

### 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	1070200934		
法人名	社会福祉法人いのかわ会		
事業所名	ケアホーム「家族の家」浜川		
所在地	群馬県高崎市浜川町1314番地		
自己評価作成日	令和元年11月4日	評価結果市町村受理日	

#### 【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)】

利用者のバックグラウンドを重視しながらも現在のありのままの姿を受け入れて、その人らしい利用者本位の生活を送って頂けるような支援を行っていく。希望があれば常に状態に応じて話し合いながら、見取りも行う。

※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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	令和元年11月18日		

#### 【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)】

利用者の置かれている立場に配慮しながら、在宅への復帰がかなえられた事例があり、本人と家族の喜びに繋がった。共用空間では利用者同士でおしゃべりに花が咲いており、会話の中から本人の今したいことが表出され、その言葉を大切に、「じゃあ今日行こう」と言ったように、瞬間で生きている利用者のしたいことが日常的に実践に繋がられる機会があることを確認できた。また、利用者同士で助け合っている姿もあり、新しい住まいでその人の今ある力で支え合って生活している様子がみられた。

### 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 3. 利用者の1/3くらい 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
<b>I. 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	法人の基本理念を掲げて実践。毎年年度始めのホーム会議で確認している。	入職時に理念について話をしている。現任者にも話しているが、日常的な支援の場で、全職員が理解してサービス提供しているかという点、まだそこまでは至っておらず、努力している段階である。	
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	毎月行われている浜川第2区のふれあいサロンなどに参加させて頂いている。	ふれあいサロンに出かけている。近隣のグループホームとの交流やボランティアを受け入れ、クリスマス会には近くの高校の吹奏楽部の訪問がある。事業所の新聞を地域に配布しているが、回覧板は回ってきていない。	
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	地域の学校のボランティアの受け入れや、認知症相談窓口として活動している。		
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	色々な立場からの様々な意見交換を行い、頂いたアドバイスなども生かしている。	定期的に家族代表、代表区長、民生委員、行政の担当者等が出席し、利用者状況や行事報告、時期のトピック等が報告され討議されている。民生委員等から地域情報が寄せられている。	
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	運営推進会議等を経て、連絡を密に取りながら協力関係を築いている。	疑問点は市の担当者に聞きながら連携している。介護保険の更新代行や認定調査の立会いを家族の依頼で行っている。	
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	身体拘束は行っていない。指針を掲げ、委員会を中心に定期的な会議で問題がないかを話し合っている。	玄関は開錠している。その他の身体拘束は行っていない。スピーチロックに関しては職員同士で互いに注意し合える関係性がある。3か月に1度はホーム会議で身体拘束や虐待について勉強している。	
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	虐待は行っていない。		

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
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	後見人制度を利用されている方はいませんが、ホーム会議内の研修で権利擁護に関する事も行っている。		
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	必要な際に管理者が説明を行い、納得した上で書面に署名をして頂いている。		
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	玄関にご意見箱の設置、苦情受付の連絡先を掲示している。また、ご家族に交代で運営推進会議に参加して頂いている。	意見箱にはなかなか入らないので、家族には面会時や請求書の発送時に近況報告の文書を同封して意見を聞いている。本人から表出された言葉は記録に残し、家族と連携し反映させている。	
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	ホーム会議等で出た意見などを運営会議で反映させている。	月に1度の会議の前に事前に議題の内容を伝え、利用者への接遇、投薬に関してや勤務時間についても意見が出ており、出しやすい環境を作っている。	
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	雇用契約書を締結する際に面談を行っている。また、日頃から積極的に傾聴している。		
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	外部研修の案内があった際の参加呼びかけ、ホーム会議内でのスキルアップを目的とした研修も行っている。		
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	群馬県地域密着型連絡協議会へ加盟し、交流を図っている。また、近隣施設への行事の呼びかけとこちらからも参加させて頂いている。		

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
<b>Ⅱ.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	サービス提供前に、本人や家族からの要望を十分に聞いている。		
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	同上		
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	同上		
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	個々の身体能力に合った役割を、無理のない範囲で行って頂いている。		
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	行事や外出同行などの参加を促し、協力して頂いている。毎月		
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	ふれあいサロンに参加し、近所の人との再会の機会を作っている。	知人や家族の面会があり、なじみの買い物に出かけている。財布を持っている人もいる。家族の協力で外泊している人や墓参り、事業所のドライブがてら、家を見に行く人もいる。	
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	職員が仲介し、絆を深めている。様子を見ながら席替えをするなどし、変化に応じて柔軟に対応していく。		

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	契約終了時に、また機会があれば是非お願いしますと伝えている。		
<b>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</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	本人の意見が最優先。また、希望等を伝えるのが困難な方はカンファレンス等でどうしたらよければ良いかみんなで考える。家族の意向も聞く。	ケアマネージャーが週1回訪問しており、利用者の会話や担当職員のケース記録等から意向を確認している。家族からは、面会時に管理者や担当職員が希望を確認し、ケアマネージャーを通して検討している。	
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	入居時の資料の他、家族や本人からも積極的に話を聞く。		
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	変化があれば日々のケース記録に記入。アセスメントの実施。		
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	本人、家族の意見はもちろん、担当職員を中心に職員全体の意見も反映させながら計画を作成。	毎月ケアマネージャーがモニタリングを実施している。3か月毎に担当職員がアセスメントを実施し、ホーム会議時に介護計画の見直しが行われている。又、状態変化時には随時見直している。	
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	日々のケア記録とモニタリングの実施。		
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	常に利用者のニーズに対応できるように接しながら取り組んでいる。		

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	運営推進会議で情報交換をし役立っている。		
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	入居時に希望を聞いて対応。主治医が定期的に往診し、必要があれば適切な病院受診の指示も出してくれる。	入居時に説明し基本は24時間対応の協力医に変更してもらい、年に1度の健康診断や月に2～3回の往診がある。専門医への受診は家族支援である。必要時には訪問歯科を受診できる。	
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	日々の情報交換はもちろん、ケアカンファレンスにも参加して意見をもらっている。		
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。	ホームの看護師や主治医とも連絡を密にして対応。		
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	入居時の説明と、実際に必要になってきた際には主治医も含めた十分は話し合いを行い今後の方針を決めていく。	重度化した場合の事業所の指針がある。終末期対応の事例は6～7年は無い。協力医の判断で、食べられなくなった時等に家族と段階的に話し合い、病院を選択してもらうこともある。	
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	対応をマニュアル化し、ステーションの見やすい場所に掲示。ホーム会議で事故報告書を振り返り、再発の防止に努める。また、ヒヤリハットで危険の周知も図る。		
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	近年災害が増えたきた為、新たに見直し中。	平成31年4月と10月にデイサービスと合同で消防署の立会いの下、昼夜想定、消火・通報・避難訓練を利用者と職員が参加して実施している。備蓄の用意はしていない。	利用者と職員が避難技術を身に付けるためにも自主訓練を重ねてほしい。又、備蓄の用意もお願いしたい。

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
<b>IV. 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	個々に合わせた細やかなプライバシーの確保、言葉掛けを行っている。同性介護にも極力応じている。	異性介助の場合は同意を得て、希望者にはできる限り同性介助で対応している。入浴の準備や家事等できることはしてもらい、散歩や財布を持ちたい、自分で洗濯したい、買い物に行きたい等の希望に答えている。	
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	常に自己決定できるような支援を実施。		
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	その時々希望を最重視した、柔軟は対応を行っている。		
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	本人と相談しながら決めている。何でも良いなどの返答にも提案しながら、2択3択でもなるべく選んで頂く。		
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	希望や特技を生かしたメニュー作りを行い、準備から調理や片付けなど個々の能力に合った役割りで関わって頂いている。	盛り付けに工夫し果物提供を意識している。野菜の皮むきや盛り付けを手伝ってもらい、外食会や家族との外食、デイサービスと合同のおやつ作り、家族からの差し入れも楽しみとなっている。	利用者の見えるところに食事の献立を掲示し、利用者に情報として知らせしてほしい。家族にもメニューを渡してはかがか。
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	嗜好にも配慮し、個々に対応した形態での食事を用意。毎月の体重測定も実施している。		
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	毎回実施している。訪問歯科により定期的には検査、助言や必要に応じた治療を行っている。		

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
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	トイレでの排泄を基本とし、必要に応じて安眠優先で夜間のみオムツ着用など個々に合った対応を実施。	トイレでの排泄を支援している。夜間はおむつやパットを利用する人や自立者には見守り支援やトイレ誘導をしている。自分で好みの排泄用品を買って揃えている人もいる。	
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	なるべく、薬ではなく十分な水分や適度な運動などで対応。食事メニューのバランスも重視している。		
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	事前にお伺いを立て、希望者には極力同性介助でも応じている。固定日は決めず、2～3日間隔になるようにしている。	毎日入浴支援はしているが、前回の入浴日から日にちが空いている人を優先に声をかけて週に2回の入浴を基本としている。一人入ることにお湯を取り替えている。夜間入浴希望者がいるので、遅番が支援を試みている。	前日入った人にも今日も入れると声をかけて、希望が出れば支援してほしい。夜間入浴にも期待したい。
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	細かく決まった日課はなく、その時々状態にも柔軟に対応できる支援を行っている。		
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	お薬表をファイリングし、すぐに確認できる場所に置いてある。		
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	季節ごとの行事、外出などを実施。不定期ながらも外食なども行っている。		
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支援している	買い物や散歩等、全員が均等に行けるように声掛けを行っている。	日常的には玄関先での外気浴や散歩、洗濯物干しで外気に触れる機会がある。季節ごとの花見やドライブ、個別での買い物、家族と出かける人もいる。	

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	希望によって所持。		
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	居室に回線を引いたり、携帯電話を所持している方もいたが現在は無い。希望時に職員が補助している。		
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	季節や時間帯により細やかな温度管理、換気などを実施。トイレ等、汚れた際には随時清掃を行っている。	不快な臭いも無く、掃除が行き届き清潔である。食事のテーブルや椅子の他にソファ、長椅子が置かれ、高校の建物や流れている川の様子等地域の四季折々の景色や人の行き来が眺められる。	
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	パーソナルスペースはもちろん、くつろいだり共同作業が出来るパブリックスペースなども充実している。本人の意思を重視。		
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	自宅で使い慣れた家具等を持ち込む事により、少しでも以前と変わらない環境に近づけるように配慮している。	使い慣れた日用品、テーブルと椅子、テレビ、ポットや急須、日頃の作品や写真、洋服等が置かれており、個性的で生活感のある居室である。居心地が良さそうで、不快な臭いは無い。	
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	障害物がないように、しっかりとした動線を確保。トイレや浴室などが車椅子でも十分に出入りできる設計になっている。手すりや台など、必要な補助具も完備。		