

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 columns: 事業所番号 (0172000523), 法人名 (株式会社 アイリスマーク), 事業所名 (ふれあい朝里 1階), 所在地 (小樽市新光1丁目2番20号), 自己評価作成日 (平成27年11月15日), 評価結果市町村受理日 (平成28年1月29日)

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先URL, http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kanji=true&JigyosyoCd=0172000523-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 3 columns: 評価機関名 (有限会社 ふるさとネットサービス), 所在地 (札幌市中央区北1条西7丁目1 あおいビル7階), 訪問調査日 (平成 28 年 1 月 19 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)】

入居者様同士のコミュニケーションが活発です。毎日、フロアでのなじみの場所での入居者様同士の会話がはずんでいます。皆様が仲良く過ごせるように職員も間に入り関係づくりに努めています。

【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)】

【利用者に寄り添ったケアサービス】職員間の良好な人間関係は日常業務の協力連携に波及し、ホーム内に明るい雰囲気と利用者への優しさ笑顔のある利用者に寄り添ったケアサービスに反映されており、利用者ものんびりと安心して暮らしています。【熱心な災害対策推進】防災委員会によって関連マニュアル整備や避難訓練等に積極的に取り組み、年2回の総合避難訓練以外に毎月の火災や地震想定避難訓練、周辺老人施設への避難場所設定など災害対策を熱心に推進しています。【家族との緊密な連携体制】運営推進会議日の家族会開催によって会議への家族参加者が多く、両会合を通じて情報提供や要望等が話し合われ、ホテルでの食事会、利用者一人ひとりの個別お便り郵送など家族との緊密な連携が図られています。【地域交流への積極的な取り組み】職員は町内会行事への参加や地域の「まちづくりの会」メンバーとして雪祭りや花火大会などに協力し、地域ボランティアや幼稚園児のお遊戯などの訪問、子供御立寄りなど地域との交流に積極的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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

Large table with 4 columns: 項目, 取組の成果 (該当するものに○印), 項目, 取組の成果 (該当するものに○印). Rows 56-62 describe various service outcomes and their evaluation.

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念を作り、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	事業所独自の理念を作り、いつでも確認できるように常に名札に入れて持ち歩いている。	ホーム運営の方針・理念・モットーを内部に掲示し、名札裏に記載して常に確認できるようにしています。さらに、新入職員研修や日常業務を通して理念を理解し、ホーム長や管理者のアドバイスによって職員は理念を共有し、ケアサービスに反映させています。	
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	職員が地域のまちづくりの会のメンバーとなっており、活動している。	職員は総会などの町内会諸活動に参加し、地域の「まちづくりの会」のメンバーとして花火大会や雪祭りなどの行事に協力して利用者もこれら行事を楽しんでいます。幼稚園児や地域ボランティアの訪問、子供御輿の立ち寄りなどもあり、地域との交流に努めています。	
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	毎月のふれあい便りに認知症Q&Aというコラムをのせ、ホーム玄関にも掲示し誰でも閲覧できるようにし、地域に発信している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 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	三か月に一度開催し、消防や包括支援センター、保健所等の方々にも出席していただき、そこでの意見はミーティング時職員に伝えサービス向上に活かしている。	運営推進会議は、多数の家族や民生委員、町内会会長も参加し、年4回の開催です。会議内容を職員にも周知し、利用者へのサービスに活かしています。外部評価調査は毎年実施しています。	
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取り組んでいる	運営推進会議に出席していただいたり必要に応じて電話でも相談する等している。	ホーム長は介護保険や生活支援の関係部署と常時連絡を取り、提出書類は直接、行政担当窓口へ持参し、相談や情報交換を行うなど行政との協力関係構築に取り組んでいます。	
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	委員会を設けており、必要に応じて都度ミーティングや申し送り等で話し合っている。社内研修で言葉による拘束について取り上げた。	職員による事故防止委員会は、身体拘束防止関連マニュアルを新たに整備し、研修会のカリキュラムなどに取り入れています。さらに、ミーティング等で身体拘束をしないケアを話し合い、実践しています。玄関は施錠されていますが、外出時に利用者へ閉塞感を与えないよう職員は十分配慮しています。	
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 overs されることのないよう注意を払い、防止に努めている	委員会を設け、言葉や身体的虐待について発信している。社内研修も行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	後見制度を利用されている方がおり、日頃から後見センターと連絡を取り合い支援に努めている。		
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	ご本人、ご家族様に十分に説明をし納得していただくよう努めている。家族会でも必要に応じ説明している。		
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	運営推進会議、家族会のときに外部の方にも出席していただき意見交換をしている。	家族来訪時に利用者の様子を伝え、毎月発行のホーム便りと担当職員による個別お便りを郵送しています。年4回開催の運営推進会議の前後に家族会を開催して、意見交換を行うなど家族との緊密な連携が図られ、要望等は内部で検討しサービスに反映させています。	
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	毎月のフロアミーティングのときや朝の申し送りのときに意見を聞く機会を設けている。	日々の業務や毎月開催のフロアミーティングで話し合う機会があり、職員間の良好な人間関係によって率直に意見や提案を話す雰囲気にあります。また、年2回程度、職員自己評価を含む個別面談があり、職員からの提案等も聞いて課題解決に努めています。	
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	資格取得による手当や勤務実績や経験を踏まえ正職員への登用を行っている。		
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	社内研修を実施したりスタッフの力量に合った外部研修への参加を促している。		
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組をしている	相互訪問研修を行いお互いの良い所を学び、サービスの向上に活かすよう取り組んでいる。		
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	ご本人、ご家族様と面談を行い心配なことや気がかりなことなど把握するようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	面談を行い不安なことや要望の把握に努めている。状況によっては電話でもお話しするようにしている。		
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	ご本人やご家族様とよく話し、必要なサービスを見極めるようにしている。その際、他のサービスの利用をすすめることもある。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	職員と一緒に掃除や食器拭きなど出来ることをしていただいている。		
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	都度連絡を取り合い受診の介助や外出支援をお願いすることもある。		
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	友人、知人がいつでも来訪できるようにしている。行きつけの美容院を利用している方もいる。	利用者の馴染みの場所等への訪問希望は少なくなっていますが、美容院などへの外出には出来るだけ職員が対応し、遠方や長時間要する外出は家族に依頼して利用者の要望に応えるよう努めています。知人等の来訪者を暖かく迎えて、ゆっくり過ごせるよう配慮しています。	
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	お話の弾む方向士で食卓の席を近くにしたり、時には職員が会話を取り持ち孤立しないようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	退去後もご家族様にお会いしたときに近況を伺っている。入院されている方のお見舞いに行くこともある。		
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	職員がお話を聞いたり、普段のちょっとした会話や態度から本人の気持ちを把握するよう努めている。	職員は、日常のケアサービスなどの関わりや毎月のミーティングで利用者の思いや意向を把握するように努めていますが、難しい場合は家族からの情報、介護関連諸記録の確認、本人との十分な話し合いや表情等から把握に努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	面談時にお話をうかがっている。フェイスシートも利用している。		
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	日々の会話や行動などについて申し送り時に発信したりフロア日誌に記入するなどして把握に努めている。		
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	ミーティング時にカンファレンスを行っている。申し送り時に話し合うこともある。必要に応じてご家族や必要な関係者と話し合い、介護計画を作成している。	モニタリングやアセスメントの内容をミーティングで検討し、見直しの際は家族や主治医と話し合い、利用者の状態に即したプランを作成しています。ケアプランやアセスメントシートなど介護関連書類は相互間の連動性に留意し、丁寧に分かり易く作成しており、全職員が共有しています。	
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	毎日ケアプランに沿った記録とそれ以外の特記事項を記録し職員全員が必ず目を通し情報を共有し介護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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人やご家族のお話をうかがいニーズの把握に努め支援できるようにしている。		
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	地域のお祭りなどの行事に参加し、楽しみを感じていただけるように支援している。また地域の幼稚園との交流もある。		
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	入居時にかかりつけ医について希望をうかがい、出来る限りご本人やご家族の意向に沿うことが出来るよう支援している。	かかりつけ医による定期訪問診療があり、他医療機関通院には家族が付き添い、場合によっては職員が付き添い支援しています。また、看護師による健康チェックも各ユニット毎に週2回実施しています。	
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	訪問診療時に情報や気が付いたことを伝えている。また、医療連携を行い日常の看護を受けられるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、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。	入院時はアセスメント表を渡すなどして病院職員に詳しく情報を伝え、入院中も連絡を取り合い情報交換し、協力関係を築いている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	出来る限り早い段階からご家族、主治医と話し合う場を設け、ホームで出来ることを説明し、納得していただいたうえで方針を共有するようにしている。	ホームは看取り支援を可能としており、家族に重要事項説明書の中に記載の「重度化対応・終末期ケア指針」を説明し、同意書を頂いています。利用者の状態変化に応じて家族や主治医と相談して終末期の対応を判断しており、職員はホーム方針を共有しています。	ホームでの看取り事例が少ないため終末期ケア経験者が少ない現状ですが、今後の看取り支援に対応できるよう関連の研修実施を期待します。
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	職員は救命講習を受けている。また、急変マニュアルを作成してすぐ対応できるようにしている。		
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	毎月一回夜間を想定した火災避難訓練をしている。災害を想定した避難訓練も行っている。年2回の総合避難訓練では毎回異なる状況を想定して行っている。	消防署の指導による年2回の総合避難訓練以外に、火災や地震に対する自主避難訓練を毎月実施しています。職員による防災委員会が災害関連マニュアルを整備し、訓練及び研修等を計画し、備蓄品の準備や近くの老人ホームを避難場所とするなど災害対策に十分配慮しています。	職員は、救命救急訓練を受けていますが、長期間再教育を受けていない職員もいますので、個別の訓練状況を記録して全職員が定期的に参加することを期待します。
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	一人ひとりの人格の尊重とプライバシー確保のため、言葉かけや対応について社内研修を行っている。ミーティングでも都度話し合っている。気になる言葉かけがある時は注意し合っている。	事故防止委員会が中心となって利用者の人格尊重やプライバシー保護の勉強会を実施するとともにミーティングや日常業務の中で声かけやケアサービスの方法など話し合っています。ケアプランなど個人記録類も適切に管理しています。	
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	一人ひとりの生活行動、表情を把握し着たい服などご本人が選べるよう支援している。		
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、希望に沿って支援している	一人ひとりの体調や気分配慮し、入浴の予定を変更するなど対応し、希望に沿う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	起床時や入浴時の整容の介助をしている。その日着たい服などを選んでもらうための支援などしている。好みの理美容を利用している方もいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	職員も同じ食卓で一緒に食事をとり、会話をするなどして楽しく食事をしていただくようにしている。	献立はユニット単位の作成ですが、栄養バランスなど定期的に栄養士のチェックを受けています。一部利用者は簡単な作業を手伝い、職員と共に和やかに食事をしています。また、季節行事や誕生日の特別献立、外食と楽しく変化のある食事になるよう配慮しています。	
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	一人ひとりに合わせた量や食べやすい形態で提供している。個別日報にて水分量食事量を記録し、一日を通して確保できるよう支援している。提供する量はミーティングで話し合い確認、見直しをしている。		
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	義歯洗浄剤は毎日使用している。起床時と夕食後、他必要に応じて口腔ケアの支援をしている。		
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向けた支援を行っている	出来るだけトイレで排泄出来るよう必要な方はケアプランに取り入れて排泄パターンの把握につとめ、トイレ誘導をするなど支援を行っている。	自立排泄が難しい利用者については排泄チェック表で排泄パターンを把握し、表情や様子なども見守りながら声かけ誘導でトイレ排泄に努めています。利用者の下着類も状態に合わせておむつ使用を最少限にし、可能な時は布パンツに変更するなどの支援をしています。	
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	一人ひとり排便状況を把握できるよう記録している。水分摂取の言葉かけ、体操を毎日行っている。必要な方には下剤の調節し、支援している。		
45	17	○入浴を楽しむことのできる支援 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、個々に沿った支援をしている	入浴時はご本人に伝え意思を確認している。拒否がある時には無理強いないようにしている。体調の変化なども考慮している。	日曜日を除く毎日、3人程度を目処に週2回の入浴を実施しています。入浴を嫌がる利用者には、話しかけたり日時や担当者を変更しています。利用者の状態によっては清拭やシャワーなどを併用して、身体の清潔維持に努めています。	
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	一人ひとりの体調を把握し、疲れている時は無理せず居室で休んでいただくよう支援している。		
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	薬の説明書をファイルに保管し、いつでも確認できるようにしている。その人の状態に合わせて内服薬を調節するなどしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	レクリエーション、体操などその人の好きなこと、楽しめることの把握に努めている。趣味の編み物をしたり嗜好品にタバコを吸っている方もいる。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、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	希望があれば職員と一緒に散歩や畑に行くなどしている。ご家族にも協力していただき買い物を楽しんでいる方もいる。	天候状態に合わせて周辺や公園の散歩、ホームガーデン見学や買い物を楽しんでいます。レクリエーション担当の「ほのぼの委員会」が外出計画を作成し、花見や水族館見学などを楽しんでいます。	
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	ご家族の理解、協力のもと居室にお金を所持され宅配のパンを買う方もいる。		
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	希望があればいつでも電話でお話できるよう支援している。本人に届いた手紙やハガキはお渡ししている。		
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	毎日掃除を行っている。温度・湿度計を置き日に数回決まった時間にチェックし、居心地良く過ごしていただけるように工夫している。季節に合わせた飾り付けなどもしている。	居間兼食堂、トイレ、浴室、廊下などは広く、ゆとりのある居住空間となっています。ホーム内の清掃や温湿度管理も十分に行われ、季節の飾りや手づくり作品がある居間兼食堂で利用者は居心地良く過ごしています。	
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	フロアにソファ、テレビがありそこで気の合った方とお話されている。別な場所には一人掛けのイスも置いている。		
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	長年慣れ親しんだ物を置いていただき居心地良く過ごしていただくようにしている。	居室前には飾り箱やのれんがあり、他の部屋と区分し易くなっています。室内には大型クローゼットが設置され、物品等の整理が容易になっています。家族写真や人形等を飾り利用者はのんびりと暮らしています。	
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」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	歩行や車イス移動の妨げにならないように段差を作らない、家具と家具の間を広くするなど家具の配置を工夫している。必要な場所には手すりをつけている。		