

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	2795000211		
法人名	医療生協かわち野生活協同組合		
事業所名	グループホームはなぞの		
所在地	大阪府東大阪市玉串町西1-4-40		
自己評価作成日	平成29年6月30日	評価結果市町村受理日	平成29年8月22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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪府中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成29年7月20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)】

<p>同一建物内に診療所があるので医師・看護師と連携ができており細やかな入居者の状態変化にも対応できる。また、急変時の対応も事前に医師と確認して家族にも医師から説明を行なっている。</p>
--

【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)】

<p>4階建ての医療法人かわちの生活協同組合は、1階に診療所とケアプランセンター、3階に元診療所の入院棟を改装した小規模多機能型居宅介護とグループホーム、4階には多目的ホールを併設して生協組合の会員に開放している。ホームは1階の診療所と提携し、日常的なケア体制の中で、身体の変化を早い段階で発見し、重症化を防ぐという医療面での強みがある。開設2年目の平成25年春にISO9001(品質マネジメントシステム)を導入して、職場目標実行計画を作成し、PDCA体制を構築して実効をあげている。年4回の家族会議は約7割の方の参加を得て、運営報告・勉強会・意見収集・家族アンケートを実施して有効に機能している。十数項目のeラーニングや各種研修を実施し、職員のスキルアップを図っている。行事、研修、災害対応等で地域の組合員との連携・協力がある。</p>

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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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、その時々々の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	ISO9001を取得しているため職場目標を設定しており毎月進捗状況を確認しているまた法人の理念に基づいて職場目標を設定している	法人理念に基づいて、毎年度初めに「職場目標実行計画書」を作成している。計画書には4つの目標項目と、各々の現状レベル・目標レベル・手立てを掲げ、日々実践するとともに、毎月職場会議で進捗状況を確認している。	
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	日常的には交流はできていないが適宜交流の場を設けている	11月の健康祭りへ地域の方を招待している。笑いヨガや花見付き添いにボランティアの協力を得ている。地域行事に参加し、介護学習会や健康チェックを行っている。調査当日には初めて認知症カフェが開催されていた。今後毎月開催予定である。中高生の職場体験や看護学校の実習の受け入れ体制も整っており、要請があれば応じている。	
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	医療生協の組合員さん向けの介護関係の学習会を定期的に開催している。認知症カフェの開催に向け取り組んでいる		
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	外出レクでは運営推進のメンバーが一緒に参加するなど会議での意見を反映している	会議には、民生委員・生協理事・地域包括センター長・家族2名・事業所2名が参加し、運営状況報告や、地域と事業所双方の行事の紹介と参加要請等を行っている。年4回の家族会で運営会議の報告を行っている。	
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取り組んでいる	疑問や制度的な相談や指導等は積極的にアドバイスを求めている	市の介護保険施設課・生活保護課とは協力関係にあり、介護サービス計画書の作成期間変更や生活保護者の室料改定、感染症への対応等についてアドバイスを受けたことがある。年1回、市の介護保険事業者集団指導を受けている。	
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	施設内の構造上玄関の施錠は行っているがその他の拘束にあてはまる行為は行っていない	「身体拘束排除手順」を策定し、eラーニングにも人権を守る内容として組み込み、職員に周知している。玄関は施錠して外部からの不審者の侵入を防いでいるが、内からは手で簡単に開錠できるようになっており、開錠したままの時も見受けられる。	
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	高齢者虐待の学習会を行なっている		

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に支援している	現在対象者は居ないが事例があれば支援は行なう		
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	契約時に十部に説明を行い納得していただいている		
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	3ヶ月に1回家族会議を開催し意見交換を行なっている。運営推進会議にも家族代表に参加していただいているので意見を反映している	年4回の家族会議は、土曜日の午前・午後 の交互開催と、参加しやすく設定し、約7割の方が参加している。運営状況や運営推進会議報告とともに様々な勉強会を行い、意見収集や家族アンケートも実施しており、運営に反映している。遠方の家族も定期健診時には訪問され、意見・要望を伺っている。	家族へは、年1回の行事報告や毎月の法人新聞の送付はあるが、さらに担当者による日々の暮らしぶりの報告や、家族会不参加の方への運営推進会議議事録の送付等を行い、意見・要望を表しやすくする取り組みが望まれる。
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	職場会議で意見交換の場を設けている	毎月の職場会議では、担当者が1か月の振り返り報告書を提出し、全員で意見交換と確認をしている。また年1回の個人面談で職員の意見・要望を聞いている。労働組合でも、集会やアンケートで職員の意見・要望を収集し、運営に反映している。	
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	当法人は労働組合があり給与、賞与、条件面は経営側との交渉の場があり各人が意見訴えをしている		
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	年度の研修計画を設定しており独自の学習会を予定している		
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	法人内の同一事業者との定期交流や民医連に加盟しているため全国的な交流の場にも参加している。		

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	本人の意向に沿った支援に努めている		
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	家族様の意向を確認した上で本人にあったサービスを導入している		
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	他サービスの説明も行い十分に話し合い導入している		
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	入居者の思いに沿えるような関係作りに努めている		
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	家族様の思いをくみ取りながら関係作りに努めている		
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	重度の認知症の方が多く入居前の関係継続は現状困難である。家族には定期的に来所していただくことお願いしている。(1ヶ月に1回以上)	利用者の入居長期化と重度化に伴い、馴染みの関係の維持は困難になってきているが、家族の訪問・面会のほか、お孫さんや地域の友人・知人の訪問、家族との墓参り等がある。	
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	日常的に入居者同士の交流の場が多く協力関係が出来ている		

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	対象者が居ない		
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	入居者個々の思いを尊重するように努め、家族にも情報を聞きながら行なっている	入居前の家庭訪問で利用者の生活歴を把握し、その後のアセスメントシート・個人記録表や、毎月の職場会議での担当者からの振り返り報告、日々の申し送り票・伝達ノートでケア情報や意見収集を行い、職員間で共有してケアに反映している。	
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	過去の生活歴を把握したうえで支援を行なっている		
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	入居者個々の生活リズムを尊重している		
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	入居者の日々の生活状況を把握した上で家族様と話し合いを行なっている	アセスメントの実施→介護計画案作成(ケアマネ)→担当者会議の開催(管理者・ケアマネ・家族)→介護計画決定→実行→担当者報告に基づくモニタリングシート(評価票)の作成(3か月ごとにケアマネ担当)の手順で実施している。長期目標は6か月、短期目標は3か月とし、状況変化に応じて随時見直している。	
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	日々の様子を記録し情報共有している		
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	適宜柔軟な支援、対応を行なっている		

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
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	必要に応じて対応を行なっている		
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	同建物内の診療所と連携を図り定期受診を行なっている	今までのかかりつけ医への継続受診や、1階のはなぞの病院への月に1回の内科検診には、家族の同行のもとに受診している。週1回の歯科の往診は希望者のみが受診している。	
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	定期的に看護師が訪問し入居者個々の観察を行なっている		
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	病院、診療所が同一法人内にあるため協力体制はできている、また近隣の病院とも連携を図れている		
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	急変時の対応については入居者全家族に確認はとっている。看取りに関しては必要時に確認している。	契約時に「重度化した場合における指針」のもとに説明を行い同意を得ている。急変時の対応については医師が説明を行い、延命治療等の確認書を取っている。1階の診療所と医療連携体制を構築しており、この5年間に看取りの経験が2名あり、家族の安心と信頼を得ている。	
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	急変時、事故発生時の手順書を作成している、学習も行なっている		
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	避難訓練を行なっている。東大阪市の基準に対応したマニュアルを作成して運営している	消防署立ち会いのもとに年2回の避難・救出訓練を行っている。地域の組合員の参加のもと、自主訓練は夜間を想定して、同フロアの小規模のベランダまで避難している。備蓄は、水は建物に給水貯水槽があり、食料は法人の本部に1日分を確保している。	

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
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	接遇の学習も行なっており適切な言葉掛けや対応を行なっている	eラーニングによる職員の研修のもとに、職場会議ではテーマを決めて話し合い、接遇への意識を高めている。その上で、トイレやお風呂介助時の言葉遣いなど気付いた時には、管理者やスタッフ同士がその場で注意して、対応には配慮している。	
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	入居者の思いや希望を表出できる環境を設けている		
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、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	一定の1日の流れに沿って過ごしていただいているが、都合や希望を優先している		
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	入居者の意見を尊重して支援している		
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	テーブル、お盆拭きや、食器洗いを手伝ってもらっている	食材は栄養管理のもとに業者からレトルト状態で毎日配達され、職員は加熱し、みそ汁とご飯は施設で作って配膳している。年6回のクッキングレクの日には、お好み焼きやソーメン等を楽しんでいる。	
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	日々の水分、食事量を記録しており入居者個々に合った食事形態、食事量の支援を行なっている		
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	毎食後の口腔ケアの支援を行なっている また訪問歯科検診を週1回実施している		

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
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	排泄表を使用しており適宜声掛け、誘導を実施している	水分・バイタル・排泄チェック表をもとに、一人ひとりのタイミングに合わせて個別の排泄支援体制がある。夜間はおむつやポータブルを使用し、または時間を決めて誘導している。	
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	医師と連携し下剤や水分摂取で便秘対策を実施している		
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	時間帯は設定しているが入浴の有無は入居者の希望に沿っている	1日おきに入浴しており、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて基本的には同姓介助している。拒否の利用者には日時を替えて誘導したり、清拭・足浴・シャワー浴で対応している。	
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	休息、就寝は入居者の思いに沿って支援している		
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	医師・看護師・薬剤師と連携し服薬内容の変更など確認し支援をおこなっている		
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	一人ひとりに役割を持っていただけるように意識している、また興味のあるレクリエーションを提案している		
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	日常的には実施できていないが、定期的にな外出の機会を設けている	日常的な外出は、利用者の介護状態が重くて全員車椅子が必要なので余りできていないが、季節により花見には近くの公園に全員出かけている。また、家族同伴のもとに遠出して、外食や買い物を楽しんでいる。	

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
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	自身での金銭管理が出来る方はいない、必要物品は家族様に用意していただいている		
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	手紙のやり取りはないが電話は緊急時には対応している		
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	壁に季節の貼り絵等を掲示している	利用者が多くの時間を過ごす共用のリビングには、利用者の書道や行事の写真、職員と共作の手作りの折り紙等が飾られている。毎日の掃除とモップ掛けは、利用者と共に、清潔感がある。	
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	数箇所に分けてソファや椅子を配置している		
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	入居前自宅で使用していたもの持参していただいている	自宅との違いによる不安を最小にするために、以前から使っていた家具やベッド・テレビ等、思い出の品々を家族と相談して持ち込み、その人らしく居心地の良い居室づくりに努めている。	
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	廊下は手すりを設置、各所に明確なサインを表示している		