

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	0590100244		
法人名	社会福祉法人 みその		
事業所名	みそのホーム グループホーム		
所在地	秋田市寺内蛭根2丁目6-34		
自己評価作成日	平成27年2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	http://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 秋田ハッピーライフセンター		
所在地	秋田市將軍野桂町5-5		
訪問調査日	平成27年2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)】

・みそのホーム全体が家庭的な温かい雰囲気の中で地域の方々と交流し全体の行事、イベントの時に一緒に集い楽しむ。その中で自分らしく安心して生きがいを持って過ごせるよう支援します。職員、ボランティア、利用者様と共同制作し利用者様が、中心となり役割を持って参加して生き活きとしています。看取り介護は本人が住み慣れたみそのホームで自然のまま、生涯を終えることに寄り添います。

【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)】

新築の建物に移って1年経過し真新しい建物の清々しさと共に利用者の方々も安心して過ごしていることが感じられる。優れている点として、事業所と地域のつながりがよく、防災への協力、みその祭への参加のほか、利用者が無断外出した時に地域の方が世話をしてくれる等密度の濃い交流が上げられる。また、終末期に向けた取り組みとして看取りの方針を明確に整備し、協力医、家族、職員全員が利用者の状況を共有して支援に努めていることも上げられる。

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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	感謝 喜び 安心という法人理念のもとに職員が共有し実践している。	感謝、喜び、安心という法人の理念のほか地域密着型サービスの意義と役割を踏まえたグループホームの理念もつくられている。	職員全員が、グループホームの理念を常に身近なものとしてできるよう事業所内に掲示するなどの取り組みに期待したい。
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	散歩、買物、外食等の時など地域の方々と関わりがある。 毎月沢山の慰問があり参加している。	みその祭の際には町内にチラシを回覧して呼びかけ多くの地域の方々の参加が得られている。避難訓練も町内会に参加を呼びかけ消火訓練を一緒に行っている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	見学、申込時、介護の不安、悩みを聞き支援している。 実習の受け入れをしている。		
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	2か月に1回定期的開催している。参加者からの意見をサービス向上に活かしている。	会議は奇数月に定期的開催している。構成メンバーは利用者家族や地域包括支援センターのほか近隣4町内の代表者が参画し防災対策等への助言が得られている。	
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	包括支援センターには、サービスの状況を伝え協力関係を築いている。	地域包括支援センターからは見学申し込みの連絡を受けるほか行政の情報も伝えてもらい連携は密接である。	

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
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	玄関の施錠はすぐ道路があるため、安全を考えやむを得ず行っている。 身体拘束のない空間で自由に過ごせるよう取り組んでいる。	グループホームの玄関が道路に面しているほか近くに沼があることから24時間施錠をしている。	身体拘束しないケアの実現に向けて、日中玄関に施錠しないで安全に過ごせるよう、見守りやセンサー設置などの方策について検討してほしい。
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	虐待防止に努めケアを見直し職員同士声掛けをし合い防止に努めている。		
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	必要に応じて学ぶ機会を設け、話し合い、情報を共有し活用出来るよう心がけている。		
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	家族からの不安や疑問点は、その都度対応し理解、納得出来るよう努めている。		
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	委員会の中でご家族の意見、要望を反映出来るよう取り計らっている。	家族には運営委員会に参加して意見を述べてもらいほか面会の際に職員が声掛けして要望を聞いているが、運営委員会に参加できず面会もできない家族もいる。	面会が困難な家族や運営委員会にも出席できない家族がいる中で、利用者の状況はもっと知りたいと希望している家族もいる。毎月請求書を送る際に担当職員から添え書きする欄を設けるなど工夫して、家族の要望に応えることを期待したい。

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
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	全体職員会議で実施し反映出来るよう努めている。	月1回部署ごとの職員会議があり、そこでできたことを主任以上が出席する全体職員会議で協議し運営に反映させている。	
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	日々職員は努力しているが満足のいく環境条件は整っていない。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	研修及びトレーニングの機会は設けているが必ずしも充分とは言えない。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や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り組みをしている	秋田市ケアパートナーズによる相互訪問、研修、行事に積極的に参加し、ネットワーク、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	事前訪問をして身体状況や表情などから不安、要望を聞き安心出来るよう努めている。		

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
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	家族の困っている事、不安や要望などを良く聞き、共感して信頼関係に努めている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	食事作り、洗濯たたみなど身に付いている事を職員と一緒にやり、役割を持ってもらう。		
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	居室、家族室を利用し、ゆっくりと会話出来るよう援助している。病院受診時、家族と共に付き添い又、送迎の援助をしている。		
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	馴染みの公園、馴染みの場所などに行っている。定期的に床屋さん、美容院等に行かれる。	家族の協力を得て、以前行っていた美容院などへ継続して行けるよう支援している。ドライブで以前の家の前を通るなど馴染みの場所との関わりに努めている。	

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
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	ホール、食堂にて一緒にお茶を飲んだり、入所間もない利用者様には「一緒に泊まりましょう」と声をかけて下さる。		
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	年1回開催している、法要ミサに招待し家族との関わりを持っている。		
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	家族や本人に意向を聞き、介護計画に活かしている。	本人の日頃の状況や表情などからも思いを把握するようにしているほか家族や以前利用していたケアマネ・病院からの情報も得て介護計画に反映させている。	
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、生きがい、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、本人から情報を得て生きがいのある生活を送って頂いている。		
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	本人の状況に合わせながら、現状の把握に努めている。		

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
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	本人、家族の意見について、情報交換し現状に即した、介護計画を作成している。	家族・本人の要望を把握したうえでモニタリングしカンファレンスを行い介護計画を作成している。	
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	毎日の個人記録、申し送りで気付いた事を共有して実践している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	近隣のスーパー、公園お花見、紅葉見学、修道院の庭などに出掛けている。ボランティアの慰問に参加している。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ受診は、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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	本人、家族の希望を大切に内科、歯科、眼科、皮膚科を利用している。受診出来ない方は、往診で対応している。	入所前からのかかりつけ医を大切に、家族が付き添わない時は職員が支援している。協力医は往診にも対応している。	

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
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	看護師に情報、状態変化に気づきなどを伝え利用者は看護を受けられるよう支援している。		
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行っている。	病院の医療相談室と連携を取り、安心して入院、早期退院が出来るようにしている。		
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	事業所で出来る看取りを十分に説明し、本人、家族の希望があれば、同意書にサインして頂く。終末期の要望に応えられるよう、医師からの説明、家族、とチームとして方針を共有して取り組んでいる。	グループホーム創設時から看取りの取り組みをしている。明確な方針があり、協力医・家族・職員全員が共有し実施されている。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	ホームが新しくなりシステムも新しくなったため、機器の説明をして職員に徹底を図っている。		
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	年1回の夜間想定、毎月1回の避難訓練を行っている。町内会長を通して協力関係を築いている。	建物内3施設合同の夜間想定訓練を実施した際には消防署・町内会・防災機器会社の協力を得て実施しているほかグループホーム独自に毎月避難訓練を実施している。	

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
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	各利用者様にあった対応や言葉遣いに心掛けている。	利用者一人ひとりの性格等を把握し、人間関係を築きながら丁寧な言葉遣いをしている。	
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	本人の思いを受け止め自ら希望や決定が出来るよう働きかけている。		
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し、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	利用者個々のペースを大切に職員が連携をとり支援している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	普段から身だしなみ、おしゃれを楽しめ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	外食行事の際のメニューは自分で選ばれる。毎週日曜日の食事の際は、食材を職員と一緒に切ったり、味見をしている。普段は盛り付け、片づけを行っている。	食事はデイサービス棟で調理され、出来たものが運ばれてくる。利用者は盛り付けるだけであるが楽しんでやっている。日曜日は買い物から調理までを利用者と職員が一緒に行うことで利用者の力が活かされている。	

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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養バランスのある食材を提供している。水分量はチェック表に種類と量をチェックし把握している。		
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、口腔清潔を見守り、介助に行っている。寝たきりの方は、歯科往診、ガーゼでの清拭で対応している。		
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	排泄チェック表を使用し、トイレ誘導、介助を行っている。夜間はトイレ見守りやパット対応をしている。レベルの落ちている方も確認し見守り支援している。	病院を退院して入所する利用者は、ADLが向上しトイレ誘導を的確に行うことにより排泄の自立支援に結び付けている。	
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	冷たい牛乳やせんいのある物を提供し、便秘薬を必要に応じ、提供、車椅子の方はポータブルトイレを使用し対応している。		
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や健康状態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、個々にそった支援をしている	バイタルチェックして、健康状態を把握して、安心、リラックスして頂いている。	基本は週3回午前に入浴しているが、利用者の身体状況に合わせて随時対応している。	

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
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	個々の生活習慣に合わせ、午睡したり休息している。就寝時間も個々に合わせている。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	各自の能書をいつでも見られるようファイルにまとめている。薬の変更のさいは、ノートに記入し説明する。		
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	読書好きな方には紙芝居、本を読んでもらう。ピアノを弾ける方、掃除、食器拭きなど個々の得意な物を役割として持ってもらおう。		
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支援している ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	毎週買物に出掛けたり、計画なしでドライブに行ったりしている。	買い物は近くのスーパーに週1回出かける。「家に帰りたい」と言う利用者には車に乗せて家の近くまでドライブする支援をしている。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	買物のさいに会計をお願いしたりしている。		

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
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	家族との電話のやり取りは援助している。		
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、臭い、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	朝はカーテンを開け日の光を入れ生活感を持ってもらったり、ホームの内外を散歩して季節感を味わってもらおう。	新築の居間兼食堂は明るく居心地の良さが感じられる。浴室・トイレも清潔に保たれている。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	居間にソファを置き自由に座ってもらおう。 利用者同士、居室を行き来している。		
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	家族の写真、馴染みの私物、本など又テレビを持ってきてもらい居心地良い空間作りを工夫している。	居室のベットや整理たんすはそれぞれの好みの場所に配置されており、家族の写真やテレビなどの使い慣れた物も置かれ居心地の良さが感じられる。	
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を送れるように工夫している	みそのホーム全体で安全に配慮している。 個々がホーム内を散歩したり、洗濯をしたり、テレビを観たり、又日常生活で出来る事を手伝って下さる。		