

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	1770600169		
法人名	有限会社 ウェルライフ		
事業所名	ぬくもりの里		
所在地	石川県加賀市片山津町北118番地		
自己評価作成日	令和1年12月11日	評価結果市町村受理日	令和2年3月26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://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 寺井濶ソーシャルワーカー事務所
所在地	石川県金沢市有松2丁目4番32号
訪問調査日	令和1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)】

入居者の方の人生に歩調を合わせ、歩幅を合わせて生活を共にするよう心がけています。職員は支える人として寄り添い、学びながら家族のような関係を築ようとしています。今までの生活様式が継続できるよう、また、ご家族との絆を大切にご本人との交流も継続できるよう努めています。地域とは共に協働する関係が構築されています。区長他数名の近所の方・近隣事業所が災害時の緊急連絡先となっています。町内の祭りや清掃、防災訓練等の参加はもとより、「ぬくもりの里浴衣祭り」は地域の行事に定着しています。また本年で5年目の「片山津ふれあい市」は事業所の敷地において地域の方が会長・副会長となり、ぬくもりの里を事務局として年6回開催して地域の交流の場になっています。地域の伝統の味や生活の知恵などの伝承していく場、笑顔や元気の集まる交流の場として地域の方々が作った野菜・花・食べ物の販売や豚汁、おでん、焼き鳥、焼きそば等近隣事業所も協働で行っています。利用者もふれあい市と一緒に参加することで、散歩外出の機会となっています。地域の方に対しては認知症を理解してもらう場ともなっています。また、「人にやさしい町になるその種まきをしよう」との目的で片山津園域キャラバンメイトで園域にある3小学校の認知症サポーター養成講座・高齢者疑似体験の取り組み交流をしています。その学習した子供たちが全校生徒に発表を行うサポートを行い、その後片山津園域の高齢者事業所と交流を行うという流れは定着してきました。昨年から片山津中学校においても「認知症サポーターステップアップ講座」を実施し地域の将来を担う人材育成に努めています。またぬくもりの里の畑を開放し「夏のジャガイモ堀」「秋のサツマイモ堀」で多世代交流を行っています。医療との連携を重要なテーマとして「かかりつけ医」「訪問看護ステーション」と連携し24時間対応を可能にしています。本年もお二人の方の看取りを行いました。

【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)】

事業所と地域の付き合いは、町会行事である片山津神社の秋祭りや地域の防災訓練、小学校や保育園との交流事業を盛んに行っている。秋祭りには神社の清掃に参加したり、出店を出したりしている。子供たちとは、ジャガイモ堀と一緒に楽しんだり小学校のお祭りに出かけている。グループホームの横の空き地で開催している「片山津ふれあい市」には近隣住民、近くのグループホームも参加して賑わっている。食事を楽しむ支援として、利用者には、皮むきや盛り付け、配膳などできる事を手伝ってもらっている。食事中は、一人の職員は介助を行い、他の職員は一緒に食事をし、食材の話や季節の話などをしながら、食事を楽しんでいる。また、毎日10時はドリンク、15時はおやつを提供し、日々の楽しみの1つとなっている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～59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
60 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	67 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
61 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:18,42)	○ 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	68 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
62 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○ 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	69 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
63 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:40,41)	○ 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	70 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
64 利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:53)	○ 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	71 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
65 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	72 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
66 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	法人の理念・事業所の運営理念の他、地域における理念があります。地域の中における「家」として入居者それぞれの今までの人生の歩みが尊重され、地域の中で家族、友人知人との交流が保たれ、今までの生活様式が継続出来ることを目指しています。入社時のオリエンテーションや全体ミーティング等で理念を伝え、玄関や職員室に掲示している共に、常に理念に立ち返るようしています。	「振り返ったらぬくもりがあったそんな家づくり」を理念としている。そして、それを体現するように「お帰り」「ただいま」をユニット名にしている。理念は玄関に掲示し、パンフレットにも掲載していつも意識するようになっている。管理者は職員入職時には必ず理念について説明を行うほか、ケアの場面をとらえてその都度話している。また、法人理念の理解・浸透についての研修も実施して周知に努めている。	
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	事業所の敷地では地域の方・近隣事業所と共に「片山津ふれあい市」を開催しています。実行委員会の役員は地域の方に努めていただきぬくもりの里は事務局を担い地域の生きがいを協働して行っています。夏の終わりには毎年「浴衣祭り」を開催し地域の行事として認識されています。地域の方々と設営や会場作りから一緒になり行っています。同地域であるグループホームと共に、神社の清掃・祭礼、片山津地区の防災訓練、圏域の事業所と共に片山津小学校との交流等行っています。近隣からは採れたての野菜や花などを届けていただいたり回覧板の参加等、日常的な交流があります。	年間を通じて町会の行事に参加している。片山津神社の秋祭りや地域の防災訓練、小学校や保育園との交流事業を盛んに行っている。秋祭りには神社の清掃に参加したり、出店を出したりしている。子供たちとはジャガイモ堀を一緒に楽しんだり小学校のお祭りに出かけている。グループホームの横の空き地で開催している「片山津ふれあい市」には近隣住民、近くのグループホームも参加して賑わっている。	
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	「人にやさしい町になる、その種まきをしよう」との地域における理念のもと、認知症の啓蒙と理解のため認知症キャラバンメイトとしての地域のサポーター養成に努めています。また、高齢者の心身の変化や理解・疑似体験等を実施しています。その講座は片山津圏域すべての小学校で実施しています。受講した中で、片山津小学校の生徒が全学年の生徒を対象に「認知症の理解」「高齢者の疑似体験」等を企画し、圏域の事業所と共にその内容と実施を支えています。また昨年からは片山津中学校でステップアップ研修が実施できています。		
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	2ヶ月に1回開催し、毎回地域の方々12～15名程お集りいただき、事業所の現状報告、外部評価結果や改善計画等を議題とし、多様な意見、助言を参考にしています。また、地域の方との情報共有の場となっており、神社の清掃、祭礼、小学校との交流や参加に向けて双方向の有意義な意見交換の場となるようにしています。	家族、町会、老人会、協力医療機関、地区社協、「ふれあい市」実行委員、加賀市、地域包括等が参加して二か月に一度開催している。会議では利用者の状況、看取りのこと、事故、研修、避難訓練、外部評価について等が報告され質疑応答を行い、参加者から貴重な意見をもらいサービスの向上につなげている。	

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
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	認知症サポーター養成講座・高齢者ふれあい講座等、連携・協力し行っています。市から「介護なんでも110番」の委託を受けて地域の方からの相談があれば必要な部署に繋げ、共に支える関係を意識しています。管理者は加賀市高齢者分科会委員・加賀市介護サービス事業者協議会監事として積極的に市の高齢者福祉の取り組みに参加しています。	加賀市サービス事業者協議会に参加してそこでの研修やセミナー活動を通じて市との連携を図っている。また、加賀市キャラバンメイト連絡協議会の活動にも積極的に参加している。加賀市の委託事業である「介護なんでも110番」の受託も行っている。生活保護を受けている利用者が2名おり、市のワーカーと連絡を取ったり、今年は介護事故が2件発生しており市に報告を行った。	
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「介護保険法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	内部に「身体拘束排除委員会」を設置し、マニュアルの作成、研修機会の確保に努めています。玄関の施錠は防犯の観点から夜間のみ行っています。日中は自由に入出りができ、野菜・花の水やり、草むしり等その人らしい生活出来るよう配慮し、当たり前の生活が出来るよう努めています。また、利用者一人ひとりに起こり得るリスクについて、把握し家族に対して説明し納得いただけるよう取り組んでいます。	身体拘束廃止の指針を整備して、全体ミーティング時に研修を行い周知している。身体拘束廃止委員会でひやりはつを含めて事例の検討を行い身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。現在拘束事例該当者はいないし、センサー等の利用者もいない。施錠は夜間防犯上の観点で実施している。日常生活自立支援事業を利用している方も2名いる。	
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	内部に「高齢者虐待防止委員会」を設置し、マニュアルの作成研修機会の確保に努めています。管理者と職員は日頃から、利用者のケアについての情報を共有、確認をしており、また、職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響することのないよう職員を気づかい配慮に努めています。		
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	現在「日常生活自立支援事業」の利用者が2名おられます。日常的に訪問員の方の来所もあり活用させていただいています。又、そのことを職員にも伝え共有しています。また市民後見人養成講座を受講した職員1名います。		
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	入居契約時に時間をかけ、ご家族と話し合い、「利用契約書」「重要事項説明書」について説明、納得して署名・捺印を頂いています。報酬改定による料金変更時、利用料金の変更が生じた際は運営推進会議にも謀り、その上でご家族にも説明し納得を得るよう努めています。また、契約解除時には、本人の思いを尊重しつつ十分に話し合い決定しています。		

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
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	運営推進会議にはご家族の方に出席していただきご意見を頂くようにしています。また、ご家族来訪時には計画作成担当者・管理者が出来るだけコミュニケーションを図りご意見をいただくようにしています。自身の思いや意見を上手に表すことができない利用者については、センター方式のアセスメントや、日頃の関わりの中から把握し全体ミーティングで共有するよう取り組んでいます。	運営推進会議のほか、ドライブやゆかた祭り、片山津ふれあい市等にも家族の参加があり家族との交流の機会が多い。家族来訪時には計画作成担当者か管理者が家族の意見や要望を聴取している。毎月請求書を郵送する時には行事のお知らせも同封して事業所の取り組みを伝えている。苦情の体制は整備されているが特に苦情は寄せられていない。	
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	代表者が管理者をしており日々職員と接しています。月に一度「全体ミーティング」を実施し職員の意見を活かせるようにしています。又、8つの運営委員会を必要に応じて開催し管理者と職員が話し合いを行う機会を設けています。また、年に複数回個人から直接意見を聞く機会を設けています。	代表者(管理者)は他の職員と一緒に働いているのでいつでも職員の意見や提案を聴取している。全体ミーティングや委員会活動、各種行事を通じて職員から意見を聴いている。職員からのヒアリングでも「よく話を聞いてもらっている」ということを聞いた。今年度は介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)を算定することにより職員の処遇改善に配慮した経営を行っている。	
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	代表者は管理者として勤務し、常に職員の実情を把握するよう努めています。処遇改善加算及び特定の加算が職員に反映するように留意し、また、労働基準法を遵守し就業規則のもと各職員の健康が保たれるように気をつけています。		
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	職員の質の向上に向けて、内部・外部研修に参加する機会をつくっています。外部研修の機会を積極的に設け、内部研修には外部専門職を招いたり、職員の専門性を発揮し講師を務めてもらいながら全体のボトムアップにつながるようにしています。また外部研修に参加した場合は内容を内部研修で報告し全職員で共有しています。また、資格取得を奨励し応援しています。		
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	片山津圏域の介護保険事業所とはサポート養成講座、高齢者ふれあい講座の実施、地域への「認知症の啓蒙」「高齢者の理解」等の活動を介護予防拠点「ひなた」で集まり、検討し圏域のボトムアップに努めています。また各事業所の祭りは相互に参加しています。市内で開催される、各種連絡会も積極的に参加し交流する機会をつくっています。		

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
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	入居前申し込みがあった時点から自宅や病院、通所利用されている事業所に出向き、ご本人・ご家族・ケアマネジャー・ソーシャルワーカー等に話を聞いています。また、ホームに見学にきていただき、グループホームでの生活に順応できそうかを検討していきます。違った環境において暮らすご本人の思いや不安を受けとめて、安心して生活をするためには、今後どのような支援が必要なのか、事業所として出来る対応はどのようなものかを話し合っています。		
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	ホーム見学時、面接時に相談内容や入居希望にいたる状況を十分に伺い、事前に生活状態をよく聞かせていただいています。少しでもご家族の負担を軽減できるよう、どのようなことに支障をきたし困っているのか、どのようなことを求めているのか、会話を通して関係づくりに努めています。ご本人とご家族の思いが違う場合であっても、お互いを理解していくようにしています。		
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	基本情報を共有し、相談内容のアセスメントを行い、グループホームへの入居の必要性や緊急性を検討しています。初期はなるべくロケーションダメージを少なくするため今までの生活環境を大きく変えることなく継続した支援になるように努めています。入居申し込みをしながら共用型通所を利用し、実際に入居されている方もいます。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者一人ひとりの出来る事・得意な事を見極め「役に立っている」「年長者として教えてあげている」と自信を持って頂けるよう声掛け支援しています。一緒に生活を共にする家族同様の気持ちで喜び・悲しみを受けとめ共感できるよう心がけながら支援しています。		
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	入居者の様子や職員の思いを出来るだけ細かくお伝えするようにしています。日々の暮らしの出来事や新たな気づきの情報を共有することで入居者を共に支える関係に努めています。食事・通院・買い物・理美容院・墓参りなどへ一緒に出掛けたり、ホームまで出向いていただき、家族との絆を大切にしながら支援しています。また、ご本人が家族に会えず不安な時にも家族の思いを伝え安心して過ごすことが出来るように絆を大切に支援しています。		

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
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	行きつけの中華店や喫茶店、馴染みの美容院や近隣の友人・知人の方の所へ外出する方もおられます。御主人が入居されている施設へ面会に出掛けたり、家族とお墓詣りに出掛けたりする場合もあります。本人が住んでいた町や馴染みの場所までドライブに行き安心して頂けるように支援しています。ご近所や友人親戚の方も面会に来られています。遠方ではなかなか会えない方から電話で会話できるよう、今までの関係を継続できるよう支援しています。	入居前に計画作成担当者が自宅を訪問して面接し、家での生活の様子を確認して、入居後にも今までの生活に近い環境を整えるように配慮している。自宅で使い慣れたタンス、鏡台、仏壇、テレビ等様々な物を持ってきている。墓参や行きつけの理容店、知り合いの経営する喫茶店、入院している夫の見舞い等に出かけ継続的な関りを持っている。	
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	入居者同士の人間関係をよく把握し、入居者同士が話ができるように職員が橋渡しをしたり孤立してしまわないように働きかけています。トラブルが起こらないようリビングでのテーブルやソファ、椅子の配置、および隣接する入居者の関係にも配慮しています。隣のユニットを訪ねたり、お互いの居室へ行き来して一緒に会話・おやつを食べたり、一緒に買い物に外出したりと良い関係が保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	サービスを終了することになっても、本人・家族の不安を最小限に食い止め、移り住む先の関係者に対しても本人の状況、習慣、好み、これまでのケアの工夫等の情報を詳しく伝え、これまでの暮らしが継続できるよう連携を図っています。御家族の中には入居されていた方が数年前に亡くなられたにもかかわらず時々訪ねてこられる方もおられます。また、御家族自身が希望し入居された方もおられます。		
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	意思の表現ができる方には要望をお聞きし、職員で情報を共有しながら、日々納得のいく生活が送れるよう支援しています。意思の表現が困難な方には、目を見て話しかけながら、発語やうなずき等のサインを見逃さないよう表情をくみ取ります。また、その人の人生を振り返りながらライフイベント等に注目し、将来の方向性を見つめています。そして、居室担当を中心にモニタリングを行い、全体ミーティング等で話し合い、一人ひとりの思いを把握していくよう努めています。	利用者に関わる時には、目を見て話しかけ、利用者のうなずきや瞬きなどのサインを見逃さないようにしている。ひとり一人のサインについては職員間で申し送りや記録により共有している。ライフイベントを振り返ったり、ジェノグラムを見直したり、家族からいろんな話を聞いて利用者の全体像が見えるようにして、今一番その人を良く知っているグループホーム職員が想像力を働かせながら関わっている。	
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	入居時には、ご本人やご家族から今までの生活歴をお話しいただいて把握するように努めています。以降面会時にはホームでの生活の様子をお伝えして生活歴と照らし合わせ今後の暮らしがより良くなるように努めています。また、入居前の基本情報やアセスメントした情報を基に、どのようなサービスを受けてきたのかを把握し、継続した支援に結びつくようにしています。		

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
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	日々の状況、記録を残し心身状態や生活のリズムを把握するよう努めています。変化が気づいた方については、朝夕の申し送りや申し送りノートにて職員全員で情報を共有しています。ホームの生活の中でも食事や洗濯など、職員がご本人と一緒にすることで、利用者一人ひとりの出来る力を見極めていきます。また、同時に気分の変化も見落とさないよう把握し、ご本人の思いに添って行動できるよう支援しています。		
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	利用者主体の暮らしを反映した介護計画の為に、ご本人の思いを聞くことはもとより、御家族の面会時には出来るだけご意見や希望をお聞きするようにしています。全体ミーティングでの話し合い及び居室担当者等で検討した後計画作成者が介護計画を作成しています。定期的にモニタリングを行い御家族からも要望をお聞きし状況の変化や緊急に応じても計画を見直すようにしています。	アセスメントは計画作成担当者と担当職員(利用者3人を職員2名で担当制)が行い、原案を作成している。モニタリングは計画書2表のサービス内容ごとに、1か月から3か月の間に行い、大きな変化がなくても半年ごとに計画を更新している。記録は申し送りノートや介護記録にまとめられている。	
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	日々の様子やケアの実践など介護記録に記入し情報を共有しています。大事な情報や変更された情報については申し送りノートに記入し朝夕の申し送りに口答で伝達し共有します。センター方式のアセスメントツールの活用や全体ミーティングで気づきや成功例を出し合うなど職員全員が同じ支援をできるように話し合い、取り組み介護計画の見直しに活かしています。		
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	必要に応じたかかりつけ医の往診体制が出来ており訪問看護ステーションとも24時間体制で医療が確保されており緊急時に対応できるようになっています。退院後の筋力低下の回復のために訪問リハビリを利用された方もおられます。下肢の浮腫改善、筋力低下防止と認知症の周辺症状からくる精神状態の安定のために医療保険による在宅マッサージも利用されています。精神障害のある方で認知症の対応では困難なケースがあり、今月より、入居前に利用していた病院のデイケアのサービスを活用開始し経過をみています。		
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	入居前の行きつけの中華店への外出や、馴染みの美容院に出かけたり、地域と一緒に実施しているふれあい市への参加等、本人の力が発揮でき楽しみながら生活できるように支援しています。傾聴ボランティアの受講を当所でされた方2名に定期的に来ていただき、行事の参加・外出・散歩や居室・リビングでじっくり会話をするなど地域資源も活用しながら支援するようにしています。数年前の水害の自主避難時は速やかに区長と連絡をとり合い公民館を活用しています。		

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
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	入居後はご本人・ご家族の希望を優先し、ぬくもりの里かかかりつけ往診医師を選択することや、今までのかかりつけ医を選択することができます。外部への通院は原則家族ですが、都合のつかない時や職員から直接状態を医師に伝える必要のある時は職員が付き添っています。現在、外科手術退院後の経過のための定期的な受診やパルーン交換のために泌尿器科受診等の支援を実施しています。認知症専門医による往診を受けている方もおり服薬治療と同時に対応についても相談し指示・助言をいただいています。また、受診後の情報はご家族と共有するようにしています。	近くの協力医療機関がかかりつけ医となっていて、月曜から金曜の間に往診してくれている（急患の場合には土日でも対応してくれる）。そのため、職員は医師に直接に近況を伝えたり、指示を受けている。精神科の医師に月に一度往診を受けている利用者もいる。内科以外の受診の場合には、原則家族による通院介助であるが、最近は家族の都合で行けないケースが増え、事業所が通院介助を行うことが増えている。	
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	週2回医療連携看護師に来てもらっており、利用者の往診診察の内容や状態の変化を伝え、共有しながら日常の健康管理に努めています。病状に応じてターミナルケアや褥瘡の処置など主治医の指示書にそって看護を受けています。尚今年度は2名の方の看取りを連携して行うことが出来ました。		
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。	入院時にはご家族と共に医療関係者に入院に至る状況や暮らしぶり等を説明し、利用者が入院したことで不安を抱かないように支援しています。また、ご家族と共に治療方針を伺い退院がどの状況で可能かを話し合い早期の退院に向けて積極的に話し合いを重ねています。退院時に際しても各関係者でカンファレンスを開催し、グループホームに戻ってからのリハビリや注意点等を話し合い支援していけるよう努めています。		
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	「重度化した場合における対応にかかわる指針」を作成し、入居後にご家族に説明をしています。看取りの際には「看取り介護の同意書」を作成し看取りにおける説明をしています。状態の変化があるごとに家族の気持ちや本人の思いを受け止め、職員・医師・訪問看護ステーションと24時間体制を構築し、その都度話し合いと意思確認を行っています。尚今年度は2名の方の看取りを連携して行うことが出来ました。内1名の方は医療機関入院中にぬくもりの里に戻っての看取りを希望されました。	「重度化の指針とは別に、看取り時には医師から説明してもらい「看取り介護の同意書」で説明し同意をもらい実施している。今年度も二人の利用者に看取りを行っている。ひとりの方のケアプランには「経口からの食事摂取」「いつでも家族の面会ができる」「仏壇詣りに家に帰る」等の具体的な支援内容が盛り込まれている。	
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	年間研修計画の中で急変時における対応を複数回に分けて実施してきました。休日や夜間についても、人手が少なくても困る事がないようマニュアルを作成し、申し送り伝えていきます。		

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
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	それぞれの症例ごとの対応マニュアルを整備し、マニュアルに添った内部研修を通して全職員に周知しており、毎年見直しをしています。また、緊急時の連絡網を整備し、連携医療機関・訪問看護ステーションとの24時間体制をとっています。事業所協議会を通じ徘徊搜索ネットワークにつなげる体制がとられています。	「ケアマニュアル集」、「感染マニュアル」、「食中毒予防マニュアル」、「介護事故防止マニュアル」、「緊急時の連絡体制一覧」、「119番通報対応方法」などのマニュアルが作成されている。12月19日に内部研修を実施し、その際にマニュアルも周知している。年に1度は定期的に見直しを行い、必要時にも見直している。	
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	ホームのかかりつけ医は週5回の往診、訪問看護ステーションは週2回訪問、服薬管理で薬剤師が週1回訪問、精神科医は月1回の往診があり、バックアップ機関の支援体制は確保されています。同時に介護老人保健施設等との支援体制も確保されています。	近くの医院と歯科クリニックが協力医療機関となっている。土日や緊急時等の対応も可能で、1年を通して、24時間連絡が可能である。近くの医院の医師には、週5日往診に来てもらっている。この他、訪問看護ステーションの訪問が週2回あり、薬剤師の訪問が週1回ある。また、精神科医に月1回訪問してもらっている。バックアップ施設は、市内の介護老人保健施設であり、情報交換を行っている。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	夜間は複数勤務で行っており、緊急時には双方が協力する体制になっています。また、複数の職員が5分以内のところに住んでおり、必要あれば駆けつけ応援できる体制になっています。ホーム担当医は24時間対応可能な体制となっています。	2ユニットなので二人夜勤体制である。夜勤者二人だけになるのは、19時から翌朝7時までである。夜間帯に利用者の状態の変化があった場合、生命の危険があると夜勤者が判断した場合は、夜勤者が救急車を呼ぶことになっている。それ以外の場合は、まずは夜勤者二人で話し合う。それでも判断がつかない場合は、管理者へ連絡し指示を受けている。そして、救急車を呼んだ場合は、管理者またはケアマネが対応している。	
38	(16)	○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	防災設備は定期的に点検しており、自主点検も行ってなっています。火災報知器と火災通報装置は連動となり、年2回の総合防災訓練では色々な時間帯を想定し実施している。又、地域の防災訓練にも参加し防災意識を高めている。台風や水害等の災害時のマニュアルや、地域の連絡網も整備されており、平成30年7月5日の大雨の時には家族、地域、各事業所の協力で地域の公民館に避難し無事2日間を過ごすことができました。度重なる水害で全職員が避難の方法を把握している。	5月27日と10月29日に防災訓練を実施している。5月の訓練では、消防署立ち会いで総合訓練を実施している。10月の訓練は事業所単独にて、通報・避難・消火訓練を行っている。この他、地域防災訓練にも参加し、避難場所の確認や防災意識の向上に取り組んでいる。また、「ケアハウス和」とは、文書にはなっていないが、災害時には協力することになっており、「緊急時連絡体制一覧」に「ケアハウス和」の連絡先が記載されている。	

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
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	防災マニュアルや緊急時の連絡体制を整備し職員に周知しています。備蓄についてもリストに基づいて家族の名簿、食料、飲料水、医薬品、オムツ、毛布等が備蓄されており定期的に点検を行っています。又、連携医療機関、訪問看護ステーションとの連携にて避難所にての往診体制もできています。	「火災発生時対応マニュアル」、「地震発生時対応マニュアル」、「洪水等の避難確保計画」、「緊急時連絡体制一覧」、「備蓄リスト」などが作成されている。マニュアルについては、訓練時に職員へ周知し、定期及び随時見直している。備蓄品リストが作成されており、毎年11月に日付をチェックしている。食料、飲料水、医薬品、オムツ、毛布等が備蓄品として保管されている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	居室に入る時、トイレ誘導時、入浴時、利用者一人ひとりの人格を尊重し、マンツーマンで接するように心がけています。又、場面や場所に配慮し丁寧な言葉使いや接し方を心がけています。全体ミーティングの場で話をし振り返るようにしています。個人ファイルなどプライバシーに関わる書類等は事務室に保管しています。	マニュアルには、「高齢者が“自立と尊厳”を持てることはとても重要な課題である」とか、「気持ちよく生活できることはサービスの質において極めて重要な要素である」などが記載されている。日々の取り組みとして、目を見て話しかけ、表情などを見て、利用者のサインを見逃さないように心がけている。また、居室に職員を入れることを嫌がる方もいるので、声かけの工夫や職員を変える等で対応し、無理強いはいはしないよう心がけている。トイレ誘導時は、小声で丁寧な言葉遣いや接し方を心がけている。	
41		○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	入浴、就寝、起床時間、食事、外出等できる限りご本人の思いを表せるように支援しています。利用者から訴えのあったときは、丁寧に対応しゆっくりと傾聴するようにしています。又、言葉では十分に意思表示ができない方には、表情や全身の反応を観察することで思いを受け止めるようにしています。センター方式のアセスメントツールを用いるなどして好みや希望を把握しています。		
42		○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	その日の体調や気分に応じて起床・就寝時間を決めるのではなく、日中はリビングで過ごされる方、居室でテレビを観たり、読書、毎朝新聞を読まれる等、本人の今までの習慣や生活歴に合わせ支援しています。天気の良い日は買い物からドライブに出かけたり、畑にて収穫や草むしりが好きな方には畑作業をしていただく等柔軟な支援に努めています。		

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
43		○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	起床時、入浴後の着替えの服は本人に選んでいただいています。希望のある時は一緒に買い物に外出し衣類や靴等を選んでいただいています。困難な方には複数お見せして反応で決めるようにしています。ベルト、時計、指輪、髪留め、スカート等その方の習慣や馴染みの物を身につけていただいています。本人の行きつけ美容院がある方には出向いたり、来ていただいたりしています。こだわりのある方には本人用のシャンプーやトリートメントを使用しています。身だしなみはなるべく本人に鏡を見て整えていただいています。困難な方にはプライドを大切にさりげなくカバーしています。		
44	(19)	○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	畑で収穫した旬の野菜を手にとり下処理をしながら季節を感じていただき、希望のメニューを献立に取り入れています。一人ひとりの嗜好を把握し、毎回パン食の方やメニューに応じて代替え食も提供しています。野菜の皮むき、材料切り、調理、盛り付け、配膳、後片付けまで、利用者それぞれの得意分野を生かし職員と一緒にを行っています。職員も利用者と同じ物を食べ食事の時間が楽しい時間となるように努めています。	献立は、早番職員が冷蔵庫の中を見て決めている。入居時に本人の好き嫌いを聞き取り、嫌いなものは出さないようにしている。食事の提供は、ミキサー食、キザミ食、極キザミ食など、その方に応じた形態で提供している。食事介助が必要な方は各フロアーに2～3名いる。利用者には、皮むきや盛り付け、配膳などできる事を手伝ってもらっている。食事中は、一人の職員は介助を行い、他の職員は一緒に食事をし、食材の話や季節の話などをしながら、食事を楽しんでいる。また、10時はドリンク、15時はおやつを提供し、日々の楽しみの1つとなっている。	
45		○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	カロリーや栄養の過不足がないよう献立表を作成しています。一人ひとりの状態に応じてキザミ食、ミキサー食、トロミ食にしています。食器の色、大きさ、持ちやすさ等にも工夫をして自分で食べる力を大切にしています。病気により食事に配慮が必要な方については、主治医や医療連携看護師、薬剤師に相談・助言をいただきながら職員全員で統一した支援ができるよう検討しています。		
46		○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、ご自分で歯磨きされる方や、夕食後、就寝前には口腔衛生が保てるよう歯ブラシ・義歯洗浄をしています。一人ひとりの力、生活習慣に応じたケアを行っており、自力で出来ない方には口腔ティッシュやスポンジで口腔内の清潔を保っている。拒否が強く困難な方には食事の最後にお茶を飲んでいただき口腔内の清潔を保ったりしています。		

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
47	(20)	○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	排泄チェック表で個々の排泄パターンを全職員が把握し、タイミングをみてさりげなく声かけし、トイレでの排泄を心がけています。夜間は安全を優先しポータブルトイレを設置し、タンバリンで合図していただくなど、安全に配慮し支援しています。膀胱留置カテーテル使用の方でも、定期的にトイレに座る習慣をつけ、便が出るように支援しています。オムツやパットの使用に関しては、全体ミーティングや担当者会議等で十分話し合い、利用者、家族に相談しながら支援しています。	排泄チェック表を作成し、排泄パターンを全職員が共有化することで、タイミング良い声かけで、失敗を防ぎ、トイレで排泄できるよう支援している。また、トイレの合図としてタンバリンを使ってみたり、布団に鈴をつけてみたりと、安全に排泄介助ができるように工夫している。そして、コスト削減のため、パッドなどは昼と夜で使い分けしている。また、9月の入居時は、紙パンツとパッドを使用していた方が、本人の尿意がある程度しっかりしていることが把握できたため、排尿の声かけをすることで、1か月後には布パンツで過ごせるようになった事例がある。	
48		○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	排泄チェック表には色分けをして排便の状態がわかるように把握しています。便秘薬も一人ひとりの排便状態を把握し、主治医、薬剤師と相談し便秘薬を処方しています。薬だけに頼るのではなく適度な運動や散歩、食生活からの見直しをしています。又、便秘が続くと体力や生活意欲が低下し、せん妄状態を引き起こすきっかけにもなるので、水分量が不足している方には、好みの飲み物を飲みたい時間に飲んでいただくように支援しています。お気に入りのカップで飲んでいただいたり、好きな時に飲むことができるようにテーブルの上にカップとポットを置いておくなどと工夫しています。		
49	(21)	○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	入浴は毎日できるように機会を設けています。基本的には午前中の入浴となっておりますが、一人ひとりの身体状況やこだわり等の希望に添って午後からも入浴していただいています。入浴のタイミングが合わない方には時間をずらしたり、相性の良い職員と入浴したりと気持ち良く入浴していただけるように支援しています。身体状況に合わせた入浴が出来るよう浴室の1ヶ所にはリフトで入浴できる設備もあります。	浴室の1つは、リフトが設置されており、5名の方が使用している。季節を感じられるように、菖蒲湯や柚子湯なども行っている。また、入浴前の着替えの用意を楽しんでいる方もいる。あるいは、1対1の介助であり、普段話さないことを話してくれたり、介助時に一緒に歌を歌うと喜ぶ方もいる。一番風呂が好き方、ゆっくりとつかりたい方など、その方の好みに合わせて入浴の支援を行っている。入浴を拒否する方には、時間を置く、声をかける職員を変える、日を変えるなどの対応で、決して無理強いはない。	
50		○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	個々の年齢や生活習慣の違いを把握し一人ひとりに応じた支援をしています。ゆっくりと10時頃に起床される方、入浴後1～2時間ほど居室で休まれる方もいます。夜間の睡眠時、居室の照明と室温に配慮したり、テレビをかけると落ち着かれる方はテレビつけたまま眠っていただいたり一人ひとりに合わせて支援しています。		

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
51		○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	利用者一人ひとりの服薬の説明書を職員全員が共有できるようにしています。服薬変更時は申し送りノートに記入し説明しています。又、副作用等の把握を慎重にチェックし家族、医師と連携しています。服薬支援は職員だけでなく週1回薬剤師の訪問を受け助言、指導を受けています。		
52		○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	生活の中に一人ひとりの楽しみや、役割の出番を作り出すよう取り組んでいます。台所仕事(下ごしらえ、味付け、盛り付け、食器洗い拭き)畑仕事、中庭の掃除、シーツ交換、居室の掃除、食材の買出し、読書、編み物、縫物等、個々に合わせた支援の場面も作っています。季節感を取り入れた行事や外出等も行っています。利用者の誕生日には一人ひとりの希望を聞いて、外食をしたり、皆でお祝いしたりしています。お花の好きな方には自室に花を飾り職員と一緒に水遣りをしています。		
53	(22)	○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	買い物や外食、馴染みの理美容院、墓参り、法事、ドライブ、ご主人の面会、ひ孫さんに会いに行ったり、馴染みの喫茶店で友人と談笑したりと、家族とも相談しながら、一人ひとりの希望に添えるように支援しています。車椅子の方もマンツーマンで散歩したり戸外へ出かけて気分転換を図っています。6月から10月に開催される地域の片山津ふれあい市への参加は、普段外出できない方も家族やボランティアさんの協力で参加されています。又、外出好きな方は一人で近所の自動販売機に缶コーヒーを買いにでかけたりと本人の希望に添って支援しています。	気候の良い時期には散歩に出かける。車いすの方へも1対1で付き添って、散歩に出かけている。近くの自動販売機まで1人で出かけている方もいる。また、ドライブを兼ねて買い物やショッピングモールへ出かけたり、今年度は春と秋の小旅行として丸岡城や越前松島などにも出かけている。また、家族と一緒に外食や墓参りなどに出かける方もいる。あるいは、馴染みの美容院に職員が付き添った後に、買い物や外食を楽しむこともある。そして馴染みの喫茶店に本人が希望した時に連絡し、本人を送っていき、昔馴染みとしばらく過ごしたころに迎えに行っている方もいる。	
54		○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	その人のに応じて金銭管理の支援をしています。ご自分でお小遣い程度のお金を持っており、希望があれば一緒に買い物に行ったり、職員にほしい物を頼んだりしています。財布を持つことで安心される方には、数千円程所持していただき買い物時に自分で支払いができるように支援しています。		
55		○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	携帯電話を所持し自ら家族や友人に電話される方もおられます。希望時にはご家族へ電話をかけたりしています。ご家族からの手紙を読んであげたり、寂しくないように居室の壁に掲示し、安心していただけ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
56	(23)	○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	出きる限り季節の花を飾ったり、採光に気をつけています。玄関先や廊下に椅子、ソファを設置して日向ぼっこ、仲の良い利用者さん同士がおしゃべり休憩ができるようにしています。居室から見える風景は昔馴染んだ田畑があり、隣接する畑でとれた季節の野菜を共用のキッチンで利用者さんと一緒に調理しており、リビングにいても自然に生活の匂いがたたい皆で食事をしています。	利用者の方は、日中はリビングに多くのことが多く、洗濯物をたたんだり、テレビを見て過ごす方、かるたやパズル、ぬり絵、書道などの活動をして過ごす方もいる。職員も一緒に楽しんでいることもある。また職員は、相性を考慮して、ソファの配置、テレビの好きな方にはテレビの近くにとか、椅子の向きを変えてみたりとかの配慮をしている。そして冬期間は、加湿器や廊下に洗濯物を干したりすることで、適度な湿度とその日の気温に応じた温度設定に心がけ、居心地よく過ごせるように配慮している。	
57		○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	リビングのソファではゆっくりと一人でテレビを観たり、気の合う方たちとおしゃべりしたりできるように配置しており、廊下にもソファが設置してあり、散歩の途中で腰かけて休憩できるように配置してあります。又、一人で寂しくないようにリビングの畳スペースやベッドで安心して横になれるような配慮もしています。		
58	(24)	○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	入居時から自宅で使い慣れたタンスやサイドボード、鏡台、本棚、テレビ、冷蔵庫、テーブル、ソファ、愛読書、手芸用品等を持ち込む方、家族の写真や手作りの作品を飾ったりして、自宅での生活が継続出来るような居室になっている。職員は利用者一人ひとりの暮らしの背景を確認し、入居時から継続して家族に働きかけ支援しています。	生活の連続性・継続性を大切にしている、使い慣れたものや本人が大事だと思っているものなどを持ち込んでもらっている。現在入居している方々は、タンスやサイドボード、鏡台、テレビなどを持ち込んだり、家族の写真や手作りの作品を飾ったりしている。居室は、基本的に本人のプライベート空間なので、可能な限り干渉しないように心かけている。就寝時には、内鍵を掛ける方も数名いる。	
59		○身体機能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	利用者一人ひとりの身体能力を活かし、筋力低下予防のためにホーム内を数周散歩したり、トイレ、リビング居室までの移動が手すりを使用して一人で歩いて行けるように居室の移動をするなどしている。安全かつできるだけ自立した生活が送れるように努力しています。		