

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	2390100143		
法人名	株式会社ぬくもあ		
事業所名	グループホーム覚王山 2F		
所在地	名古屋市千種区川崎町1-48		
自己評価作成日	平成27年3月10日	評価結果市町村受理日	平成27年5月15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://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&Jigvosyo_Cd=2390100143-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成26年3月27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)】

同一建物内に「複合型サービス」を併設しているため他のグループホームでは難しい医療程度の高い方でも対応できる。
--

【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)】

ホームは、母体が医療機関である他にも、複合型サービス事業所(看護小規模多機能型居宅介護)を併設している。施設内には複数の看護師が勤務している他にも夜勤としても勤務している体制であるため、利用者の急変時等の際には、医療面での対応を迅速に行うことができる。ホームは、理念にある「ぬくもりある、くらし」を実現できるように、医療面の支援が必要な方も安心してホームで生活することができるように、日常的にも医療面での支援が行われている。ホームは医療面での支援の一方で、家庭的な雰囲気をつくりながら、一人ひとりに合わせた支援を行う取り組みも行われており、ホームで好きな事をしながら過ごせるように支援している。また、運営推進会議の際には、利用者一人ひとりの身体状態等の報告を行いながら、出席者にホームへの理解を深めてもらうように取り組んでいる。
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、安心して暮らしている (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	近隣地域の利用者ばかりではない為「昔から住み慣れた場所で安心して生活できる」という理念からは少し外れている。	法人名でもある、ぬくもりのある、安心した生活の実現を目指した内容の理念を掲げており、職員間で振り返る機会もつくられている。また、各フロア内への掲示も行われており、日常的な意識向上にも取り組んでいる。	
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	まだまだ地域とのつながりが不足している。地域行事に参加できていない。	ホームでは、近隣の保育園との交流の機会がつけられている他、ボランティアの方の訪問の機会も得られている。なお、地域の方との交流は限られているが、今後、交流の機会を増やしていきたい意向でもある。	現状、ホームから地域に出ていく交流の機会が限られている。ホームとしても前向きな考えでもあるため、今後の取り組みに期待したい。
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	認知症介護施設として地域から苦情等を出していないが、地域の方々に発信できていない。		
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	参加人数も限られなかなか意見が出ずサービス向上に活かせていない。	会議の際には、利用者一人ひとりの健康状態等についての細かな報告が行われており、出席者にホームへの理解を深めてもらっている。また、地域包括支援センター職員の参加も得られており、利用者に関する情報等の交換につなげている。	
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	必要に応じた包括支援センターに相談に行くようにしている。	研修会等の際には、ホームからも職員が出席するようにしている他、母体医療機関の医師が講習会等の講師を務める機会もつけられている。また、区内の介護事業所が集まる連絡会にも参加する機会もつけられている。	
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	玄関の施錠は行っているが、他の身体拘束は行っていない。	玄関及びユニット入り口には施錠を行っているが、身体拘束を行わない方針を掲げながら、利用者の様子を見ながらの対応等が行われている。また、施設全体で専門の委員会が組織され、事例検討等が行われている。	
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	積極的に学ぶ機会を持っていない。		

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
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	積極的に学ぶ機会を持っていない。		
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	十分に説明できている。		
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	個々の相談・要望を利用者のサービスに反映させている。	ホームでは、利用者の誕生日会の機会を通じた交流の機会がつけられてはいるが、現状は、家族との交流会等の機会はつけられていない。意見や要望等については、随時の面談等が行われている。なお、ホーム便り等の発行は行われていない。	今後に向けて、家族がホームに来てもらう機会をつくりながら、交流会等の機会につなげていく取り組みに期待したい。また、個別の便りの作成等、情報発信にも期待したい。
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	定期的に意見や提案を聞く機会を持っていない。	ホーム内の毎月の会議の実施や個別面談も行いながら、管理者は、現場職員からの意見等の把握と反映に取り組んでいる。また、ホームは常勤職員の比率が高いことで、職員に意欲的に働いてもらう取り組みが行われている。	
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	細かい気遣いができるよう心掛けてもらっている。		
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	法人としての研修機会の充実が図れるように計画を立て実行された。今後の継続を望む。		
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	管理者が他のグループホームとの相互訪問を行っている。		

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
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	入居前に必ず面談を行い要望を聞くようにしている。		
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	入居前に必ず面談を行い要望を聞くようにしている。入居後も要望を聞くようにしている。		
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	併設の複合型サービスの利用も視野に入れ対応している。認知症の状態に合わせ専門医への受診等を家族に提案している。		
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	努力しているが一方的になりがちである。		
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	努力しているが一時的になりがちである。		
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	入居者の馴染みの場所になく関係がもともとない。	利用者の友人がホームに訪問して交流したり、家族にもお願いしながら馴染みの場所への外出も行われている。また、家族との買い物や外食に出かけたり、時には、自宅に戻り家族と過ごす機会が得られている方もいる。	
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	利用者の認知症の程度も違い支えあう支援にはなっていない。		

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
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	支援の要望があれば相談、支援に努める用意はある。		
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	本人本位の意向、希望の把握に努めているが、家族の意向、希望が優先される傾向にある。	利用者の意向等については職員全員での把握に取り組んでおり、把握した情報は申し送りノートへの記載による情報の共有につなげている。また、カンファレンスの機会もつくりながら、職員間の共有にも取り組んでいる。	
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	入居前に必ず面談を行い把握するようにしている。		
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	努めているがサービスが均一になりがちである。		
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	ご本人が安心して生活できるよう介護計画を作成できるよう努めている。	介護計画については、ライフサポートプランの様式を利用しており、ケース記録と介護計画がつながるように工夫を行っている。介護計画の見直しについては、モニタリングも行いながら、6か月での見直しを行っている。	介護計画については、ライフサポートプランの様式を利用するなど、独自の取り組みも行われている。今後に向け、職員が日常的な記録を意識するような取り組みや定期的なモニタリングにも期待したい。
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	個別記録に記入しているがなかなか介護計画に反映できていない。		
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	既存のサービスで難しければ複合型サービスの利用も視野に入れ取り組んでいる。		

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
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	なかなか地域資源を把握し支援できていない。		
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	適切な医療を受けられるように支援している。	ホームの母体が医療機関でもあるため、定期的な訪問診療の他にも、急変時の対応等、医療面での随時の連携も行われている。また、併設事業所に複数の看護師が勤務しており、夜間を含む24時間の対応が可能である。	
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	適切な看護、受診が受けられるように支援している。		
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。	協力医療機関を中心とし関係者との情報交換に努めている。		
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、事業所の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	入居時及び容体の変化に応じその都度終末期のあり方について家族と話し合っている。	医療面での連携が充実していることもあり、利用者の看取りを見据えた支援が行われているが、ホームとしては、医療面の支援が充実している複合型の事業所への案内も行われている。また、看護師による職員へのフォロー等も行われている。	
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	応急処置や初期対応は基本的に看護師が対応しており、AED等の訓練を実施している。		
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	積極的に行われていない。	ホームで年2回実施している避難訓練では、夜間を想定したり、通報装置の使用の確認も行われている。ホーム内に備蓄品の確保も行われている。なお、地域の方との連携については、今後のテーマでもある。	関連事業所と併設していることで、夜間の職員が多い利点があるが、重度の方が多く生活している現状もあるため、地域の方との連携を深める取り組みにも期待したい。

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
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	慣れ親しんでつい言葉かけの対応が疎かになっている。	職員による利用者への声かけ等には意識するように取り組んでいるが、徹底できていない点もある。ホームでは、接遇面に関する職員研修も実施し、意識向上への取り組みが行われている。	
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	働きかけるようにしているが、介護職員都合で行ってしまうことがある。		
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	全て利用者のペースで行うことは難しく、介護職員都合で行ってしまうことがある。		
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	身だしなみを整えているがおしゃれとまではできていないこともある。		
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	食事の準備はテーブル拭きレベルで後片付けは食器洗いレベルで一緒に行っている。行える方はかなに少数である。	今年度より、食事の提供を変更しており、調理されたおかず類を提供しているが、ミキサーや刻み等の食事形態の提供については、ホーム職員により行われている。また、定期的に刺身を提供したり、パン食の日もあり、利用者の楽しみもつくっている。	
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	食が細かったり水分量が少ないときは注意し、摂取方法を工夫したり補食で対応している。		
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	訪問歯科の指導を仰ぎ口腔ケアを行っている。		

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
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	尿意がはっきりしない利用者も定期的にトイレへ誘い習慣づけ自立に向けた支援を行っている。	利用者一人ひとりに合わせた排泄が行えるように、毎日の申し送りの際には、排泄に関する情報の共有が行われている。その際には、必要に応じた看護師との連携も行われている。また、細かな排泄チェックも行われている。	
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	個々に応じて対応しているがなかなか便秘解消とはなっていない。		
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	個々の希望に合わせて入浴していただくことは難しく現場の都合が優先されている。	ホームでは、週2回の入浴支援が行われており、時間は基本午前となっている。現状、個室での入浴となっているが、施設内に特殊浴槽が設置されているため、重度の方にも対応している。また、入浴の際には、毎回、お湯を取り替えている。	
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	主治医、看護師に助言をもらい安眠できるように心がけている。		
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	看護師が管理し服薬支援している。		
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	なかなか個々の役割、嗜好、気分転換にあった支援ができていない場合がある。		
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支援している	天候、利用者の心身の状況を考慮し外出できる機会を設けるようにしているが、普段いけないような場所へは行けていない。	車椅子の方が多くことや職員体制もあり、現状、ホームからの外出の機会が限られており、今後のテーマでもある。個別の外出支援として買い物の支援等を考えており、買い物に出かけることもある。	ホームでは、地域の方との交流を今後のテーマとして考えていることもあり、地域の行事への参加や地域のお店での買い物等、地域の方との交流を深めることで外出の機会が増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
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	一緒に買い物に行きお金を使うことを支援できていることもある、なかなか難しい。		
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	携帯電話を使い自分で電話される方も見える。年賀状をご家族に書いたり支援をしている。		
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	共用の空間は清潔に保持し季節感が出るよう飾りつけ等を行っている。	ホーム内は限られた広さではあるが、1階のリビングに和室があり、利用者によりそこで過ごすことができるようにしている。また、リビングが2階と3階であるため採光に優れた環境であり、季節に合わせた飾り付け等が行われている。	
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	利用者同士の席の工夫をしている。		
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	部屋に馴染みな物を置くなどの工夫を家族に提案している。	居室には、馴染みの家具類や好みの物を持ち込んでおり、個性のある教室づくりに取り組んでいる。また、居室にはベッドが備え付けとなっているが、利用者の希望や状態にも合わせ、ベッドを外し、布団で生活することにも対応している。	
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	フロア内の動線が単純でわかりやすくなっている。		