

## 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	2470400090		
法人名	メディカル・ケア・サービス三重株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム亀山		
所在地	三重県亀山市川崎町1586-1		
自己評価作成日	令和元年9月26日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;Ji_gvosyoCd=2470400090-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;Ji_gvosyoCd=2470400090-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会		
所在地	津市桜橋2丁目131		
訪問調査日	令和元年10月7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)】

ご入居者様が安心して生活して頂ける事を目標に、認知症ケアの専門職として毎月施設内研修を行い、各職員のスキルアップを目指している。地域交流も意識し近所に買い物に出かけたり、地域のお祭りへ出向いたりしている。

## 【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)】

一人ひとりの意志及び人格を尊重し、その人らしい自立した日常生活を送る為に利用者には出来る事はしてもらい、営められるよう寄り添った支援を行なっている。職員は、家族の困っている事・不安な事を良く聞いて相談に乗っている。相手の気持ちを考えて、本人の立場に立ち、笑顔をいつも絶えさせず、ゆっくりと無理強いをせず自由に生活が出来るアットホームな事業所である。

## 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広がったり深まり、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、生き活きと働いている (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	ユニット会議を行い、理念を実践できるよう周知。実践に向け計画している。	事務所に理念を掲示し、利用者の自立を目指している。利用者の出来る事を考え、言葉掛けを大切に、出来る事の残存能力を維持活かせる様に、実践出来る支援を職員間で共有している。	
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	地域の運動会やお祭りに出向く計画をして、交流する努力をしている。	地域の秋祭りに志などを供出し、管理者が参加している。事業所には中学生の職場体験(年2回)や子供会の慰問がある。また、商工会主催の”まちゼミ”に参加し、介護何でも相談会を開催した。台風時の住民の避難場所として協力しており日常的に交流に努めている。	
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	運営推進会議を通じて実施している。		
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	色々な方から意見を頂き話し合いをしている。	奇数月に年6回、毎月15日に定期化し、入居状況・事故・行事報告等を行ない、地域包括センター・家族・自治会長・民生委員・福祉委員が参加で開催している。年1回の家族アンケートの結果も報告し、検討され意見交換をしている。	年6回の開催を目標に開催方法や会議内容、議題にも工夫し、開催後の全ての会議録の作成を期待する。
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	電話相談を行ったり、地域包括が行う研修には参加している。	入居状況・事故報告・介護相談に訪れ、市担当者からは生活保護者の受け入れ要請がある。また、広域連合の地域包括センターと職員との協力体制もしっかりと取り組んでいる。	
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	できている。	身体拘束・虐待表チェックシートを職員に配布し、3ヶ月毎に身体拘束廃止委員会を開催してホーム会議で検討している。また、事業所独自の資料でヒヤリハットを使用し、3ヶ月毎に開催している。言葉の拘束についてはその場その場で職員同士が注意し合い服薬に関してはその都度、主治医に相談しており拘束をしないケアを日頃から取り組んでいる。	
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	定期的に研修をおこなっている。		

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
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	研修を実施している。		
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	入退去の際は十分な説明を行い、安心して頂ける様に話をしている。		
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	運営推進会議ですべての家族に参加を呼び掛けているが、参加の家族はほぼ特定されており、偏りはある。	面会時・運営推進会議・ケアプラン作成時での意見の把握に努めている。家族に年1回、家族アンケートを送付し、今後の事業所の取り組みに反映させている。家族からは、医療受診は事業所で対応の要望があったので出来る限り対応に努めている。	
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	定期的に面談を行ったり、ミーティングの場でもそういった意見を聞くようにしている。	ケア支援中に直接意見が出たり、ミーティング会議でも意見を聞く機会がある。年1回職員アンケートを実施し、職員から、休憩場所がロッカールームしか無いので別に休憩室の要望があり用意した。業務改善の意見が多くその都度、対応検討している。	
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	代表者は定期的に訪問してくれるが管理者以外の職員と話をする機会があまりないのが現状である。その為エリアマネージャーに意見を集約して報告している。		
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	法人外への参加は任意であるが、法人内研修は専門の部署で資料を作り、ホームで研修を実施している。		
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	地域包括の研修の参加や定期的な営業活動を通じて、交流の機会を確保している。		

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
<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	入居前後にアセスメントやカンファレンスを行い、ご本人・ご家族のニーズの把握に努めている。		
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	ご家族とは面会時や電話でしっかり話をしニーズはケアプランに反映している。		
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	実施している。必要に応じて福祉用具の導入も行っている。		
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	そういった意識を持つように指導している。		
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	おたよりや面会時の報告を通じて、家族との関係性も大切にしている。年に一回家族会も開催している。		
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	出来る限り対応出来る様に、意識をしているが全ての方に実施できているわけではない。	友人・知人の来訪がある。家族の協力で、宗教の参拝・法事・お墓参り・馴染みの場所へ花見に出かけている。また、家族へホーム便りの送付時に、日々の生活状況を職員が記入し、面会の機会を促している。	
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	ソファ等の共用スペースにお誘いしたりして、そうなるように働きかけている。		

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
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	退去時にいつでも相談に相談して頂きたい旨を話している。退去時にアルバムを渡したケースもある。		
<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	外出のニーズについては、できる限り迅速に対応するように努めている	日常生活から寄り添い、いろいろな話を誘導し、把握に努めている。また、計画作成者からも情報提供があり、ケア日報、申し送り表に記入し職員間で共有している。	
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	計画作成担当者が中心となり、他の職員の意見を集約し把握に努めている。		
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	ユニット会議やケアプランのモニタリングを通じて行っている。		
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	定期的なモニタリングを行い、ケアプラン作成に活かしている。	モニタリングを全職員で3ヶ月毎に行ない評価をしている。家族からの意見は面会時、電話等で日頃から連絡を密にしている。サービス担当者会議を3ヶ月毎に行ない見直しをしている。状態の変化があればその都度、現状に即した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	実施している。情報の共有は毎日朝と夕の申しおくりで行っている。		
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	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
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	介護相談員が月に1回定期的に来所したり、権利擁護等を利用し実施している。		
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	かかりつけ医と連携をしている。緊急時でも連絡できるような体制をとっている。	契約時に全員が協力医に家族に説明し変更している。協力医は24時間対応で、協力医への受診は事業所が支援し、他科での受診は家族に協力を依頼している。看護師から利用者個々の日々の状態を週2回協力医に連絡し、月2回協力医の定期訪問診療がある。	
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	看護師とは密に連絡を取り合っている。		
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。	実施している。入院時には病院のワーカーに状況を確認している。		
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	入居時にホームの指針を説明している。看取りに関しても可能な限り対応している。	契約時に看取りの指針を家族に説明し、意向を聞き同意を得ている。その状態になった時には、主治医の意見・指示を得て主治医・看護師・職員・家族で対応方針を検討し、看取りを行ないチームで支援に取り組んでいる。	
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	一部の職員しか訓練を実施できていない。今後の課題である。		
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	避難訓練は年に2回ほどしかできていない。地域とは何かあれば、連携していきたいと話をしている。	防災訓練は年2回消防署指導の下、避難場所を駐車場と決め通報・避難・消火・夜間想定訓練を行なっている。台風時のみ地域住民の避難場所として自治会に協力している。備蓄は食料品が3日分位あり(非常用パン・缶詰・水)、非常備品は(カセットコンロ・ランタン・防災ラジオ)を備えている。	

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
<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	研修やチェックシートを利用して、心掛けている。会社からの注意喚起があれば共有している。	利用者一人ひとりを尊重し、排泄等は他の利用者に気づかれない様に声掛けしている。入浴・トイレ介助も同姓介助に心掛け配慮している。	
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	本人のニーズが把握出来る様に努めている。		
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	努力しているが、職員都合となる事もある。		
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	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	準備や片付けは一部の入居者さん限定になってはいるが、できている。行事で食事を皆で作ったりしている。	法人の厨房で調理を行ない職員が温め、個々利用者に応じた食事を用意している。利用者の好き嫌いを把握しメニューを代替えをしている。今日の献立がわかる様に掲示し、年2～3回は外食(回転寿司)を取り入れ楽しみになっている。利用者は下げ膳、テーブル拭き、食器拭きを手伝っている。	
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	支援しているが、一部の方は水分の摂取量が少ないので課題である。		
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	拒否をされる方もいるが、可能な限り対応している。		

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
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	時間を決めて誘導を行っている。	利用者一人ひとりの排泄方法を把握し、個別ケアを行なっている。夜間はポータブルトイレを利用する方もいるが、事業所としては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	下剤等に頼っているのが現状である。		
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	できている。	基本的には週2回の入浴を午前中に支援しており、希望があればいつでも入浴出来る体制作りはしている。また、入浴剤、季節の柚子湯を使ったりしている。	職員体制の問題もあるが、入浴回数が少ない様に思うので、出来れば週3回入浴出来る体制づくりを工夫し、シャワー浴・足浴・清拭等も取り入れる支援を期待する。
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	寝る時間はご本人のペースに合わせている。		
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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	一部の入居者さんで薬の量を調整した。医師と相談しながら服薬管理をしている。		
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	毎月行事等を行っているが、計画的に行うこと以外はあまりできていない。		
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	計画を立てて一部実行している。	月初めに職員が行事計画を立て、その中に外出の計画も入っており、花見(桜・紫陽花)、回転寿司へ外食、買い物、ごみ出しを手伝う利用者もいる。また、家族と宗教の参拝・法事・お墓参りに出掛けている。	



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
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	お金は基本的に預かっているが、購入したいものがあれば購入するように努めている。		
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	電話希望があれば、してる。毎月の通信でご本人の様子を家人に伝えている。		
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	イベントの写真を飾ったり、季節の飾りしたり工夫している。温度も適切に保てるように心掛けている。	居間兼食堂は広く、利用者と職員が共に掃除を行ない大変綺麗である。トイレの手拭きも使い捨てペーパーを使用し、清潔に保たれている。利用者はソファでゆったりしている。作り上げた作品、行事の写真が掲示され、季節毎に適宜掲示変更している。	
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	ソファを設置し、くつろぎの場として提供している。		
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	家族と相談しながら、居心地の良い空間となるように工夫している。	各居室とも明るく、ベッド・大きな筆筒が設備され、利用者馴染みの家具(テレビ・筆筒・机・位牌等)が持ち込まれ、出来るだけ以前の生活と変らぬよう居心地よく過ごせる工夫をしている。	
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	できている。		