

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	0172902116		
法人名	株式会社 健康会		
事業所名	グループホーム あけぼのⅢ		
所在地	旭川市忠和6条6丁目2番24号		
自己評価作成日	平成23年8月26日	評価結果市町村受理日	平成23年11月2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)】

--

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://system.kaigooho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0172902116&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西5丁目3番地北1条ビル3階
訪問調査日	平成23年10月11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)】

--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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	利用者や職員が、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広がったり深まり、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、活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			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	各職員の自身の目標を集約し、今年度より理念を変更。その目標に向かって各職員が、日々のケアに取り組んでいる。		
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	地域のお祭りや、盆踊り、とじこもり防止の集会等に参加させていただくと共に、運営推進会議をはじめホーム行事には町内会の役員様に参加していただいている。		
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	忠和地域の町内会ととじこもり防止集会等に定期的に参加。介護従事者の視点からの意見を発信すると共に、グループホームでの入居者の様子を伝え、認知症の理解を仰いでいる。		
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	緊急時の連絡網のあり方の検討を会議にかけ、欠席者の方々からも書面にて意見を頂き結果を施行。また、会議の中でのご要望で「行事予定」の交付があげられ、翌月の定期おたよりと共に送付し、ご家族様より評価される。行政の協力により、市の担当職員も参加。		
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	保護課担当者とは、随時電話で利用者情報を交換。また、介護高齢化担当係長様には運営推進会議に参加いただいている。		
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「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	必要に迫られた入居者様には「やむおえず身体拘束を行なう場合の対応」にのっとり対応。日々のモニタリングにおいて、必要性をご本人に確認すると共に廃止の方向に向け検討している。		
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	総会等の開催は無いが、マニュアルに沿ったケアを提供している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	現在必要な対象者はいないが、管理者が研修会に参加し、その内容をユニットに周知する勉強会を開催。また、新規問い合わせがあった場合には、その勉強内容を活かした相談援助を行っている。		
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	利用者様、ご家族様おのおのの状況を踏まえ、そのニーズに沿った対応を心がけ、「安心」「満足」の評価を頂いている。		
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	契約書の苦情、要望等の相談窓口の記載を説明すると共に、年4回の機関誌にもご意見を募っている。お寄せいただいた意見、苦情に関しては、受け付けた者が「苦情・相談/要望票」に落とし、その内容に応じて対応している。		
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	ユニット会議等で発言の場を提供すると共に、管理者が改善の必要性を感じた場合、職員に個別に意見を求める面談を積極的におこなっている。		
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	管理者は各職員の就労状況を観察、情報収集に努め、必要に応じて個別面談を行い、状態の把握に努めている。また、事業所で解決できない事案については本部に報告し、改善策を提案、相談、実施している。		
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	個人目標を設定させ、それを指標に評価。内部ではリスクマネジメントの視点からの課題を与え、個別の意見を持ち寄ってユニットで検討し日々のケアに反映。外部への研修は全スタッフ年2回を目標に、経験、力量に応じた研修会への参加を義務付け、参加後はユニットで報告会を施行している。		
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	同一法人10事業所での委員会活動、法人行事にて交流をはかっている。札幌での研修等も各事業所から選抜された職員が一緒に参加している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	センサ方式のアセスメントツールを利用した情報収集につとめ、ご利用者様、ご家族様からのみならず、居宅ケアマネやサービス事業所での情報も活用。また担当職員を決め馴染みの関係づくりに務めている。		
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	ご家族様が事業所に求めているカラーにあわせ、心地よく関係を始められるよう対応している。		
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	入居予定となり、判定会議で入居日が確定する間にショートステイの利用が必要な方には、ホームでのショートステイ利用の情報提供をすると共に、日程の調整を日々行なっている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	職員とご利用者様個人との関わり合いだけでなく、可能な限り集団活動での関わり合いも取り入れ、職員とご利用者様の信頼関係、ご利用者様とご利用者様のコミュニケーションがさらに深まるように努めている。		
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	手紙による近況報告、また、面会時には必ずご利用者様の状況を伝え、ご家族様とコミュニケーションを取りながらアドバイスを頂く等、信頼関係をさらに深めながら、ご利用者様本人を支えていく関係作りに努めている。		
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	個別のドライブ等を利用して馴染みの場所に行ったり、家族との外出を提案し、入居者様の状態に応じて施行している。		
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	集団活動を取り入れ、ご利用者様同士が自然とコミュニケーションを取れる場を提供したり、ご利用者様が出来るお手伝い等を、職員と複数のご利用者様で行なう等、一人ひとりが孤立しないよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	長期入院等で退居された方から電話での状況報告をうけたり、死亡にて退居された方のご家族様からのあらたな相談も受けている。		
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	アセスメントのツールとしてセンター方式を使用。ご本人の生い立ちから現在までの様子、ご本人の楽しみ・不安・悲しみを把握し、またご家族様の意向・要望等も踏まえてプランを作成することに努めている。		
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	今まで利用していたサービス事業者からの情報提供、センター方式、面会時にご家族様から関連した情報等細かく聞く等して、現在の生活の中で生かせるよう努めている。		
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	ケアプランの目標に対して毎日の変化等の観察を行ない、各生活シートを通して、本人の生活パターン、身体状況等、現状の把握に努めている。		
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	ご本人の言葉、毎日の記録から状態を把握して、それに合わせご本人・ご家族様の意向を確認。また、主治医から意見を頂き、ご本人に適した無理の無いケアプランが作れるよう努めている。また状態に応じてケアプランを変更している。		
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	各ご利用者様毎に記録を作成し、日々の状態の変化、特変状況、ケアプランの実施結果等を記録し、全職員間で共有。ケアプランの実践・見直しに活かしている。		
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	該当対応なし。		
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	近所の商店で、ご利用者様自身が買い物ができるよう、理解を求めて施行している。		
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	医療連携をとっている往診医には、些細な事でも相談し指示を仰いでいる。そこで対応不可能な医療に関しては、ご家族様と協力し対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○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に支援している	協力医療機関と24時間体制で連携を取り、小さな変化でも報告・連絡・相談し、早期に適切な受診・看護を受けられるよう努めている。		
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、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、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。	医療機関の相談員を介して、情報の提供、状態の情報収集に努め、退院前には病院にて再アセスメントをしている。		
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、事業所で行え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	入居当事に確認したりリビングウィルを定期的に再確認し、状態が著しく変化したときには主治医からのムネテラにも同席。家族、医療とチームを組んだ対応に務めている。		
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	新入職員には必ずCPRの研修を実施し、既存の職員も2年に1度は受講している。		
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	月に一度の会議の席で、火災が起こった状況を仮定して、対応のシミュレーションを全職員で行なっている。また、同一法人内の近隣施設や大家さんに緊急通報装置で一斉連絡が行くようになっており、災害後の避難支援も確保されている。		
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	愛称で呼ぶことを禁止してい。常に利用者に対して尊重・尊敬・誇りを忘れず、日頃の言葉遣いにも注意して対応している。		
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	日々の関わりの中で、利用者の言動・表情の変化を観察し、そこから何を望んでいるか把握し、それについてご利用者様と話し合い、ご本人の自己決定が出来るよう努めている。		
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	日々自分のペースで生活出来るよう起床時間・食事時間・入浴時間等は出来る限りご利用者様の希望に沿って支援している。また安全上問題がなければ自主的な行動を尊重した支援を行っている。		
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	訪問理容との協力や、利用者の希望でエステに同行する等で、ご本人の希望を尊重した支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	テーブル拭き・配膳・下膳等を一緒に行ない、個々の残存能力を生かすことで満足感・達成感を味わって頂けるよう支援している。他の事業所の配食サービス業者のメニューを活用し、高齢者に適したカロリー、メニューを提供している。		
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	病状にも関係してくるため主治医に相談し、適切な食事・水分量が確保出来るように支援している。また状況により自助具を提供し、個々に応じた支援をしている。		
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	毎食後の口腔ケアの誘導・見守り・介助を実施。出来る範囲で歯磨き・義歯洗浄・うがい等で口腔内の清潔を保っている。状況により口腔用綿棒やアイス棒も使用している。		
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	生活シートで排泄パターンを把握実施。個々の残存機能を利用しながらトイレでの排泄が行なえるよう取り組んでいる。極力オムツの使用は避けている。		
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	自然排便が出来るよう水分や乳製品を摂取するように働きかけ、慢性便秘に対しては主治医に相談、内服での調整を実施している。		
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	前日に入浴予定者を決定するため、当日入浴中止になっても翌日に予定を入れることが出来る体制を取り、状況に応じて予定外の利用者にも声かけし入浴を勧める等、個々に沿った支援をしている。		
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	うたた寝・疲労感が強い時等、ソファを提供したり、自室に誘導する等、状況に応じ本人の意志を確認しながら休息して頂いている。		
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	薬セット時は処方箋を見て行っているため、目的・副作用・用法・用量は周知されている。状況に応じ主治医に相談、指示をもらっている。		
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	テーブル拭き・下膳・掃除・洗濯物たたみ・カーテンの開け閉め等、個々の能力に応じ行なって頂く事で、張り合いのある生活を送れるよう支援し、終了後の感謝の言葉かけで、満足感・達成感に繋がっていくよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。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	個々の希望に沿うよう、ご家族様（キーパーソン）と協力しながら対応している。普段行けないような場所については、外出行事等で対応し、近所の自動販売機での購入希望が強いご利用者様には、極力希望に沿うよう対応している。		
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	ご家族様に了解して頂き、少量の金額を自己管理して頂いている。買い物時等、一人ひとりの状況・能力に合わせて支払いをしてもらっている。		
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	ご本人から希望があった際には、ご家族様に電話が出来るように支援し、年賀状を書きたいが字が上手く書けない利用者には、字を書く練習をする事をケアプランに入れる等、対応している。		
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	季節によりレイアウトを変更し、居心地良い環境作りに努めている。居室で過ごされる際には室内環境に配慮。出来る限り刺激の強い色・音を避け、居心地よく過ごせるよう工夫している。		
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	ご利用者様の心理・身体状況に応じ、ソファ等家具の配置を変更している。		
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	居室のレイアウトは、ご利用者様・ご家族様の意見等を聞きながら、なるべく自宅近い雰囲気を目指し、過ごしやすい空間作りに努めている。入居の際に新しい物を購入せず、馴染みの物、思い出深い物等を持参するようお願いしている。		
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」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	トイレ・居室・自室のドアに貼紙をし、そこがどのような場所であるか解るよう、環境作りに配慮している。		