

自己評価及び外部評価票

[セル内の改行は、(Alt+ ) + (Enter+ )です。]

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
<b>理念に基づく運営</b>					
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。	理念の共有は毎月合同カンファレンス時、参加者全員で読み合わせを行っている。	理念は玄関及び多目的室の壁に掲示してある。又毎月合同のカンファレンスの時に読み合わせをして話し合っている。	ホームページを開設して、理念、運営規定などを載せて、ネットでの配信を希望します。又理念+より良い事業推進のための基本方針のようなものを職員にわかりやすく提示していくことを望みます。
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。	2ヶ月に一回行なっている推進会議は、各地区の有識者と、家族会並びに出席できる職員も含め最近の状況報告をはじめ、困っていること等話し合う機会になっている。	運営推進会議などを通じて地域の自治会の人たちとつながりを持っている。近くの小学校と昔からの交流を大切にして、ボランティアなどにも来てもらっている。	
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。	多くのボランティアの招致、研修会時に地域に発信し外部の講師を招いた研修会には出席をお願いしている。当法人独自のオレンジカフェの開催を毎月開催し定着させてきている。		
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、その意見をサービス向上に活かしている。	推進委員の意向を踏まえ毎回同じ形にならないように工夫している。ときには見学や、ボランティアが来訪しているときは利用者さんと一緒に出席できる工夫もしている。	2か月に1回の運営推進会議は定期的に開催している。家族会の会長は比較的に出席してくれるが他の家族の出席は少ない。アンケートで意見を聞いているが3人ぐらいの人からの返信がある。	施設行事に合わせてできるだけ大勢の人が参加できる工夫をされることを希望します。家族への伝達方法もLINEやメールを利用することも検討願います。
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取り組んでいる。	推進会議の開催時は、地域包括支援センターの職員も出席し、独自で行っているオレンジカフェのチラシ配布の協力等依頼している。	運営推進会議の時に、地域包括支援センターの職員が出席して情報の提供や相談に対応してくれている。独自企画のオレンジカフェの地域へのピーアールもチラシ配布などで協力してもらっている。 千歳だよりは毎月出している。	
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「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。	身体拘束の指針を作成している。年間計画に織り込んでいる計画に沿って所内研修を行っている。	身体拘束の指針を作成して研修している。身体拘束はしていない。電子モニターを付けて危険防止に努めている。	
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。	事業所内で高齢者虐待防止委員会の設置を行い定期会議と共に年2回研修の義務付けに沿って研修を行っている。また定期カンファレンスに最近の施設内で動向確認している。		

グループホーム千歳

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	実際対象者の中に成年後見人対応者がおり推進会議に後見人の出席をお願いしている為、数回出席されて、出席時に出席者からの質問等の時間も作っている。定期的には地域の研修会に出席し、理解を深める努力はしている。		
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。	入所前に契約、重要事項の説明と必要な書類の整備は行っている。また内容等の変更や加算等の変更時または、管理者等の変更時は、重要事項の説明書をもって了解を得ている。		
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。	推進会議の際は出席、欠席にかかわらずアンケートをお願いして、会議での意見の補足として説明とさせていただいている。	運営推進会議ごとに家族会へのアンケートを行い、意見を聞く努力をしているが、回収率はあまりよくない。来所したご家族などについては直接話を聞いている。聴取した要望については職員会議などで話し合っている。	
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。	毎回推進会議や総会等の開催時、職員の意見をいただくようにしているが、全員に浸透はしていない。	職員それぞれが目標をもってケアに当たるようにしている。半年スパンで社労士の面談なども行っており、希望を聞き取る仕組みはできている。自主的な行動ができるよう職員の指導も行っている。	
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。	年2回社労士を含むキャリアパスの面談を行っている。前回の課題を考慮に入れて、今後の方向性や目標等を明確にしていくことを目標にしている。		
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。	所内研修は月1回は行い、状況や必要時は所外研修、並びに社外より、講師を招いて研修を行っている。		
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。	コロナ禍から交流が少なく、地域密着の施設や事業者が少ないこともあり、町外の新規施設の見学等を取り入れている。外部との交流会の復活が今後の課題である。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	認知症の理解と高齢者の理解から入っていくことを基本にしており、傾聴やしつかりと向き合うことを基本にしている。		
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。	コロナ禍で面会等の制限があったが最近では短時間でも面会に来てほしい旨を毎月のお便りや、状態に応じて家族に直接連絡をして来訪をお願いしている。		
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。	初めての方は人にも環境にも慣れていないことで不穏状態になってしまう傾向が多いことから、本人のペースで行えるように帰宅願望時は、実際に外出して、納得できるように努力している。		
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。	レクリエーションや生活リハビリにおいて、自身のできる事を時間かけても行ってもらっている。		
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。	定期的に家族に来訪してもらえるように、お便りや必要に応じた連絡方法で行っている。		
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。	本人の意向を踏まえて会いたい方や、家族を通して、面会の確認をしていただく。受け入れるときは他の利用者さんの負担にならないよう個室や、多目的室を利用して面談していただく。	入所者の高齢化と重度化が進み、訪ねてきてくれる方も減っている。又、本人も会ってもよくわからない人が多くなり来訪回数が減ってゆく傾向であるようだ。小学生などがたまに寄ってくると楽しそうな様子が見られる。	
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ご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。	高齢化と重度化で個々での交流は難しいが、スタッフが中に入り交流の手助けや、話しかけたい対象者の代弁を行っている。		

グループホーム千歳

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	利用者が退所されると直後は経過フォローはできるが家族の意向もあり、長期間になると自然疎遠になることが多い。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
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。	永年の暮らし方が身についており、同じような暮らし方はできないが、希望に沿う生き方や寄り添える方法を見つけながら行っていくように努力していく。	入所時に生活歴を家族を通じてお聞きしており本人が過ごしてきたいい時代を連想して生きられるように寄り添っている。意思表示のできない人がほとんどだが表情などから思いを読み取るようにしている。	
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。	在宅での生活すべては難しいが、意思疎通が可能な方に対しては、本人の意向に沿いながら、できるだけ馴染みの暮らし方になるように努力している。かかわり方に対しても、なんでも行うのではなくできる事を見極め、自身でできる事はわずかでもやらせてもらう形で行っている。		
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。	利用者一人一人状況に合わせてプランを立てており、プランどおりに行かなくても、個々の状態に合わせて対応方法を見ながら行っている。		
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。	定期的にパーソンセンタードケアの手法を取入れ、見直したい方を選定したり変化の著しい方を対象に優先度を決めて行っている。	主に介護計画の変更時に、パーソンセンタードケア方式を取り入れて、全員が利用者さんの日々の問題点、気になることを付箋に書いて貼り付け、検討し、ケアプランの作成につなげている。	
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。	当施設は、iPodを利用しており、その時々々の状況の他に、前月の内容をプリントアウトしてファイルにはさんでいる。必要時見直しや比較対象が容易にできるようにファイルを見直している。		
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、その時々々に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。	高齢化と重度化が進んでいることから、その時々々の状況に合わせて対応している。申し送り簿や個人のファイル、情報提供書等を利用することで情報共有が比較的容易にできていると考えている。		

グループホーム千歳

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)		外部評価(評価機関記入)	
			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。	地域のボランティアさんたちとの交流を定期的に行っている。オレンジカフェの開催、その他地域推進会議のメンバーたちの協力を得ながら、継続できていると考えている。			
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回往診の形で医療連携をお願いしている医療機関があり継続されている。家族の意向や状況により救急搬送の事態でも北信の病院に受け入れてもらっている。	月2回、連携医師の往診があり須坂市より循環器内科の先生に来てもらっている。認知症の利用者は生活療法で対応している。緊急時は北信の病院に搬送している。薬は薬剤師が配薬しており、精神科の薬にも対応している。		
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。	看護師の常勤者が2名おり、状況に応じて情報交換と必要時状態観察をしながらスタッフ並びに主治医との連携を行っている。医療行為全般を担っている。			
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	管理者並びに、常勤の看護師に、入退院の対応を行っている。また家族や状態に応じて、病院関係者とも連携をとりながら、受け入れもやっている。			
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	高齢と重度化は一緒にやってきている状況で、状況に応じて家族に来訪してもらい、必要時に主治医との面談やスタッフとの情報交換を行っている。定期的に家族の意向や、今後について書面にて意向を確認している。	入所時に急変時、又延命治療などについて希望は聞いているが、状態は常に変化していくものなので変化があった時は、主治医を交えて家族と終末期に向けての話し合いを行っている。適時に家族との話し合いが進められ、看取りも本人、家族の希望に沿って行われている。		
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。	所内研修を中心に、緊急時の対応や、手順、家族並びに必要なスタッフへの応援体制のマニュアルの整備を行っている。連絡網並びにフローチャートができています。			
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。	BCPマニュアルに沿って定期的な研修、実践を行っている。マニュアルの見直しや、計画の見直しも定期的に行っている。	BCPは作成されており、これに従って土砂災害訓練も実施している。避難計画書を作成して町に提出しおり、年2回火災対応の避難訓練も実施している。消防署に加わってもらって訓練している。AEDも設置してあり定期的に訓練している。		

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	一人の人としてのポリシーは守りながらできる事とできない事の見直しを、パーソンセンタードケアの方式を用いながら、個別性を重視しながらケアにあたっている。	パーソンセンタードケアの方式を利用して、認知症の症状を理解しつつ、一人の人間としての尊厳を大切にケアをしている。利用者一人一人が心地よくすごせることを重視したケアになっている。	
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。	重度化してきており、自己決定ができる方が少なくなっているが、非言語での表情だったり、片言の言語を大事に寄り添うことを念頭において接している。		
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。	ともするとスタッフの都合を優先しがちであるが、みんな一人の人であることには変わり無いことを常に考えながらケアするように努力している。		
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。	清潔を一番に考えている。衣服だけではなく週2回の入浴、シーツ交換、整髪、各月に美容師さんが来訪し、カットしてくれている。また希望によりマニキュアも行っている。		
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。	栄養士が1か月のメニュー表を作成し、カロリー計算から、グラム数まで測り手作りしている。月1回管理栄養士が見えて、細かな栄養管理の状況や対象者に対してのアドバイスいただいている。また施設全体での食事カンファレンスを月1回、前回の課題の取り組み方法と、個々の事業所での課題等の話し合いを行っている。食事に関する課題や要望も取り入れて会議の開催とキッチン独自での会議も行っている。	利用者が重度化しており、現在全介助の方が6名になっている。途中で食事が止まってしまうので、介助しないと適量摂取できないため40分～1時間かけてたべてもらっている。栄養士、管理栄養士がついて栄養管理指導、食事についての要望も聞いている。手作りの食事が提供されバランスの良い食事をとっている。	
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。	対象者の状況によって、摂取量、食事形態のチェックや、状況に応じて水分バランス、IN.OUTのチェックも行っている。		
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。	食後必ず口腔ケアを行っている。対象者によっては口腔外科からのアドバイスを聞きながら、口腔内ケア対応を行っている。		

グループホーム千歳

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	日中はリハビリパンツを着用してトイレに座らせる行為を、時間ごとに行っている。時間での対応を行っているが、重度の方に対してはおむつ対応で行っている。そのおむつも夜間も2時間間隔で見ている。	ほとんどの方がリハビリパンツを着用しておりパット併用の人もある。昼間は時間でトイレ誘導を行い、夜はほとんどの利用者がおむつを着用している。夜間はできるだけよく休んでいただくようパットの取り換えのみにしている利用者もある。	
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。	排便コントロールに重点を置いている。状況によっては、浣腸等の処置も行うが日常的に緩下剤の服用、水分の摂取促し、日常的に刺激を与えて腸の動き活発になるように、マッサージを行ったり食事内容の調節を行っている。		
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。	週2回入浴日があり、一般浴と機械浴があるが一般浴対象者が少なく機械浴対象者が気持ちよく入浴できる環境を作っている。また体調不良や気分の乗らない時は曜日を变えて対応している。	利用者が重度化しているため、入浴介助に比重が高くなっている。機械浴7人一般浴2人の比率で入浴介助をしているが、衣服の着脱が大変なため一定の時間だけ他から手伝いを頼んでいる。大体週2回入浴できている。	
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。	個々の対象者は個室対応になっていることから、休みたい時は自室でゆっくり休めるように室内の温度、湿度の遮光の調節も行っている。		
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。	薬剤管理指導が入っており、一人一人の内服は一化化されており、嚥下や服用しやすい形態にしている。また必ず服用するまで確認している。		
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。	季節に合わせて、年間計画に沿ってボランティアの協力のもと、行事への参加、小学校との交流会を通して、重度化しても体調に大きな変化がない時はできるだけ短時間でも参加できる機会を作っている。		
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。	一人一人の希望にどれだけ添えているか難しいが、ボランティアさんの協力も得ながらできるだけ外出の機会を作っている。	ほとんどの利用者が外出希望があるかどうかの意思表示は難しい。親族にはできるだけ会いに来てもらうよう連絡をしている。お花見や、紅葉狩りに行くと表情がよくなるのがわかる。ボランティアの助けをかりながらできるだけ外に出れるよう心がけている。	

グループホーム千歳

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)	外部評価(評価機関記入)	
			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。	高齢化と重度化で自身で金銭管理や所持することはできていないが、体調が悪かったり、ほしいものがあるときは、家族に代わりに連絡を入れて購入してきてもらっている。		
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。	電話や手紙の支援対象者がほほいしないことから難しいが、できる事は希望に沿うように努力している。面会がない時はできるだけ面会に来てもらうよう連絡をしている。		
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。	居室もリビングも明るく居心地良い空間にしている。時間がゆっくりと流れ、穏やかな時を刻んでいる。	窓からは山や田園風景が眺められ利用者はお気に入りの席で自由に過ごすことができる。好きな席で自由な恰好でゆっくり過ごしている様子がわかる。体操等をしたりしながら自室以外はここで過ごす。	
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。	居室ドアには居室名称と入居者の名前のみ記載されたプレートを装着してある。所定の場所が決まっており、共有空間でも居場所は確保されていると考えられる。		
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。	対象者によるが、位牌や、遺影の持ち込みも可能となっているので、持参されている方もいる。自身の好きなものや、入居日数が長くなると、所持品が多くなってきていることが課題でもある。	本人や家族の意思で好きな物を置いて過ごしている。個人差はあるがその人なりの居室作りをしていることがわかる。	
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。	自身でできる事は時間がかかっても行ってもらうよう支援している。又、出入り口付近に物を置かない工夫や、車いす走行時身体にぶつからない等の配慮や工夫はされている。		