

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 2丁目)

事業所番号	06		
法人名	株式会社ケアネット徳洲会		
事業所名	グループホームふきのとう		
所在地	山形県新庄市大字鳥越字駒場4519-2		
自己評価作成日	平成 26 年 10 月 28 日	開設年月日	平成 23 年 8 月 1 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)】

1丁目と同様。
---------

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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.kaigokensaku.jp/06/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/06/index.php</a>
----------	---

【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)】

1丁目に記載
--------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(株)福祉工房		
所在地	〒981-0943 仙台市青葉区国見1丁目19番6号-2F		
訪問調査日	平成27年1月8日	評価決定日	平成 27年1月 1

## 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、活き活きと働いている (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		

## 山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

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>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、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	毎日の朝礼にケアネット徳州会の理念、GHふきのどの理念の唱和を行っている。	法人(ケアネット徳州会)と事業所の理念を朝の申し送りの時に唱和し、日々のカンファレンスの時サービスの方向性を話し合う時に理念を念頭に置いた話し合いがなされている。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	事業所の行事参加のお知らせを行い、御協力をお願いしている。散歩に出かけた場合は、地域の皆様にご挨拶をさせて頂いている。	利用者は散歩や買い物の時に近所の方との挨拶。事業所として地区全軒に配布し事業所の名前を知ってもらう取組もしている。	地域との関係を密にして行く努力がされているが、更に地域との連携を図っていく取組をしていくことが期待される。	
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	広報紙を作成し、日頃のホームの様子を地域の皆様にお伝えしている。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	出席頂いた皆様への連絡、報告を行い意見交換や助言を頂きサービス向上に努めている。運営推進会議での議事録は、ホーム玄関に設置と利用者家族にもお便りにて報告している。	2ヶ月に1回運営推進会議を開催している。出席者は福祉事務所、地域包括支援センター。家族、区長(4区)等で防災訓練の日にも見学して頂いた。事業所の近況報告や課題になっていること等に意見を頂き、サービス向上に活かす		
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	運営推進会議を利用させて頂きお伝えし、相談、協力関係を築く努力を行っている。	運営推進会議に参加して頂いているので、事業所の様子を理解しているので、電話等での相談には速やかに対応して頂いている。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	基本身体拘束は行わないケアを実践するようにしている。日々利用者の状況を観察し、拘束によるリスクを定期的にカンファレンスし工夫しているが、B PSDの症状が強い時など、やむおえず玄関に施錠している場合も見受けられる。	2丁目(ユニット)でベットの柵を使用するに家族の了解を得ていたが、改善策として、ベットから布団に替え柵の利用をしないように改善した。6月に身体拘束の勉強会を地域包括支援センターの講師派遣を依頼するなど、事業所として年1回は勉強会を行っている。		

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	勉強会を開催し学ぶ機会を設けている。		
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	権利擁護の勉強会に参加し知識を深めているが、実際には活用している例は無い。		
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	本人、家族の不安を取り除き安心感をもって頂けるような説明を行っている。		
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	面会時に状態報告や近況を報告し、玄関先に意見箱を設置し、家族からの率直な意見や要望を聞けるように心懸けている。	法人(ケアネット徳州会)として、5月にアンケート調査を実施、その結果家族との関係は、いい結果であったが、日常に於いて毎月のお便りで近況報告したり、意見箱を設置しているが、現状では意見を吸い上げることが困難な状況で	
11		○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	全体会議やカンファレンス必要に応じた意見交換をおこなっている。年数が経過すると物品の破損とうもあるが購入まで本社の稟議が下りるのに時間を要す。		
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	正社員は自己評価提出を行い給与算定が行われているが、非常勤職員は年数が経過し資格習得行っても正社員になれないなど、整備されていない。		
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	施設外研修に多く参加できるように配慮し、全員が何らかの研修に参加できるように実際取り組みを行っている。	教育計画として法人本部より、研究課題が配布され事業所で1年間の計画として作成されている。外部研修には、全職員は1回は参加するように計画している。	

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	
14	(8)	○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組みをしている	地区ブロックGH連絡協議会最上地区ブロック連絡協議会に参加、情報交換や交流を図り親睦会に参加している。	GH協議会の村山地区と最上地区に参加している。交換実習にも参加して、現場での情報交換をしてサービスの向上の為に話あっている。		
<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	本人の言動、行動を観察しその方に合った対応を行い安心して生活できるような環境の構築に努めている。1対1の個別対応を行っている。			
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	家族の思いや要望を受け入れ、常に傾聴を行い家族が不安だと思っていることは、取り除くように努力している。			
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	利用者の状況と家族の要望を伺いながら支援の方法を検討している。			
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の状況を観察しながら、GH環境に慣れて頂くように努力している。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	家族の関係を構築し、生活の中から共に出来ることを見出しながら、一緒に出来るようにしている。			
20		○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	馴染みの方との関係が維持できるように支援している。			

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
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	利用者同士の仲を取り持つ共通の話題作り行ったり、居室にこもりがちの方には本人の趣味、嗜好に合う事柄に参加できるよう声がけ支援を行う。		
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	サービス利用終了後もいつでも来居できるような環境作りを行っている。		
<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	本人の希望や意向をケアプランに盛り込み、本人の希望に沿うよう実施している。	職員の話しかけで利用者の意向や思い、要望を聴いている。職員で情報を共有している。	
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	家族からの聞き取り、フェスシートの記事より参考にて把握に努めている。		
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	日々の生活を見ながら、変化があった時に状態を観察しながら速やかに受診等が出来るように努めている。		
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	1ヶ月ごとに評価を行っている。三か月に一回のケアプランの見直しも行っている。専門的な事は専門的な方に確認しケアプランの中に反映している。	日常生活の記録より、毎月の評価と3ヶ月毎の見直しで利用者の意向、思い、状況を共有している。	
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	日々の記録物やスタッフ間の情報をもとに定期的に見直しを行っている。変更したりした場合は家族、医師、看護師に確認しながら行っている。		

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	
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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				
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	地域の方に支援できるようご協力して頂いている。			
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、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支援している	医療連携のある病院があり必要があれば受診している。	協力医により月1回訪問診療(2名)が行われている。かかりつけ医には家族が通院同行であるが、同行できない時は事業所で同行している。精神科への通院は事業所で日常の状況を話す為同行している。		
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支援している	毎月訪問診療・訪問看護があり報告、相談、連絡を行っている。			
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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	情報提供を行い退院時には家族と一緒にムンテラに参加し情報を共有し今後の注意点等も確認している。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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期をどのように迎えられるか家族と話し合い選択して頂きホームで看取りを行う場合には家族、医療機関、ホームと話し合いを行い取り組んでいる。利用者にとった提供を行っている。	重度化した場合の対応指針は入所時に同意書を作成して説明している。看取りは昨年より、家族、訪問看護、かかりつけ医の協力で実施、職員の協力と体制作りが大切である事を理解できた。		

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
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	定期的に訓練はしているが早期に病医院受診を行っている。		
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	避難訓練を年2回実施している。	年2回避難訓練が行われている。7月は消防署参加で通所介護と日中を想定で実施された。11月は徳州会病院、すまいるホーム、グループホーム等で利用者参加で行い、3月は夜間想定 <small>の訓練を行う予定。食糧品、水、米等の備</small>	
<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	利用者一人一人の性格や状況を把握しながら言葉を選び安心して頂けるよう努力している。	研修の年間計画の中に個人情報、守秘義務と合わせプライバシーに関する研修が計画されている。日常のサービスの中での言葉使いに関しては職員同士気をつけている。	
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	働きかけはしているが決められない場合は二つ提示し選んでいただく。自己決定できるようなお話や希望や提案を頂く努力をしている。		
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	業務の流れではなく希望を確認しながら支援している。拒否された時は無理に誘わず時間を置いて声かけを行っている。		
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	自分で出来なくなっている場合は促して行ったり希望により衣服を選らんで頂けるよう支援している。		
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	その人が出来る範囲で調理、盛り付けと一緒にやっている。その他月一回のお寿司の日を設けたりしている。時々外食も行っている。	食材は業者に依頼している。調理に関わる利用者は1丁目にはいない、盛り付け等には3人ほど協力している。2丁目は干し柿作りや調理にも参加している。郷土料理(笹巻き、干し柿、冬至かぼちゃ等)を楽しみにしている。	

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
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	無理せずその人に合った支援を行っている。食事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に、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	毎食後口腔ケアを行っている。		
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向けた支援を行っている	一人一人のパターンを見つけ自立に向けた支援を行っている。パットが尿量と合っているか見当も行っている。	1丁目はオムツ使用者は昼夜いない、失禁はあるが、基本的にはトイレでの排泄である。2丁目は介護度の高い方がいるためオムツ利用者はいる。	
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	服薬にて調整を行っている。朝の水分は牛乳、乳酸飲料、センナ茶の提供を行っている。		
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	現在は、新規入居者の対応の為、入浴をその方の状況に合わせて行っている。又日曜日は希望者の入浴に取り組んでいる。	週2～3回の入浴が行われ、日曜日には希望者が利用している。全員ではないが外部の温泉を利用した入浴も外出と兼ねて行われた。	
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	夜間良眠して頂くために、日中の活動も工夫しながら行っている。一人一人に合わせた入眠方法を促している。		
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	変化があったばあいには、医師に相談したり薬調整し服薬をして頂いている。各自の服薬ファイルがあり、すぐに確認できるようにしている。		

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
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	その人が出来る事を役割を持って頂いている。月に1度の行事も取り入れ、散歩、ドライブ、日光浴を行っている。		
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。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	地域等の協力は特にないが、散歩、ドライブ、外食を積極的に行っている。	1丁目は屋外で日光浴が主で、買い物等の外出は少ない。2丁目は買い物、ドライブ等に出かけている。	
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	金銭の預かりはあるが、職員が付き添い支払等を行っている。買い物やドライブに行った時は、食べ物は本人が選ぶよう支援している。		
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	希望があれば支援を行っている。		
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、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	清掃は徹底して行っており、花をテーブルに置いたり、その方に合った空間作りを行っている。	玄関には季節の花やお正月のお飾りで家庭的な雰囲気をつくっている。	
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	日当たりの良い所にイスを置き日光浴が出来るようにしたり、くつろげる場所を作り提供している。		

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
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	本人の使い慣れたものを居室に置き、安心出来る工夫がされている。	自宅での生活の継続で馴染みの物を持ち込み部屋作りがされている、家族、職員の協力で工夫している。	
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	安全に生活できるような環境作りを心懸けているが、室内に洗濯物がありリビングが狭くなっている。	/	/