

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1)

Table with 2 columns: 事業所番号, 法人名, 事業所名, 所在地, 自己評価作成日, 評価結果市町村受理日. Values include 0190201970, 株式会社 健康会, グループホーム新道東, 札幌市東区北30条東19丁目6番20号, 2024/2/14, 2024/4/11.

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

Table with 1 column: 基本情報リンク先URL

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 2 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日. Values include 企業組合グループ・ダイナミックス総合研究所 介保調査部, 札幌市手稲区手稲本町二条三丁目4番7号ハタナカビル1階, 令和6年3月18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)】

住宅街にあり、静かな環境です。新道から近いので交通の便も良いです。駐車場が広く、面会に来られたご家族様にはゆったりと駐車して頂けます。開所時からのコロナは収束し、ご家族様にはホーム内に入って頂きご利用者の居室で面会をして頂いております。お一人おひとりの意向、状態を把握しご本人が出来る事を大切にして、日常生活そのものがリハビリになるように取り組んでいます。

【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)】

当事業所は、札幌市東区元町の市街地に位置し、2階建て2ユニットのグループホームである。バス停や地下鉄新道東が近く徒歩圏内でコンビニもあり利便性のよい立地だが、住宅街の中にあり静かな環境である。法人は、医療機関を母体としており、グループホームをはじめ、訪問介護、通所介護、訪問看護、医療系有料老人ホームなど、旭川市を中心に札幌、室蘭、苫小牧の道内及び首都圏にも展開するなど、積極的な高齢者介護の支援を行っている。当事業所は母体が医療法人な為、24時間の医療支援体制が構築されており、重度化や終末期にもチームで工夫しながら対応している。ホーム内は、玄関を入ると白と茶を基調とした空間で清潔感がある。中央に位置するリビングや食堂は広々として開放感があり、利用者が寛げる場となっている。家族や友人の訪問ができるようになり、利用者第一に考えようという視点で関わっている。今後は地域との繋がりを継続し、地域に根ざした認知症介護事業所が継続していけるよう期待したい。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

Large table with 4 columns: 項目, 取組の成果 (with sub-column ↓該当するものに○印), 項目, 取組の成果 (with sub-column ↓該当するものに○印). Rows 56-62 describe various service outcomes and their evaluation.

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念を作り、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	理念を事業所内に掲示し、全職員で共有している。入居者様にはご自身のペースに合わせて生活が出来るように努めている。	事業所の理念である『ひとりひとりの尊厳を大切に 地域の人々との交流を大切に 安心できる生活を支援します』を事務所に掲示することで、職員全員で理念を共有している。	事業所理念の振り返りができていないため、ユニット会議等で理念の振り返りと再確認を期待したい。
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	コロナの5類化後運営推進会議を開催し、参加して頂いている。近隣住民の方には日常的な挨拶を行っている。	町内会に加入している。コロナ禍後の影響もあり、積極的な関わりはできていないが、日常的な挨拶を行い地域の方との関わりを継続している。	
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	運営推進会議に出席のご家族様や町内会の方に認知症状についての説明などを行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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	ご意見、ご要望を頂いた事はサービスの向上に活かすように努めている。	地域包括支援センターや家族の方が参加し、2か月に1回偶数月の第3月曜日に運営推進会議を開催している。参加者からのご意見、ご要望があれば、ケアカンファレンス等で職員へ周知し、サービス向上に活かしている。また、議事録を郵送し報告している。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	毎月、月初に入居状況の報告を行っている。必要時、事故報告を行い、必要な助言を仰ぎ密な関係報告に取り組んでいる。	市の担当者へ毎月月初めにメールにて入居状況を報告している。入居に空きがあれば、区や地域包括支援センターと連携し、受け入れの調整を行うなど、協力関係を継続し、必要な情報交換も行っている。	
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	過去、現在共に身体拘束は行っていない。夜間は防犯のため、施錠しているが、日中は自由な出入りが可能なように開錠している。	身体拘束等適正化のための指針及びマニュアルを整備し、3ヶ月毎に身体拘束適正化委員会を開催している。また、毎月会社全体の会議の中でも話しあわれ、年4回行われる基礎研修でも身体拘束廃止に関する研修を行っており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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逃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	ホーム会議、全体研修の中で虐待、不適切ケアについて研修を行い、日頃のケアから虐待に繋がらない様に注意を払っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	研修等、学ぶ機会はあるが頻度が低く、全体の理解度は低い。この度、後見人制度を利用している方が新規入居された。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	説明後に不明点の確認を行い、後日でも気になる事があれば、気軽に連絡頂くように伝えている。		
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並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	玄関に、ご意見箱の設置。日頃の関りの中から都度ご意見を伺っている。	家族からの意見や要望は、玄関に意見箱を設置したり、来所された際に聞き取りを行っている。また、ケアプラン更新時に利用者の様子をお伝えし意向を伺い反映している。ホーム便りは毎月作成し、2ヶ月毎に運営推進会議議事録と一緒に送付して家族へ報告している。	
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	ホーム会議、日頃のコミュニケーションで意見交換を行い、業務改善等に繋げている。	普段の業務の中で職員同士で意見交換を行ったり、月1回のユニット会議にて意見を聴取している。また、年2回の個人面談と必要時にも面談を行い、職員からの意見や提案を聞く機会を設け、運営に反映させている。	
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	人事評価を評価シートを使用し、毎月一回15分間の面談を行っている。		
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	研修計画に則り、研修参加、自己研鑽できるように整備されている。昨年より学研eラーニングを導入、各職員に合わせた研修が受けられるようにしている。定着支援システムを導入し、新入職員を育てる環境を整えている。		
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組をしている	勉強会参加、相互訪問は行っていない。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	ご利用前に、ご自宅、入院先に伺い、ご本人の意向、生活状況を確認し、不安事、要望を聞いて、出来る限り安心して生活できるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	ご利用前に、ご家族の困りごと、不安、要望を伺い、その上でホームでできる事、出来ない事を伝え、ご納得し入居して頂くように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご利用前に、面談、アセスメント等を通じ、必要な支援が出来るように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様個人の能力に応じた家事等を一緒に行って頂く事で、支え合う関係性を築けている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	電話連絡や面会時に情報共有行って、共にご本人を支えられる関係構築に努めている。		
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	コロナ収束に伴い面会のご本人の部屋にて行っている。自室には愛用品や家族写真を飾り、安心感を持てるようにしている。	利用者との面会は、マスク着用で30分程度に設定し行っている。また、家族等との外出や外泊も行えるようになってきている。馴染みの美容室やスーパーへの買い物等の支援も行っている。ご自身の家具も持ち込んで利用している。	
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	お一人、おひとりの性格や症状を把握し席の工夫や職員が介入するなどしている。また、レクリエーションを通じて交流できる機会を設けている。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	転居、入院後も出来る範囲で相談等に乗れるように努めている。		
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	これまでの生活習慣を大切に、希望や意向を把握し、それに沿った生活が送れるように努めている。共同生活上、困難な場合も入居者様本位という考えを元に支援にあたるように努めている。	日頃の関わりの中から利用者からの意見を聴取し、その内容を職員同士で共有し検討している。聞き取りが難しい利用者は、本人の生理的な表現や過去の生活歴から汲み取り、本人の意向に沿えるよう支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用前の面談やご家族にセンター方式のアセスメントシートを記載して頂き、生活歴等を把握している。また、在宅サービス等を利用している場合は情報共有を行い、支援の参考になっている。		
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	入居者様の意向、心身状態、残存能力については、日頃の関りの中から把握するように努めている。		
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	ご本人、ご家族の要望と職員が行うモニタリングを踏まえ評価し介護計画に反映している。状態変化があった時は、都度見直しを行っている。	計画作成者が中心となって、居室担当者や利用者に聞き取りを行い、ご家族の意向もふまえて毎月のカンファレンスにて検討している。見直しは基本3か月に1回行い、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	昨年より介護アプリを導入、日頃の様子はアプリに打ち込みし、特変事項は申し送り周知している。月に一度のユニット会議でケア内容を検討し、計画の見直しに生かしている。		
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	既存サービスという枠を決めずに、対応できる事は都度柔軟に対応できるように努めている。		
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	訪問理美容、訪問歯科があるが、馴染みの事業者がある方は、そちらの利用をおすすめしている。		
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	ご希望に合わせて、かかりつけ医は選定して頂いている。ご家族対応の場合は、日頃の様子を伝え、受診結果、検査結果、処方等の情報共有を行っている。ご家族対応が難しい場合は受診の支援も行っている。	契約時にかかりつけ医の説明を行い、利用者や家族が同意の下で選定している。訪問診療は月2回、必要時には夜間でも医師が来れる体制となった。通院は家族に協力して頂き、適切な医療を受けられるよう情報共有している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携により週1回看護師訪問があり、日頃の様子を共有し必要な助言、指導を受けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、また、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、又は、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。	緊急入院時の同行支援、入院時の情報共有を行っている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	ご利用前に重度化した場合の指針や、リビングウィルを取り交わし、ご本人、ご家族の意向に沿った支援が提供できるように努めている。	契約の際に重度化や終末期についての説明を行い、同意を頂いている。主治医を一本化し、こまめにカンファレンスを開催し本人の希望に沿って、ポータージュースを作って提供するなど工夫している。チームで自分たちが事業所でできることを考え、環境を整えている。	
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	緊急、事故発生時のマニュアルを作成し、事務所内にファイリングしている。		
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	年2回の避難訓練を実施している。非常用品は一定程度備蓄している。	主に火災と地震に関する避難訓練を行っている。備蓄の管理は3ヶ月に1度、安全委員会がチェックリストを元に確認している。BCPについてはマニュアルを作成しており、今後避難訓練を行う予定となっている。	BCPを元に避難訓練を行い、避難訓練を振り返りBCPを見直し、利用者が避難できる方法を周知することで、全職員の身につくよう期待したい。

IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	14	○一人ひとりの人格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	日頃の声掛けから、スピーチロックにならないように、注意を払っている。法人内で行う接遇関連の取り組みを実践している。	プライバシー保護やスピーチロックの研修等を行っている。日々のコミュニケーションの中で、気になる声掛けがあれば、都度管理者から職員へ伝えており、利用者ひとり一人の人格を尊重するよう対応している。	
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	日常の関りの中でご希望を伺う事や、表情、仕草等から気持ちを汲み取るように心がけている。また、日常生活の中で自己決定して頂く場面を作るように努めている。		
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、希望に沿って支援している	レクリエーションや創作活動への参加は強制せずに、ご本人のペースで自由参加して頂くようにしている。		
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	訪問理美容の際は、ご本人の意向を伺いながら行っている。整容はご自宅同様に行えるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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、片づけ等が出来る入居者様には一緒に行っている。	献立や食材は外部委託である。利用者の身体状態に配慮しながら食器を拭いてもらったり可能な範囲で役割を持って頂いている。敬老会では事業所で利用者にしてできる範囲で手伝ってもらいながら手作りの食事を作り提供した。		
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	水分量、食事は記録し、職員間で共有し、食事の形態はご本人様に合わせて対応している。			
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	毎食後、口腔ケアの声掛けを行い、支援が必要な方にはお手伝いしている。必要に応じて、訪問歯科による口腔ケア、治療を実施している。			
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向けた支援を行っている	尿意を感じない方でも、時間を見て誘導し、トイレでの排泄を促している。	タブレットの中に入力されている情報を見て、それぞれの排泄パターンを把握し、時間をみてトイレへ誘導している。身体機能上ベッド上でのおむつ交換の方もいるが、体操を行い筋力を維持することで自立に向けて支援している。		
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	野菜ジュース、乳製品を提供し、便秘の予防に努めている。便秘傾向のある方は医師と相談し、下剤を活用したコントロールを行っている。			
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ず、個々に沿った支援をしている	基本的に曜日を設定しているが、ご本人の希望、体調に合わせて柔軟に対応している。	利用者の体調や気分などを考慮し、ひとり一人の希望やタイミングを見て週2回の入浴を提供している。拒否がある方へは声かけを工夫し入浴できるよう支援している。		
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	ご本人の意向に合わせて、午後休息して頂く時間を設けている。夜間眠れない場合は、ホールで過ごして頂く等対応している。			
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	薬情を個別に管理してファイリングし、全職員が把握できるようにしている。処方変更時は連絡ノートに記載し周知徹底している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人の意向や、ご家族様からの情報をもとに役割を持って頂けるよう努めている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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	日常的な外出は車椅子の方が多いため全員で簡単に出かける事は難しいが、暖かい日などは玄関前駐車場で日向ぼっこやシャボン玉等行ったり、施設周辺へお散歩や買い物に出かけている。	風除室にベンチが設置され、日向ぼっこが出来る。また、玄関前の駐車場に出てシャボン玉を行ったり、近くの公園まで散歩に行っている。今後は、百合が原公園への外出など楽しんでもらえるように計画をたてていく予定。	
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	手元に金銭があったほうが安心される入居者様には、お小遣い程度の金額を自己管理して頂いている。要望に合わせて買い物代行を行っている。		
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	入居者様の希望に沿い、ご家族に電話を掛けたり、便箋、封筒、切手の準備、ポストへの投函等の支援を行っている。		
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	四季に合わせた飾り付け、懐かしい歌謡曲を流すなど過ごしやすい環境づくりに努めている。	共用空間の壁には、季節ごとの飾り付けがされており、アットホームな雰囲気がある。天井も高くリビングが広いので、開放感がある。また、温度や湿度を管理し、利用者が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	食卓テーブル以外にもソファを配置し、自由に座って頂いている。		
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	ベッド、クローゼット、カーテンは備え付けだが、それ以外の家具等は馴染みの物を極力、持ち込んで頂いている。	居室は、これまで使用されていた家具を持ち込んでいただき、これまでの生活に配慮した居室空間になっている。また、備え付けのクローゼットには耐震用突っ張り棒がつけられ安全に過ごせるよう工夫をしている。	
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」や「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	自室を迷われる入居者様には表札を大きくしたり、トイレの表示を大きくする等、安全に自立した生活が出来るように取り組んでいる。		