

### 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	2371501111		
法人名	株式会社 ひかり倶楽部		
事業所名	グループホーム うたたね 3F		
所在地	愛知県名古屋市長区高針1丁目801番地		
自己評価作成日	平成27年8月20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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501111-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501111-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市長区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成27年9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)】

当施設は認知症が強く介護困難な方や、精神の障害を持った方が高齢となり介護を要するようになった場合の終の棲家としての色合いが濃く、希望があれば看取りも行う。そのため、行き場を失った他の施設では受け入れ困難なケースも積極的に入居していただいている。また、そのようなケースは単身者であったり、ご家族も疎遠となっており、本来ご家族が担うべき役割も果たせないため、職員が日常生活の援助だけでなく、生きていくことすべてに関わっている。

【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、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。	理念を見えるところに貼りだして、周知するようにしている。また日々のケアの中でも一つの指標にしてケアを行っている。		
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員として日常的に交流している。	精神的な疾患の方が多いため、地域の方と交流を図るのが難しいが、なるべく散歩など外に出る機会を設け、多少なりと目に触れる機会を増やすところから行っている。		
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。	地域との交流が乏しいため、出来ているとは言いがたいが、今後交流を図るために出来る事はないかと話し合いを進めている。		
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。	年に6回、ほぼ定期的に行っており、報告に対してのご意見もいただいている。それを職員に還元し、対策を講じている。		
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。	用件がある際はその方の状態を報告するように努めており、運営推進会議などで情報を交換しながら、なるべく協力出来るように努めている。		
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。	経管栄養時、自己抜去してしまうなど一定期間の拘束がどうしても必要な場合があったり、転落・転倒防止の為に、ベッド柵の利用はしている。個々に拘束の同意書は頂いている。拘束は最終手段という認識で行っている。拘束は極力行わないということは常に話し合い共通見解としている。		
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されることがないように注意を払い、防止に努めている。	知識としては話し合いを行ったりしているが、勉強会を行うまでには至っていない。だがカンファレンスや会話レベルの話などでスタッフ同士での注意・報告などはある。		

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。	管理者とケアマネが担当している。身寄りのない利用者が多く、入居時にお勧めしているがご希望が少ない。また生保受給者ばかりなので経済的な負担があると利用できない。		
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。	入居時に必ず書面を渡して説明しているが、利用者単独の場合もあり理解できていない面もある。ご家族も高齢のためか、理解が難しかったり忘れてしまうため窓口を1本にして、同じ説明をするようにしたりしている。		
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。	ご家族の訪問の際や、ご家族への連絡・報告がある際は電話で要望を聞く等行っている。利用者様のご希望は、カンファレンスして実現可能なものは取り入れている。苦情を訴える先も3か所ある。		
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。	日々、カンファレンスを行い意見を吸い上げ、職員と一緒に考えるシステムができあがっている。		
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。	現場に来く事は少ないが、個々の職員と立ち話しながらも、気持ちを聞いたり努力はしている。困った時には相談はいつでも受けつけている。		
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。	定期的な社内の勉強会の開催や研修への参加に対して、時間の確保や受講費用の負担などしてくれている。受講の為のシフトの協力体制はできている。		
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。	社内の事業所は、鍵の管理をしていることもありいろんな職種の職員は訪問するので交流機会は十分ある。しかし社外の同業者となると個々の研修参加時くらいしかないので昨年より研修参加の機会を増やした。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居時に必ずお聞きしている。意思疎通が出来る方はお話を聞きケアプラン等に反映している。また、本人や家族が上手に伝えられないこともあるので、実際にケアした後に職員から提案を受けて、実践することもある。		
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。	基本的に同居の家族がいない利用者ばかりで入居時に一緒に来て下さることが殆んどない状況ではある。ご家族がいる方は面会の時などに要望を聞くなどして意見を言って下さるように努めている。		
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。	グループホームなので使えるものが限られているが、福祉器具の業者さんなどと連携できるところはしている。		
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。	施設内での役割や居場所など一人一人にあったペースでやれる事をやって貰ったり、生活の場として時にはご家族のように接している。		
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。	ご家族と本人様の橋渡しができるように心がけ、お互いの意見を伝えられるように努めている。		
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。	馴染みの場所とは遠くなってしまった人ばかりなので、中々難しい。		
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。	職員が間に入り、交流を持てるように支援している。が、お話しされる方が少ないので思うようにはいかない面がある。		

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。	ご家族がいる方が少ない為、あまり関係が続く事が少ない。が、ご家族がいる方は運営会議などに出席してもらい、お互いの支援になるように努めている。		
<b>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</b>					
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。	主にケアプラン作成の時などに希望を聞くようにしているが、うまく伝えられない方が多い為、スタッフや家族と相談して本人様の意向を汲み取るように努めている。		
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。	ご家族に聞くとともに、ご本人様にも聞いたりコミュニケーションを通じて把握できるようにしている、		
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。	日ごろのミーティング等で常に状態を把握できるように話し合いを重ねている。		
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。	毎日のミーティングの中で問題点を出し合い、ご家族、ご本人の意向を含め介護計画を作成している。		
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。	カルテや申し送り簿を利用しており、スタッフ間で共有できるようにしている。		
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。	その時々状態に応じて事業所内の専門スタッフに相談して意見や、時にはリハビリ等をしたり対応している。必要であればご家族に通院して頂くなどの対応も。		

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。	地域の資源を把握しているが、活用するまでには至っていない。買い物と一緒に出掛ける程度のことある。		
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。	遠方からの入居が多く、かかりつけ医との関係が途切れてしまいがちだがやむを得ない。新しくかかりつけ医となった医療機関とは受診・往診・電話での相談など行っており、心身の変化に対しては相談できる関係ができています。		
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。	2Fの管理者が看護師の為、常に報告や相談ができています。また、エリアマネージャーが看護師で管理者不在の時には、そちらにも報告して指示を仰いでいます。		
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。	サマリーを送ったり家族の代わりに衣類などの補充を行ったり努力しているが、肝心の疾患の説明は個人情報保護の為入院中は家族ではないとの理由で情報提供してもらえないことが少ない。退院が決まってからしか情報提供はない。かかりつけ医の病院ではない為限界がある。		
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、事業所の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。	入居時に本人・ご家族に意向を聞き、その後も一定の期間を決めて本人・家族と相談して取り組んでいる。		
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。	マニュアルを用意してスタッフには周知するようにしているが、訓練を行うまでには至っていない。個人的に講習に行ける人は行っている状況。		
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。	避難訓練などで方法はみにつけているが、新しく引っ越してきたため、地域との協力体制は乏しい。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	最低限のマナーを守っている、時にはご家族のように接しているが、敬語がなかったりする時があったりして線引きに困っているスタッフもいる。		
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。	簡単な内容は自己決定できるが、難しいことはできないため援助が必要。申し送りで意図していることをみんなで考えたり、伝達もしている。また、病的にわがままの暴走もありセーブしなければならない方が多い。		
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。	1人1人のペースを尊重しているが、希望を口にできる人が少ない為、声掛けして引き出せるように努めている。		
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。	爪切りや髭剃り、頭髪などは整えられるが、衣類や身の回り品になると経済的理由(生保)があり、あるもので対処するしかない。衣類をご寄附頂くとその方に似合いそうなものを一緒に選んだりしている。2か月に1回はカットも行っている。		
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。	入居様のレベル的に無理があり、配食のため限界があるが、テーブルを拭いて頂いたり食器を拭いて頂いたりできること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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事に関しては一番力を入れている。摂取量の把握が難しいと、24時間チェックを行ったりもする。嚥下や咀嚼能力に応じて、刻み、ミキサー、トロミ、分割食と入居者のレベルに応じて対応している。ケアプランへも取り込んでいる。		
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、一人一人にあった方法で行っている。		

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
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。	誘導時間や、場所、介助方法等完全に個別の対応を行っている。なるべくトイレで排泄できるように支援している。		
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。	食事は配食なので難しいが、水分の摂取量・運動・腹部のマッサージで対応している。それでも出ない場合は、医師・看護師と連携して下剤で調整している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている。	2人介助が必要な方が多く、人員が多い時間で対応せざるを得ない。拒否がある場合はタイミングや日にちをずらして対応している。		
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。	体調をみながら、昼夜逆転しない程度にご希望を叶えている。		
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。	服薬に至るまで、数回の確認を行う手順の中で、理解できている。医学的に重要な副作用は、カンファレンスで症状を徹底しておき、異常があれば報告を受け看護職員が対応する等している。		
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。	洗濯物干しや、たたみ、テーブル拭き等できる役割を担って頂いている。主に室内外のレクリエーションや散歩、買い物外出等行っている。		
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支援している。	身体的なレベルの問題があり、散歩等できる範囲で行っている。ご家族がいる方は、ご家族・本人の希望に沿えるように支援している。		



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
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。	生活保護受給中で使えるお金に制限があり、自己管理能力がなく、自己管理による外弊害の方が多レベルの為、預かって希望時に一緒に外出して購入援助したり代理購入したりしている。		
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。	希望時には援助している。があまり希望される方がいない。		
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、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。	エアコンによる各居室の室温コントロール、カーテンやシャッターによる遮光、テレビの音量、排泄介助後の悪臭の除去等、行っている。住環境が整い以前よりも適切に行う事ができるようになった。季節感がなるべくわかるようにして居心地よく過ごせるように努めている。		
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。	個々の入居者様ごとに定位置があり、ひとりになりたいとソファーや自室に移動している。不穏気味でトラブルになりそうなときには、車椅子でホールからやや離れた位置で過ごして頂く場合もある。		
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。	長期精神科入院後、直接 病院からグループホームに退院して来られるケースがほとんどで家具を持っていない方が多い。持っている方は、支障がない限りご自分の家具を使っていたらいい。		
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。	新築したためバリアフリーの環境は整った。各居室に入居者様の名前の張り紙をしたりしている。廊下・フロアなどに歩行の際に危険になるものがないように注意している。		