

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	平成29年11月27日	評価結果市町村受理日	平成30年3月12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	平成29年12月11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に心がけています。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。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。また本年で4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で作った野菜・花・食べ物等の販売や豚汁、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もなっています。また、「人にやさしい町になるその種まきしよう」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、その後に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時間対応を可能にしています。本年も3名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)】

地域とのつきあいは、町会の総合避難訓練に参加したり、片山津神社の祭礼の準備や、豚汁とわたあめの出店を出したり、小学校との交流事業も積極的に行っている。食材や日用品の買い出しに近くのお店やスーパーに利用者と一緒に出掛けたり、天気の良い日には近所へ散歩に出かけ地域の一人として生活している。毎年夏には「ゆかた祭り」と称して模擬店やバザーを開催して地域の人、家族、関係者等が大勢集まってくれている。また春から秋まで毎月隣の敷地で実施している「片山津ふれあい市」は今年で4年目を迎え、鮮魚、パン、野菜、まんじゅう、フルーツ等の出店と焼き鳥焼きそば等の模擬店を出して地域交流の場となっている。その運営には地域の人たちや家族の方も参加してくれている。

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. 全くいない
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	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。	法人理念、ぬくもりの里運営理念、ぬくもりの里地域理念を定め、さらにより具体的な五つの支援内容を行動指針の中に謳っている。新任研修マニュアルの中には方針と理念を読み込み復唱して暗記することが書かれている。管理者は月に一度の全体ミーティングの時に理念について職員に伝え共有している。	
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人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、高齢者いきいきサロンの参加、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。採れたての野菜や花などをさりげなく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。	町会の総合避難訓練に参加したり、片山津神社の祭礼の準備や、豚汁とわたあめの出店を出したり、小学校との交流事業も積極的に行っている。食材や日用品の買い出しに近くのお店やスーパーに利用者と一緒に出掛けたり、天気の良い日には近所へ散歩に出かけ地域の一人として生活している。毎年夏には「ゆかた祭り」と称して模擬店やバザーを開催して地域の人、家族、関係者等が大勢集まってくれている。	
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。		
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、地域の方からの情報を得て、神社の清掃、祭礼、サロン、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。	区長、地区社協、民生委員、市、包括、協力医療機関、地域の老人会、家族等が参加して2カ月に一度開催している。利用者の状況、待機者・見学者の状況、行事、職員の研修状況等が報告され質疑応答をしている。今年は台風21号による浸水被害と公民館への避難について詳細に報告が行われている。また行政から総合事業についての説明も受けている。	
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副会長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連絡会に参加して研修や行政との連携を図っている。便りや行事案内は社協や市役所、地域包括、老人福祉センター等に送付して事業所の取り組みを伝えていく。また、管理者は加賀市の健康福祉審議会の委員をしており介護保険事業計画の策定に携わり行政との連携を図っている。	

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	
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「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。玄関の施錠は防犯の観点から夜間のみ行っていますが、早朝であっても野菜・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。	身体拘束マニュアルがあり、行動指針の中にも身体拘束を行わないことを定めている。市主催の研修にも参加して、伝達研修も行い職員に周知している。建物の施錠は夜間帯、防犯上の観点で実施している。また、権利擁護事業についての勉強会を行って、実際に後見制度や日常生活自立支援事業を利用している方も数名いる。		
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のないよう注意を払い、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	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。			
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も出席していただいで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職員会議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掲示も行っているが今のところ苦情は寄せられていない。事業所の行事やふれあい市の運営に参加してくれる家族も多く、家族来訪時をとらえて職員は家族から意見や要望を聴取している。また、最低半年に一度はケアマネジャーとの面談がありその際にも家族の要望を聴取している。		
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	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、年に複数回個々人から直接意見を聞く機会を設けています。	管理者は毎日出勤しており、職員はいつでも気兼ねなく意見や提案を述べる事ができると職員から聴取する事ができた。会社独自の互助会制度を設けて慶弔金や退職金制度を導入し、職員の福利厚生の上昇に努めている。全体ミーティングの時にも職員は意見や提案を行い運営へとつなげている。		
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。			

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	
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、資格習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タ養成講座、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、事業者連絡会、ケアマネ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。			
<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を受けとめて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。			
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」「職員に教えている」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・墓参りなど一緒に出かけたり、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	行きつけの寿司屋、馴染みの美容院や補聴器の修理に外出する方もおられます。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。また、一人一人の職歴や趣味から材木店や喫茶店、演劇やカラオケなど、できるだけ同じような環境の所へ外出できるように努めています。ご近所や友人にも面会に来ていただき、今までの関係を継続できるよう支援しています。	入居前に自宅訪問し自宅での生活の様子や自室の家具の配置を見て入居後にも自宅での生活の様式が継続できるような配慮をしている。個別の外出の日があり行きつけのすし屋に職員と一緒に出かけたり、仏壇参りに出かけたりする人もいます。入居後にも近所の人が大勢遊びに来ているひとり暮らしをしていた人もいます。		
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しあいが関わり合い、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椅子の配置・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、御家族自身が再び入居を申し込まれている方もおられます。			
<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	意思の表現ができる方には要望をお聞きし、日々の表情の中から納得のいく生活が送れているか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把握するようにしています。また意思の表現が困難な方には表情や「アー、ウー」等のサインを見逃さないように関わっています。センター方式のアセスメントを用い 共通の5つの視点、その人らしいあり方、安心と快、心身の力の発揮、安全と健やかさ、馴染の暮らしの継続の視点に添って本人の暮らしのニーズの把握に努めています。	24時間生活変化シートを活用して、利用者の願いや支援してほしいことにアプローチしている。また、利用者ひとり一人のしぐさや、身体のサインにも注意している。例えば、落ち着きなくしている人が立ち上がった時にトイレ誘導すると排せつがスムーズに言ったことを職員間で共有して本人本位のケアができるようにしている。		
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これ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、入居時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。			
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。また、センター方式D-4・D-1シート等を活用し、ご本人の出来る力や一日の流れでの気分の変化を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。			

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	
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職員とで検討した後計画作成者が介護計画を作成している。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計画を見直すようにしています。	計画作成担当者と居室担当者が一緒にアセスメントを行い、全体ミーティングでサービス担当者会議を開催し原案の周知を行っている。モニタリングは毎月行い、大きな変化がなくても半年に一度はプランを変更している。介護記録を書くときには記録紙のところにプランが綴られていていつもプランを意識して記録できるような工夫が行われている。		
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。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。職員は毎日1名以上がフリーとして外出の支援、通院の支援に対応できるようローテーション以外に動ける職員を配置しています。			
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お寿司屋さんへの外出や、家族と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。			
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。現在、定期的なバ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。	協力医療機関は往診してくれるため、入居後にはかかりつけ医になっている。内科以外の受診が必要なことはかかりつけ医が紹介状を書いてくれて原則家族送迎で通院している。家族の都合がつかない時や、施設職員からの情報提供が必要な場合には職員が付き添っていくこともある。往診時には医師から直接に指示を受けたり、情報提供をしている。		
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3名の方の看取りを連携して行うことが出来ました。			

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
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、利用者さん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。退院の際に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きます。		
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しています。常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3名の方の看取りを連携して行うことが出来ました。	重度化の指針には看取りについて書かれているが実際の看取り時には「看取り介護の同意書」を交わして実施している。事業所で提供できる医療の範囲や、安らかにぬくもりの里内で最期を迎えることなどが同意書で説明を行っている。ここ一年の間に3件の看取り事例があり、107歳でお亡くなりになった方や入院していたが最期はここで迎えたいと退院してきてお亡くなりになった方もいる。	
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無いようマニュアルを作成し、申し送りで伝えています。		
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。事業所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」の中に、「介護事故防止・対応マニュアル」、「食中毒予防マニュアル」、「感染マニュアル」などが作成されている。マニュアルは、入職時には伝えている。また、「ひやりはっ」とを次月の全体会議で話し合うことで、マニュアルの周知に繋げている。見直しは、全体会議で随時行っている。	
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、市内の医院であり、毎日往診に来ている。緊急時等1年を通し、24時間連絡が取れる。また、精神科医にも往診してもらっている。協力歯科医もあり、ターミナルでは訪問看護とも24時間体制で連携している。バックアップ施設は、市内の老人保健施設であり、その本体施設や関連事業所と行事の行き来やキャラバンメイトなどいろいろな交流をしている。	
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ユニットであるので、二人夜勤体制である。夜勤者二人になるのは、20時から翌朝7時までである。夜間帯の利用者の急変については、夜勤者から管理者またはリーダーへ連絡を入れ、指示を仰ぐことになっている。救急車を呼んだ場合は、「緊急時連絡体制一覧」に基づき対応する。家族に連絡を入れ、家族が救急車に同乗したり、管理者やリーダーが応援に来て、職員が病院へ向かうこともある。	

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	
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夜間帯を想定して実施しており、連動した通報装置を使用している訓練も実施しています。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もあり、今年度は8月の大雨の時に訓練目的に地域の公民館に避難したことで、職員も避難の方法を身につけている。又、地域との連絡網も整備されており、10月の台風21号の時には、早朝であったにもかかわらず、地域の方の協力もあり安全に避難できています。	平成29年度は、5月と10月に消防署立ち合いで総合訓練を実施している。防災訓練には、地域の方が1～2名参加してくれる。また、5月には地区の防災訓練に職員2名も参加している。地区の避難場所は、片山津小学校であるが、トイレ等が不便であるので、地区と話し合い片山津公民館にしてみようなど、地域と連携し、防災に取り組んでいる。今年10月には、台風により水に浸かり、実際に災害を経験し、防災意識が高まっている。		
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。	「災害発生時対応方法」、「119番対応方法」、「緊急時連絡体制一覧」などマニュアルが作成されている。マニュアルは、火災、地震、風水害について記載されている。備蓄リストが作成され、食料、飲料水、生活備品、介護用品などが備蓄されている。マニュアルは、全体会議において随時見直しを行っている。		
<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、丁寧な言葉使いや接し方を心がけています。又、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。	利用者が出来ないことがあったり、失敗したり、屋間にパジャマに着替えたりしてチグハグなことをしても、本人を傷つけないような声掛けを心がけている。当然、トイレの戸や居室の戸は閉め忘れない。トイレの声掛けは、直接的な言葉ではなく、「散歩に行きましょうか」など、何か一緒に行動を共にしている中で、トイレの声掛けをするように心がけている。		
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現す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あわせて支援しています。又、天気の良い日は買い物や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。			
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。本人の行きつけ理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。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。			



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。	週3回程度は食事の買物に出かけ、下ごしらえや味見、盛り付けや後片付けを手伝ってもらっている。食事中は職員も各テーブルに1名座り、一緒に食べ、食材やテレビのことなど、その方の好きな話題を話しながら食事を楽しんでいる。また、食事を摂る時間や食べるかどうかは、本人の意思を尊重している。毎朝、パン食の方もいる。この他、フロアーの夕食や15時のおやつなどでも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1日の食事量や水分量が制限されている方については、主治医や管理栄養士、に相談し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	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います。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、口腔ティッシュで除菌したりする等のケアを行っています。			
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、タイミングをみてさりげなく声かけし、トイレでの排泄に心がけています。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、自排尿や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。	「日常業務」の「トイレについて」の中に、「自立の方へは声掛け見守りを行う。随時、何気ない関わりで、下着の汚れがないか確認する」とか、「介助を必要とするお年寄りへは、時間を見ながら、また、ご本人に伺いながらトイレへお誘いする」と示してある。日々の支援でも、汚れているから無理に替えてしまうのではなく、コミュニケーションの中で本人が交換する気持ちになるような関わりを持つようになっている。		
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。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。お茶を好まず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。又、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。基本的には午前中に入浴となっていますが、一人ひとり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、愛称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。	「日常業務について」の「入浴について」の項目において、「プライバシーや安全への配慮」について示されている。毎日、各フロアーともお風呂が沸いている。1つのフロアーにはリフトも設置されている。毎日の入浴は、1日に2～3人であり、本人の入りたいタイミングで入浴してもらいように配慮している。そのため、拒む方もタイミングよく声かけすると入浴してくれる。週2回は入浴してもらっている。入浴時は、歌を歌ったり、話をしたり、菖蒲湯やゆず湯などで気分転換している。		

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		○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時間ほど居家で休まれる方もいます。又、夜間の睡眠時、居室の照明と室温に配慮したり、クラシックの好きな方には就寝時にクラシックのCDをかけたりと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。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、食材の買出し、読書等、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しています。利用者の誕生日には一人ひとりの希望を聞いて、夕食をしたり、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	買い物や外出、馴染みの床屋、墓参り、法事、温泉、ドライブ等、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の協力で行かれています。又、フリーデイの活用でその方が好む一日をゆったりと過ごすことが出来るよう支援しています。	ユニットごとに花見に出かけたり、「秋の外出・小旅行」に出かけている。ホームの横に月1回、「片山津ふれあい市」が開かれ、家族も一緒に出かけている。また、「片山津神社祭礼」に行き、出店で食事をしたりもする。文化会館や民間会社からの招待で催し物を見に出かけている。また、個人の希望に応じて、職員が付き添い食事や買い物に出かけたり、空家になっている自宅に着替えを取りに行ったり、馴染みの床屋に付き添ったりと、個別の希望による外出の機会も確保するよう取り組んでいる。		
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、お金の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。金銭管理が困難であっても自分で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	携帯電話を所持し使用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、郵便局へ一緒に行きはがきや切手を買ったり、自らの手でポストに投函できるよう支援しています。海外に家族がいる方には家族からのエメールを読んであげる等の支援をしています。			

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
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どよい皆で食事をしています。	リビングだけでなく、他の場所にも座って過ごせるように、イスやソファを置いている。リビングには、季節の花や飾り付けを行い、季節を感じてもらうように配慮している。リビングは、広めに作られているので、採れた野菜の下ごしらえをしたり、ハクチョウや白山を眺めたり、皆と一緒にのんびりと過ごす場所になっている。また、職員は、利用者と一緒に清掃し、清潔を保ち、室温や換気など居心地良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おり、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にて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。	居室では、皆思うように過ごしている。寝る前には必ず小説を読む方とか、寝たきりの方でクラシックの好きな方がいて、寝る前と朝起きる時に毎日職員が音楽を流すなど、できる限り本人の好みの生活スタイルが可能になるよう支援している。また、職員はベッドの位置など動線を確保するよう配慮し、室温、湿度、換気にも配慮し、夜間は居室に濡れタオルを掛けるようにしている。居室は内鍵があり、2~3人の方は鍵をかけて寝ている。	
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一人で歩いて行けるように手すりの設置、夜間ご自分でトイレに行けるように足元の照明を設置したりと、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。		