人の様子を毎日記録し申し送りをしている。		
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	カンファレンスを行い本人、家族の希望を取り入れ計画を作成している。	ケアプランは、入居時の暫定1ヶ月での見直し、以降は3ヶ月毎に評価し見直しを行っています。見直しに当たっては、日々の記録や担当者の意見をもとにし、看護師や医師の受診記録や意見を反映して行われています。また、家族の意向を確認しプランを見直しています。	
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	スタッフ間で連絡ノートを作り個人または全体の情報を共有できるようにしている。		
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	訪問看護(1/2週) 訪問マッサージ(2/週) 訪問歯科(適時) 訪問理容(1/2ヶ月)		

ニチイのほほえみ和歌山城北（けやき）

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	ボランティアなどを招いてのレクリエーションや外注のなどを定期的に行っている。		
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	各利用者の主治医との連携、定期的な往診。	入居時にはかかりつけ医の希望を聞き、希望に沿って選択いただいています。今までのかかりつけ医の受診や往診があります。毎週の訪問看護の来訪があり、24時間の安心な対応がなされています。眼科や歯科は状況によって往診頂けます。	
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	2週間に1回訪問看護に利用者の状態を伝えている。報・連・相の徹底。		
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。	入院時は定期的に病院に行き病院や家族の話聞き状況を把握する。		
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	状況に応じてカンファレンスを行っている。	入居時に「重度化した場合における対応指針」を家族と交わし理解を得ています。重度化の中では、何度も医師や看護師、家族を含め、終末期に向けた方針が話し合われています。職員間でも話し合いを重ねて理解と共に対応したり情報を共有しています。	
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	数年前に普通救命講習を受けたが、定期的には行っていない。急変時の対応マニュアルを作り各自把握している。		
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	不定期だが避難訓練を行っている。非常食の管理は担当者を決めて行っている。	防災訓練は、年1度消防署の立会いのもとに、3ヶ月に一度自主訓練を行っています。消防署のアドバイスに沿って、非常口まで全員が集まれるよう訓練を重ねています。運営推進会議で報告を行っています。	住環境的に近隣との付き合いが構築しにくい状況がありますが、近隣への声かけで更に地元との関わりが出来るような働き掛けがなされることを期待します。

ニチイのほほえみ和歌山城北（けやき）

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	挨拶、言葉かけは笑顔からと目標にあげ、実践している。	接遇姿勢に対して、支援目標を定め注意喚起を行っています。声かけには日常的に注意をするようにしていますが、時には声が大きくなるようなこともあり、大声を出さないなど具体的に話し合うこともある。	
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	希望は聞けていない。自己決定は出来る限りしてもらっている。		
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	一人一人のペースを大切にそのペースで生活してもらえるように支援している。		
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	散髪は訪問理容により行っている。		
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	調理は基本職員が行っている。食べたいものを聞きメニューに加えている。簡単な調理は手伝ってくれる。	利用者の希望を献立に加えるようにし、近所の商店で品物を発注しています。不足の物やおやつ等を、利用者と職員は買いに行っています。重度化の中で外食機会が減っており、弁当を取ったり、業者に依頼して目の前で寿司を握ってもらう機会を作るなど、食事の楽しみへの工夫を行っています。	
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	食事量の確認、水分量のチェックを行っている。		
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	起床時、夕食摂取後口腔ケアを行っている。		

ニチイのほほえみ和歌山城北（けやき）

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	時間を決めてトイレ誘導やトイレの声かけを行っている。	利用者毎の排泄表状況の把握で、トイレ誘導を心がけています。オムツから紙パンツへの変化など、排泄誘導の中で一歩ずつ自立に向けての支援に努めています。	
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	個々に応じた排便コントロールに取り組む（食材、水分、運動、緩和剤）		
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	時間帯は決めている。	基本的には午後から夕食前が入浴時間となっています。毎日湯を張りいつでも入浴が可能な状況にしています。拒否傾向の方には、タイミングや職員が代わって声かけをするなどの工夫の上、2日に一度は入浴に繋がるように努めています。重度の方に対しては3人がかりで入浴援助を行っています。	
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	居室の室温チェックや天気の良い日は布団を干している。		
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	居宅療養管理、服薬の支援、飲み込むまでの確認の徹底。		
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	天気の良い日には、散歩に出かけ気分転換を行っている。		
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	できていない。天気の良い日には散歩に行くように心がけている。	天気の良い日には出来るだけ散歩にでかけるようにしていますが、重度化の中で十分にはできない状況もあります。外出できない時にはウッドデッキで日向ぼっこをしたり、畑やプランターの花などを楽しむようにしています。	

ニチイのほほえみ和歌山城北（けやき）

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	ホーム入居は本人がお金を持たない事が条件になっている。		
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	本人希望、家族の了解のもと支援している。		
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	ホーム内(リビング)は室温管理、換気を十分に行っている。	季節を感じられる草花を置いたり、利用者職員との合作した飾り物を飾っています。サンデッキからの光があふれ、利用者はリビングで寛がれています。キッチン越しに職員との会話が弾み心地よい空間となっています。	
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	時間をずらし一人になれる居場所づくりをしている。		
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	なじみの、椅子、家具、置物を置いている。	各居室には使いやすいクローゼットが設置され、比較的シンプルに整った居室となっています。利用者は使い慣れた鏡台や椅子、小ダンスなどを持参され、人形や家族写真等で居心地の良い環境を作られています。	
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	転倒リスクが高い、移動導線には自立歩行を促す為、椅子を置き、手すりの代用としている。		