

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	4つの柱からなる理念の実践に向けて取り組んでいる。スタッフの見える場所及び玄関に提示しています。	「人権の尊重」「自立した生活」「自然とのふれあい」「地域住民との交流」を理念として掲げている。理念は入職時の説明やホーム玄関・各ユニット内の掲示を通じ、職員への意識付けを図っている。	
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	地域のイベント(お祭り、文化祭)には積極的に参加し、ホームでのイベントには近所の方にも声を掛け交流に努めている。	町内行事(防災訓練、祭礼時の神輿招待、文化祭の出展等)への参加、企業・お話ボランティアや中学生の職場体験の受け入れ等を通じ、地域との交流を図っている。ホーム内でイベントを企画した際は、ご近所さんにもお誘いの声をかけることで良好な関係(果物・花の差し入れあり)を構築している。	
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	地域の行事に積極的に参加し地域の方と直接交流する事で認知症の理解や支援につなげている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回、行政、町会、民生委員、入居者やその家族に参加していただいています。話し合いの結果は、スタッフ全員に伝えサービスの向上に努めている。	区長、家族代表、社協職員、市担当者等をメンバーとし、年6回開催している。ホームの活動報だけでなく、地域との交流を深める場、気軽に質疑応答・意見交換できる場となっている。議事録は誰でも閲覧出来るよう、ホーム玄関口に備え置いている。	
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	市が行う地域ケア会議等に職員が参加し協力関係を築くよう取り組んでいる。	運営推進会議時の情報交換や地域ケア会議への参加を通じ、市担当者との連携強化を図っている。	
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「介護保険法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	マニュアルをスタッフにいつでも観覧できるようにし身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。危険防止の為やむを得ない場合は、ご家族から承諾書をいただいています。	マニュアルの整備・外部研修への参加(ユニット会議での内容共有)等を通じ、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。安全上やむを得ず4柵を使用する場合は、家族の同意も得ている。職員の何気ない言動がグレーゾーンに該当する場合は、管理者が都度注意喚起している。	ユニット入口の施錠の必要性について、職員間での継続的な検討が期待される。
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	虐待防止関連法について学び事業所内での虐待の防止に努めている。		

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
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	成年後見制度について広報誌等で学び家族には必要に応じ制度の紹介をしている。現在、成年後見制度を利用されている方は、2名います。月に1度後見人と面談し情報を共有しています。		
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	内容を十分説明しご理解していただき署名、捺印をしております。		
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	ご家族が遠慮する事なく職員に何でも話せるような人間関係の構築に努めている。意見箱の設置、苦情受付担当者を配置し運営に反映させている。	面会時に近況を報告し、「何か困っている事・要望等はないですか？」と働きかけている。家族の意見・要望は日々の利用者支援に反映している。	
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	ユニット会議や個別でもスタッフの意見や提案を聞き反映させている。	毎月のユニット会議の場で職員が自由に意見交換できる機会を設けている。管理者は職員の意見・提案を「一旦、それでやってみよう」と肯定的に受け止めている。又、職員全体で意見交換し、合意形成を図る過程を大切にしている。	
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	職員の努力や勤務状況を把握し各自が向上心を持って働けるよう環境の整備に努めている。		
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	研修会に参加できる機会を設けている。		
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	同業者との交流に努め、ネットワークづくりや勉強会に取り組んでいる。		

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
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	入居時に本人のしたい事などを伺い入居後、安心して暮らせるように支援しています。		
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	家族の思いをしっかりと聞きとり要望に沿うよう対応に努め信頼関係が築けるように努めている。		
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	サービスを導入する段階で、本人と家族の意向を聞きアセスメントしケアプランやサービスに反映させている。		
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	個人を尊重しご本人の出来ることを続けていき、できない事は一緒に行い共に支えあっている。		
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	本人の最近の状態等ご家族に伝えたり、相談を聴いたりコミュニケーションを図り、共に本人を支えるよう努めている。		
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	自宅への外出やなじみの場所へは、本人が行きたい時にいつでも行けるよう支援を行っている。	ホームでの面会を歓迎しており、毎日家族(妻・娘等)が訪れている例もある。利用者の希望に応じて馴染みの場所(自宅周辺、親戚宅、商店、スーパー等)に出向き、知人・友人がいれば声をかけて交流継続を楽しんでいる。	
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	利用者同士助け合ったりコミュニケーションが取りやすいよう席に配慮したり、トラブルになった際には、スタッフが仲介に入るよう支援している。		

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
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	他施設や病院への転院や退所された場合でもお見舞いに行ったりまた、亡くなられた時は葬儀にも参列させていただいたりしている。		
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	本人の思いや希望を聴き取りながら、また言葉で伝えられない方でも態度や表情の変化で常に把握するようにして意向に沿えるように検討している。	日常の何気ない会話を通じ、利用者個々の「思い」を把握するようにしている。利用者の「思い」(○に行きたい等)を聞いた場合は職員間で共有し、その実現に努めている。意思疎通が難しい場合は家族の情報参考に職員側から働きかけ、表情の変化から「思い」を汲み取っている。	利用者の「思い」が込められた言葉(○○したい、○○が好き、○○に行きたい等)を拾い上げて日々の記録に残し、介護計画に繋げる仕組みが期待される。
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	情報提供書を確認したり、本人や家族からこれまでの生活歴や生活環境を聴き取りサービスにつなげている。		
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	一日の過ごし方や心身状態は介護記録をもとに情報を共有できるようにしその日の状態に合わせたケアをしています。		
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	本人の望む生活を第一に考えながら家族の意向、思いを聴き取り課題とケアのあり方についてスタッフで話し合い介護計画を作成している。	利用者本人の「思い」(○○したい=趣味、好きな事、出来る事)を大切に介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。必要性(透析の方等)に応じて健康管理に関する事項も明示している。半年毎に担当者を中心とするモニタリング・職員全体での話し合いを行い、次の計画内容に活かしている。	
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	日々の様子を介護記録を通してスタッフ間で共有しユニット会議で話し合い実践や介護計画の見直しを行っている。		
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	希望に合わせた個別の外出支援を始め、既存のサービスに捉われない、その時々ニーズに対応した柔軟な支援やサービスが提供できるよう努めている。		

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
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	近くのお店へ買い物に行ったり、ボランティアや地域方との交流で協力を得ながら支援している。		
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、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	希望のかかりつけ医を選択でき適切な医療を受けられるようにしている。	ホーム提携医(2ヶ所)による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。提携医とは24時間の連携(相談、緊急往診対応可)を構築し、利用者・家族の安心に繋がっている。かかりつけ医への継続受診も可能であり、その際は家族の協力を得ている。かかりつけ医・専門医と適切な連携を図れるよう、都度必要な支援(文書や電話での情報交換、看護職員の付き添い等)を行っている。	
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	看護職、介護職が連携し、利用者が適切な受診等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。	入院時に介護サマリーを作成し病院担当者に渡している。お見舞いに訪れた際には情報交換に努め退院後スムーズに生活が送れるよう関係づくりに努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期を迎えると予想された段階で本人や家族と話し合う機会を設けている。ホームで出来る事、できない事を十分に説明し意向を確認して柔軟な対応出来るよう努めている。	ホーム提携医・訪問看護事業所のバックアップを得ながら、重度化・終末期支援の実践に取り組んでいる。利用者の重度化・状態変化の都度、提携医や家族を交えて今後の方向性(他施設への移行含む)を話し合っている。看取り支援を行う場合はホームで出来る事・出来ない事を提携医から説明してもらい、家族の同意を得ている。	
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	応急手当の研修は、順次参加しているが、全職員が備えていない。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	職員の目につく所にマニュアル表を貼り、対応している。	救急車を呼ぶ手順を整え、電話傍に掲示している。又、緊急時はホームの看護職員・提携医にいつでも相談し、指示を仰げる体制を整えている。	生命にかかわる緊急事態(誤嚥・窒息時、心肺停止時等)に全職員が適切に対応出来るよう、計画的・継続的なロールプレイ訓練の実施が期待される。

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	協力医療機関とは連携がとれています。また、必要に応じ緊急時の対応も安心して行える関係である。	ホーム提携による医療支援体制を確保している。又、介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保している。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	緊急時は、緊急連絡網の活用と近隣在住の職員を招集する。看護師、主治医とは夜間でも連絡できる体制である。	各ユニット1名の夜勤者を配置し、ホーム内で2名の複数体制となっている。又、緊急連絡網による近隣在住職員(管理者含む複数人数)の応援体制も整えられている。	
38	(16)	○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	避難訓練を行うほか運営推進会議を通じて地域の方々にも協力を働きかけている。	災害発生時の対応マニュアルを整え、年1回は日中の火災を想定した総合避難訓練を実施している。訓練は防災設備業者立ち会いのもとで行い、機器の使用方法等を繰り返し学んでいる。災害発生時に地域の協力が得られるよう、訓練時に区長・民生委員の参加・協力を得たり、地域の防災訓練に毎年参加している。備蓄品は未整備となっており、今後の課題として認識している。	人出が少ない夜間想定中心の訓練の実施が期待される。火災想定の際には年1回は消防立ち会いのもとで行い、専門家の助言を今後の訓練に活かす取りくみが期待される。備蓄品・防災グッズのリスト化と整備が期待される。
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	災害時マニュアルを整備し、安全確保に努めている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	一人ひとりの人格を尊重した対応に努めている。他者に見られたくない事などプライバシーが損なわれることないよう気をつけている。	利用者個々の人格に配慮した対応や年長者に対する丁寧な言葉遣いを心掛けている。又、トイレ誘導時は耳元で声をかけたり、羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じる等、プライバシーについても注意を払っている。	
41		○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	本人の返答能力に応じた声かけの工夫をしたり、方言を使ったり、自己決定しやすいように働きかけている。		
42		○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	利用者一人ひとりの思いを大切に、その日の希望に沿ってその方のペースに合わせた生活ができるよう支援している。		

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
43		○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	外出時には一緒に洋服を選んだり、入浴後の着替えなど相談して準備しています。		
44	(19)	○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	食事の準備や片付けを一緒にしたり、一人ひとりの好き嫌いを把握し好きな物や希望のメニューを取り入れ食事が楽しめるよう努めている。	業者が献立作成・食材納品を担い、職員手作りの料理を提供している。食材は利用者の好みに応じ、自由にアレンジしている。ホームの畑で収穫した農作物も食材として活用している。家事が得意な方には、下準備や後片付けを手伝ってもらっている。食事が楽しみとなるよう、おはぎ作り・行事食(太巻き作り等)・外食(回転寿司等)の機会を設けている。	
45		○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	食事量や栄養バランス、水分量など十分に摂れるよう確認し記録しています。		
46		○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	毎食後に口腔ケアをしています。出来ない方は口腔清拭をしている。		
47	(20)	○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	排泄表を確認しながらパターンを把握し自立に向けた支援を行っています。	日中は可能な限り、「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な場合は個々の排泄間隔・サインを把握し、適宜お誘いの声をかけている。夜間帯は利用者の状況に応じて個別に対応(大きめのパッド使用、ポータブルトイレの活用等)している。家族の負担軽減に繋がるよう、排泄備品(パッド・オムツ類)に関する費用はホームで負担している。	
48		○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	水分補給に心がけ、個々に応じた運動と排便チェックをしながら便秘の予防に取り組んでいる。状況により医師の指示のもと薬を調整しています。		
49	(21)	○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	本人の体調や希望に合わせて入浴を楽しめるよう支援しています。お風呂嫌いの方には、無理強いせず声かけを工夫している。	週に4日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(一番風呂、温度、長風呂、自分専用の物品使用等)に沿った入浴を支援している。お湯の変化を楽しめるよう様々な入浴剤を用いたり、昔ながらの季節湯(柚子湯)を行っている。入浴を拒む場合は無理強いせず、声かけの工夫で対応している。	

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
50		○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	本人の体調や習慣に合わせて安眠や休息ができるよう支援している。		
51		○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	1人ひとりの薬について理解、把握に努めている。また症状の変化や薬の変更時にはスタッフ間で情報が共有できるように記録に残している。		
52		○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	自室の掃除、洗濯物たたみ、茶碗拭き、畑の水やり等、出来る事を行いながらその中で楽しみや充実感が持てるように支援している。		
53	(22)	○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	天気の良い日には希望に沿ってドライブに出かけたり散歩に行けるよう支援している。また、個別でも外出したい時にいつでもできるように家族にも協力してもらっている。	散歩、畑作業、ドライブ等、日常的な外出を支援している。又、気分転換を兼ね、月1回は季節感を味わう外出(桜花見、ひまわり村、コスモス畑等)や普段行けない場所(千里浜、倶利伽羅不動尊、道の駅等)への外出も支援している。	
54		○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	本人の希望、家族の了承がある場合はお金を所持したり使えるように支援している。		
55		○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	本人の希望に応じて家族や友人といつでも連絡がとれるよう支援している。		
56	(23)	○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	リビングや玄関に季節に応じた飾り付けを利用者と一緒にしている。常に整理整頓、清潔保持を心がけ皆がそれぞれ居心地よく過ごせるような共用空間づくりに努めている。	共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮している。玄関まわりや畑で育てた季節の花を、ホーム内に飾っている。リビング以外の場所(廊下等)にもソファを配置したり畳コーナーを設け、他者と離れて寛げる空間を設けている。	

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
57		○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	利用者同士が思い思いに過せるようにソファーや畳みのスペースを設けており、それぞれのお気に入りの場所でくつろがれています。		
58	(24)	○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	居室には本人・ご家族と相談の上、家族の写真や本人の作品を飾ったり、使いたれた家具など馴染みのものを置いて安全に居心地よく過せるよう配慮している。	入居時に使い慣れた物(テレビ、タンス、毛布等)や本人が安心出来る物(家族の写真、趣味道具等)を持ち込んでもらっている。	
59		○身体機能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	居室や廊下などに手すりを設置し安全に自立した歩行をして頂けるようになっている。歩行器やシルバーカーを使用している利用者もおり使用時以外の置き場に配慮し歩行などの妨げにならないように注意している。		