

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	2275400212		
法人名	有限会社ワコー		
事業所名	グループホーム郷の家		
所在地	静岡県島田市東光寺178の5		
自己評価作成日	平成22年10月19日	評価結果市町村受理日	平成22年11月30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 aigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=227540

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社システムデザイン研究所		
所在地	静岡県静岡市駿河区馬淵2-14-36-402		
訪問調査日	平成22年11月2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)】

1. バリテーションの活用により、御利用者とは「共感的態度」で接する。 2. 尊厳の保持の為に「快の感情で終わる」ケアを実施。 3. 自主性の尊重の為に職員からの頼みごとは「私メッセージ」を使用。 4. 御利用者並びに職員の笑顔がいついばいなホームです。

【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)】

国道1号線のインターチェンジの近くではあるが、山間地域特有の穏やかな空気が流れる場所に事業所はある。。。昨年の課題の一つである「職員を1名増やす」を達成し、買い物や散歩などの外出に無理があった利用者の支援がスムーズになった。利用者に接する時間が多くなり、また掃除などにも時間がとれるようになったため、部屋の環境整備もさらに向上した。有資格者は少ないが、職員は細やかなケアサービスで対応しており、またタクティルケアにも取り組み関わりについてチームで学習を深めている。運営推進会議において家族からの意見が出にくいということも課題であったが、家族の皆さんが参加してみたいと思えるようなテーマ選択をし、参

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、活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	事務所に「心がけ」を掲げ折りあるごとにグループのあり方や、介護のあり方を確認している。新しい職員には研修を実施中。	言語を通じてはバリデーション、非言語(身体)を通じてタクティルケアの職員研修に月1回取り組み、理念である「共感する」を実践している。	
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	町内会に加入しており、行事に参加できる。近所の方々との日常的な関わりが有る。回覧板もまわってくる。	回覧板のほか地域情報誌も廻ってきており、地域情報が豊かにある。また、管理者が認知症サポーターであることから、地域における講座も担当している。	
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	認知症サポーター養成講座において話(講師)をしている。 訪問看護ステーションでの講座実施。(ケアマネ及び看護師対象。)地域包括支援センターでの講座を行った。(ケアマネージャ並びに家族対象)		
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	家族全員参加できるよう工夫している。傾聴ボランティアを検討中。	家族に参加してもらいたいと考え、家族に添ってテーマを検討したところ、参加率が高まっている。また、そのため意見も増え、ボランティアの受入も懸案事項としてあがっている。	
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に取り組んでいる	長寿介護課及び包括支援センターの職員からの相談がある。	包括支援センターの依頼で「バリデーションにおける四段階の認知症対応」を題材に、地域のケアマネージャーを対象とした講座を管理者が担当する(年6回程度)など、地域の要請に応えている。	
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	門は無く出入自由。玄関のカギは深夜のみかける。身体的拘束は一切無い。	センサーはブザーではなく「エデンの園」などの音楽を使っている。出入りが自由なため、職員が利用者の玄関の出入りに追われている様子がみられる。	緊急やむをえない場合「切迫性」「非代替性」「一時性」の要件を満たしていることは理解できるが、記録が不十分ことから、今後は書面による手続きをとることを期待する。
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	職員には法律の内容を理解する話をしている。常に言葉使いに注意を払っている。		

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	管理者は理解しているが、まだ職員では知らない人もいる。現入居者においては該当者無し。該当者があったら勉強会を開く予定。		
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	入居時に「契約書」及び「重要事項説明書」を基に説明を行っている。		
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	家族が来所した折には必ず近況を話し、その中で希望などを把握している。	面会の家族には管理者が詳細を説明している。また、事業所だよりも写真付きで発行することで、面会の頻度が少ない家族も状況変化を受入やすくなっている。	
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	毎月ミーティングを行い、その中で行っている。	事前にテーマ設定し、話し合っている。また、「その他」の時間帯も設け、自由に意見が言えるようにしている。職員意見箱の設置も検討している。	
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	パート時間給を経験により上げている。ボーナスは能力実績で査定する。勤務表作成前には必ず希望を聞いている。		
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	管理者は必要な社外研修を全て行っている。職員は月1回の短時間社内研修とOJTをメインに実施中。尚職員は年一回に別々の社外研修を受け、社内にて全員に報告を行う。		
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	管理者が行い、職員に必要な事項(サービスの質の向上)を教育している。		

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	
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	入居前に家族と本人より話を聞いたり、見学したりしてもらっている。又、家庭訪問もする。①以前利用していたケアマネージャーから情報を得る。②サービス事業者から情報を得る。			
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	入居前に面接や電話などで何回も連絡したり、話し合いをしたりしている。			
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	センター方式のシートに記入してもらい、本人の状況を詳しく知るようにしている。			
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	当ホームでは入居者と職員が一緒に行動する関係である。常に居間を中心とした生活。			
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	外出、外泊、面会など、いつでも良しとしている。家族と顔をあわせたら必ず本人と一緒に話をする。			
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	要望があれば、家や親戚の家に行ったりしている。(同行) 思い出の場へも出向く。		寺や生家など、利用者が行きたいまたは行って場所に出向けるよう支援している。面会の少ない家族には「寒くなってきたので毛布を～」といった声掛けをし、訪問をそれとなく促している。	
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	利用者同士が関れるような誘導をしている。歩けない方については職員と共に移動する。			

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	退去後6ヶ月までは本人や家族と連絡を取っている。		
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	バリテーションを活用したコミュニケーションにてニーズ、課題を掴み、対応を行っている。	センター方式で生活歴の洗い出しをし、その情報をベースにバリテーションを活かした言葉掛けに努めている。またタクティルケアに取り組み、利用者の安心・安堵につなげている。	
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	センター方式で得た情報を基に入居者を理解している。必要な時は家族からその都度話を聞く。		
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	日々の生活の中での変化を細かくチェックし、把握している。		
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	ミーティングで話し合った介護計画以外のその時々課題はケア内容が決まり次第申し送りノートを利用し計画としている。	カンファレンスやプランづくりの機会に限らず、職員は申し送りノートの中で頻回にロールモデルを繰り返し、現場により近いプランを実践している。	
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	介護記録ノートを個々に記録し、職員間の情報共有と次の介護に活かせるようにしている。		
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	デイサービスについては現在考えていない。		

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	
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	毎日散歩や買物に出ている。保育園との交流がある。			
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	かかりつけ医による往診はいつでも得られている。電話での相談も出来る。	契約時に家族と相談し、ご理解頂いた上でかかりつけ医を替わってもらっている(かかりつけ医は24時間対応である)。医療情報は申し送りノートに記載し、情報を共有化している。		
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	管理職が看護師であり、常に目が行き届いている。			
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。	なるべく入院しない方法を話し合っている。入院した場合でも早期退院の方向にしている。			
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	開所から現在までに3名の方が終末期から死までをみとった。家族や医師関係者と十分に話し合い、良い看取りが出来た。葬儀に際し、家族から弔辞を依頼されたこともある。	「入院する必要のない場合はここを終の住み家として欲しい」ことを家族には話している(看取り加算もとっている)。管理者が看護師であることも家族の安心材料となっている。		
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	訓練は定期的に行っていない。代表者と管理者は訓練を受けている。必要時ミーティングで行っている。			
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	災害時の対応について訓練している。地域にも協力をお願いしている。	訓練には繰り返し取り組んでいるが、入居者や地域の人との実施訓練には取り組めていない。	地域の消防署とも連携し、利用者も交え避難訓練に取り組むことを期待する。	

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	言葉使いには丁寧語を基本としている。共感する為のコミュニケーションを目指している。	バリエーションを十二分に活かし、受容と共感を大切に言葉掛けに留意している。また、タクティルケアの取り組みにより、自己有効感が醸成され、落ち着きを取り戻した利用者もいる。	
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	バリエーションのテクニックを学び活用している。能動的な聴き方の訓練をしている。		
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	起床、食事はだいたい決めているが、その他はおおよその時間にし、入居者に合わせている。		
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	家族が持参してくれた物を(出来る方については)本人と共に選んでいる。		
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	買物、調理、準備、片付けなど入居者の能力に応じて行っている。	ランチョンマットがテーブルの上の彩りに効果を与えている。季節のものを栄養面も考慮し、家庭の味付けでバランスよくまとめられている。準備や後片付けは利用者と一緒にしている。	
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	体重や食欲に応じて量を決めている。水分が取れにくい人には水分補給につとめている。食事量をチェックしている。		
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	個々の人の状態や、能力に合わせて支援している。		

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	(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	排泄状況をチェックし、適切なトイレ誘導を行っている。	紙パンツ類は使わないようにしている。尿意のない利用者には5種類のパッドを使い分けて、利用者の不快感を少しでも削減するようにしている。	
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	便秘の原因に対応したケアを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	日や時間は決めていない。本人の希望や状況で入浴する。	入浴したい時に入ってもらっている。1日に何度も入る利用者もいる。体調を把握し足浴に変更することもあるが、清潔保持を第一としている。足浴の後はタクティルケアもしている。	
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	必要がある方については昼寝を取り入れている。寝返りが出来ない方については低反発マットを使用している。		
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	薬の名前や薬効が一目でわかるよう個人別のファイルを作っている。		
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	家事を一緒に行う中で楽しい時間を過ごせるようにしている。買物が気分転換になる。		
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	玄関にカギをせず、いつでも外に出られる。花見を計画することが多い。家族との外出はいつでも良い。	介護度が上がったため、外出が全般的に難しくなっている。そのため、外の風景画を室内でも楽しめるようなDVDを鑑賞し、一緒に歌ったり思い出を語ったりしている。	介護度が上がっていることもあり、外出の頻度確保が難しいと考えられるため、ベランダや隣接の畑の活用が増えることを期待する。

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	金銭管理が出来る方については、自分で小額を持ち買物をしている。		
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支援している。	出来る方についてはいつでも受け付けている。手紙を出す支援をしている。		
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	掃除は毎日行っている。明るくシンプルで清潔な空間作りに心がけている。静かにしたいために入居者のいる所では掃除機は使わない。額や飾り物は季節に合わせている。	収集癖のある利用者がいるため生花などが置けなくなったとのことであるが、手が届きにくい場所には絵画などの装飾品が置かれ憩いの空間となっている。	
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	畳やソファがあり、それぞれの場所でくつろげる工夫をしている。		
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	本人や家族の希望にそっている。8~10日に1度は部屋全体の掃除をしている。	ドアにはステンシルの名札があり、またその絵柄は一人ひとり異なるもので、管理者や職員の想いが感じられる。居室の清掃はチェックリストを作り、清潔に保たれている。	
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	居間、食堂がホームの中心部にあり、一目で全体がわかる。バリアフリーである。トイレも判りやすい位置にある。		