

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	0590300018		
法人名	社会福祉法人 相和会		
事業所名	ビハーク横手 グループホームぬくもり(東ユニット)		
所在地	横手市上境字谷地中136番地		
自己評価作成日	平成22年10月15日	評価結果市町村受理日	

※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://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	平成22年12月23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)】

家庭的な雰囲気の中で、穏やかに過ごして頂ける様にしています。また、東ユニットでは、個々の意思を大切に、楽しんで生活して頂けるように努めています。

【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)】

施設の理念について、棟別に職員間で話し合わせ、それぞれ独自の理念を掲げ、申し送り終了後に全員で唱和している。理念については、職員個々が深く理解し、日常生活の場面で活かされている事をヒアリングで確認することができた。運営会議終了後には委員の方々の施設見学を実施し、改善点や問題点を見出してもらい、住みやすい施設作り活かしている。研修については、母体施設と共同で研修会を開催し、職員の資質向上に努めている。災害対策に関し、地元消防団との連携の必要性を感じ努力されている点について、今後の施設運営に大事な点でもあり、今後も継続して検討されることを期待します。

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、安心して暮らしている (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
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、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を十分に検討してかかげており実践につなげようと努力している。	棟別に職員で話し合いで決めた理念を申し送り終了後に全員で唱和しているほか、廊下にも掲示され、理念を意識した支援の実践につなげている。	
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員として日常的に交流している	日常的ではないが交流するよう心掛けている。しかし、実際の付き合いは少ないように思う。	地域の婦人会による調理ボランティアのほか、カラオケ同好会、小学校、保育園との交流など年間計画により交流が行われている。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	努力はしていると思うが、地域の人々にはなかなか伝えられていないと思う。	/	/
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	運営推進委員会の方々は、全部ではないかも知れないが施設の状況を把握していると思う。意見交換しサービスの向上に努めている。	会議ではホームの状況報告などが行われ、積極的な意見交換が行われている。また、会議終了後には施設見学を行い、施設の改修など気づいた点を話してもらい改善につなげている。	
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取り組んでいる	推進会議に出席された際に情報を共有していることが一番多いように思う。協力を得ている。	運営推進会議への参加や成年後見人についての相談、困難事例についての連絡調整等の協力関係が築かれている。	
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	研修会等で勉強し身体拘束をしないよう取り組んでいる。	家族等へのケアプランの説明の中で、センサーの活用等についての了解をもらっている。また、法人内に身体拘束保護委員会が設置されており、研修などを通じて身体拘束のないケアに努めている。	
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	虐待についても施設内研修会を行い勉強している。個々に注意を払い予防に努めている。	/	/

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
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	研修で学ぶ機会があったが、申請の手続き等については実際は経験できていない。		
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	管理者が契約時に行っていると思うが、実際に関わっていないので分からない。		
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	特に外部評価の際にできている。 家族交流会や行事、面会時等に意見を伺い運営に反映させている。	ケアプランの作成時や行事、面会時に家族からの意見や要望を引き出すようにしている。面会等が少ないケースについては電話で聞き取りを行っている。	
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	運営となると、職員が意見を提案することは少ないと思う。	ユニット会議や職員会議等で意見を話す機会を設けて積極的な意見交換が行われ、運営に反映させる取り組みがなされている。	
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	・給与がもう少し高ければよいと思う。 ・労働環境に不備な点もあると思う。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	把握しているおり、他のグループホームで研修したり講習会等に参加させている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や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り組みをしている	相互勉強会などでは他施設との交流の場が設けられておりサービスの質の向上につながって行くと思う。		

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
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	初期の段階では出来ていたと思う。レベル低下により要望など言えない利用者が増えてきているが職員は本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。		
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	初期の段階では出来ていたと思う。ケアプランなどの見直し時に都度聞いているが要望などほとんど聞かれない。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	・職員が介助しなければならない場面が多くなっている。 ・自立出来ている方でも、やろうとしない場面もある。		
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	どちらかという施設にまかせている家族が多いように思うが、中には出来る範囲で支えて下さる家族もいる。		
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	・馴染みの人の面会はほとんどなく、人・場所を忘れてる利用者もいる。 ・施設ではなかなか支援出来ない。 ・外部から面会にきてくれるが利用者から外部の人に会いに行くことはほとんどない。	時々面会に来てくれる人がいるほか、利用者の希望により馴染みの地元の美容院に出かけるなどの支援を行っている。また、ボランティアの方々と継続した交流が行われ新たな関係づくりにつなげている。	
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	利用者の性格、好みなど把握し支援している。		

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
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	サービス終了後はフォローする機会はない。		
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	アセスメント・モニタリングにて把握に努めている。本人や家族に意向確認をしている。	利用者や家族に健康状態などを聞き取り、一人ひとりの状況を把握したうえで、食事の好みや居場所の確保などについて、出来るだけ希望に応えるよう支援している。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	生活歴を記入したものがあり、内容を読んで把握するように努めている。		
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	現状を把握し出来ることをして頂くように努め、生活リズムにつなげられるようにしている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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、家族に意向を確認している。 ・利用者の生活の基盤となるように生かしている。	ケアプランは3ヶ月に1度見直しが行われ、利用者や家族の意見や要望、日常生活の状況を基に話し合いを行ったうえでケアプランが作成されている。健康状態等の変化があった時はその都度見直しを行っている。	
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	・ケアプランに添った記録を個別に記入しており介護計画の見直しに生かしている。 ・アセスメントの他ケース記録からも見直している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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	地域資源は沢山あると思うが、職員が把握しきれてはいないと思う。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	・主治医による往診(月2回)あり、歯科受診もできている。 ・家族の意向を取り入れ対応している。	家族や本人の希望があれば、かかりつけ医を利用しているほか、定期的に往診があり、歯科についても法人内で歯科診察が受けられる体制ができている。	
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	体調不良等気付いたことは看護師に報告し指示を受けて対応している。		
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。	利用者の入院があった場合は、病院関係者との情報交換や相談に努め、連携を取って対応している。		
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	家族との話し合いを行い意向や急変時等の対応などを決めて、方針を共有している。	入居時に看取りの支援について説明し、希望があれば主治医に相談した上で対応している。隣接している施設からの、看護師の応援体制ができていることを確認した。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	勉強会等に参加し、身に付けるように努力しているが、定期的に行われていない為、実践力については不安がある。		
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付けるとともに、地域との協力体制を築いている	・避難訓練を年2回行い身に付けている。 ・夜間想定避難訓練も行っている。	年2回の避難訓練が行われている。スプリンクラーの設置等、災害時の対策が取られている。また、車椅子を使用している利用者の避難誘導がスムーズに出来るよう、居室の入り口には車椅子のマークをつけている。	

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
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	心掛けているが、適切な言葉掛けが出来ていない時があるようにも思う。	入浴の時に一人で入りたい利用者には早めに入ってもらったり、排泄時には離れて声かけ支援するなど、職員はプライバシーの配慮に努めている。	
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	利用者一人ひとりのレベルに合った働きかけをしている。		
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	職員の数に余裕がなく業務に追われていることが多く、希望に沿った支援は出来ない。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	床屋や美容院を利用しているが、利用者自ら身だしなみを整えられる人が少ないため、職員が行っていることが多い。		
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	職員中心の準備、片付けになっているが、その中でも、利用者が出来そうなことはやってもらっている。	献立については利用者の希望を取り入れ、固さなどが一人ひとりに合わせ調理されている。食事の準備等については、利用者の好みの範囲で野菜の皮むきなどを職員と一緒にやっている。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	利用者一人ひとりの状態に合わせた食事量や水分を提供し支援している。		
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	一人で出来ない利用者もいるため、職員が支援して行っているが口腔状態の把握は出来ない。		

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
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	排泄チェックし、日中は綿パンツ、夜間はリハビリパンツやオムツ等に替えるなどの個別の排泄ケアが出来ている。	出来るだけオムツを使わないケアが行われている。日中と夜間は綿パンツとリハビリパンツ等を使い分けるなど、工夫された排泄ケアを実践している。	
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	乳製品や水分を多めに提供するなどしている。又、骨盤体操や棟内散歩など、個々に応じた予防に取り組んでいる。		
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や健康状態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	希望入浴日を設け、入浴日以外でも本人の希望に合わせて入浴出来る体制作りを行っている。	週2回の入浴日のほか、希望のあった利用者については2日間の希望入浴日が設けられている。また、時間的に早い入浴を希望する方については1時間早めるなど、個別に配慮されている。	
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	一人ひとりのその時々状況に応じて対応している。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	看護師との連携が出来ており利用者の内服状況を把握している。		
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	一人ひとりの生活歴や力を活かされるように支援している。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	行事で外出したり、入浴日以外の日にはドライブなどしている。本人の希望があれば浴うように支援している。	月毎に計画された花見や紅葉狩りなどの外出のほか、天気が良い時にはドライブや散歩に出かけるなど、外出の機会を設けている。	

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
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	所持できる利用者は所持し、使えるように支援しているが、出来ない利用者が多くホームで預かり必要に応じて使えるようにしている。		
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	本人自ら電話し話していることはあるが、手紙のやり取りが出来る利用者は少ない。		
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、臭い、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	・車椅子使用では狭いトイレや洗面所がある。又、和室の段差は危険と感じる。 ・調理中は食事の臭いがして家庭的であり、ホーム内の温度管理にも気を配っている。	共有空間には畳のスペースにこたつを配置しているほか、ソファやテーブルのスペースを設けるなど、利用者が自由に過ごすことが出来るよう配慮されている。居室の入り口は広い作りになっているなど、過ごしやすい環境である。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	ソファや居室など利用者によっては好みの場所で過ごしている。		
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	本人や家族の希望により使い慣れたタンスやテレビ、布団等を使用している。又、居室に家族の写真などを飾っている利用者もいる。	利用者が使い慣れた家具やテレビなどを持ち込んでいるほか、家族の写真、花などで室内を装飾し、居心地よく過ごせるよう工夫されている。	
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	一人ひとり出来ることをして頂いているが職員の見守りは必要だと思う。		