

自己評価および外部評価結果

| 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 | 毎日、朝礼時に唱和している。またその時間は、グループホームの行動指針に従って、具体的にどう行動するのか話す機会にもなっている。 | 職員同士で話し合いグループホームの理念を作成し、玄関にも掲示しています。また、毎朝の朝礼時にも理念を復唱し、理念に基づいたケアを提供できるよう心がけています。 | |
| 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員として日常的に交流している | 春、夏、秋の行事の時に、地域住民の参加を呼び掛け、その度に10名ほどの参加がある。また、町内の祭りに行き、ご祈祷をしてもらっている。 | 地元のお祭りへご利用者と一緒に参加したり、ホームに小学生に来て頂き清掃活動をして頂いたり、町内の新年会にも参加するなどし、地域との交流が行われています。 | |
| 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 | 認知症サポーター養成講座を開催したり、認知症ガイドブックの配布をしたりと情報提供している。 | | |
| 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 | 日常の様子や入居退居、待機者状況の報告の他に、会議の後半には利用者との交流も行っている。会議録は、職員に回覧している。 | 区長、市の担当者、包括支援センター職員、民生委員、ご家族代表などに参加していただき2ヶ月に1回定期的に開催され、事業所からの報告に加え、参加者から運営に対する意見があり、出された意見は職員に伝えられ、改善が必要なものは職員間で話し合い対応がとられています。 | |
| 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取り組んでいる | 運営推進会議には、市職員に参加してもらっている。また、担当者には、会議の内容を議事録で報告している。 | 市の担当者は2ヶ月に1度の運営推進会議に参加しており、介護保険担当課や包括支援センター担当者とも気軽に相談できる関係が構築されています。 | |
| 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「介護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 | 施設全体で研修を開催し取り組んでいる。 | 身体拘束を行わないケアを実践し、身体拘束のケースはこれまでもありません。また、職員の理解を深めるための身体拘束に関する研修も実施されています。 | |

| 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 | (5-2) | ○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 | 施設全体で研修を開催し取り組んでいる。 | 虐待については日々のご利用者の身体や表情の変化に気づくように意識しています。また、職員の理解を深めるための虐待防止に関する研修も実施されています。 | |
| 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 | 制度を利用している利用者がある。今年度は、その制度についての研修を実施しなかったため、学ぶ機会がなかった。 | | |
| 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 | 口頭と書面で説明している。 | | |
| 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 | 意見箱を設置してあるので、自由に投稿できる。また、苦情窓口として地域住民の第三者委員を設置している。今現在、寄せられた意見はない。ご家族は、口頭で職員に思ったこと、感じたことを話していくが、それは、ケアプランに盛り込んでいる。 | ご家族が意見を言える場として、年に3回の行事の際にご家族の話し合いの場が設けられています。また、参加できなかったご家族へも話し合いの内容をまとめた議事録を送付し、情報を共有できるようにしています。 | |
| 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 | 意見箱を設置してあるので、自由に投稿できる。今現在、職員の内部実習を行っているため、職員からの意見をそれぞれのセッションで活かしている。 | 職員からの意見・要望を出しやすいように意見箱を設置しています。また、3か月に1度全体会議が行われ、職員が意見や提案を言う機会が設けられています。職員と管理者、職員と副施設長が個別面談を行う機会もあります。 | |
| 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 | 衛生委員会を設置し、就業環境を把握することとした。また、やりがいについては、サンクスカードの取り組みや外部からの評価をフィードバックしている。 | | |
| 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 | 計画的に外部、内部研修の実施。個人的に参加する研修会に対しても、法人から受講料や交通費の半額が補助される。 | | |

| 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 |
| 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 | 市内の地域密着型事業所と連携し、研修や懇親会を行い、情報交換することが出来る。 | | |
| 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 | 本人や家族、使っていたサービス事業所からの情報を収集し、本人が安心していられるための関わり方を考えて、関係づくりを行っている。 | | |
| 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 | 本人や家族、使っていたサービス事業所からの情報を収集し、ご家族が安心していられるための関わり方を考えて、関係づくりを行っている。 | | |
| 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 | 本人、家族の思いと、その家族関係や経済状況を見極め、家に戻った事例があった。 | | |
| 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 | 築いている。それは、施設のモットーでもある。 | | |
| 19 | (7-2) | ○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 | 面会や宿泊、外出、受診付き添いやカンファレンスへの参加、行事への参加をお願いし、家族と本人の関係が薄くならないようにしている。また、年4回の広報や毎月、家族宛てのお便りを出している。 | ホームの状況をご家族にも理解していただくため、年4回の広報の送付や毎月のお手紙の送付を行っています。また、医療機関への受診やご利用者の個人的に行きたいところへの外出など、ご利用者とご家族との関係を断ち切らないためにも、ご家族にお願いできるところと、ホームがケアをするところを明確にし、ご家族とホームが協力してご利用者を支える関係が構築されています。 | |

| 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 |
| 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 | 一部ではあるが、行きつけの美容院や自宅付近の住民の面会が出来るようにしている。 | 昔からの知り合いが面会に来てくれたり、自宅に外出したり、法事に参加したり、行きつけの美容室への外出支援を行うなど、馴染みの関係が途切れないように支援しています。 | |
| 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 | 日々の利用者同士の関係を把握し、良好な関係が継続するように支援している。 | | |
| 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 | 他の施設に入所した後も、面会に行ったり、来てもらったりした。(本人から希望があった) | | |
| 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 | 日々の生活の中で得た情報や家族からの情報により、本人の意向を把握している。また、センター方式の一部のシートを使ってアセスメントし検討している。 | 6ヶ月に1度のモニタリング時に現在の状況(思いや意向)を把握し、情報の更新をしています。また、日常の買い物・外出などの要望に対しての支援も出来る限り行っています。 | 調査時点でご家族からの介護計画の意向確認がいつ行われたのか分からない方もいましたので、今後改善されることを期待します。 |
| 24 | (9-2) | ○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 | 本人や家族から聞いて把握している。それは、ケアプランに反映させる。グループホームでの生活が長くなっている方については、他のサービス利用の経過の把握はしていない。 | 思いや意向の把握同様、アセスメントによる情報収集、日常のケアの中から得られた情報の記録が行われており、6ヶ月に1度のモニタリングの際に定期的に見直しを行っています。 | 調査時点でフェイスシートが作成されていないご利用者もいましたので、再度確認し、早期に作成されることを期待します。 |
| 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 | 日々の記録とケアプラン更新の際に、モニタリング・評価で把握している。 | | |
| 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 | 本人の日常の様子を把握し、アセスメントやモニタリング・評価し、家族や介護、看護職員の意見や意向をもとにプランを作成している。 | 職員の日々のケアの中で得た情報やご家族からの情報を基に、担当職員や計画作成担当者を中心にサービス担当者会議を開催し、複数の職員の意見を踏まえて介護計画が作成されています。また、サービス担当者会議に参加されるご家族もおられます。 | |

| 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 | 身体、精神状態の変化を記録し、それをもとにプランを作成している。 | | |
| 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 | 取り組んでいる。外出が困難になって来た方には、訪問理容を利用している。また、通院付き添い時に自家用車ではなく、市の外出支援サービス(無料)が利用出来るうにしている。 | | |
| 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 | 施設内の送迎車や特殊浴槽、デイルーム等の共有出来る設備を使って支援している。 | | |
| 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 | している。家族が対応出来ない時は職員が、また、往診してもらっている方の状態は、職員から主治医に伝えている。 | 希望のかかりつけ医への受診支援が行われています。医師との情報は、ご家族を介しホーム側から情報を提供し、診断内容はご家族から収集が行われています。また、ご家族が付き添えない場合は、職員による支援も行われています。 | |
| 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 | している。看護職員を2名配置し、通院時の状態や日常の様子や処置を記録し、家族や主治医に伝えることが出来ている。 | | |
| 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。 | 医療相談員を通して、担当看護師から病状を教えてもらったり、医師から家族に病状説明をする際に、同席させてもらったりしている。 | | |
| 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 | 方針あり。閲覧できるようになっている。個々の身体状況に応じて、終末期をどう迎えるかを話し合っている。その内容を職員全員で共有し、支援している。 | ホームでも重度化対応・終末期ケアの対応指針を作成し、契約時にご家族に説明しています。ご利用者の状況に応じて話し合いの機会を設け、ホームとしてできる支援を行っています。 | |

| 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 |
| 34 | (12-2) | ○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 | 対応については、研修を通して看護職員から学んでいる。訓練については、今年度中に、救急法の講習を計画している。 | 急変時の対応の流れは、事業所の実態に即したマニュアルの整備がされています。また、事業所でも緊急・急変時の対応の研修を行ったり、消防署員に来て頂き救命講習も実施しており、適切な初期対応ができるようにしています。 | |
| 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 | 年2回の消防訓練を行っている。地域住民や消防団員にも参加してもらっている。また、他に、通報や集合訓練も行っている。 | 夜間を想定した避難訓練や緊急駆けつけ訓練も行われており、消火訓練には地域の消防団にも参加してもらっています。 | |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 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 | している。接遇研修も行い、ケアに活かしている。 | 契約時に個人情報の取り扱いに関する同意を取り、ケアにおける羞恥心への配慮も接遇研修を行い徹底されており、広報へのご利用者の写真の掲載についても同意が得られています。 | |
| 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 | 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 | している。 | | |
| 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 | している。月1回、お化粧品ボランティアの方に、お化粧品やマニキュアをつけてもらったり、行事の時に、職員がお化粧品したりと一緒に楽しんでいる。 | | |

| 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 |
| 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 | 野菜の皮むきや味噌汁作りができる方と一緒にしている。片付けも洗い物が出来る方、茶わん拭きが出来方、それぞれ出来ることをお願いしている。 | 併設デイサービスの厨房での調理が基本となっていますが、ご飯と味噌汁はホームで調理し、配膳、後片付けなどもご利用者のできる範囲で、職員と共に行っています。季節に合わせたメニューを提供したり、おやつ作りを行うなどして、食事を楽しんで頂けるよう取り組んでいます。 | |
| 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 | している。管理栄養士が立てる献立で一日1600キロカロリーを目安に確保している。また、制限食や禁食、嚥下状態や身体状態に応じた食形態としている。 | | |
| 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 | している。毎食後、自分で出来る方でも磨き残しがないようにみている。口腔ケアの実地指導を受けたので、その知識を活かして実施している。 | | |
| 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 | している。自分でパット交換が出来る方には、パットが取りやすいようにしたり、夜間、ポータブルトイレでの排泄を希望している方には、ベッド脇にポータブルトイレを設置している。 | 排泄チェックにより一人ひとりの排泄パターンを把握し、適切なトイレ誘導を行うことで、失敗やオムツの使用を減らすよう努められています。 | |
| 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 | 食物繊維の多い食事の提供や毎日行っている体操で、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 | 夜間の入浴希望が叶えられない時もあるが、本人の希望する時間に入れるようにしている。 | ご利用者のご希望の時間での入浴の支援がされています。また、お風呂が好きなご利用者には毎日入浴して頂くなどして入浴を楽しめるように支援しています。 | |
| 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 | 午睡や就寝時間など、本人の毎日の習慣を継続出来るようにしている。また、清潔な寝具で気持ち良く眠れるようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 薬については、くすり手帳や主治医からの指示を確認し理解をしている。特に、血圧の薬や精神薬については、服用後に変化があったときは、直ぐ、主治医に連絡している。 | | |
| 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 | 食事作りや洗たくたたみ、モップかけなどの役割を持ってもらったり、折り紙で作品を作って、地域の観音様や保育園にプレゼントをすることなどを行った。 | | |
| 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 | 個人的に外出を希望する方は1名程である。その方の希望時は、個別で対応している。自分から言えない方には、職員が行先を決め、それを伝えてみんなで一緒に出掛けている。 | 散歩や買い物などの日常的な外出に加え、季節に合わせてお花見や村上大祭への外出支援も行われています。 | |
| 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 | お金を持っていることを忘れてしまった方、持たない方、また、金庫を持ち込んで自己管理している方もいる。個々に合わせて支援している。 | | |
| 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 | 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 | 生け花の先生がボランティアで生け花を教えてくれる。自分で生けた花を飾ったり、季節に合わせた装飾をしている。 | グループホームは3階にあり非常に見晴らしがよく、2つのユニットは洋と和を意識し、別の雰囲気が感じられます。昔のテーブルやタンスが持ち込まれており、落ち着ける雰囲気が感じられます。 | |
| 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 | している。人目から離れて外の景色を眺める場所がある。また、利用者自ら、普段馴染んでいるテーブルの席で気の合う方と過ごしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 面会に来た家族が、積極的に行っている。面会のない方には、職員が本人と一緒にしている。 | ご利用者それぞれが、使い慣れたラジオやご利用者が作られた作品など、思いおもいの品物を居室に持込み、1人ひとり個性的な部屋になっています。 | |
| 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 | 建物内部の構造に慣れた方が多くなり、自由に生活している。畳の部屋へ出入りも、スリッパを脱いだり履いたり自立している。また、トイレの場所も分かっている方が殆どである。 | | |