

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	3392200055		
法人名	有限会社創和		
事業所名	グループホーム桃の里 (1階)		
所在地	岡山県赤磐市下仁保100番地		
自己評価作成日	平成22年6月15日	評価結果市町村受理日	

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://kaigo-kouhyou.pref.okayama.jp/kaigosip/informatioPublic.do?JCD=3392200055&SCD=320
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 ライフサポート		
所在地	岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO・会館		
訪問調査日	平成22年6月29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)】

なるべく「施設」ではなく「家」となることを目指してサービスを提供している。また、なるべく人として自然なことが実現できるように心がけている。全員一つのタイムテーブルに載っての介護ではなく、一人ひとりが、その日その日に想うことがら、求めることがらなるべく実現していくこと、そして多少のわがままを人として当然の事柄として受け止めて行なっていくことを心がけている。また、医療処置が必要になった際に、出来る全ての医療を求めるのではなく、本人・家族のそれまでに聞いている要望を元に、本人にとって本当に最善の医療が受けられるよう進めている。さらに、極力入院などの理由で退去になることのないよう、日ごろから先を見据えた対応をとれるよう心がけている。

【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)】

長く在宅で介護する家庭を支援してきた「創和」という法人が、訪問介護や通所介護から小規模多機能型居宅介護に広げ、「通い・訪問・お泊り」という本人や家族が生活の幅を広げられるようになった。本人と家族がどうしても家では生活できなくなった人は特養ホームというパターンが主流であった中で、在宅介護支援事業者が認知症対応のグループホームを運営することにより、住み慣れた地域で皆の人々に見守られながら最期まで家族と共に生活できるようになる。平成21年7月に、この法人が既存のグループホームの運営を継承することができたことは、赤磐市内の近い地域の中で、地域密着型の理想の姿を実現できた。認知症になっても自分らしい生活をして、いつまでも安心して暮らせる地域が一つ実現した。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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、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、安心して暮らせている (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+-) + (Enter+-)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
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	目につくところに掲示し、自身や利用者にあてはめるようにしている。	管理者からの利用者に対する思いやホーム運営の方向を毎月のミーティングや職員研修の時に職員と常時話しをして、理念に沿った行動ができるように話し合っている。また具体的に毎月の目標も職員が考えて決め、意識を高めるようにしている。	
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	散歩の際の挨拶、地域の祭りなど行事への参加を行なっている。	公民館活動に参加したり、運営推進会議においては町内のお祭りへの参加、幼稚園、保育園に訪問を依頼したりして承諾を得ながら今後の活動が期待される。また近所の子供さんが遊びにきて歌を歌ったり、宿題をして帰ったりして家の雰囲気を感じさせてくれている。	
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	ボランティアや、職場体験の受け入れを行なっている。		
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ヶ月に1回は出来てないが、運営推進会議の際には意見交換が多くあり、サービス向上につながっている。	昨年度は1回の開催のみであるが、初回には赤磐市職員、民生児童委員に願い、家族全員にも案内して、活発な意見交換をした。	今年度は3～4回の開催を目指し、委員も色々な立場の人に参加してもらい、3年目には年6回開催を目指してもらいたい。
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	必要に応じて情報交換を行なっている。	運営推進会議には案内を出し出席をお願いしている。また何かあれば管理者が出向き情報の交換が行われている。保健所が施設事業者を集めて行う講習会に参加している。	
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	身体拘束廃止委員会を設け、月1回程度経過観察と再検討を行なっている。	委員会で現場で実際に行っている業務の内容について具体的に話し合っている。職員間で言葉や行動からの抱負や虐待の事例を一つひとつ共有していけるようにしていこうとしている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	言葉遣いや介助の仕方等、職員みんなで注意を払い、防止に努めている。		

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	法人内にて特定の者については研修を行っている。		
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	契約書に沿って説明をし、十分時間をとって話し合った上で行っている。		
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	面会時等、家族の要望を受け入れている。	ホームを利用するに当たって、特に昨年度は運営者の変更もあって家族には念入りに説明した。家族からは質問や要望が出たが、本人や家族も安心してホームでの生活ができるようにしている。	
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	定期的に面談を行ない、問題点や意見を聴いている。	管理者は3～6ヶ月の間で職員一人ひとりと個別に面談した。目標管理方式の個別シートを書いてもらい、仕事の内容や勤務体制、職員の希望や目標をしっかりと話し合っている。	
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	個別面談の中で、職員個々の問題、要望について、解決策を共に考えている。		
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	ホーム内外の研修を行っている。		
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	研修機会を用いて、また自社他事業所との交流によって図っている。		

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
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	目線を合わせて話をし、趣味・興味のあることなどを一緒に行なっている。		
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	ホーム内でどのような生活をしてほしいか要望を聴いている。		
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	入居前後の声から、必要な事柄を見極めている。		
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	世話が必要な事柄は行なわねばならないが、その中でも、生活行動のいろんな場面を共にすることによって関係を築いている。		
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	毎月家族に近況報告の手紙を出している。また、必要に応じ家族と連絡を取り、問題解決に当たっている。		
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	買い物や畑作り、近隣の友人の面会などを通して関係維持に努めている。	利用者が新しくホームに入ってくると、利用者の方もどんな関係づくりをしようかとしているので、その様子を見ていて職員が寄り添ったり、周りの利用者にも声掛けして馴染みの関係をつくっている。	
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	手伝いや作業をしたり、世間話をしながら、利用者同士の関係が作られている。		

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	入院等により契約終了になった方についても、随時コンタクトをとり支援に努めている。		
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	日々のケアの中で、本人が今どうしたいのかを確認している。	「思い出」ノートに写真が貼られ、その写真にコメントが記入してある。何時でも誰でも見ることができ、そのノートの後ろに一人ひとりの情報が書き込まれている。今までの生活歴、こんなことが嫌い、こんな時はこうしてほしいとかいったことを見てもみんなが共有できる情報がある。	本人や家族の気持や意向を把握するためにはどうしたら良いか、管理者は職員研修の中で具体的に教えている。人の心を引き出し、それを共有化することは大変重要なことだし、テクニックも必要なので今後の課題として身につけていってもらいたい。
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	初回アセスメント時、また生活の中で情報収集を行なっている。		
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	記録に本人の言葉や表情・行動を記録している。		
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	毎月のカンファレンスで話し合い、課題等を検討している。	介護計画や記録は一つの様式に基づいて作成されている。介護計画は計画作成担当者が作成しているが、計画と記録が一つの目的を持っていけるような運動性のあるものに今後改善していくことも考えている。	
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	突発的なことや変化に気付いた時は、赤色で目立つようにし、情報を共有している。		
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	該当なし。		

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	図書館や地域の店舗に行って幅のある暮らしをしている。		
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	月2回の往診、定期的な受診、24時間対応の連絡体制をとっている。	内科、歯科両方の医療機関と契約している。また職員に看護師が3名いるので介護の仕事はしているが看護師の視点で常時利用者を看て医師との連携を保っている。	
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	個々の変化を申し送り時に看護師に伝えている。		
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。	入退院の前後には、密に関係者と情報交換を行い、本人にとってベストな対応ができるよう心がけている。		
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	契約時に終末の迎え方について相談している。	利用者の高齢化と重症化は必然的に進んでいくが常に1歩先を見据えて、家族としっかり話し合っってホームで一日でも病気や怪我で入院することなく、長く生活していけるように医師、職員との連携を密にしていくことを最高の目標としている。	
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	緊急時の対応の研修を実施。マニュアルを作成している。		
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	火災・地震時のマニュアルを作り、年2回の避難訓練を行なっている。	年2回の内1回は消防署立会いのもとに行った。災害のマニュアルや避難経路が図示されユニットの入口に掲示されている。	グループホームで夜間万が一火災があった場合は近所の人との協力がどうしても必要である。運営推進会議でも話し合ってもらい地域や消防関係者共出来るだけ早く協力体制をつくってもらいたい。

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
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	言葉遣いに気をつけている。	言葉遣いには特に気をつけている。トイレ、食事の時等本人の理解度に応じて言葉を選んでゆっくりと理解できたかを確認、周りにも気遣うように常に気をつけている。トイレ介助についても職員の立つ位置、相手を思う気持ちで対応している。	
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	これから行なうことの声かけと確認。拒否のある時には、無理をあまりしないようにしている。		
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、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	寝たい時に寝る、したいときにする、といったことをなるべく行なっている。		
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	起床時、入浴後は鏡の前で本人が整容を行なう、もしくは介助する。		
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	盛り付けやお膳ふき等してもらっている。外食や食べたい献立を作るようにもしている。	食事は業者から調理済みのものが来ると職員が手をかけて調理する食材もある。5月から新しい業者に切り換え、汁3菜の献立を基本として生野菜も多く利用者に喜ばれている。業者には利用者や職員の声が定期的に届き要望によって献立を作ってもらっている。特別メニューは職員の手作りの寿司、ケーキ、家族持参のケーキをみんなでワイワイと舌鼓している。	
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	こまめな水分提供やバランスのとれた食事の提供を行なっている。		
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	毎食後に口腔ケアを行なっている。		

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
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	排泄表を活用し、早めの声かけで、トイレでの排泄を目指している。	トイレでの排泄ができるように一緒にトイレへ、その人に合ったおしめの当て方、排泄方法等常に改善に向けての目標を立て実行している。排泄に関しての改善の方向が見出されている。	
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	水分を多めに摂ってもらい、適度な運動を心がけている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日以外にも希望があれば行なっている。	原則として週3回入浴するが、本人の希望があれば毎日の入浴もできる。入浴は利用者職員とのコミュニケーションの最高の場でもある。	
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	一人ひとりの一日のペースに合わせて、休息をとっていただいている。		
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	薬の内容を記したファイルを作成し、把握している。		
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	どのような生活をしてきたのか聴いて、作業やレクに取り入れている。		
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支援している	可能な範囲の中で、散歩やドライブを行なっている。	散歩、買物、ドライブなど予め計画はしていないが、利用者の声や気持ちを察して、個々にその都度よく出かける。一人ひとりの体力に合った散歩コースがあり、外出や外食を考えて行っている。	

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
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	ほしいものがあれば、一緒に買い物に行っている。		
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	家族からの電話が多いが、自由にしてもらっている。		
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	季節の花を生けたり、快適な空調を心がけている。	窓から見渡せる周辺の借景が共用空間と一体化し季節の変化を感じさせている。自分の家が見える人もおり、自分の家の事を想像している。職員が作った季節を思える色紙が壁に貼ってある。窓から入ってくる風も自然の感覚を呼び起こす。	
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	居室に、写真や絵を飾ったり、共用スペースにベンチやソファを置き、話ができる空間を作っている。		
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	使い慣れたものを持ってきてもらい、居室を自分の家のようにしてもらっている。	備え付けはクーラーのみ、家具、調度品については各自利用者が持って入所している。そのためか一人ひとりその個性に合った部屋づくりをしている。お部屋は自分の作品やたくさんの写真をパネルにして展示している人もいる。また、お気に入りの歌手のポスターが貼られ各部屋が楽しい部屋になっている。	
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	出来ることはできるだけ本人にしている。		