

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	4570200768		
法人名	社会福祉法人まりあ		
事業所名	グループホームまりあ	ユニット名	夢
所在地	宮崎県都城市志比田町9541		
自己評価作成日	平成22年8月27日	評価結果市町村受理日	平成22年11月15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://kouhyou.kokuhoren-miyazaki.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4570200768&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成22年9月14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)】

--

【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)】

--

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

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	たとえ障害を生じて、その人らしく地域の中で生活できることを理念の中でうたっている。			
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人として日常的に交流している	毎月のリサイクル活動に参加している。地域の福祉祭りにご利用者の作品を出品し、見学に行くなど地域行事に参加している。			
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	施設内に地域支援委員を設け、委員が中心となって毎月地域支援のプログラムで健康教室を開催し、又、定期的に野外での活動を行っている。			
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	運営推進会議の中でサービスや利用者の状況、外部評価についてなどを議題として取り上げている。			
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に取り組んでいる	運営推進会議が地域の方やご家族を含めてアットホームな雰囲気で行われ、有意義な会議が出来ている。事業所に対しても積極的にご意見を頂けることで、サービスの質の向上につながっている。			
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	すべての職員が、身体拘束は絶対に行わないという認識を職員が持っている。身体拘束委員会(毎月1回)の勉強会での内容を他職員へ伝達を行っている。いつでも・どこからでも出入り自由に行っている。			
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	ご利用者の状況に合わせて、現在のケアが虐待に繋がっていないか等の検討をカンファレンスやユニット会議等で行っている。また、職員間でお互いのストレスを軽減できるような言葉かけや配慮ができています。			

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	研修等に参加して、他のスタッフへ伝達している。			
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	契約の際は時間をかけ、重要事項説明書及び契約書、看取りに関する指針に至るまで書類を通して説明を行い、話し合いを行った上で、署名・捺印を頂いている。			
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	各ユニット入口に苦情相談の方法を明記し、意見箱を設置している。ユニットごとに苦情処理ノートがあり、運営者・管理者が把握できるようになっている。運営推進会議の場での報告を行い、意見等を頂いている。			
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	職員会議やユニットごとの会議、各種の委員会などさまざまな会議が組織され、意見の言いやすい場所がある。			
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	職員の状況を常に把握し、個人面談の機会を設け、職員の思いを引き出せる場を作っている。			
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	興味ある研修への派遣・資格取得のための勉強会や場の提供など、積極的に取り組んでいる。			
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	三股、都城地区グループホーム連絡協議会で、月1回の情報交換や勉強会などネットワークができています。宮崎県認知症高齢者グループホーム連絡協議会をきっかけに交流ができています。			

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	相談後はご本人及びご家族と必ず面談を行う。看護師や主任と出向き、今後のフォローにつなげやすい状況を作っている。			
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	相談から利用までの間に、ご自宅でお困りの件で何度もお電話を頂くことも少なくない。直接お話しをお聞きしたりしながら、状況に応じて対応をしている。			
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	相談の際には必ず、ご利用者本人の状況や環境等を踏まえ、どのようなサービスが必要かを一緒に検討している。待機の間、どのようなサービスが必要か、また、受けられるサービス内容の説明を行っている。			
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	食事作りや茶碗の洗い方など、ご利用者からアドバイスをいただきながら家事を、一緒に行っている。らっきょう漬けや梅干しづくり、そば作りなど教わっている。浴衣の着付けをしていただいている。			
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	家族会で、職員との勉強会や意見交換会などを通して、話しやすい雰囲気作りが出来ている。利用者の状況報告を密にすることで家族の思い、状況等に対する相談等を受けている。			
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	情報収集に努め、ご本人の背景を把握できるよう努めている。住んでおられた地区の方達の面会や知人の面会がある。入所前に生活されていたところに、友達がおられ合いに行かれる。			
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	テーブル配置などに気を配っている。シルバーカーの向きを変えたり、トイレのドアを開けたり、洗濯物を皆でたたんでくださっている。利用者同士で、慣れ親しみの関係ができていく。			

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	以前ユニットに入所されていた方から連絡をいただき、お通夜・葬儀に参列したりスタッフ手づくりのグリーフカードをお送りしている。退所後も連絡を頂いている。			
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	利用者・ご家族とも話し合いを行いながら、できるだけご本人の意向に沿えるよう取り組んでいる。			
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	これまでの生活歴や住んでいた地域の特性等を把握し、ケアに生かしている。お花の先生をされていた方に花を生けてもらっている。			
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	生活パターンを把握し、精神的に落ち着いて生活していただけるようにケアに努めている。食事の準備や洗濯物たたみなど、持てる力とその日の気分や体調をみて取り組んでいる。			
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	ケア向上委員会を通して、あらゆる角度からご本人をとらえ、毎月のモニタリングを行い、支援内容を確認しながら、ケアプランに活かしている。ご本人やご家族とのカンファレンスを随時行っている。			
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	日々の記録にセンター方式を取り入れている。記録・記入しながら、検討を重ねケアプランにつなぎやすいように作り変えを行いながら、ユニット会議の中で、情報の共有化を図っている。			
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	ご家族や他ユニット・他部署との連携を取りながら、要望に沿えるよう柔軟に対応している。3ユニット合同の行事を定期的に行っている。勤務職員を確保することで、外出しやすい。			

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	運営推進会議を通して事業所の内部を理解して頂き、協力がより得やすくなっている。ボランティアで習字・アレンジフラワー・陶芸の講師の先生が来てくださる。福祉祭り・地区の文化祭等へ作品を出品している。			
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	ご本人・ご家族の希望を尊重し、入居前から係りのある主治医を継続してもらっている。重度化が進み、状況に合わせて往診や看護師の派遣が可能かについて、ご家族もあわせてムンテラを行っている。			
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	看護師を常勤で雇用している。日々の身体状況の記録を行い、変化や異常がある場合には看護師に報告を行い、連携を取っている。			
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。	入院可能な病院の確保をその旨行っている。入院の際は、ご利用者の状態確認や病院からの情報収集に努めている。また、退院の際はご家族も呼び、一緒にドクターからの説明を聞くようにしている。			
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	入居の契約の段階で、看取りの指針についての説明を行っている。かかりつけ医とのムンテラを随時行っている。グループホームでの看取りについて、ご家族とのカンファレンスを定期的に行いながら出来ること・出来ないことをその都度説明している。			
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	救急蘇生法については、消防署に依頼し、全職員参加で定期的に指導を受けている。処置の仕方について、看護師より指導を受けている。マニュアルも常備している。			
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	防災委員を設置しており、計画を立て、定期的に訓練等を行っている。災害に備えて、食品や飲料水の準備はしている。ホーム独自で火災報知機取扱いを新人職員に行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	(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	職員は常に、ご利用者一人ひとりを尊重した対応を行っている。また、画一的ではなく本人に合わせた言葉かけや対応を行っている。			
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	ご利用者の目線でゆっくり話したり、本人の訴えを十分聞くよう心がけている。本人の訴えに傾聴し、寄り添えるようにしている。			
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	行事・外出等へ参加したくない時は無理強いをしないなど、本人のペースを乱さない介護を行っている。業務の流れに執着せず、チームワークをとりながら、ご利用者のペースに合わせた対応を行っている。			
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	月1回、理容室と美容室に訪問してもらっており、散髪やパーマはご本人の意見を取り入れてもらっている。ご本人の希望で、職員が髪を染めている。日常着は出来るだけご本人に選んでもらうようにしている。			
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	可能な限り、買い物・調理を一緒に行っている。また、献立作りにはご利用者の好みを反映させ、一緒に考えている。片付け・食器洗い等も一緒に行っている。合同でバイキング方式の食事を行った。			
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	食事摂取量・水分摂取量はこまめにチェックしている。食事が少ないご利用者には数回に小分けにし分けて摂っていただくなど、一人ひとりに合わせて工夫している。			
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	毎食後に声かけし、うがい・歯磨きを実施している。介助の必要な方以外は極力ご自分でケアしてもらっている。訪問歯科の派遣もある。			

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	日中は排泄パターンや仕草などを見極め、排泄の自立に向けた支援を行っている。夜間帯は良眠を妨げない為に、リハビリパンツやパットを使用される方もおられるが、基本的に時間誘導している。			
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	軽体操を行ったり、牛乳やヨーグルト・野菜ジュース等を個々に合わせて摂ってもらっている。また、場合によってはドクターへ相談し、指示をもらっている。			
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	お風呂は毎日沸かし、希望すれば毎日でも入浴できる。入浴時間・湯加減もご本人の希望に合わせて行っている。			
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	生活リズムが崩れないように、日中の散歩や軽体操などを行っているが、夜間の不穏や不眠がある方もおられる。添い寝等で対応しているが、困難な場合もある。主治医との連携を図り、利用者の状態把握に努めている。			
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	処方箋を確認し、医師の指示通りに服薬を行っている。病状の変化については、常に医師へ連絡を取り、指示を仰いでいる。薬は服用の確認まで行っている。処方箋のコピーをファイルに綴じ、確認を行っている。			
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	出来る範囲で洗濯物干しや洗濯物たたみ、調理、盛りつけなどしてもらっている。月2回の習字・毎週1回の喫茶・陶芸・月1回のアレンジフラワー等、利用者の方が自分で参加したいものに行かされている。			
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に支援している	利用者の希望にあわせ、1対1での外出を行ったり月1～2回のペースで外出の機会を設けている。ご家族との外出や帰省も自由にもらっている。夢をかなえようでご夫婦での外出をされた。ご家族と買い物・外食を楽しまれた。			

自己	外部	項目	自己評価	夢	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	自己管理が可能な方にはご家族の許可の下、ご本人にさせていただいている。レジでの支払いをご本人にさせていただける工夫もしている。			
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	電話は希望に沿っていつでも職員付き添いの下、かけていただいている。年賀状を家族に書かれている。			
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	季節ごとの飾りなどをご利用者と一緒に作り、飾っている。リビングのテーブルや椅子も家庭的でゆったりとしていて明るい。畳部屋は自由に使っていただいている。洗濯物は皆さんでそこで畳んでくださる。テラスで茶話会を行ったりしている。			
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	気の合う方同士で語り合いながら、お茶を楽しんだり食事をされている。リビング横の畳部屋を自由にくつろぎの場に使って下さっている。周囲に置いてあるベンチで日光浴をされたり、涼まれたりしている。			
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	テーブル・椅子・ソファ・冷蔵庫・大正琴など思いでの品や、使い慣れた馴染みの家具を持ち込まれ、安心して過ごせる空間となっている。			
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	居室入口にはご家族の同意の下、写真や名前を入れるパネルが設置されており、ご利用者が把握しやすくなっている。建物内はバリアフリーであり、手すりが要所に設置されている。			