

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	スタッフと意見を出し合い事業所理念を作成。朝礼時唱和を行い理念の共有と浸透に努めている。ケース検討や指導の場面においてもその理念を拠り所としている。	スタッフと意見を出し合いながら事業所の基本理念を作成し、管理者と職員は全体会議、新人研修、朝礼時に理念を共有し、日々の業務で実践に繋げるように努めています。	
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	地域の商店街の利用や、自治会の盆踊り等、コミュニティーの場への参加を行っている。2か月に1度行われる運営推進会議に民生委員や自治会の方の参加を促している。	自治会に加入し、地域の商店街を利用したり、自治会の盆踊りに参加したり、ボランティア(ピアノ・ギター・手芸など)の人と交流していますが、地域の情報が乏しく、事業所は地域のネットワークを広げたいと思っています。	地域自治会とのコミュニケーションを進める取り組みを期待します。
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	広報誌を利用した活動内容の発信や地域の小学生の社会体験の場としても提供している。地域の方から介護相談もあり適宜アドバイスを行ったり、サービス照会を行ったりしている。		
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	2か月に1回開催しており、施設からの活動報告、ご家族からの要望、有識者からの評価などを基本とし随時、提案や要望に対して協議している。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、家族、地域包括支援センター、民生委員が参加しています。事業所の取り組み内容を報告し、参加者の意見を聞き運営に活かしています。	運営推進会議に、自治会の関係者が参加するよう働きかけていく事が望まれます。
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	申請や相談は直接担当窓口で行うように心掛けている。市主催の研修や定期的な集団指導などに参加し、行政との連携や情報収集に努めている。	市への申請や報告、相談は直接担当窓口で行い、密に連絡を取っています。市主催の研修や集団指導、グループホーム連絡協議会などに参加しています。	
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「介指針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	コンプライアンス指針を作成し日頃から身体拘束を行わない理念を掲げている。グループホーム玄関においては、防犯・事故防止の観点より夜間の施錠を行っている。	コンプライアンス指針を掲示し、身体拘束を行わない理念を掲げています。玄関のドアは日中鍵をかけず、利用者が外出したい時は職員が一緒に出かけています。	
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	外部研修への参加後、フィードバックを行い知識の共有や注意喚起を行い専門性を高めている。また新任スタッフのオリエンテーションの際も同様であり施設全体で虐待防止に取り組んでいる。		

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
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	認知症実践研修や管理者研修に参加し、制度に対しての理解を深めている。ご家族との面談の中で、必要に応じ制度の説明や資料の提供を行っている。		
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	契約の際には重要事項説明書を用いながら、より詳しく丁寧に説明することを心掛け実践している。		
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	ご家族宛に定期的に介護相談員の来所日や運営推進会議の日程を通知しているほか、面会に来られた際には面会ノートによる意見交換、意見箱の設置など信頼関係の構築に努めている。	家族には「あいあい通信」で利用者の状況や介護相談員の来所日、運営推進会議の日程、行事などを通知しています。居室に連絡ノートを置き、利用者や家族の意見、要望を聞き運営に反映させています。	
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	職員会議やグループホーム会議などの定期開催の他、随時スタッフとの面談を行い、意見や提案、施設としての課題を求める場を積極的に作り、業務改善などに活かしている。	職員会議やグループホーム会議、面談などで、職員の意見、提案を聞き業務の変更や処遇改善に反映されています。食事は大家族のように大皿で利用者が個々の好みで取り分けた方が良いという意見が出て実施されています。	
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	年2回の人事考課を実施している。適宜スタッフと面談を行い、健康状態や家庭事情等による不安についても柔軟に対応、レスパイトできるような職場環境を整えている。		
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	外部研修参加への奨励。社内では年間研修スケジュールを作成し取り組んでいる他、定期的なマニュアル評価や、認知症研究班による勉強会などにより専門性を高めている。		
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	松戸市のグループホーム協議会に積極的に参加し事業所間でのネットワーク作りを行っている。他事業所との情報交換、見学会、行政への折衝の機会にしている。		

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	インテークテーク、アセスメントを時間をかけて行い信頼関係の構築と情報収集が出来るように努めている。特に生活歴のアセスメントは丁寧に行っている。		
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	入居前に時間を掛けてアセスメントを行い、ご本人の生活歴、ご家族との関係、想い等を聞いている。入居前には体験入居を勧めており、ニーズとミスマッチしないようにしている。		
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	問い合わせや見学の段階で、施設概要や利用状況の説明を行っている。対象者の状況やご家族の意向が、他サービスに適していると判断した場合には、ケアマネジャーへの連絡、サービス紹介を行っている。		
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	スタッフからの一方的な援助とならないように個人の意思や生活スタイルを尊重している。スタッフを含めた共同生活の中でも、個人が役割を持って主体的に暮らせるように心掛けている。		
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	施設内行事の他、外出行事等にも参加頂き、定期的に入居者との関わりを持って頂き、安定した距離感を創り上げている。利用状況の説明や相談事など、随時ご家族との面談を行いサービス向上へと繋げている。		
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	地域の商店街の利用や、コミュニティーの場への参加を行っている。併設のデイサービスに友人が利用していることも多く、交流の場として相互関係を築いている。	友人が訪ねてきたり、併設のデイサービス利用の友人に会いに行ったり、地域の商店で買物したり、お墓参りに行ったりなど馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援しています。	
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	個々のアセスメントを基に、フロアの座席や居室、ユニットの選定を行っている。それぞれが役割を持ち相互補完的な共同生活を形成している。		

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	契約の有無に関わらず、相談支援を行っている。転居後のサービス紹介や調整なども行っている。		
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	入居前の聞き取りによるフェイスシートの作成やケアプランの随時更新により、ご本人やご家族の意向をケアに繋げている。日々の表情や仕草から、ご本人の精神状態や思いが把握できるように努めている。	日々のかかわりの中で利用者の言葉や表情から利用者の思いや意向の把握に努めています。把握が困難な利用者には、家族に聞いたり、態度、表情、しぐさなどから意向を把握しています。	
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	ご本人、ご家族、ケアマネなどから入居前に情報収集を行いアセスメントを行っている。集約した情報からフェイスシートを作成し、スタッフ間の情報共有を図っている。		
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	日々の生活状況や心身状況については経過記録や日報、温度版に記載している他、毎日行っている朝礼での申し送りやパソコン上での伝達など情報共有に努めている。		
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	スタッフからの情報収集のみならず、担当医師や看護師、訪問歯科医などもカンファレンスに参加頂いている。ご家族にも随時情報発信をしており、必要に応じてカンファレンスを開催している。	本人や家族の要望を聞きながら、必要に応じてカンファレンスを行っています。居室担当職員の意見も取り入れ、医師、看護師、歯科医なども参加して話し合い、現状に即した介護計画を作成しています。	
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	日々の生活状況は経過記録に詳細に記載している。状態変化や、気づきに対しては申し送り、カンファレンスで検討した上で方向修正を行っている。		
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	デイサービスと併設という特徴を活かし、合同イベントなどのご利用者間の交流、スペースや機材、車輛などの共有を行っている。入院時の支援、一時帰宅の援助など柔軟に取り組んでいる。		

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
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	自治会の催し事や盆踊りへの参加を行っている。ボランティアセンターと連携をとり定期的な訪問を行って頂いている。		
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	契約時に協力医の提案は行うが、かかりつけ医への継続受診の希望があれば対応可能としている。協力医の往診で対応できない場合は、ご本人やご家族の意思を確認の上、受診先を決定している。	協力医は、月2回往診していますが、他の専門医やかかりつけ医への継続受診の希望があれば、家族とともに適切な医療が受けられるよう支援しています。	
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	医療連携体制で訪問看護を依頼しており定期的に訪問頂いている。看護師との連携をより密に行う為、保健日誌を利用した伝達も行っている。担当医と看護師を含め定期的にカンファレンスを行っている。		
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。	入院時には医療連携シートを使用しご本人の状況やご家族の意向なども伝達している。定期的に面会に伺い病院スタッフとの連携を図っている。受け入れ可能なレベルを病院側へ提示し、最短での退院を可能としている。		
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	契約時に終末期についての意向を伺う他、主治医と連携をとりながら状態の変化に応じて、意向の確認を積み重ねている。ご本人に携わる関係者とチームとして取り組み、施設での看取りも増えつつある。	契約時に事業所の方針を説明し、意向を聞いています。必要な段階に応じて医師を中心に家族・関係者が話し合いをして最終的な意向の確認をしています。ターミナルケアマニュアルをもとに、事業所・家族・主治医・関係者等とチームを組み、連携して看取りの支援に取り組んでいます。	
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	緊急対応についてのマニュアルを作成し、定期的に社内研修を行い、発生時に備えた知識と実践力を身に付けている。		
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	年に2回の避難訓練を実施。消火器や設備等の使用訓練を行っている。地域との協力関係は今後の課題である。	食料品等は、備蓄されています。また、夜間を想定した避難訓練も行われています。全職員で連絡網と消火器や設備の使用訓練が行われています。	災害に備えて、水や食糧・日用品などの備蓄が更に充実することを期待します。また、事業所と地域住民との協力関係の構築が望まれます。

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
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	プライバシー保護や個人情報取り扱いについての社内研修を行っている。認知症研究班を発足し、認知症への理解や専門的手法を学び、実践へと結びつけている。	職員研修でプライバシーの保護や個人情報の取り扱いを行っています。一人一人の人格を尊重した対応や言葉かけに気を付けています。また、認知症研究班を発足させて、認知症の専門的手法を学んでいます。	
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	食事のメニューや衣類の嗜好など日常生活以外にも行事内容や外出先など多くの自己決定ができる場面を設けている。自己決定が困難である方に対しては、選択肢を用意したりご家族の意向を伺っている。		
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	食事や入浴、起床、就寝時間など共同生活の中でも、個々の生活スタイルを重視し、可能な限り希望に沿ったサービスが提供できるように対応している。		
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	併設の美容室を利用し、カットやカラーなど好みのヘアスタイルが整えられる環境となっている。起床時の整容や、好みの衣類が選択できるように配慮している。		
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	食事の提供方法を、大家族の居間をイメージし大皿で提供している。ご自分の好みで盛り付けされたり、助け合い関係が促進されるなど食事を楽しむことができるよう支援している。	献立は、キッチンボードに記されています。調理は、利用者好みの味付けが工夫されています。おかずは大皿に用意されるので、個々の好みで取り分け、盛り付ける事が出来ます。外食はお寿司を食べたり、ピクニックに行ったりしています。	
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	食材は配達業者に発注し献立、栄養管理を行い、施設側で本人の体調や状態に合わせた形態に調理している。毎食、食事・水分量をチェックし、摂取量に応じておやつや補助食品による代替ケアも行っている。		
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	スタッフと共に毎食後、口腔ケアを行い、個々に合わせた口腔グッズの使用や義歯の管理も行っている。訪問歯科医や訪問看護と連携し、定期的な衛生保持と治療を実践している。		

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	食事量や排泄パターンからの分析により、個々に適した排泄のタイミングをコントロールしている。スタッフは協力機関との連携を得ながら、体調や可能性を考慮した上で、排泄形態の見直しを行っている。	食事や水分量なども考慮して排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせたトイレでの排泄を支援しています。また、必要に応じて家族や関係者と連携しながら排泄形態の見直しをしています。	
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	高齢者に合わせた食材選定を行い、健康管理に結びつけている。定期的な運動の他、きなこ牛乳やオリーブオイル、にがりなどを取り入れ自然排便を促している。便秘者に対しては医師の助言の元、下剤使用。		
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	個々の意思や体調、衛生状態を考慮した上で、いつでも入浴が出来るような体制を整えている。併設の大浴場の他、施設内には個室も設置されており、プライバシー確保やくつろぎの場としても配慮している。	基本的にはデイサービスの入浴場を利用しています。個々の希望や体調などによっては、夕食後や寝る前など、また、個室や機械浴などの支援にも対応しています。365日何時でも、個々にそった入浴の支援をしています。	
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	ハード面によりプライバシー空間、安眠できる環境は整えられている。マットや布団、枕など体調に応じて寝具の調整を行っている。夜間灯の使用や室温、空調調整により快適な生活が送れるように支援している。		
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	居宅療養管理指導に基づき薬局と連携し用法・用量・副作用など説明を受けている。服薬変更時は集中的に観察し記録に残し担当医へ報告している。必要に応じ、担当医や薬剤師と連絡できる体制も整えている。		
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	生活歴の把握により、共同生活の場で役割や能力が発揮できるように支援している。個々の希望や精神状態により、レク、散歩、外出、散歩などの個別ケアも行っている。		
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	月に一度の外出行事では、ご家族の協力を得ながら、普段では困難な遠方への外出も行っている。一日単位では個々の希望に添えるように、買い物や散歩など開放的な支援とスタッフの人員配置を行っている。	ユニット毎に毎月1回、普段は行けない所へ家族の協力を得て遠出しています。日常的には、食材や調味料・おやつ等の買物や近所の散歩に出掛けています。また、一人から二人など少人数の個別の外出支援にも取り組んでいます。	

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
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	自己管理されている方もいるが、支援が必要な方は個々の財布を預かり、買い物や外出の際に金銭を自由に使えるように支援している。		
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に支援をしている	電話の取次ぎや手紙の代読、代筆等、必要に応じて支援を行っている。年賀状や暑中見舞いの作成をアクティビティーの一環として行っている。		
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	季節ごとの装飾や馴染みの音楽、照明、木目調の建具、空調管理等により心地よい空間を創り出している。また徹底された清掃、環境整備により、清潔感のある住居となっている。	共有の空間は、木目調の建具で落ち着きとやすらぎが感じられます。壁には、月間の予定や診察の日程が解りやすく大きく書かれ貼ってあります。居室とトイレのドアが同じ木目調なので、居室の前には、名前や写真を飾るなど工夫しています。	
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	居室をはじめ、食堂、リビングコーナー、エントランス、デイルーム等、多様な目的に対応出来る他、安心して過ごせる居場所作りを行っている。		
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	仏壇や家具、自宅から使い慣れたものを積極的に持参して頂けるようにし、リロケーションダメージを最小限に出来るように努めている。	仏壇や家具等自宅で使い慣れた物や好みの物を持参し、室内の壁には、写真や花・手作りの物などを飾っています。自室は、担当職員と一緒に掃除をし、安心して、居心地良く過ごせる様に支援しています。	
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	生活空間はバリアフリーとなっている。デイルーム等にも全面に手すりを設置し安全に歩行が出来るようにしている。また死角が少なく、見通しの利く構造となっている。		