

# 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5年3月10日	評価結果市町村受理日	令和5年4月19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/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社寺井潔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5年3月27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くようにしています。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。コロナ禍の中で外部との交流を制限していますが、例年では、町内の祭礼や清掃、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。事業所の敷地においては地域の方が運営委員となり「片山津ふれあい市」を実施し、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ナイトで園域にある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。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時間対応と看取りを行っています。

## 【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)】

コロナのため地域の行事そのものが中止となったり、感染拡大の影響で以前の様な地域交流は難しい状況である。しかし、そのような中でも小学校との交流は継続しており、ホームの農園でのジャガイモ掘りやサツマイモ掘り体験や、認知症サポーター養成講座を通じての活動は継続している。昨年度は中止となった「片山津ふれあい市」も実行委員会を中心に再開する予定で準備も始めている。  
献立は、前日に食事担当者が作っている。行事の時や誕生日のときには「何食べたいか」を聞き、希望のメニューを取り入れている。正月、節分、ひなまつり、敬老会、大晦日には、少しだけ豪華なメニューで食事を楽しんでいる。調理や食事の準備、後片付けは、その方の出来ることを手伝ってもらっている。月2回バン食を提供し、苦手なメニューの時には他の物に変えている。食事はアクリル板を置き、対面で食べている。職員も同じ時間帯に食べるが、少し距離を置いて座っている。また、蟹が解禁になった時には、蟹を購入して食べたり、誕生会の時に希望があればテイクアウトしている。

## 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. 全くない
63	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: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、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
64	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: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、安心して暮らせている (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	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常に理念に立ち返るようしています。	「事業のために高齢者介護をするのではなく、高齢者を支えるために事業をするのである」という理念と、「人にやさしい町になるその種まきをしよう」という地域理念を掲げている。管理者は全体ミーティングや運営推進会議で説明したり、朝夕の申し送り時に理念からずれないで支援が行われているかを定期的に確認している。新人職員が入った時には管理者が直接オリエンテーションを行い理念について話している。	
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	現在コロナ禍である為感染防止の観点から、通常時のような盛んな交流とはいきませんが、例年では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めぐもりの里は事務局を担い地域の生きがいがづくり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。	コロナのため地域の行事そのものが中止となったり、感染拡大の影響で以前の様には地域交流は進んでいない。しかし、そのような中でも小学校との交流は継続しており、ホームの農園でのジャガイモ掘りやサツマイモ掘り体験や、認知症サポーター養成講座を通じての活動は継続している。5月からはドライブも再開し、「片山津ふれあい市場」も再開する予定で準備も始めている。	
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実施しています。例年は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。コロナ禍であっても、感染対策をしながら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。		
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	コロナ感染症予防の為、現在は2ヶ月に1回の開催は文書によりお伝えしご意見、質問をいただく形態にしています。通常時は毎回地域の方々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。	今年度はコロナの影響で4回は書面による開催、対面では2回開催となっている。メンバーは協力医療機関の医師、同看護師、地元老人会、地区社協、町会、加賀市、家族、ふれあい市実行委員長等である。利用者の状況、待機者見学の状況、行事・研修、外部評価について、法人の運営理念について、避難訓練、食材費の値上げについて等が報告・説明・検討されている。	

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
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	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。	職員や管理者はキャラバンメイト連絡会や事業者連絡会の役員をしており活動の中で市との連携をとっている。利用者の介護保険の更新手続きや、事故報告等事務的な連絡の他に何か不明な点があればその都度尋ねている。今年度実地指導があり「運営理念に基づきより良いケアの実現に向けた事業所としての取り組みを行っていること。また、事故が非常に少なく、利用者の安心と安全の確保に努めていると感じた」という総評をもらっている。	
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、定期的に身体拘束の点検を行っています。また全職員を対象に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。日中は自由に出入りができ、野菜・花の水やり、草むしり等その人らしい生活を出来るよう配慮し、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。	身体拘束廃止のための指針を整備して、研修は外部研修に参加したり内部研修を行っている。身体拘束適正化のための委員会は毎月開催して身体拘束をしていないこと、身体拘束に繋がる虞のあることについて検証しながら、身体拘束を行わないことを確認している。建物の施錠は夜間帯(夜勤者のみ)に防犯上の観点で実施している。また、転倒防止のためにセンサーマットを使用している人もいる。	
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」を設置しています。全職員を対象に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	必要に応じ「日常生活自立支援事業」を利用し現在は1名の方が利用されています。今まで多い時には3名の利用があり、日常的に訪問員の方の来所もある中で職員間で理解・共有がされています。又、また市民後見人養成講座を受講した職員もおり、必要な方の対応ができるようにしています。		
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	入居契約時には環境変化のリスク、ご本人の意向などに丁寧に時間をかけ、ご家族とも話し合い、「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。		
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いでご意見を頂くようにしています。(現在はコロナ禍である為書面の配布による意見聴取・R5年2月から集まりを再開)、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ユニットミーティング、全体ミーティングで共有するよう取り組んでいます。	コロナ以降面会の制限等で、家族と直接に面談する機会は減っている。家族が面会に来た後で家族と話し合い、意見や要望を聞いている。家族との面会が以前ほど活発にできないため、常に架電による連絡やラインの活用などで家族の意見、要望をより聴取できるように努めている。苦情の体制、窓口は整備されて重要事項説明書で周知されているが、今年度は特に苦情は寄せられていない。	

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
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、各セクション別に設置している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、年に複数回個々人から直接意見を聞く機会を設けています。	代表者が管理者として勤務している。全体ミーティングやユニットミーティング、申し送り等毎日職員と接していて、日常的に職員から意見や提案を受けている。個別に職員と話し合う機会も設けており、職員の要望や悩み等も聴取している。職員の処遇改善のために設けられたベースアップ加算や特定処遇改善加算等の分配や期末手当の支給についても職員の意見・提案を反映させている。	
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」等の活動を当事業所に併設する介護予防拠点「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あっています。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。*コロナ禍で出来ないこともありました。		
<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	入居前申し込みがあった時点から自宅や病院、通所利されている事業所から、ご本人・ご家族・ケアマネージャー・ソーシャルワーカー等に話を聞いています。また、ホームに見学に来ていただき、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止めて、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、事業所としてでき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至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。少しでもご家族に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。		

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
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。初期はなるべくリ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て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数名います。		
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こと・得意なことを見極め「役に立っている」「年長者として教えてあげている」と自信をもっといただ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・悲しみを受け止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。本人の健康状態、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。コロナ禍の影響で外出や面会の機会が少なくなりましたが、電話等で本人の様子をお伝えしながら家族との絆を大切に支援しています。感染防止を徹底して家族の手で本人の散髪をしている方もおられます。また、ひ孫と同居されていた方で、ひ孫から面会を希望されて休日になると短時間ですが面会してお互いに安心されている家族もおられます。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できるよう支援しています。		
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	本人が住んでいた町や馴染みの場所を日々の会話に取り入れれたり、馴染みの場所へ車中ドライブに行くなど安心して頂けるように支援しています。入居者の様子や気づいたことなど細かくお伝えするようにしています。コロナ禍の影響で外出や面会の機会が少なくなりましたが、電話や携帯ビデオ通話等で本人の様子をお伝えしています。本人の知り合いから届いた手紙や年賀状を家族が届けて下さることもあります。遠方でなかなか会えない方についても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。	コロナ以降なかなか以前のような状況には戻らないが、馴染みの場所へドライブに出かけたり、個別に利用者とお菓子を買いに出かけたり、洋服を買いに出かけている。面会の機会が減っている分、電話での連絡やスマホを使ってのビデオ通話等代替的なものを活用して、利用者と家族、友人等とのこれまでの付き合いが継続できるよう支援している。	
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	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、お互いに居室へ行き来する、一緒にでかけたりと良い関係が保てるよう支援しています。居室で一人で過ごすことを望んでいる利用者については行動を見守り個別で職員が関わるようにしています。		
22		○関係を断ち切らない仕組み 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。		

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>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	意思の表現が出来る方には、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。	毎日一緒に生活しているので、何となく利用者の思いは把握できていると考えているが、ひとり一人の表情やサインを見逃さないように心がけている。例えば、誰かが歌を歌った時に一緒に口ずさんでいたら、今日は調子がいいぞとか、便のチェックをして便秘から不穏な状態を作らないようにする等いろいろなかわりを通じて利用者の状態・思いを把握するようにしている。		
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、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。また、入居前の基本情報やアセスメントした情報をもとに、どのようなサービスを受けてきたのかも把握して継続した支援に結びついています。			
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、御家族にも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として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。早急に検討が必要な課題が生じた場合は、当日勤務している職員でユニットミーティングを行い、追加介護計画書を作成して、ご本人がより良く暮らしていけるように支援しています。	居室担当者と計画作成担当者とがアセスメントを行い原案を作成して、ユニットミーティングや全体ミーティングの時にサービス担当者会議を行い計画を周知している。モニタリングはサービス内容について定期的に行い、大きな変化がなくても6か月で計画を更新している。ケース記録には計画がファイルされていて、記録しながら計画を確認することができるようになっている。記録はこの他バイタル等のチェックや申し送りノート等にも個人の記録を残している。		
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	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。退院後は筋力回復に向けて訪問リハビリの利用も連携できる体制になっています。精神障害のある方で認知症の対応では困難な為、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しながらグループホームでの生活が継続出来ていたケースもありました。			

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	
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	コロナ禍の為、地域と一緒に実施していたふれあい市への参加が中止となりましたが、ふれあい市出品者が販売するはずだった収穫した野菜を持ってきてくださることが多くありました。ふきやサツマイモのつるの皮むきをしたり、干し柿作り等、本人の心身の力が発揮できるように楽しみながら生活できるように支援しています。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ました。以降、大雨の時は避難確保の協力を継続できています。			
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あります。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。かかりつけ医の紹介状にて整形外科・泌尿器科・外科へ受診となる場合もあります。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。	協力医療機関の医師は往診してくれるので、往診の際には直接に医師と情報交換や指示を受けている。別の医療機関を受診する人は家族が通院支援を行っている。整形や泌尿器科等を受診する時には主治医に紹介状を書いてもらい受診する。受診の場合には原則家族対応であるが、家族の都合のつかない場合には職員が通院介助している。認知症専門医の往診もあり、内科だけでなく手厚い医療体制となっている。往診記録はケースにファイルして共有されている。		
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。病状に応じて訪問看護ステーションを利用しており、点滴治療、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。過去にも数名の方の看取りを連携して行っていました。			
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及び地域連携室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も不安を抱かないように支援しています。また、ご家族と共に医療関係者及び地域連携室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。看取りに際しては「看取り介護の同意書」を作成し看取りにおける説明しています。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。現在1名の方は認知症の進行にて食事以外はほぼ寝たきりの状態にあり、看取りを希望されています。	入浴はリフトが設置された浴槽であるが、重度化して座位も不安定になってきたときには2人対応で入浴介助を行う。食事は口から食べてもらうのが原則で、ミキサー食や咀嚼が難しい人には栄養補助食品等にも対応している。常時の医療行為はできないので、そのような状態になった時には介護保険施設等への移行となるが、移行先の紹介や手続き等の支援を行いスムーズに移れるようにしている。過去には看取りの事例があり、家族の同意をもらい、看取りのケアプランを作成して、医師、訪問看護、家族、事業所が協働して取り組んだ。		

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		○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、申し送りや伝えています。		
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。事業者協議会を通じ徘徊捜索ネットワークにつなげる体制がとられています。	「緊急マニュアル」が作成され、「事故発生・緊急時の対応方法」、「転倒時の対応」、「意識消失時の処遇」、「骨折したら」、「誤嚥(食事が喉に詰まったときの救急処置)」など症例ごとに作成されている。マニュアルの職員への周知は、マニュアルの内容に沿った内部研修を通して行っている。また、マニュアルは、毎年見直ししている。そして、協力医療機関及び訪問看護ステーションとは24時間連絡が可能であり、事業者協会の徘徊捜索ネットワークとも連携している。	
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。	協力医療機関は河村医院であり、利用者のほとんどの方の主治医でもあり、週4日往診してくれる。また、精神科医が週1回往診、訪問看護ステーションが週2回、服薬管理の薬剤師が週1回訪問に来ている。それ以外の医療機関を主治医としている方は、家族と一緒に定期受診している。協力歯科は鈴木歯科クリニックであり、現在は必要な時に通院している。協力医療機関は、インフルエンザ予防接種、コロナワクチン接種、職員の健康診断、他科受診のための紹介状など密に連携している。数年前の水害の際は、応援にも来てくれた。	
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2人夜勤体制である。2人だけになるのは、19時30分から翌朝7時までである。この夜間帯に、利用者に状態の変化があった場合は、2人の夜勤者で対応を話し合い、対応に迷う場合はリーダーまたは管理者に連絡する。連絡を受けたリーダーまたは管理者が主治医に連絡し、指示を受けている。救急車を呼んだ場合は、リーダー又は管理者が応援に行くことになっているが、今年度は夜間帯に救急車を呼ぶことはなかった。	
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、自主点検も行っています。年2回の総合防災訓練では色々な時間帯を想定して実施しており、5月は自主訓練、10月は消防署立ち合いで実施している。加賀市の洪水ハザードマップにおける浸水区域に指定されており、台風や水害等の災害マニュアルや地域の連絡網も整備されている。本年度は新しい避難マニュアルに基づき、8月4日の大雨の際に浸水を想定した避難訓練を実施、避難場所である地域の公民館に避難しています。	今年度は、5月と10月に総合訓練を行っており、10月の訓練は消防署立ち合いで行っている。訓練は夜間想定や日中想定など、想定時間を変えて取り組んでいる。また、事業所が加賀市の洪水ハザードマップにおける浸水区域に指定されている。そのため、8月に新しい避難マニュアルに基づいて、大雨の際の浸水を想定した避難訓練を実施し、避難場所である地域の公民館に避難する訓練を行っている。	



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
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。備蓄品についてもリストに基づき、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出ています。	「ケアマニュアル集」の中に、「災害時非常持ち出し品チェックリスト」、「火災発生時対応方法」、「物品備蓄リスト」、「119番通報対応方法」などのマニュアルが作成されている。また、「ぬくもりの里 洪水等の避難確保計画」も作成されている。防災に関するマニュアルは職員に渡し、また職員室にも掲示している。そして全体ミーティングで、マニュアルについて周知している。備蓄品は、食料、飲料水、医薬品、衛生用品、毛布などが備蓄され、定期的に点検を行い、ホームに隣接する建物の「介護予防拠点」に保管されている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。前年度の目標達成計画の具体的な取り組みとして、「言葉での行動制限をしない」を3ヶ月毎の身体拘束排除委員会で話し合っています。又、職員一人ひとりが日常のケアを振り返ると共に、内容を全体ミーティングで取りあげ皆で話あっています。個人ファイルなどプライバシーに関わる書類は事務室に保管しています。	居室に入る時、トイレ誘導時、入浴時などでは、マンツーマンでの対応を心がけプライバシーに配慮している。また、個人的な話は、居室で聞くように心がけている。そして、「前年度の目標達成計画」の「現状における問題点と課題」から、「具体的な取り組み内容」を書き出し、全体ミーティングで研修を行い、人格を尊重したケアについて話し合っている。日々の取組みとして、排泄誘導は大きな声で言わず、合図し小さな声で話し、他者に知られず、何気なく誘導するなど、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、起床、就寝時間、食事、外出等出来る限り、ご本人の思いに添えるように支援しています。利用者から訴えがあったときは、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、読者、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いたり、散歩の好きな方は周辺に散歩に出かけていただいたりと柔軟な支援に努めています。		
43		○身だしなみやおしやれの支援 その人らしい身だしなみやおしや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。時計、指輪、髪留め、スカーフ等その方の習慣や好みの物を身につけていただいております。コロナ禍で本人の行きつけの理美容院に行く事は出来ないが、定期的に馴染みの理美容師さんに来ていただきカットしていただいたり、ご家族に来ていただきカットしています。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おりますが、困難な方にはブライドを大切にさりげなくカバーしています。		

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
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や、地域の方が持ってきていただい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、パン食の方やメニューに応じて代替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。	食材は市内のスーパーや肉屋が配達してくれる。また、近所の方から季節の野菜をもらったり、購入したりしている。献立は、前日に食事担当者が作っている。行事の時や誕生日のときには「何食べたいか」を聞き、希望のメニューを取り入れている。正月、節分、ひなまつり、敬老会、大晦日には、少しだけ豪華なメニューで食事を楽しんでいる。調理や食事の準備、後片付けは、その方の出来ることを手伝ってもらっている。月2回パン食を提供し、苦手なメニューの時には他の物に変えている。食事はアクリル板を置き、対面で食べている。職員も同じ時間帯に食べるが、少し距離を置いて座っている。また、蟹が解禁になった時には、蟹を購入して食べたり、誕生会の時に希望があればテイクアウトしている。そして、2～3か月に1回程度であるが、ホットケーキ、おはぎ、みたらし団子など手作りおやつで食事を楽しんでいる。	
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に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、スプーン等に工夫して自分で食べる力を大切にしています。又、ミキサー食でも摂取量がとれない場合は主治医、医療連携看護師、薬剤師に相談、助言をいただきながら栄養補助食品を提供し栄養が摂れるように支援しています。		
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、入浴時に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、ご自分ででき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ています。		
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、タイミングや表情を見てさりげなく声かけています。夜間は一人ひとりの歩行状態に応じて、安全を優先しポータブルトイレを設置し、センサーマットで合図していただくなど、安全に配慮し支援しています。便が出るようにトイレ誘導したりしています。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で十分話し合い、適切なパット等を利用者、家族に相談しながら使用しています。	利用者全員を対象にして、排泄チェック表を作成している。利用者個々の排泄パターンを職員全体で把握し、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、表情や仕草を見て、さりげなく声かけできるように努めている。そして、一人ひとりの歩行状態に応じて、ポータブルトイレを設置している。また、歩行の不安定な方に関しては、センサーマットを使用することで、トイレに行きたいタイミングが分かり、誘導・介助を行っている。あるいは、便秘の方への対応で下剤を服用した場合、トイレ誘導の声かけのタイミングに配慮している。オムツやパッドに関しては、全体ミーティングや担当者会議で十分に話し合い、利用者・家族に相談して、適切なパッドなどを選び使用している。	

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
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	排便チェック表に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カップとポットを居室に置くなどして工夫しています。		
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ず、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になっていますが、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、大好きな歌と一緒に歌ってから声かけしたりしています。入浴中も大好きな鼻歌と一緒に歌い気持ちよ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できるよう浴室の1ヶ所にはリフトで入浴できる設備もあります。	お風呂は毎日わいている。基本的に午前中の入浴になっているが、個々の身体状況や本人の希望によって、午後からも入浴することがある。入浴のタイミングが合わない場合は、時間をずらしたり、大好きな歌と一緒に歌ってから声かけするなど、声かけの工夫をしている。ゆず湯や菖蒲湯など季節に応じた変わり湯であったり、自分の気に入ったシャンプーやコンディショナーを使っている方もいる。また、可能な限り、本人の湯加減で、満足するまで入ってもらっている。浴室の1つにはリフトが設置されており、ある程度の身体状況に対応できる。	
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時間程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を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。		
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。又、副作用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、食材の買い出し、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ドライブ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、ドライブ外出や皆でお祝いしたり、家族がプレゼントを持って来られお祝いしていただいています。お花の好きな方には自室に花を飾り職員と一緒に水やりをしています。		

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
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	コロナ感染症予防の観点から今までのような外出はできないが、ドライブ外出、買い物、墓参りに行ったりとその時の状況に応じ家族と相談しながら、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。又、下肢筋力低下予防も兼ねて、ホーム周辺を散歩し雪の白山を眺めたり、白鳥ウォッチングをしたり、石ころ収集をしたりと本人の希望に添って支援しています。	散歩やドライブは、コロナ禍であっても続けていた。ホームのすぐ近くの畑の中にある「ふれあい市」まで歩き、白山を見たり、白鳥を見ている。また、個人の買物は、本人を乗せてドライブを兼ねて出かけ、職員のみで希望の物を買って来てたりしている。ドライブでは、自宅周辺に出かけたり、墓参り、馴染みの場所の周辺に出かけるなどもしている。	
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、職員に欲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、ご家族と相談し、数千円程度所持していただき買い物時にご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に電話をかける方もおられます。希望時にはご家族に電話をかけたたりしています。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。		
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	出来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なっています。共用のリビングには空気清浄加湿器を設置しています。又、季節が分かるようにカレンダーや季節の飾りつけをしています。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は共用のキッチンで利用者さんと一緒に調理しており、リビングにおいても自然に生活の匂いがただよい皆で食事しています。	リビングの掃除は1日1~2回、消毒は1日2回行っている。換気を考慮し、今年度換気扇はすべて取り替え、日中は天窓を開けて、リビングには空気清浄加湿器を置いている。また、季節の花を飾り、玄関先や廊下に椅子やソファを置き、日向ぼっこなどゆっくりできるよう配慮している。また、カレンダーを掲示し、季節の飾りつけを行い、季節を感じてもらっている。正月飾り、節分、ひな祭り、5月人形、6月菖蒲、7月七夕など、行事委員会で季節の飾りつけを行っている。利用者の皆さんと一緒に折り紙で作るものもある。	
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。		

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
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ダ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できるような居室になっています。又、枕や毛布等自宅で使い慣れた物を持って来られ継続して使用されています。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。各居室には居室担当の職員が決まっており、定期的に居室の様子を確認し、利用者が居心地よく安全に暮らせるように配慮しています。	馴染みの物として、ダンスやサイドボード、鏡台、本棚、テレビ、冷蔵庫、テーブルなどを持ち込んでいます。また、居室には、家族の写真や手作りの作品などが飾られ、入居前と入居後の生活が連続するように配慮している。あるいは、長く入居している方の居室には、誕生日の度に撮っている写真とか、入居後に面会に来て家族と撮った写真とか、家族からの手紙とかを、布団に入った時に見えるように掲示している。居室の掃除は、1週間に1回シーツ交換があり、その時に居室掃除を行う。その他は、居室担当者が随時掃除を行い、清潔保持に努めている。居室担当職員は、定期的に居室の様子を確認し、居心地よく安全に暮らせるよう配慮している。	
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生かし、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利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。安全でかつ自立した生活が送れるように努力しています。		