

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	1072100447		
法人名	社会福祉法人 恵林		
事業所名	グループホーム りすの国		
所在地	群馬県 高崎市 井出町 12802-3		
自己評価作成日	平成26年11月1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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市富士見町小暮 704-2		
訪問調査日	平成26年 11月20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)】

りすの国が入居している利用者様一人ひとりの生活の場として、職員全員で理解し認知症があっても当たり前な生活が出来る様に日々サービスを提供しております。日々の家事等には必ず利用者様にも参加して頂き、必要とされていることの喜びを感じて頂けるように努力しております。

【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)】

事業所の理念である「十人十色の生活」等を基本とし、利用者が出来る事を発揮する場面づくりとして、各テーブルに設置されているホワイトボードに献立の記入や新聞の購読及び個別に日用品の買い物へ日常的に出掛ける等、理念の実践に繋がっている。また、グループホームの特性を活かし、食事のメニュー作り利用者との会話の中から希望を取り入れ、食材の買い物にスーパーへ行き、調理する等食事における一連の動作を利用者と職員が共に行い、一緒に会話をしながら食べる等、食事が利用者にとって楽しみ事の一つとして大切にされている。

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

[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
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	・昼礼時に出勤職員全員で唱和している。	法人及び事業所の理念が廊下に掲示されており、13時の昼礼で唱和している。また、年度のユニット目標を掲げ、日々の生活への支援に繋がるよう確認し合っている。	
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	・毎月第三水曜に、地域のふれあいサロンへの参加を継続している。 ・毎日近隣のスーパーへ買い物へ出掛けている。	毎日食材等の買い物で利用者と一緒に近隣のスーパーに出掛けている。中学生の職場体験学習を受け入れている。毎月地域のふれあいサロンに参加する等、地域との交流を図っている。	
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	・地域のふれあいサロンに参加し手伝いをしている。		
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	・参加者全員が発言する機会を必ず設け意見交換を行ない、サービスの向上に努めている。 ・会議後に食事の試食会を開催している。	隔月で年6回開催されている。市担当者・民生委員・家族・事業所職員等が出席し、利用状況や活動報告等、意見交換が行われている。行事は写真を活用して説明する等、工夫がなされている。	
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	・運営推進会議時に質問をしたり、ケアマネが情報開示の為、行政の窓口へ約1か月に一度は出向いている。	ケアマネジャーが介護保険の申請代行手続き等、市担当窓口へ出向いている。市の集団指導への参加や事故報告等がある際は管理者が報告に出向く等、連携を図っている。	
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	・身体拘束については全廃している。 ・ホームの出入口は日中すべて解錠している。	法人として身体拘束禁止の方針であり、玄関等も夜間以外は施錠していない。玄関は戸が開くとチャイムが鳴る仕組みで職員も都度素早く駆けつけて状況を確認している。スピーチロックについても管理者が日常的に伝えている。	
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、防止に努めている	・皮下出血等の傷がどのようにして出来たのかを解明するよう努めている。		

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
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	・キーパーソンが高齢の方には状態に応じた早めの対応を検討している。		
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	・入居申し込み時や契約時にどのような場合に退居される事があるのかを説明している。		
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	・運営推進会議には必ずご家族に参加して頂き、意見を言える機会を設けている。	職員は担当性になっており、面会時や電話連絡で、意見等を確認し検討の上、反映させている。	
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回ユニット会議を設け職員の意見を聞いている。 ・個人面談を行ない個別に意見を聞いている。	月1回ユニット会議及び全体会議を開催し意見を出し合っている。管理者が日常的に相談に乗っている。勤務表作成時は休日の希望(月2回位)を聞きながら働きやすさに配慮している。	
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	・努めている		
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	・法人内外の研修に参加しておりユニット会議内でも安全確認トレーニングを実施している。		
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	・努めていきたい		

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	・努めている		
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	・家族の不安を理解し信頼関係を築けるように努めている。 ・サービス担当者会議を行ない家族の意見を必ず聞いている。		
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	・グループホームでの対応困難事例には地域支援センターと連携を取っている。		
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	・お互いに生活者として支え合い、出来る事は本人が出来るように支援している。		
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	・家族も支援の対象としての関係性を築いている。		
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	・お墓参りの支援や外出時に自宅の様子を見に行く等の支援も行なっている。	親戚の訪問や家族の協力にて以前から行き付けの美容室に行っている人もいる。編み物や習字等、趣味の継続が出来るよう働きかけている。お墓参り(月命日)等、継続的に付き添い支援を行っている。	
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	・食堂のテーブル配置は孤立したりトラブルにならないように配慮している。食事の際は各テーブルに職員が入る。		

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	・努めている		
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	・入所時の聞き取りで家庭や施設で行っていた事を大切に、継続できるように支援している。	担当職員が家族等から希望を確認し、「モニタリング確認表」に記録してユニット会議の場で他職員との情報交換を図りながらケアマネジャーや管理者と確認し合っている。	
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	・家族やケアマネ、施設職員から情報を得ている。 ・独自のアセスメント情報書を個別に作成しプランに反映出来る様に努めている。		
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	・月1回のモニタリングの実施とユニット会議内で各担当を中心に話し合いを行なっている。		
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	・サービス担当者会議、モニタリング、カンファレンスを行ない、その方の今必要な介護計画を作成している。	毎月「モニタリング確認表」を基にモニタリングは実施されているが、定期的な介護計画の見直しは1年毎に行われている。状態の変化があった時には随時の見直しもされている。	介護計画は、毎月のモニタリングに基づき3か月毎に定期的な見直しを行い、計画の内容を利用者・家族等に説明し同意を得て欲しい。
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	・ケアプランに添った記録をするように努め事実をありのままに記入するようにしている。		
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	・個々に合わせた柔軟な支援サービスを行なっている。		

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
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	・毎日の買い物での外出や、個別での外出を支援している。		
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	・入居前よりのかかりつけ医の継続の支援と歯科や皮膚科は往診を利用している。	かかりつけ医の継続は可能だが、原則家族通院で必要な情報は状態報告書や電話で伝えている。緊急時等は協力病院での対応が可能である。必要に応じて訪問歯科の体制は図られている。	
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ように支援している	法人内の看護師より状態を聞く		
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。	・入院の際は情報提供書の提出と入院中の面会にて、病院での様子を看護師より聴き取る。また、ソーシャルワーカーと相談を行なう。		
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	・家族と状態を見ながら話し合いをしている。	利用開始時に終末期ケアは行っていない事を重要事項等で説明している。状態が変化した際は都度家族に状態を説明し、家族と話し合い病院や他施設等を紹介する支援を行っている。	
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	・法人内研修で応急手当や心肺蘇生法を実施。		
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	・年2回、日中、夜間を想定した避難訓練を実施し年1回は、消防の立会いのもと消火訓練をしている。	H26年2月15日夜間想定、10月22日日中想定での避難訓練を消防署立会い下、実施している。スプリンクラー設置は無い。備蓄として、アルファ米・パン缶・汁物・水(受水槽)等準備している。	災害時に備えて、適切な避難誘導等ができるように自主訓練を月1回程度を目安に実施して欲しい。

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	・入居時の聞き取りで家庭や施設での様子を聞き一人ひとりに個別の対応をしている。	トイレの声掛けや言葉づかい等注意し、居室に入る際にはノックをしている。入浴等、希望者には同性介助を行っている。	
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	・各利用者担当職員が希望や思いをモニタリングやカンファレンス内で話し合い、ケアプランや日々の援助に反映出来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	・日々その方のペースにあった個別ケアを心がけている。 ・出来る事を無理なく日課に取り入れている。		
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	・訪問理美容を利用しているが、家族が行きつけの美容室や床屋に連れて行かれる方もいる。 ・行事や外出時には化粧をされる方もいる。		
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	・毎日一緒に食事を作り、片付けも行なっている。 ・職員も利用者様と一緒に昼食を食べている。	利用者が食べたい物を献立に取り入れ、食材は近隣のスーパーで購入し、調理して一緒に食べる等、利用者と共に一連の動作を行っている。行事食(おせち料理・手打ちそば等)及び飲物(ジュース・コーヒー等)は希望に応じて提供している。	
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	・食事や水分はチェック表に毎食記入をしている。		
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	・毎食後支援している。 ・毎日義歯を洗剤にて消毒している。		

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
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	・紙パンツ、パット、オムツは必要最低限しか使用せず、一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレ誘導にて対応している。	排泄状況表の記録を活用し、個別の声掛けやトイレ誘導を行っている。居室でのポータブルトイレやリハビリパンツ使用等、自立に向けた支援が行われている。	
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	・運動や乳製品、薬茶で便秘の予防をしている。		
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	・マンツーマン入浴の実施と夜間入浴もなっている。 ・希望者には同性介護を実施している。	毎日準備しており基本は1日おきの支援である。夜間入浴者(3名)や同性介助等、希望者には対応しているが全員の確認は行われていない。拒否があった時は声掛けのタイミングや内容を工夫している。	気持ち良い入浴は楽しみの一つでもあることから、決まった入浴日以外でも希望を聞き利用者の選択に基づいた支援を期待したい。
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	・午睡をしない方がほとんどだが、一人ひとりの体調に合わせ臨機応変に対応している。		
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	・処方された薬に名前、日付色付けをし誤薬を防ぐと共に用法や用量の理解にも努めている。		
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	・家事や園芸、塗り絵、折り紙、散歩など一人ひとりの希望に沿った役割や趣味を提供している。 ・夕食後や外食時に飲酒をされる方もいる。		
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	・食事の買い物や外食、個別での外出の機会を作っている。家族や本人から依頼があれば墓参りの支援もしている。 ・地域のふれあいサロンに参加している。	日常的な散歩やウッドデッキでのお茶飲み・体操、外気浴をしている。個別に順番で日用品等の買い物や季節の花見にドライブを兼ねて出かけている。家族と外食等へ出かける人もいる。	

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	・小遣いを預かり希望の物を買いに出かける。		
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	・手紙を書いたり、電話の支援もしている。		
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	・食堂は調理中でも隅々まで見渡すことができ、廊下にも自由に座り会話のできる椅子を用意している。また、職員室も開放し利用者様の憩いの場として利用している。	ホール内ではテーブル毎に準備されているホワイトボードに利用者がメニューを記入している。新聞を読んでもる人がいたり、季節の花が飾られている等、居心地良い共用空間となっている。	
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	・廊下の各所に椅子を配置しいつでも気の合う方と過ごせるように支援している。		
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	・入居時に本人の使いなれた物を持ち込んで頂くためご家族に説明をし本人の使いなれた物で落ち着ける居室作りを心がけている。	使い慣れた椅子やタンス等の家具、好みの絵、冷蔵庫の持ち込み、家族の写真等、利用者自身が落ち着いて過ごせる居室づくりとなっている。	
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	・バリアフリーと手すりの取り付け、居室やトイレの分からない方には、大きな文字で張り紙をしている。		