

### 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	0272300880		
法人名	有限会社セイリュウ		
事業所名	グループホームもみじの森		
所在地	〒036-0242 青森県平川市猿賀石林37-3		
自己評価作成日	平成24年10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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	公益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24年11月15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)】**

<p>近隣に公共施設があり、行きたい時に定期的に利用できること。 24時間冷暖房完備。 年一回の外出行事。 秋季にはリンゴもぎ行事あり。 臼と杵を使った年末の餅つき会。</p>
--

**【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>ホームは国指定名勝の盛美園と猿賀公園に挟まれた環境の中に位置している。その恵まれた立地条件を活かし、春は桜、秋には紅葉見物と四季折々に散歩を楽しまれ、自然に親しむ事が出来ている。ホーム内の雰囲気も穏やかで、職員の一人ひとりの利用者に対しての声掛け、対応が良い。個々のケースについてアセスメントをしっかりと行なって介護計画が立てられ、3カ月毎にモニタリング、状況の変化に応じて細やかな支援をしているのが、生活の中に見て取れる。ちぎり絵等の創作活動が活発な事、食事前後の利用者の役割分担がすばらしく、職員と一緒にスムーズに生き生きと行なわれていた。食事がおいしいと利用者から好評なので、継続して頂きたい利点である。</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ます (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、活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
<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	毎朝申し送り時に職員が唱和し、理念を共有するようにし、日々実践に努めている。	「地域の皆様と共に福祉のことを考え、地域の皆様と共に福祉活動に貢献します」という理念を掲げ、毎朝の申し送りで唱和し、共有と実践に繋げている。	
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	地域の祭りや敬老会等に参加し交流している。	年1回、市の長寿福祉大会やすぐ近くにある猿賀神社の納涼祭に参加している。民生委員の方の傾聴ボランティアと小学校の訪問交流があり、利用者は喜ばれている。親族の面会はあるが、地域の方が日常的に面会に来てくれる状況にはなっていない。	地域の皆様と共にという理念を掲げているので、もっと家族や地域の方がホームに来やすいようなイベントを計画して、地域住民との近所付き合いをして行けるよう、積極的に発信して行く事を望みます。
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	現在の所地域に発信できていない。		
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カ月に1度運営推進会議を開催し、行事の報告や取り組みについて報告し意見を伺っている。	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催されている。市の職員や消防署の職員、民生委員も昨年から参加されている。利用者の状況、行事、外部評価の結果等話し合われているが、家族の参加が得られない為、意見を反映出来ない実情がある。	運営推進会議に合わせて、本人、家族が楽しめるようなイベントを考えて実施して行く事により、家族の参加協力を得られるよう働きかけを期待します。
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	運営推進会議に参加してもらい意見を頂いている。それ以外にも随時連絡を取り合い連携をしている。	市町村の担当者には運営推進会議に毎回の参加と意見等頂いている。困難ケースについての相談や判断に困る事等日常的に連絡し、協力関係が出来ている。	
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	施設の方針で身体拘束を行わないサービスを実践している。	会議にて研修を行い全職員に理解してもらい、身体拘束を行わないケアを実践している。玄関の施錠は夜間のみ行なっている。	
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	職員相互で虐待がおきないように注意を払っている。		

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	現在はまだ実践されていない。		
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	契約書・重要事項説明書に沿って丁寧に説明を行っている。ご理解いただき納得してもらい契約を締結している。		
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	面会時や電話連絡にて連携を図り、意見を反映させている。	家族の面会時、料金を支払いに見える時、電話等にて意見や要望を伺っている。	
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	月1度の職員会議で意見交換を行い、改善を図っている。	月1回ユニット毎に職員会議を行なっている。勉強会やカンファレンス、職員から運営に関する意見も出されている。処遇改善等利用者に関する事柄が多く、改善を図り、職員の意見を反映させている。	
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	まだ、全体の把握には至っていないが整備は進めていく方針である。		
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	個々の能力に応じ支援している。		
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	思案中であり今後実現を目指す。		

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>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	フェイスシート作成等を通し把握に努めている。		
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	情報交換を密に行っている。またサービス内容についても細かく説明を行っている。		
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	本人の状況をよく観察し必要なサービスを提供している。		
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	個人個人の生活歴等を把握して信頼関係を築いている。		
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	情報提供等して連携を深めている。必要であれば家族の協力を要請している。		
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	面会に来る事がほとんどない為、関わりやすい環境作りが必要。 行事の案内を出し、家族へ参加の呼び出しをしている。	親族や友人の面会がある。迎えに来られて法事、外食、正月お盆に外出、外泊される方もいる。理、美容院は月1回ホームに来てくれるので、特に外部へ行きたいとの希望はないが、関係継続の支援に努めている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	朝の体操やレク等集団活動等を通じて関わりあえるような環境を作っている。		

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
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	相談があった際には都度対応をしている。		
<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	関わりあいの中で希望や思いを把握している。希望に添えるように常に検討している。	アセスメントチェックの時に本人の意向、希望を聞いて取り入れている。食事で嫌いなメニューの場合には代替を提供し、メニューを作成する時も希望を聞いている。日々の生活の中で、役割分担として野菜の皮むきや野菜の収穫等行なってもらっている。	
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	在宅生活時の状況は担当ケアマネ等に情報提供していただいで把握に努めている。		
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	職員間の連携を図り個々の情報の共有に努めている。		
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	毎月ケース会議を行い、意見交換を行っている。必要があれば本人・家族の意見を伺っている。	月1回、職員会議とケース会議を一緒に行なっている。アセスメント、プラン作成、モニタリング、カンファレンスは3ヶ月に1回、定期的実施されている。状況が変わった場合でも毎月会議を開催しているので、変化に応じて見直しされている。	
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	個々の介護計画に沿った記録の仕方に努め情報を共有しながら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	ニーズの把握に努め、臨機応変にサービスを提供している。		

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
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	図書館や公共施設を活用し外出の機会を設けている。		
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	入居前の主治医に継続して受診している。	入居時にかかりつけ医を確認して、そのまま希望通りに継続して受診されている。ホームの協力医院への受診支援も行っている為、適切な医療が受けられている。	
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に支援している	看護職員は現在不在である。		
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。	入院時は医療機関と密に連絡を行っている。入院中も状態把握に努め退院に備えている。		
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	終末期ケアは行っていない。重度化した場合は早期に医療機関と連携し、家族とも今後の見込みについて相談している。希望に沿ったケアを行うようにしている。	終末ケアは行っていない。入居時に説明し、重度化した場合や長期入院、終末ケアが必要になった時には、医療機関と連携して家族の希望に添えるように支援している。1ヶ月位の入院については、予後を医師に確認した上でそのままホームへ入居継続としている。	
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	緊急時のマニュアルを周知しているが、初期対応や訓練実施は不足している。		
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	緊急災害時の避難経路の把握、避難時の利用者の安全確保の方法を理解している。町内からの協力は得られているも、具体的な内容は決まっていない。	避難訓練は年2回実施している。初期消火や消火器等の取り扱いについては全職員訓練している。運営推進会議に消防署の方は参加しているが、地元の消防団の方の協力や地域住民の協力体制は不十分である。	近隣地域の方との協力体制を整えておく事を望みます。今年町内会に入会しているので、会議の際に協力依頼をする等、機会をとらえて建物の構造、入居されている方の状況等知って頂き、訓練参加への呼びかけ、協力を期待します。

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>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	言葉遣いに気を付けるように定期的に確認をしている。	穏やかな声掛けとプライバシーを尊重した誘導をされている。利用者の行動を抑制する様な声掛けはしないように努めている。	
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	日常のコミュニケーションの中で思いや希望を把握できるように努めている。		
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、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	集団活動以外は個々の入居者が自由に過ごしている。		
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	利用者の希望になるべく沿って衣服を選択している。		
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	役割を分担して準備や後始末を一緒に行っている。	食事前の野菜の皮むきから始まり、調理や準備、下膳は出来るだけ自分で行なっている。食事でも会話を楽しみながら食べている。食器洗い、食器の片付けも利用者、職員と一緒に、役割分担され行なわれている。	
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	食事摂取量・水分量チェック表を作成し一人一人の状態の把握に努めている。 個人にあった食事形態で提供している。		
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	個々の能力に応じ見守りや介助を行い、清潔保持に努めている。		

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	個別の介護計画に沿って介助を行っている。排泄チェック表により排泄パターンの把握に努めている。	日中オムツを使用されている方はいない。本人の不安感の為に夜間のみオムツを使用している方がいる。排泄チェック表により個々のパターンを把握し、トイレでの排泄を支援している。	
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	運動や水分補給を促している。また、医師とも相談し快適な排便が行えるように努めている。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	外出や受診の状況に合わせて柔軟に入浴を行っている。発汗や排泄物での汚染時は随時シャワー浴や清拭等に努めている。	週に2回のペースで入浴されている。外出、受診、その方の体調に合わせて調整し、入浴を楽しんでもらえるように支援している。	
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	夜間徘徊される入居者もあり、全ての入居者が快適に安眠できていない。		
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	受診ノート・薬剤情報を共有して薬の目的や用法の把握に努めている。		
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	性格や好み、能力に合わせて楽しみがもてるように援助している。		
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	地域とも連携して、古民家の見学等行った。図書館や公共施設等個々の希望に合わせて外出支援を行っている。買い物の要望時は随時支援を行っている。又帰省時も本人、家族の希望に応じて支援に取り組んでいる。	図書館へ本を借りに出かけたり、古民家の見学や近くのスーパーへ週2~3回は食材の買い出しと衣料品の買い物へも出かけている。すぐ隣りに公園があるので、日曜日は散歩に出かける事が多く、四季折々に桜や紅葉を楽しんでいる。	



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	能力に合わせて買い物や外出時に支援している。		
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	電話等の希望時には家族の了解を得て、電話している。		
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	トイレが混雑している場合がある。またキッチンがオープンで危険でもある為、見守りが必要である。	建物の天井が高く圧迫感がない。天窓があり、開放的である。温度、湿度の調整もきちんと行なわれ、ゆったりと落ち着けるフロアに思い思いにくつろいで過ごしている。干支のちぎり絵、習字の作品が飾られ、利用者の創作意欲を感じる。	
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	共有空間では思い思いにソファに座り、隣り合った入居者同士でコミュニケーションが図られている。		
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	家庭で使用して慣れ親しんだ、タンス・ベッド等の私物をそれぞれ持参してもらっている。	自宅で使用されていた物の持ち込みは自由である。タンスや衣裳ケース、位牌、写真等持ち込み、居心地よく過ごされている。	
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	能力に合わせて出来る事は行ってもらっている。		