

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8年2月20日	評価結果市町村受理日	令和8年4月13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	(有)エイ・ワイ・エイ研究所
所在地	石川県金沢市広岡2丁目9番7号 サークパス金沢広岡506号
訪問調査日	令和8年3月6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。町内の祭礼や清掃の参加、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4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・花の販売や豚汁、焼き鳥、焼きそば等近隣事業所も協働で行っています。利用者や家族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4年生を対象に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中学生となり、認知症ステップアップ講座を中学校にて取り組んでいます。医療との連携もとれており「かかりつけ医」「訪問看護ステーション」と連携し24時間対応と看取りも行っています。

【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)】

法人理念は「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」、地域理念「人にやさしい町になるその種まきをしよう」を定めている。ホームの隣で行われる「片山津ふれあい市」は開催から10年以上を継続している。「ふれあい市」は地域住民や近隣事業所も参加し、「ぬくもりの里」を事務局として、年4回農作物等の即売会を行っている。神社の祭礼前の掃除や祭礼の地域のグループホームと共同で豚汁の販売に参加している。他の事業所と連携して認知症キャラバンメイト活動(認知症サポーター養成講座、小学校で高齢者疑似体験、片山津中学校で認知症ステップアップ講座等)に取り組んでおり、認知症への理解を地域に広める活動を継続している。食事は配達食材・買い物・ホーム畑で収穫した野菜等、旬の食材を使ったものを提供している。季節行事(正月おせち、恵方巻き等)の食事は利用者の楽しみとなっている。協力医療機関(訪問診療・往診・ワクチン接種・他科受診の紹介状)、認知症専門医、訪問看護(健康管理)、往診歯科医と医療連携支援体制を構築しており、利用者・家族が安心につながっている。天気の良い日は利用者の希望を聞き、ホーム周辺での散歩や玄関先での外気浴、ホーム畑の世話や草むしり、ドライブ等の日常外出や家族との受診・外食・買い物等への外出を支援している。

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)
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)
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)
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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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常に理念に立ち返るようにしています。	法人理念・地域理念を定めている。ホーム理念として「利用者それぞれの方の今までの人生の歩みを尊重し、生活様式が継続できるよう職員は家族に代わり共に暮らす人として関わっている。また地域の中で「家」として家庭的な雰囲気大切に、家族、友人、知人との交流を継続できるように支援している。」を掲げており、入職時、全体ミーティングで理念について話をして職員に周知している。今年度の目標として「個別支援に取り組む」を設定して、ミーティングで振り返り、理念に沿ったケア実践に取り組んでいる。	
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づくりを行っています。町内の神社祭礼では1週間前の清掃の参加と当日の豚汁作り販売を同地域であるグループホームと共に行いました。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。	区に所属しており回覧板で地域情報を得ている。地域理念に基づき、ホームの隣で行われる「片山津ふれあい市」は10年以上継続開催している。「ふれあい市」は地域住民や近隣事業所も参加し「ぬくもりの里」を事務局として、年4回農作物等の即売会を行っている。片山津神社の祭礼前の掃除参加や祭礼では地域のグループホームと共同で豚汁の販売に参加している。地域住民からの野菜・花の差し入れやもあり日常的に交流している。	
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。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。片山津圏域すべての3つの小学校で実施しています。片山津中学校では認知症ステップアップ講座を開催しました。また、認知症月間には圏域6つの事業所で手分けをしてチラシとポケットティッシュを配布するなど認知症の啓蒙活動に参加しました。		
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	毎回地域の方々10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、ふれあい市、神社の清掃、祭礼等の行事の打ち合わせをするなど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。	運営推進会議は片山津ふれあい市の実行役員(3名)・嘱託医、行政関係者・民生委員・家族等が参加し年6回開催している。会議ではホームの現状・事故・職員研修などの報告の他、嘱託医に「ヒートショック」「熱中症」など講義をお願いすることもある。家族・地域住民からの意見・質疑応答、ふれあい市・神社の祭礼関係等の行事について打ち合わせ等、ホームの運営に活かしている。	

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
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・協力を行っています。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。代表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。加賀市が主催する高齢者虐待防止研修会の参加など連携を図っています。	市役所や地域包括支援センターとは日頃から電話やメールでやり取りをしている。認知症キャラバンメイトリーダーとして地域のサポーター養成、小学校で高齢者疑似体験等を行い、中学校で認知症ステップアップ講座を開催する等の活動を行っている。加賀市からは「介護なんでも110番」の委託を受け、地域住民の相談や、必要時にはサービスの紹介や市の窓口等に繋げている。代表者は加賀市介護サービス事業者協議会の役員として高齢者福祉に取り組む活動を通じて市と連携を図っている。	
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、定期的委員会を開催しています。具体的にはコールセンサーの使用目的についても話し合いを重ねています。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。	「高齢者虐待防止指針」「高齢者虐待防止マニュアル」を整備し、3ヶ月毎に身体拘束排除委員会を開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。職員向けの研修実施や全体ミーティングで委員会からの報告(離床センサーの利用、スピーチロック等)を通じて身体拘束についての理解を促している。職員には自己チェックを実施しており、実施結果をもとに面談を行い、身体拘束・高齢者虐待について職員の気づきを喚起し、重要性を周知している。	
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	現在生活保護受給者の方は1名います。過去に日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用されていた方もいたので管理者職員間で理解・共有されていました。今後も必要な方の状況に応じた対応ができるようにしていきます。		
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。会議の議事録をご家族に送り、暮らしの様子やホームの取り組み等を伝えています。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。	運営推進会議・行事・面会時・遠方の家族とLINEや電話での連絡時に利用者の近況を伝えて、家族の意見や要望などを聴取している。2か月毎の個別便り・運営推進会議の議事録・誕生日の写真等を送付し、利用者の暮らしの様子やホームの取り組み等を伝えている。利用者の意見はともに暮らす中で職員が折にふれ聴いており、うまく思いを言葉にできない利用者についても、しぐさやアイコンタクト等を通じてその思いをくみ取り、アセスメントし、ミーティング等で職員間で共有している。	
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	代表者や管理者は日々職員と接しています。月に一度「ユニットミーティング」を実施し職員の意見を活かせるようにしています。管理者もシフトに入り勤務しており、職員と一緒に仕事をしながら意見を聞いたり提案を受けています。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。	管理者は職員と共にシフト勤務しており、折にふれて職員の意見を聞き、耳を傾けている。その他朝夕のミーティング、ユニットミーティング、全体ミーティング、各種委員会活動も職員の意見や提案を聞く機会となっている。代表者も管理者からの報告を受け、職員の意見を生かせるように話し合っている。年に数回職員と個別面談の時間を設けている。	
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、常に管理者やリーダー・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ポ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、検討し圏域のポトムアップに努めています。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、ご家族と一緒に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。		
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張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。通所利用後に入居申し込みをされ、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」と自信を持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。以前は外出や面会に制限がありましたが、現在は感染防止に努めながら外出やお部屋での面会等も緩和しています。また、遠方のご家族には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。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。		

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	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られたり、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。現在は感染状況に注意しながら居室での面会や、ご家族との外出や食事等も緩和されています。また、面会時には入居者の様子や気づいたことなどをお伝えするようにしています。引き続き、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。ご近所や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。	入居前から利用者・家族、サービス関係者等から成育歴、生活歴やライフイベント、習慣、好み、これまでの介護サービスなどについての基本情報を聞き取り、今までの馴染みの人や場所についての把握に取り組んでいる。家族との面会・電話・外食や、馴染みの美容師のカット来訪、友人・知人の来訪面会を支援している。友人・知人からの手紙や年賀状は家族がホームに届けてくれている。職員は住んでいた自宅周辺や利用していた商店へのドライブ・買い物外出を支援している。		
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ご利用者が関わり合い、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。トラブルが起らないようリビングでのテーブルやソファ、椅子の配置、及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。			
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っています。また、入居時には本人やご家族からこれまでの生活歴や生活状況をお聞きしその人の人生を振り返りながら日々のケアに努めています。そして、居室担当を中心にモニタリングを行い、カンファレンス等で話し合い、一人ひとりの思いを把握していくよう努めています。	職員は毎日とともに生活する中で表情・会話・身振り等から利用者一人ひとりの思いや希望の把握に取り組んでいる。意思表現するのが難しい利用者には表情を見てアイコンタクトをとったり、好きな歌を歌ったりと工夫しながら利用者の独特のサインや気持ち、体調も含めてくみ取れるよう取り組んでいる。特に1対1の場面(入浴時、居室での介助、就寝前等)の会話を多く持つよう取り組んでいる。家族からもこれまでの生活歴や好み・要望を聞き取り、それを活かせるようミーティング等で話し合いしている。		
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もご本人の思いを聞くことはもとより、ご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又は、ユニット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。入居後、1週間程はセンター方式(D-4シート)を全職員に記入してもらい、入居後の様子や習慣等を把握し、初回ケアプランの参考にしています。又、居室担当者を中心にモニタリング(2~3ヶ月毎)を行いケアのあり方について検討、ご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、追加介護計画書や状態に応じた支援内容を作成し、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。	基本情報・利用者や家族の思いや要望を把握し、全体ミーティングで話し合い、居室担当者で計画作成担当者がアセスメントとサービス計画書原案を作成している。サービス計画書は利用者本人が「できることの継続」「できないことの支援」「健康面」をふまえた利用者にとって楽しいことを重視している。3ヶ月毎にモニタリング(申し送り、記録)を行い、サービス計画書は半年毎に更新・見直しを行っている。状態の変化があった時は随時に見直しを行っている。	利用者のニーズを明確化・具体化して、サービス内容をより具体的にされることを期待する。
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タブレット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・カンファレンス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。		

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
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。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域と一緒に実施していたふれあい市は、毎年6月から年4回開催しています。、入居者さんも楽しみに市に参加され野菜や果物、パン等を購入されています。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・脳外科・外科・皮膚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に連絡し共有するようにしています。	従来からのかかりつけ医への継続外来受診(家族付き添い)またはホーム提携の訪問診療医の医定期受診を選択できる医療受診体制となっている。看護職員と訪問看護事業者による健康管理・相談体制を整備している。家族付き添い受診時は、利用者情報を書面にして家族に渡し、適切な医療を受けられるよう支援している。また必要に応じて職員が同行支援している。4週に1回の認知症専門医の訪問診療や往診歯科医との提携もあり、適切な医療を受けられる体制整備している。	
31		○訪問看護ステーションとの協働 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	当施設常勤看護師と別に週2回訪看ステーションの看護師に来てもらっており、利用者の往診診察の内容や心身の状態の変化を伝え、アドバイスをいただいております。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。		
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等を話し合い支援していけるよう努めています。		

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
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。個々のご家族の事情やお住まい等に合わせ、身体状態悪化毎に看取りのケアプランを作成し、その人らしい看取りを入居者さん、ご家族と一緒に行ってきました。	入居時に「重度化した場合における対応にかかわる指針」を利用者・家族に説明している。利用者の状態変化時（食事の経口摂取が困難、医療依存度等）は家族と話し合い、積極的な医療行為を希望時は介護保険施設や病院等へのスムーズな移行支援している。ホームでの看取りの希望時は家族の同意をもらって看取り介護を支援している。主治医・訪問看護との連携体制のもとホームでの看取りに支援に取り組んでいる。職員向けの年1回ターミナルケア研修を実施している。看取り事例後はユニットミーティングで事例を振り返りを実施し、経験を今後活かしている。	
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、申し送りして伝えています。		
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。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。事故発生後は報告書を提出し、事故防止対策を検討するとともに今後の対応を話し合い事故の再発防止に努めています。また、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もとられています。	症例ごとにマニュアルを策定しており、マニュアルをもとにホーム内研修を実施し、職員に対応手順を周知している。緊急時連絡を整備しており、連携医療機関・訪問看護との相談体制を構築している。ヒヤリハット・事故報告書の提出時は、全体ミーティングでの報告とマニュアルを確認する機会としており、事故の再発防止に取り組んでいる。行方不明対策として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を整備している。	誤嚥・窒息発生時の対応について、定期的に実技訓練を実施されることを期待する。
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4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（訪問診療・往診・ワクチン接種・他科受診の紹介状）、精神科医（毎月往診）、訪問看護（健康管理）、薬剤師（服薬管理）、往診歯科医と医療連携支援体制を構築している。市内の老人保健施設のバックアップ支援体制を整備しており、必要に応じて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。利用者に状態の変化があった場合は利用者緊急時の連絡体制一覧に基づき、管理者、またはリーダーに連絡する体制になっています。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。	夜間は各ユニット1名（ホーム内2名）の夜勤体制でなっている。緊急時は夜勤者が協力し対応している。緊急時はリーダー・管理者・主治医への相談体制を構築している。近隣に住まいする職員の応援体制を整備している。提携医療機関とは24時間対応可能な体制となっている。夜勤申し送り時は利用者のその日の様子や注意事項（主治医、看護師の指示事項等）を確認して夜間緊急時に備えている。	
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ます。	年2回火災避難訓練（昼・夜想定、うち1回消防立ち合い）を実施している。訓練では通報方法、避難経路、避難場所、初期消火方法、利用者毎の避難移動（車椅子使用）方法を確認している。BCPIに基づいて震災・水災発生時の対策（公民館への避難等）を訓練している。防災設備（スプリンクラー、自動通報装置等）は定期的に点検しており、自主点検も実施している。	災害発生時において、地域との協力体制を構築されることを期待する。

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来ています。また緊急連絡用のグループLINEも活用し皆との連絡をスムーズに行っています。	災害発生時対応マニュアル・BCPを策定している。「加賀市防災ハンドブック」にて「洪水等の避難確保計画」、「災害発生時連絡体制一覧」、「加賀市防災ハンドブック」を確認している。備蓄品(水、食料、使い捨て容器、カセットコンロ、ガスボンベ、ライター、医薬品、衛生用品、体温計等)をリスト化して保管している。連携医療機関・訪問看護との連携にて避難所での往診体制を構築している。職員とは緊急連絡用のグループLINEを活用している。	
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ゆっくり丁寧な言葉使いや接し方を心がけています。職員一人ひとりが日常のケアを振り返ると共に、ユニットミーティングで取りあげ皆で話あっています。昨年度より、自己チェック表を活用し不適切ケアのないよう実施、再認識しています。人生の先輩方である事を念頭に置き対応するように、その日の体調や顔の表情、声のトーンにも気を配って対応しています。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。	年1回接遇・プライバシー保護に関する研修を実施している。職員は場面や場所に配慮しゆっくり丁寧な言葉使いや接し方に取り組んでいる。年2回自己チェック(不適切ケア等)を行い、日常のケアを振り返る機会を設けて、利用者の人格を尊重したケアに取り組んでいる。居室入室時のノック、排泄介助では必ずトイレの戸は閉める、声掛けは耳元で小声で行う、職員は戸の外側で待つ、トイレの内鍵を掛けた方には掛けてもらう、入浴時・トイレ介助時の同性介助希望への対応、申し送りは利用者に誰のことを話しているかわからないように配慮するなど、プライバシーに配慮している。気になったことはユニットミーティングで議題として取り上げ職員間で話し合っている。	
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。普段から意思疎通が難しい利用者には選択肢を出してご本人さんに決めていただいています。		
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、居室で過ごしたりまた、ぬり絵、数字合わせ、パズル等、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、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。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。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これまで行っていた美容院や床屋に行ってカットしている方もいます。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。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。		

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。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しています。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。好き嫌いを把握して嫌いな物は代替えを用意したり小さく刻んだりして食べていただける工夫をしています。	食事の献立は職員と利用者が相談して決めている。配達食材・買い物・ホーム畑で収穫した野菜等、旬の食材を使ったものを提供している。利用者は野菜の皮むき・調理・盛り付け等、出来ること職員と一緒にしている。職員も一緒に食卓を囲んでいる。季節行事(正月おせち、恵方巻き、ひな祭りのちらし寿司、ぼたもち、柿の葉寿司、敬老会は赤飯と少し豪華なおかず、クリスマスケーキ等)の食事は利用者の楽しみとなっている。誕生会の手作りケーキ、手作り氷室饅頭、ぼたもち、ホットケーキ、ちぢみ、干し柿など手作りおやつでも食事を楽しんでいる。家族との外食や職員とのドライブ軽食(ソフトクリーム、コロッケ等)も支援している。		
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。水分量が少ない方に対しては一日の水分量をチェックしています。			
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介助しています。			
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しています。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、コールセンサーで合図していただいたり、安眠を優先し大きめのパットを使用したりと安全に配慮し支援しています。オムツやパットの使用に関しては、ユニット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。ご自分でトイレに行かれる方は一日に一回はパット、紙パンツを確認しています。	利用者全員について排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握しており、必要に応じて声かけてトイレでの排泄を支援している。利用者の身体状況や睡眠状況を考慮してポータブルトイレの設置や、パッドや紙パンツ等の衛生用品は本人に合ったものを使うよう利用者・家族と相談し、不快なく過ごせるよう配慮している。夜間は睡眠状況を確認して安眠を妨げない対応に取り組んでいる。		
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。			

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
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中の入浴になっていますが、入浴のタイミングが合わない方には時間をずらしたり、入浴中も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。6月の菖蒲の時には菖蒲を入れたり、12月の冬至の時にはゆずを入れたりと季節に合わせて楽しんでいただいています。入浴の順番はなるべく本人の希望に添って入っていただけるように支援しています。	毎日お風呂を沸かしており、週2回程度の入浴を支援している。入浴は利用者の希望(順番等)に合わせている。体調や気分が乗らない時は、時間・日にち変更、声をかけるタイミング、シャワー浴・清拭・着替え等へのサービス変更に対応して清潔保持を支援している。入浴介助時は話し好一緒に話をしたり、歌ったり利用者が楽しく入浴できるよう工夫している。ゆず湯、菖蒲湯の季節湯を楽しむ機会もある。入浴剤の使用、好みのシャンプーやスキンケア等も個別に対応している。身体状況に応じてリフト浴を使用している。	
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。日中はレクリエーションで体を動かしたりホーム内を歩いたり活動することによって夜間の睡眠につなげるように支援しています。昼食後にお昼寝される方もいます。夜間の睡眠時、居室の照明と室温に配慮したり、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)、シーツ交換、居室の掃除、読書、編み物、縫物、モップ掛け、パズル、ぬり絵、数合わせ、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。歌を唄ったり、太鼓の得意な人には太鼓をたたいてもらったりと楽しみとなる時間を作っています。		
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	ドライブ外出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、草むしりをしたりと本人の希望に添って支援しています。お出かけの際はご自身の住んでいた街に出かけたりして気分転換しています。また家族さんと通院後に昼食を食べたりドライブに行ったりしています。	天気の良い日は利用者の希望を聞き、ホーム周辺での散歩や玄関先での外気浴、ホーム畑の世話や草むしり、ドライブ等の日常外出を支援している。ドライブ外出は自宅周辺や市内の牧場、軽食・喫茶、馴染みの店、木場湯の花菖蒲、少人数で花見に出かけている。家族とは受診・外食・買い物・美容室等へ一緒に外出している。	

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
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。本人から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。		
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	毎週決まった曜日にご家族から電話が掛かって来る方もいらっしゃいます。携帯電話を使用してご自分で連絡を取ったりしている方もいらっしゃいます。		
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。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。中庭から外を眺めて季節の花を楽しんだりしています。共用のリビングには空気清浄加湿器を設置しています。	リビングの掃除や消毒は昼と夜2回行っている。換気は寒い時期は間接換気、天気の良い日は直接窓を開けて換気している。空気清浄器・加湿器の設置、採光や冷房・暖房の風が直接当たらないように等、利用者にとって快適な環境作りに取り組んでいる。利用者の相性を考慮した座席決め等、みんなが居心地よく過ごせるよう配慮している。季節の生け花や季節の飾りつけ、居室からの風景、中庭に咲く季節の花等、利用者が自然に季節をかんじられるよう工夫している。	
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ト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、置物、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。馴染みの家具を置く事で安心して暮らして行けるように配慮しています。	居室にはベッド・エアコン・寝具・椅子・内外の鍵が備え付けられている。入居時に自由に使い慣れた家具・生活用品(タンス、サイドボード、パソコン、置物、本棚、テレビ、冷蔵庫、テーブル、ぬいぐるみ、写真、お箸・茶碗・湯呑等)を持ち込んでいる。掃除は利用者と一緒にしている。掃除する際は本人に部屋にいてもらっている。居室の採光や温度・湿度に配慮(西日の当たる部屋にはシートを貼る、簾を掛ける等)している。居室内は利用者の身体状況に合わせて歩行器は起きたらすぐ使える場所に置くなど動線を確認し、安全・安心に、そして居心地よく生活できるよう居室作りを支援している。	
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安全かつ自立した生活が送れるように努力しています。		