

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	3170201184		
法人名	株式会社 あかり		
事業所名	グループホーム東福原の家		
所在地	鳥取県米子市東福原7丁目10-35		
自己評価作成日	平成26年11月15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.kaijokensaku.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigvosvoCd=3170201184-00&PrefCd=31&VersionCd=
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市宗像53番地46		
訪問調査日	平成26年11月25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)】

その人らしく生活が出来る様、尊厳やプライドに配慮し支援をする。また、家族、友人がいつでも交流出来る環境を整えており、日常生活に楽しみを感じて頂く、季節感を感じ、気配り、目配り、思いやりを実践し、ゆとりを大切にしている。言葉使い、声のトーン、歩き方、動き方を常に心掛け精神面の安定が計られる様に心掛けている。

【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)】

民家、クリニックなどが建ち並ぶ静かな住宅街の中にある平屋建のホームである。開所して10年になるが掃除が行き届き清潔感がある。家庭的な雰囲気、利用者に対する言葉遣いをはじめとした尊厳を大事にする姿勢が感じられる。利用者の表情も穏やかで、職員とゆったり過ごしておられる。週1回、系列のリハビリテーション病院から、OT・PTの訪問が有り、身体機能の維持に繋がっている。

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 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	外部評価		
			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	行事等に参加し、地域の中で生活出来る様心がけている。	「入所されている皆様が、生きがいを持ってその人らしく生活出来る様に支援させて頂き、共に生きる」という理念のもと、理念は玄関と台所に掲げてあり、業務の始まりに確認してから支援されている。	
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、地域活動への参加。公民館祭、周年祭、敬老会、子育てサークル歌のボランティア、折り紙の会との交流。	3年前から自治会に加入し地域活動にも色々と参加したり、ホームの周年祭にも地域の方にも参加頂き地域とのつながりを深めている。折り紙や子育てサークルがボランティアで来られる。ちまき作りをした時は地域の方々にも配り喜んで頂いた。公民館とも交流があり利用者の作品を文化祭に出展されている。	
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	地域の活動に参加し、認知症についてお話をさせて頂いている。		
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	地区行事への参加。家族様来所され意向を聞きそれにそった支援を行う。取り組みも説明する。地域生活環境の情報の共有。	2ヶ月に1回開催されている。家族代表、市役所、地域包括支援センター、自治会長、民生委員参加されている。家族の方よりの意見を取り入れサービス向上に役立てている。又、自治会長さんや民生委員さんより地域生活での注意点など色々な情報を頂き役立てている。	
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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催し、市役所、包括との連携を図る。空き状況の伝達。事故発生状況の報告も行わっている。	運営推進会議にもしの長寿社会課職員に参加して頂いている。事故報告、消防訓練報告をされている。また、包括支援センターとはホームの空き状況など情報交換を行っている。	
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	施錠せず、自由に出入り出来る。外出自由に行動されている。ホーム前交通量が多く安全に見守り支援を行っている。	玄関の施錠は夜間のみいつでも出入りできるようにされている。研修にも参加され職員に伝達され周知できている。拘束をしないケアについては日々の業務の中でも注意しながら取り組まれている。スピーチロックについても同様に注意しながら支援を行っている。	

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	介護上虐待の事実はない。		
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	認知症介護研修に参加し、職員はほぼ理解している。		
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	契約時、説明し、家族の意向や理解を図っている。		
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	地域、家族と交流し、出た意見、要望を反映出来る様努力している。(意見箱の設置)	面会等に来られた家族には、声掛けを行い都度、要望、意見を聞いている。家族や利用者から頂いた意見・要望は職員連絡ノートに記入し、全職員で共有するようにされている。意見、要望を活かすため会議等で話し合われる。	
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	会議をし、意見を聞き、話し合いの場を設けている。	日頃から申し送りを含め話し合いの場を多く設けてある。気にかかる事があれば職員連絡ノートに書き提案できる。普段から管理者、職員間の連携が取れている。また、法人も職員を始めホームの意見、要望を聞いている。	
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	助言、援助を行い、その都度解決する。		
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	研修等の推進をして頂いている。		
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	相互研修、介護初任者研修養成の勉強の場となっている。		

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	本人との面接で、意向を聞く、入居前の情報の提供を把握する。	
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	家族の意向を聞く、入居前の情報の提供を把握する。	
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	家族より要望等聞き対応している。	
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	本人の得意とする事を手伝ってもらいながら、共に生活している。	
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	行事に参加しながら、家族との交流を支援する。	
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	地元のお祭り参加、話題の提供。なじみの方との交流の場の提供、週一回の移動パン屋での買う楽しみの提供。	家族、友人、近所の方など面会に多く来られる。地元の神社のお祭りに参拝や地元である淀江町のお祭りに職員や家族でお連れする等、馴染みの場所や関係継続の支援が行われている。移動パン屋が週1回来るので利用者も楽しみにされている。
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	席の組合わせを実施し、一人一人孤立しない様努めている。	
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	退去後の面談。様子確認。	

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	本人の意向を把握し、困難な方は、個別に支援させて頂いている。	ゆっくり時間をかけて話したり、表情や行動から思いや意向を把握するようにされている。困難な方にはアセスメントや過去の生活歴、家族の方からの話から思いや意向を把握している。	
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	入所時に情報提供を受け、家族の方からも聞き、把握に努める。		
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	申し送り時、心身状態の把握、バイタルチェックの実施。		
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	スタッフとのモニタリングを行いながら、家族との意向を聞き、計画を作成している。	日々、何らかの変化があるので、モニタリングをしっかり行いながら、細かいケアをされている。評価は2か月1回実施されている。早急に対応が必要な時はその都度行われている。計画作成に当たっては、利用者や家族、医療機関と連携を取りながら作成されている。系列病院より週1回OP・PTがの訪問があり、個別リハにも活かされており、ケアプランにも取り入れ身体機能の維持が行われている。。サービス内容の記録も確認できた。	
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	日々の状況をケース記入し、情報を共有し、モニタリングをしながら計画の見直しを行う。		
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	地域の行事参加に取り組み、担当スタッフとのお出かけ等工夫しながら支援している。本人の得意とすることが途切れる事なく支援を継続する。		

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	地域活動の参加、外食、年間行事等での地域の方との交流。		
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し、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	定期往診を受けながら体調管理を行う、主治医、24時間対応可能、健診、臨時受診を合わせて行い、医療を受けられる様支援している。	かかりつけ医は全員協力医療機関である加藤クリニックである。24時間対応可能で月2回往診がある。歯科については協力医による随時の往診がある体調管理についてかかりつけ医や協力医療機関と看護師は連絡を取り合いながら支援を行っている。往診後の内容は家族に報告されている。	
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	情報の共有をして支援している。		
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	情報提供し、安心して治療できる様病院との情報交換や相談に努める。面談し、状況把握に努める。		
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	病状の悪化は速やかに家族、医師との連携を図る。	現状としてホームで対応できる限りの所まで行うが看取りまでの対応できない旨は、家族の方にも説明されている。病状が悪化したときは速やかに家族、医師と連携を図っている。重度化、終末期の支援等について講習や研修はその都度行っている。	
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	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、身につけている。AED設置。		
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	赤電話により、消防署と警察に直電になっている。地域にもAEDの設置の開示を行っている。火災通報装置連動システムの設置の検討。	避難訓練は火災、水害、地震を想定して年3~4回、うち1回は消防署立会いで行っている。入浴時の避難方法についても職員間で話し合い、利用者のプライバシーに対応すべくバスロープで対応されこととなった。災害時は自動火災報知器の電話により、消防署と警察に直通になっている。AEDも設置し近所の方にも告知された。	運営推進会議等で協力支援を依頼されると良いと思います。特に災害時の避難場所で入居者の安全確保の協力をお願いされると良いと思います。

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	日々の生活の中でプライバシーの確保、尊厳に配慮した支援に心掛けている。	全室トイレ付の居室となっているため、トイレ誘導の際も「お部屋に行きましょう」とまず声掛けしてから行われている。また、リハパン等のごみ処理も手に触れない形で対応されていた。声掛け、言葉遣いにも注意を払いながら支援を行っておられた。	
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	常に言葉掛けを行い、思いや希望を表せる様努めている。		
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、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	スタッフ優先でなく、一人一人のペースを大切に、その日をどの様に過ごしたいか希望によって支援する。		
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	その人らしい身だしなみやおしゃれが出来る様支援する。(衣類選びをして頂いている。身だしなみを整えている。)		
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	利用者様の好みを聞きながら、季節の物を取り入れた食材等を提供。食事片付け等は一緒にする。低栄養者の方の補助食の提供。	入所者の好みを聞き誕生日等の献立に取り入れられたり、季節の食材を取り入れて手作りの食事を作られる。可能な利用者には料理の下ごしらえや茶碗洗い等の食事の後片付けを職員と一緒にされていた。職員も一緒に席につき食べ、会話が溢れ楽しい食卓となっていた。鍋パーティーやBBQ、忘年会など食の楽しみも多々ある。	
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	水分量チェックを行い、食事や水分量が確保出来る様支援している。		
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	毎食後、一人一人の口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。		

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	個々に合った支援をしている。残存能力を生かせる様、排泄状況により対応する。(布パンツ→リハビリパンツ)	トイレで座っての排泄を基本に支援を行っている。利用者全員トイレでの排泄となっている。排泄チェック表で個々のパターンを把握し介助が行われている。その時々に応じて、布パンツ、リハパンを使い分けるようにされている。	
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	水分に気を付けている。排便確認も行っている。		
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	週2から3回入浴されます。拒否の方はなし。午前、午後どちらでも入浴できます。柚子湯など季節に合わせたお楽しみ入浴も行われている。	臨機応変に対応されており、週に少なくとも2～3回は入浴いただいている。午前、午後どちらも対応されている。清潔保持が必要な場合には毎日の入浴にも対応される。この時期はゆず湯を楽しまれる。	
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	本人のペースに合った状況で対応。冷暖房の管理。		
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	誤訳がない様に、服薬支援を行っている。		
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	毎日の会話の中で季節をお伝えし、季節食、行事食を召し上がって頂いたり、気分転換につながる様支援させて頂いている。		
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	本人の意向を聞きながら、担当との外出を行う。地域の方々と協力しながら敬老会に参加する。家族との協力で故郷に帰省する。	買い物に出かけたり、ホームの周りを散歩される。外出によってはお化粧やおしゃれして外出される時もある。家族と故郷に帰省され喜んでおられた。市の敬老会に参加され楽しまれた方がある。また、パチンコに出かけられた方もあった。	

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	希望があればお金を所持して頂き、買い物に出かけて頂いている。		
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	取次ぎを行う。		
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	生活感、季節感のある環境作りに努め、清潔なホーム作りをしている。	玄関が広く出入りしやすく、廊下も広く開放感ある作りとなっている。玄関先の鉢植えの花がきれいに配置されていて、出入りする方の目を和ませてくれる。廊下の壁に利用者の書画、季節の折り紙等の作品が飾られ、居心地良く過ごせるよう工夫されていた。また訪問当日、クリスマスツリーの飾り付けを利用者、職員一緒に行っておられ、笑顔と楽しい歓声で溢れていました。	
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	居心地の良い場所作り(リビング、ソファ、玄関横のソファ)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	使い慣れた物、思い出の品を置いて頂き安心、安楽に生活出来る様環境作りを工夫している。	自宅から持ち込まれた家具、テレビ、仏壇が置かれ居心地良く過ごせる環境作りをされている。又、各居室にあるトイレの臭いもなく、掃除も行き届いている。	
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	安心、安楽に生活出来る様環境作りを工夫している。		