

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 なごみ)

事業所番号	0671400281		
法人名	医療法人社団 緑愛会		
事業所名	グループホーム 香紅の里		
所在地	山形県村山市楯岡俵町20-19		
自己評価作成日	平成28年 9月 20日	開設年月日	平成18年 4月 1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)】

1ユニット目に記載

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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://www.kaigokensaku.jp/06/index.php
----------	---

【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)】

※1ユニット目に記載

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	協同組合オール・イン・ワン		
所在地	山形市検町四丁目3番10号		
訪問調査日	平成28年 10月 24日	評価結果決定日	平成 28年 11月 2日

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	
55	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	62	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
56	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:18,37)	○	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	63	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
57	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目: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	64	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
58	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:35,36)	○	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	職員は、活き活きと働いている (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
59	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:48)	○	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
60	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:29,30)	○	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
51	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	○	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				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

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
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踏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	ユニット玄関等人目に付く場所に掲示し職員はもちろんの事、来客者等誰でも見ることができるようにしています。一人ひとりが暗記し、常に理念を意識したケアが実践できる環境になっています。			
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人として日常的に交流している	地域活動推進委員会を中心に地域の美化活動、清掃活動、自主防災訓練等に参加しています。施設の方からは、心肺蘇生法の勉強会、認知症サポーター養成講座、防災についての講習会等を開催し地域の方にも参加していただいています。			
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	地域のサロンに参加し、認知症についての講義、認知症予防の講習を実施しています。また昨年から認知症カフェ「カフェKAKOU」を開催し地域の認知症を抱えた家族、介護に興味のある方の質問・相談にお答えしています。			
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	年6回開催しています。市職員2名・家族代表2名・町内会長2名・地域代表1名・民生児童員1名を委員とし、施設の利用状況、事故の報告を行い意見や情報交換を行っています。			
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に取り組んでいる	定期的に関係各所を訪問し、施設、地域の情報交換を行っています。運営推進会議や市の会議等でも市職員、地域包括職員と情報交換をして協力関係を築いています。			
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	年1回職員全員対象で身体拘束についての勉強会を実施しています。過去に身体拘束の実績もありません。日々、拘束なしでも安全・安心に過ごしていただけるよう職員間で話し合いをしながら生活して頂いています。			

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	年1回職員全員対象で勉強会を開催しています。高齢者虐待の定義や現状、防止方法の内容についても詳しく説明し話し合いを行っています。お客様の表情や軽微な怪我などにも十分注意し、虐待防止に努めています。		
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	年1回介護支援専門員による勉強会を実施しています。必要に応じ介護支援専門員同伴で話し合いを行う準備は整っています。		
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	契約は必ず管理者が実施し、運営規定・契約書・重要事項説明書等必要書類を読み合わせて説明させて頂いています。分かりにくい部分は分かるまで説明させていただき、入居後も疑問があればその都度説明しています。		
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並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	年1回お客様アンケートを実施し日頃施設に対し言いにくいこと、要望の把握に努めています。アンケート結果についても対策を含めて公表し施設内にも掲示し誰でも見れるようになっています。各ユニット玄関に要望書も設置し随時意見も頂けるようにしています。		
11		○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	全体会議、部署会議、ユニット会議と月3回の会議、また必要に応じて、部署、ユニットでミーティングを開催し、建設的な議論ができるようにしています。定期的に個人面談を実施し職員の意見を聴く機会を設けています。		
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	毎年職員全員が法人目標とリンクした個人目標を立て目標管理シートを作成し、達成に向けて日々取り組んでいます。		
13	(7)	○職員を育てる取組み 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	年度初めに研修計画書を作成し職員個々のスキルに合った研修に計画的に参加できる様になっています。また毎月の部署会議で認知症等の勉強会を開催しています。		

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	
14	(8)	○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つくり、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組みをしている	法人内での交換研修、勉強会に参加し法人内での交流、また外部の研修や勉強会に参加することで他事業所と交流を図っています。			
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 サービスの利用を開始する段階で、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	ご本人、ご家族から家での生活や昔の出来事等ができるだけ多く聴きだし、ご本人様の事を知り理解することで困っている事や不安に思っている事を探りホームの生活に慣れて頂けるよう支援しています。			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	申込みの時点で心配や不安を聴きご家族様が安心できるよう説明させて頂いています。また入所後も何かあればその都度ご家族様の相談に応じています。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご本人、ご家族からの希望、要望をお聴きし今現在何が必要であるか、ニーズを正確に把握するように努めています。お客様に必要な支援が当ホームの理念や方針と合致しているかを見極めニーズに応じたアドバイスをさせて頂いています。			
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員とお客様の関係はもちろんの事、共同生活の場であることを忘れず、お客様同士が助け合い共に楽しく生活できるようサポートしています。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ご家族が面会に来られた際は状態を詳しく伝え、情報を共有するようにしています。またご家族様と交流が図れるよう外出などをお願いし支え合う関係が継続できるよう支援しています。			
20		○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	入居後もこれまでと同じ生活ができるよう、本人、ご家族に馴染みの場所をお聞きし図書館、床屋等に定期的に外出支援しています。			

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
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	これまでの生活、性格等を考慮しながら、お客様同士が毎日のレクリエーション、家事、会話等で交流を持てるよう支援しています。		
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	ご家族から必要とされる時は可能な限りフォローをさせて頂いています。フォローが不可能な場合は関係機関を紹介させて頂いています。		
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	お客様との会話や行動から希望や要望を把握し職員間で共有しています。家族からの情報収集も継続して行っています。		
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	センター方式を活用しご本人、ご家族からこれまでの生活歴をお聞きし、情報を職員で共有しています。前ケアマネージャーや前サービス提供者からお話も聞き情報収集することもあります。		
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	センター方式を活用しています。定期的に一日の過ごし方、心身状態の現状把握に努めています。医療連携体制をとっているため看護師による把握も定期的実施しています。		
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	各ユニットに介護支援専門員を配置し毎月モニタリングの評価を行っています。その時々ニーズを正しく把握し一人ひとりに合った個別性の高いプラン、出来る事を継続できる様に支援するプランを意識して作成し、ケアを実施しています。		

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
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	専門用語を使わずに誰が見ても分かりやすく簡潔な記録を心掛けています。気づきや工夫はノートやサービス担当者議事録等を併用し必要な情報を共有しています。		
28		○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	地元の理容店や飲食店、図書館等を利用しています。また地域のボランティアの方々に来て頂き、交流を図り地域に根差した施設づくりを行っています。		
29	(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、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支援している	定期的に地域の協力医の方へ職員が受診にお連れしています。外出が難しい方は往診をお願いしています。以前からのかかりつけ医を希望される方は変更する事無く家族対応か往診対応を行っています。		
30		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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支援している	訪問看護ステーションと委託契約し週一回の訪問、24時間電話対応で1人ひとりの体調管理を実施しています。		
31		○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、また、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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	入院が必要になった時には職員も同行し、必要な情報を可能な限り医師、看護師に伝えています。入院中も定期的に職員が病院に行き状態の把握と退院への支援に努めています。		
32	(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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	ご本人や家族の希望を一番に考えた上で、希望に添った対応ができるように体制を整えています。病気の悪化等でホームでの生活が困難になった場合は、随時家族、主治医と話し合いを行い、その後の対応を検討しています。		

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
33		○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2回、地元の消防署に講師を依頼し、心肺蘇生法の講習会を実施しています。また緊急時対応の勉強会を開催し職員全員が対応出来るようにしています。		
34	(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	防火管理者を置き年2回総合避難訓練を実施しています。また災害時には地域住民の方から協力を頂く体制になっています。		
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
35	(14)	○一人ひとりの人格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	職員全員がお客様一人ひとりの人格を尊重しプライバシー確保に真剣に取り組んでいます。お客様一人ひとりに合わせた声かけ、ケアを行っています。		
36		○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	お客様が毎日充実した生活が送れるよう、また一人ひとりの希望や思いが引き出せるように工夫しながらケアを行っています。		
37		○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	お客様の事を一番に考えその人に合ったペースで支援させて頂いています。その日の体調や気分も読み取り、無理のない範囲で行動して頂いています。		
38		○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	個々に合わせた好みの身だしなみや化粧をで楽しんで頂いています。職員と洋服を買いに出掛けたり馴染の美容室に行く企画を計画、実施しています。		

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
39	(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	季節の食材、食べたい物を栄養士の管理の下献立に取り入れています。お客様と一緒に買い物に出掛けたり、調理、後片付けを手伝って頂いています。		
40		○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	献立、カロリー、塩分等栄養士の管理の下、高齢者に合った物を提供しています。医療連携看護師からの指示も受けながら、個々に合った食事量や形態で提供しています。		
41		○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	毎食後口腔ケアが出来るよう準備し個々の状態に応じて支援しています。夕食後には義歯をお預かりし、洗浄を行い清潔を保っています。		
42	(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向けた支援を行っている	オムツに頼らず、時間で誘導しトイレでの排泄を促しています。一人ひとりの排泄パターンを把握し、個々に合った支援、声かけを行っています。		
43		○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	医師、医療連携看護師と連携をとりながら、個々に合わせた水分の摂取を心掛けています。体操、散歩等体を動かして頂く工夫をしています。		
44	(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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	お客様の希望、体調、生活リズムに合わせて安全に入浴にお誘いしています。必要な方には2人介助で入浴して頂いています。		
45		○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	体調や希望に合わせて日中の休憩や入床の時間も一人ひとり違っており、対応しています。入床前、夜のテレビ番組を楽しみにしている方もいる為、ゆっくりとリビングで過ごせるように支援しています。		

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	
46		○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	服薬介助はマニュアルに沿って行っています。定期的にマニュアルを確認し安全に内服できるよう支援しています。薬の変更がある時は何が変わったのかを記録に残し全員が確認出来るようになっています。体調に変化があれば医師、看護師に報告相談しています。			
47		○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	センター方式でアセスメントし一人ひとりに合った役割や楽しみが実施できるようケアプランに取り入れ、職員がサポートしながら行っています。			
48	(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。また、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	定期的に外出が出来るよう企画し、外出する楽しみを支援しています。ケアプランにも散歩や外出を取り入れています。また、ご家族との外出・外泊も積極的に支援しています。			
49		○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	基本的に事務所の金庫で管理させて頂いています。希望や必要な買い物がある時は一緒に出かけご自分で支払いが出来るよう支援しています。			
50		○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	電話希望がある方には、ご家族と相談しご家族の負担にならない時間に電話できるよう支援しています。また季節ごとにはがきを準備しご家族様に手紙を出す企画を計画、実施しています。			
51	(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	季節問わず室内の温度管理を行い快適な環境を作っています。室内の掲示物にも気配りし季節を感じられるような工夫を行っています。			

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
52		○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	各居室、リビング、和室等その時々で気分が居場所が変えられるよう環境を作っています。ご夫婦の方にはお二人でゆっくりと過ごせる空間の提供も行っています。		
53	(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をを活かして、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などを持参して頂き、生活しやすい空間を提供しています。また馴染のある物で安心できる環境を作っています。		
54		○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」や「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	極力できる事は自分でやってくよう自立支援を行っています。安全確保の為必ず職員が付き添いし見守りも行っています。		