

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2872600248		
法人名	しあわせ福祉会		
事業所名	加西の里認知症老人生活介護		
所在地	兵庫県加西市段下町848—14		
自己評価作成日	平成30年2月14日	評価結果市町村受理日	平成30年3月13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 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成30年2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)】

利用者個々の出来る力を活かしての物作り、作業。日常生活の仕事。

【第三者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)】

利用者同士、それぞれの役割やできることを發揮し、助け合いながら暮らしている。調理の得意な人が、お昼のキャベツの千切りや下ごしらえを担当し、縫い物が好きな人は、ミシンを踏んだりアイロンを手際よく使いながら椅子カバーを作っている。利用者はその日のやるべきことややりたいことを決め、自分なりのペースで過ごしつつ、時には、仲間を気遣い声を掛け合ったり、おしゃべりに花が咲くこともある。職員はできるだけ手を出さず、さりげなく見守りそっとサポートしている。職員の温かい眼差しと最小限の的確な支援のもと、認知症とは思われない自立した生活が維持できている。利用者のはつらつとした明るい笑顔から、逆に職員が意欲と元気を吸収しているようにみえる。今後は自分たちの実践を通して、認知症の啓蒙活動にも積極的に取り組んでいかれることを期待したい。
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	努力している。	法人理念及び方針は、職員がいつでも目につくよう 事務所内に掲示している。毎年、職員間で目標を掲げ、そのための具体的方針を日々のケアに活かしている。会議等で振り返ることで、職員の意識統一を図っている。	掲げた目標の達成状況を全職員で評価し、次年度に活かしてはいかかが。
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	年数回地域の幼小中高と交流。年2回地域のクリーン作戦実施。	高校生は毎年手作りのカレンダーを、中学生は花を持参してくれる。小学生のふれあひも毎年恒例となっており、利用者の楽しみとなっている。周辺のクリーン作戦は利用者、職員が協力して行っている。地域のボランティアの訪問も定着し、馴染みの関係になっている。	
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			
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	事故報告、利用者状況、入退所、入退院状況、職員勤務体制、意見参考にしている。	地域代表者、家族、市担当職員、知見者(他事業所職員)が主なメンバーである。事業所からは、利用者の行事や日常の様子、利用者の体調面や事故報告等を行うことで、事業所での生活を理解してもらっている。同時に認知症への理解にもつながっている。	運営推進会議の場を、参加者から関心のあるテーマ等を聞き取って反映するなど、学びの場として活用できないだろうか。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	必要時は連絡をとる。	制度上のことやわからないことがあったら、必要に応じて連絡し助言等を得ている。アドバイス等を得られるよう、情報交換に努め、協力関係を築く努力をしている。	
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	取り組んでいる。	法人主催の研修に職員が参加し、伝達研修にて共有を図っている。原則、身体拘束は行わない方針で、昼間、玄関の施錠はしていない。職員は、利用者の生活習慣や行動を把握し、見守りに徹している。	
7	(6)	○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	注意し防止に努めている。言葉の暴力に気をつけたい。	上記同様、研修で職員への周知を図っている。管理者は、特にスピーチロックには注意し、普段から職員に言葉かけや、不適切なケアにならないよう注意を促している。管理者は、職員の疲労やメンタル面についても普段から気配りに努め、コミュニケーションを図るよう心がけている。	

自己	者 第三	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	(7)	○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	利用者での該当者はいない。	現在、制度活用者はいない。職員はおおまかな制度の理解にとどまっており、資料は用意されていない。管理者は、今後資料を用意するとともに、必要に応じて情報提供していく姿勢である。	さっそく資料を用意し、会議等で少しずつでも学びの時間を持たれてはいいかがか。
9	(8)	○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	契約時に納得してもらっている。	契約関連書類を、わかりやすく時間をかけて説明している。事前の見学等で、雰囲気や様子を理解してもらっている。医療や費用に関することは、質問を通して具体的に説明している。家族の協力の必要性についてもお願いしている。	
10	(9)	○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	意見箱を置いている。	運営推進会議や年2回開催する家族会等で、意見等を聴いているが、特に運営に関する意見はない。普段の来訪時には個別に時間を設け、こちらから相談させてもらい話しをするようにしている。	
11	(10)	○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	随時、反映させている。	会議等で、積極的に職員からの意見や提案を働きかけている。管理者は、業務を通じて日常的に職員との対話を心がけ、考えや想いを引き出すようにしている。	
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	常に努めている。		
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	職員研修など参加して共有している。		
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	他の施設等と交流を深めて、サービス向上に努めている。		

自己 者 第三	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	コミュニケーションを図り努力している。		
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	家族の要望等うかがい安心されるよう対応する。		
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	本人と家族が生活上、まず必要としている事を把握する。		
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	職員は支援する側との思いがある。		
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	生活状況等面会時話す。		
20	(11) ○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	見守る。	家族の面会が多い。家族が馴染みの病院に付き添ったり、買物に連れて行くなど一緒に外出、外食に行っている。時には自宅に帰り、家族と過ごす人もいる。馴染みの関係が途切れないよう、職員からも声かけしている。	
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	仲良く支え合える様支援。		

自己	者	第三	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	連絡があれば行う。		
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	(12)		○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	意向の把握に努めている。	普段の会話から直接思いや好みを聴いたり、表情やしぐさ、他の利用者との関係性からも汲み取っている。情報が少ない場合は、家族に相談し情報を得て参考にしている。得た情報は職員間で共有し、ケアの統一に努めている、	
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	入所時生活歴の記入。利用者との対話で把握。		
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	いつもしている事が出来ない、バイタル測定週2回状態に応じてそのつど。		
26	(13)		○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	本人、家族に意向を聞いて担当者に意見を聞く。	普段の様子観察やケア記録から利用者1人ひとりの思いや、やりたい事を把握し計画に反映している。入退院等の状態悪化があった場合はその都度話し合い、利用者の現状に沿った計画となるよう柔軟に見直している。	
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	特変あれば個別記入、日々の様子や細かいことは口頭。		
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	出来る事があれば取り組みたい。		

自己	第三	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	お店への食材買物、幼、小、中、高との交流。		
30	(14)	○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	主治医指示、又は家族意向で家族対応。	利用者、家族の意向を優先し、これまでのかかりつけ医の受診を推奨している。現在、ほとんどが協力医療機関の往診を利用している。他科受診の場合は、家族が付き添う。希望により歯科往診の利用も可能である。	
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	利用者訴えや症状見られる週1Dr. 往診以外は看護師。		
32	(15)	○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。	病院で状態を聞く。退院前カンファレンスに出れる時は出る。	できるだけ入院にならないよう、日常的に健康管理に努めている。入院時は職員が見舞い、安心して治療できるよう声かけしている。早めに医療関係者と話し合い、早期退院に向けた受け入れ体制を整えている。	
33	(16)	○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	状態は家族に説明し共有。医療が必要になれば病院入院。	契約時に、事業所の方針を説明し納得を得ている。利用者の入院等の状態変化があった場合は、その都度家族と話し合い、早めに今後の方針を確認している。利用者、家族が不安にならないよう、退居後については事業所から提案し相談の場を設けている。	
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	年1回程救急処置訓練あり。		
35	(17)	○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3回避難訓練あり。	法人合同による定期訓練は2回実施している。その他事業所独自で年3回の避難訓練を利用者も一緒に行っている。毎回、火元を想定した難経路の確認を行い、実践に即したやり方で、職員の危機意識を高めるよう努めている。	一度、運営推進会議のメンバーに訓練を見学してもらい、アドバイスをもらってはいいか。

自己	者 第三	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	(18)	○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	努力している。	施設全体による研修を通じて、職員の意識定着を図っている。高齢者を敬う姿勢を重視しており、利用者の生活歴や想いを尊重した、その人に寄り添い見守るケアに努めている。利用者の主体性を大事にしている。	
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	選択してもらう。		
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	職員のペースになっている所がある。		
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	着たい服の選別、髪のとき方本人の好みにとく。		
40	(19)	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	下ごしらえ、トレー拭き。	旬の食材や季節感を大事にした家庭料理を中心に、手作りしている。利用者が野菜の下ごしらえや調理、味付け、盛り付けや後片付け等、それぞれが役割として関わっている。お誕生日にはお赤飯を炊き、ケーキを用意しみんなで祝っている。職員は、持参した物を食べている。	一緒に作って、同じ物を食べることで会話がより弾み、食べる楽しみが倍増するのではないだろうか。ぜひ検討いただきたい。
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	カリウム除去食、きざみ食。		
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	毎食後入れ歯洗浄うがい。		

自己	者三	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	(20)	○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	自立でない人も日中WC介助。	トイレでの排泄を基本としている。声かけの必要な人には、職員がさりげなく居室のトイレに誘導する。失禁を防ぐために、その人の表情やしぐさから察知、し早めに声をかけるようにしている。夜間は睡眠を優先するために、おむつを使用している人もいる。	
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	運動、水分補給、野菜豊富な食事の提供。		
45	(21)	○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	月火・木金 午後14:00～ 週2回。	週2回を目安に、職員が声かけしている。無理強いににならないようタイミングを見計らって声かけしたり、職員が代わるなどして誘っている。夏場や失禁があった場合は、その都度シャワー浴で対応する。利用者個々の習慣やペースを大事にしている。	
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	日中、体操、散歩、居室で休息、日中・夜間、居室の温度調整。		
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	定期的に薬の見直しDr.。ほかに症状変化時、看護師、Dr. 相談。		
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	洗濯たたみ、干し、調理の下準備、ミシン掛け、掃除等。		
49	(22)	○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	施設外のふれあい広場散歩、外出、外食。	普段の食材の買物や希望の日用品等を買に行っている。天気のいい日は、事業所周辺をよく散歩する。気分転換に、季節の花を観に行ったり、ドライブに行くこともある。家族と外出や外食に行っている人もいる。	

自己	者	第三	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	引き落としの為所持無し。利用者によっては少しのお金所持。		
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	本人希望あれば支援。		
52	(23)		○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	玄関や壁画は季節ごとに利用者に作ってもらう。	リビングは、天井は高く吹き抜けとなっており、開放感がある。中庭には洗濯物が干してあり、利用者が取り込む。たたみスペースがあり、洗濯物を置んだり踊りの舞台にもなる。テーブルでは、利用者が昼食のキャベツを千切りにしたり、ミシンを踏みアイロン片手に椅子カバーを作っている。	
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	食堂、ソファ、廊下、日の当たる暖かいソファの場所。		
54	(24)		○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	家で使っていた物を持参、服、タンス等。	トイレ、洗面、収納力のあるクローゼット、ベッドが備え付けとなっている。ゆったりした広さが確保され、利用者の整理筆筒や小机、ソファ、テレビ等が所せましと置かれている。長く使われている身近な道具や古い写真、位牌が置かれている。	
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			