

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3年11月29日	評価結果市町村受理日	令和4年3月2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3年12月14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。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・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。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)】

コロナの感染拡大のため、町の行事は中止となっている。事業所が毎年実施していた地域との交流事業である「ゆかたまつり」や「片山津ふれあい市」等も開催できず地域との付き合いを制限しながら行っている。そんな中でも、片山津小学校の生徒が芋掘りにやってきましたり、小学校での高齢者ふれあい講座や認知症サポーター養成講座等を開催して地域との交流を行っている。外食に出かけることはまだ控えてはいるが、散歩や買い物、ドライブ等へは出来るだけ出かけている。食事は、利用者の半数以上の方が下ごしらえ、盛り付け、味見などを手伝ってくれ、中には切って炒めるまでしてくれる方もいる。また、近所からもった野菜、家族からもった野菜、ホームで取れた野菜などが食材として使われ、ぬか床で漬物も漬けている。正月、敬老会、クリスマス、ひな祭り、お彼岸、節分などは、行事委員会で食事メニューを考え提供している。また、誕生会では、現在外食には行けないので、スーパーでお寿司を購入するなど本人の好きなものを提供している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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常に理念に立ち返るようしています。	「人にやさしい町になる、その種まきをしよう」という地域理念を定めている。その実践として片山津ふれあい市の取り組みや地域の小学校との交流等を行っている。運営理念は玄関や職員室に掲示の他パンフレットにも掲載されて職員皆が確認している。管理者は全体ミーティングやカンファレンス、申し送り等の場面で理念の共有と実践について話している。また、新しい職員のオリエンテーション時にも必ず理念についての研修を実施している。	
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、事業所自身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。地域の方々や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。	コロナの感染拡大のため、町の行事は中止となっている。事業所が毎年実施していた地域との交流事業である「ゆかたまつり」や「片山津ふれあい市」等も開催できず地域との付き合いを制限しながら行っている。そんな中でも、片山津小学校の生徒が芋掘りにやってきましたり、小学校での高齢者ふれあい講座や認知症サポーター養成講座等を開催して地域との交流を行っている。外出に出かけることはまだ控えてはいるが、散歩や買い物、ドライブ等へは出かけている。	
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。現在、コロナ禍である為例年の状況では、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。		
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。	協力医療機関、地区社協、民生委員、地元老人会、町会の代表、家族等が参加して行っていたが、コロナのため現在は内部で会議してその議事録を書面で渡している。利用者の状況や、入退去の状況、職員の研修、身体拘束排除委員会の報告、行事や利用者の最近の暮らしぶりについて伝えている。	

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。	コロナ以降、行政と直接に連絡を取ることはなく、電話やウェブでのやり取りに代わっている。加賀市から認知症サポーター養成講座や家族介護支援事業、介護110番等の事業委託を受けて市とは連携を図っている。加賀市の地域密着型連絡会もメールやウェブでのやり取りによるものになっている。この他利用者の介護保険の事務手続きや生活保護を受けている利用者のワーカーとの連絡、日常生活自立支援事業を活用している人の市社協との連絡等各種機関との連携を図っている。	
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、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。	身体拘束ゼロの指針の下、年に2回は研修を行い、身体拘束排除委員会で適正化に向けた検討を行って運営推進会議でも報告をしている。職員は全員が身体拘束廃止のための研修を受講しており身体拘束排除に取り組んでいる。建物の施錠は防犯上の観点で夜間実施している。センサー等の利用者は2名いるがいずれも排泄の自立や転倒防止を目的として実施している。	
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	今年は「日常生活自立支援事業」の利用者が3名おられました。日常的に訪問員の方の来所もあり活用させていただきました。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)、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。	苦情の体制は整備されて重要事項等で周知が行われているが特に苦情は寄せられていない。家族とは居室内で面会できるようになってはいるがコロナの感染を考えると、以前と比較すると面会は減少してきている。職員は電話やライン、ショートメール等を活用して家族の意見や要望を聴取するように心がけている。また、請求書を送付する時にはお手紙も添えて利用者の状況を伝えている。	

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
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、9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。	代表者は管理者をしており毎日職員と接している他、とりわけ地域交流等に力を入れて毎日勤務している。全体ミーティングや申し送り、カンファレンス、委員会等にも参加して常に職員から意見や提案を受けている。業務改善委員会等で職員から出された意見を検討してシーツ交換の在り方を変更したりと、職員意見を取り入れた運営をしている。	
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。		
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、通所利されている事業所から、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、会話を通じ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」と自信をもって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に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。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継続している方も2名おられます。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できるように絆を大切に支援しています。		
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。行きつけだった喫茶店の友人が電話をかけてきてくださることもありました。毎年梨を買いにいき家族に送ることを楽しみにしている利用者には梨店の方をお願いして直接届けてもらいました。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。	コロナ感染症の拡大の影響で、面会や外出の制限が行われているためコロナ以前のようにはいかないが、それでもできるだけ家族との面会や交流については事業所として配慮している。大好きな焼きまんじゅうをいつもの店に買いに出かけたり、誕生日に実家の八百屋へ行き兄弟と会ったりと、個別の外出支援を行っている。この他外部との連絡は、電話やウエブ、手紙等を活用して今までの関係が途切れないように支援している。	
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。		

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	
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。	耳の聞こえない方とは筆談をしてコミュニケーションをとっている。言語によるコミュニケーションが難しい方とは、その人の表情や身体のサイン等に注意して、今何を求めているのかを判断している。ケアプランのアセスメントやモニタリング等も活用して利用者ひとり一人の思いが把握できるようにしている。また、24時間生活変化シートやひもときシート等も活用して利用者の思いに寄り添えるように努力している。		
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。			
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。	アセスメントは職員と計画作成担当者が行い、利用者家族の意向を踏まえて原案を作成し、ミーティングや個別のカンファレンスで計画を周知している。モニタリングはケアプラン2表の援助内容について3か月に一度行い大きな変化がなくても半年に一度は計画を更新している。ヒヤリハットがあればモニタリングの期間は短縮して行っている。記録は経過記録とバイタル、排泄、食事の状況等についての記録がある。		
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。退院後の筋力低下の回復のため訪問リハビリを利用された方もいました。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。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し、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。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。	利用者主治医は協力医療機関となっている。主治医は往診してくれるので、職員は医師に直接利用者の状況を伝えて、医師より療養上の注意・指示を受けている。また、主治医は24時間オンコール体制をとってくれているので、急な発熱等の時にも利用者は安心して医療が受けられている。内科以外を受診する際には、主治医が紹介状を書いて受診しているが家族だけでなく職員も同行して、利用者の最近の様子について直接に伝えている。	
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。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	「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行います。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。	入居時に重度化の指針に基づいて説明をしている。重度化については基本事業所としては最後まで介護をする方針であるが、医療行為が必要となった時にはグループホームでのケアの限界と考えている。主治医もオンコール体制をとってくれているが、訪問看護ステーションも契約により24時間オンコール体制をとってくれている。昨年の看取りの時には家族と「看取り介護の同意書」を交わしたうえで医師、訪問看護、家族、事業所が協働して行っている。現在も1名看取り期の利用者がいる。	
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、申し送りで行っています。		

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
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検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」というファイルがあり、「食中毒予防マニュアル」、「介護事故防止マニュアル」、「ヒヤリハット」、「110番通報マニュアル」、「緊急時の連絡体制一覧」などがファイルされている。月1回の全体ミーティングを利用し、内部研修を実施している。9月には「避難マニュアル」の見直しを行い、職員へ周知している。また、マニュアルは職員室に置いてあり、職員はいつでも読むことができる。この他、緊急時には協力医療機関や事業者協会と連携している。
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、鈴木歯科クリニックである。河村医院は、週5回往診してくれる。利用者は、月1回は診察を受けている。緊急時の対応など1年を通して24時間連絡が可能となっている。この他、精神科医が月1回往診してくれ、訪問看護ステーションは週2回、薬剤師が週1回の訪問があり、バックアップ体制が充実している。また、内科以外の他科受診は、家族と共に職員も同行している。バックアップ施設は、老人保健施設の太陽の丘であり、情報交換などで連携している。
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、2人夜勤体制である。2人体制となるのは、19時30分から翌朝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、夜勤者は管理者に連絡を入れ、管理者より指示が出される。救急車を呼んだ場合は、管理者が近隣の職員に連絡し、応援に来てもらっている。職員は、必要があれば救急車に同乗する。
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。本年度は社会福祉施設の避難確保計画チェックリストに基づき災害マニュアルをチェックし、修正が必要な箇所を見直し、全体ミーティングを利用し全職員に周知している。	令和3年6月17日に事業所単独で総合訓練を実施している。そして、10月27日には消防署立ち合いで総合訓練を実施している。訓練までには、「消防訓練実施計画(案)」及び「職員の動き」を作成し、職員へ訓練内容を周知している。また訓練後には、参加職員及び防火管理者からの訓練後の考察を記録として残し、職員の防災意識の向上に努めている。消防設備点検は、定期的に実施されている。
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。	防災マニュアルや緊急時の連絡体制を整備し、職員への周知にも取り組んでいる。今年度は、市より避難確保計画チェックリストが送付されてきたため、このチェックリストに基づき必要な箇所を見直し、全体ミーティングで職員へ周知している。また、備蓄リストが作成され、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。備蓄品として食料、飲料水、医薬品、オムツ、毛布等が保管されている。
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は事務室に保管しています。	「グループホーム めくもりの里 日常業務について」という日々の生活支援マニュアルが作成されている。日々の取り組みとして、利用者一人ひとりの人格を尊重し、場面や場所に配慮し丁寧な言葉遣いで、個々に応じた接し方など、個別的な対応を心がけている。また、その方の思いに沿えるように、訴えに対してはゆっくりと傾聴したり、その方の表情や全身の反応を観察し、思いを受け止めるよう心がけている。また、入居後の生活も可能な限りその方の生活習慣、思いやこだわりを受け止めて、安心して生活していただきたいと思っている。

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
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。本人の行きつけの理美容院がある方には出向いたり、ご家族に来ていただきカットしていただいています。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、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。	食材は、近くのスーパーに配達してもらっている。利用者の方々には、手伝いたい方にできることをしてもらっている。半数以上の方が下ごしらえ、盛り付け、味見などを手伝ってくれ、中には切って炒めるまでしてくれる方もいる。また、近所からもらった野菜、家族からもらった野菜、ホームで取れた野菜などが食材として使われている。あるいは、ぬか床で漬物を漬けているが、毎日ぬか床をかき混ぜてくれる方もいる。正月、敬老会、クリスマス、ひな祭り、お彼岸、節分などは、行事委員会で食事メニューを考え提供している。また、誕生会では、現在外食には行けないので、スーパーでお寿司を購入するなど本人の好きなものを提供している。その他、ホットケーキやおはぎ、スイートポテトなど1か月に1回程度手作りおやつで楽しんでいる。	
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。		

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	
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。夜間は安全を優先しポータブルトイレを設置し、ベルや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。又、バット交換の方でもトイレですっきりと便が出るようにトイレ誘導したりしています。オムツやバ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、利用者、家族に相談しながら支援しています。	利用者全員を対象に、排泄チェック表を作成している。排泄チェック表を活用し、利用者個々の排泄間隔を把握し、その排泄パターンを全職員で共有化できるように努めている。また、身体状態が低下し、トイレでの排泄が困難な状況であっても、本人がトイレに行きたい希望があれば、トイレで排泄できるように介助している。また、紙おむつ、紙パンツ、パッドなどの衛生用品に関しては、ミーティング等で十分に話し合い、利用者・家族とも相談している。本人にフィットしたものを選ぶことと、家族の経済的負担の軽減にもつながることも考慮している。		
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。基本的には午前中に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。入浴のタイミング合わない方には時間をずらしたり、入浴直前に声かけしたりして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。	本人の好む時間帯に入浴してもらえよう支援している。午前入浴する方もいれば、午後入浴する方もいる。週2回は入浴してもらっている。浴室の1か所にはリフトが設置されており、利用者全員が浴槽に浸かることが出来ている。入浴介助は1対1の介助であり、一緒に歌を歌ったり、本人のこだわりのシャンプーやコンディショナーを使ったりしている。また、電気カミソリを入居時に購入して持っている方だが、お風呂で髭をそる習慣があり、その方はずっと入浴時に横ずれしにくいT字カミソリで髭を剃っている。入浴を拒否する場合は、時間をずらして声かけしたり、無理強いせず、気持ちよく入浴してもらうためにどうするか工夫している。		
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。			

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
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きます。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、誕生日に家族が来られ一緒に居室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やりをしています。		
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	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、法事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、外出好きな方は近所の自動販売機に缶コーヒーを買いに出かけたりと本人の希望に添って支援しています。	天気の良い日は散歩に出かけている。自宅付近や花見に出かけたり、焼きまんじゅうを買いに出かけたり、あるいは実家の八百屋へ会いに会いになど、個別にドライブに出かけたりもしている。	
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。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、リビングにいても自然の生活の匂いがたがよい皆で食事しています。	日中はリビングで過ごす方が多いが、居室で過ごす方もいる。個々に好きなように過ごしている。リビングには空気清浄加湿器4台を設置している。また、収穫した芋のつるを皆で皮むきしたり、食材の下ごしらえをしたり、人の集まる場所なので、掃除・消毒により清潔を保持し、天窗を開け換気をし、居心地よく過ごせるよう配慮している。玄関先や廊下には、椅子やソファを置き、日向ぼっこやおしゃべりができるように配慮している。また、季節がわかるようにカレンダーや季節の物を貼り、リビングから見える中庭には大根を干したり、季節が感じられるような環境設定に配慮している。リビングの壁には、クリスマス、正月、節分、ひな祭り、桜など季節の飾りつけを行っている。	
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。	利用者のほとんどの方が、入居時に馴染みの物を持ってきている。現在入居している方では、鏡台、本棚、テレビ、冷蔵庫、テーブル、ソファ、愛読書、手芸用品などが持ち込まれている。ただ、現在は使わなくなった物もある。この他、写真を飾ったり、外から石ころを拾って来て飾っている方もいる。だんだん増えていったので、一度整理している。このように、居室は利用者本人が好きなように使用している。ただ、各居室には担当職員を決めており、その職員が月1回のシーツ交換などを利用し、居室の様子を頻繁に確認し、利用者が安全に、居心地よく過ごせるように配慮している。	
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。		