

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	1790101040		
法人名	医療法人社団映寿会		
事業所名	グループホームみらい		
所在地	〒920-8202 金沢市西都2丁目141番地		
自己評価作成日	令和6年10月19日	評価結果市町村受理日	令和6年12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	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	金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和6年10月28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)】

協力医療機関との連携で、心身の状態変化に迅速に相談・対応できる体制となっています。また施設生活が困難になった場合も他の施設への受け入れなどができるよう、会議を定期的に行いご利用者の情報共有を行っています。年間行事を計画し、外出の機会を設けたり、施設内の行事を行い、ご利用者に季節感を味わってもらえるような企画を実行しています。また職員も一緒に参加し楽しむ事をモットーに取り組んでいます。

【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)】

ホーム理念として「自由、生きがい、豊かな人生の送り方」を掲げ、職員の行動指針「認知症への理解、寄り添い(要約)」を定めている。当ホームは運動・栄養プログラム・個別リハビリ・口腔内ケアに力を入れており、医療面においても法人グループ・協力医療機関との連携体制を整備して利用者・家族が安心して生活できる支援に取り組んでいる。利用者の希望・要望を日々の会話の中から聞き、意思疎通が困難な状態や性格がおとなしい利用者については表情・行動から推察して選択肢を示し自己決定できるよう繰り返し希望・要望の把握に取り組んでいる。ドラッグストアでの買い物等の地域交流や家族・友人・知人との馴染みの人・場所との関係継続に取り組んでおり、近所の公園への散歩や少人数での外出、家族との外出(買い物、冠婚葬祭等)や定期的な自宅訪問を支援している。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 全くない
63	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:40,41)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	70	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
64	利用者は、戸外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	運営方針として重要事項説明書に載せています。また行動指針に沿った支援を行う事を目指しています。	ホーム理念として「自由、生きがい、豊かな人生の送り方」を掲げ、職員の行動指針「認知症への理解、寄り添い(要約)」を定めている。玄関への掲示とともに、毎月のミーティングや日々の業務の中で職員の行動が理念・指針に沿ったものとなっているかを話し合い職員に周知を図っている。	ホーム理念・行動指針について職員・利用者・家族の目につきやすい場所(例:フロア内、面談室等)に掲示する等の取り組みに期待する。
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	民生委員の方は同じ町会のため、町内の情報を聞く機会があります。近所での買い物定期的にしているため、声をかけて頂く事もあります。	民生委員からの案内や町内回覧板より地域情報を得ている。町会の公園清掃への参加や近隣店舗での買い物、公園への散歩時の挨拶等を通じて交流を図っている。ホーム開設以来からコロナ禍を経て地域交流が困難な状況ではあったが、民生委員との連携などできる限りの交流に取り組んでいる。法人の行事には地域住民を招待している。	
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	運営推進会議にご利用者様とご家族様に参加して頂き、家族からの話を、民生委員、地域包括の方に聞いた頂く機会を設けています。		
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、民生委員、介護保険課又は地域包括に施設の稼働状況、事故報告、活動報告を行い、意見を頂いています。	2ヶ月毎に運営推進会議を開催している。会議では運営状況・事例及び活動報告(写真)等の資料をもとに民生委員・家族代表・行政関係者・利用者とテーマ(防災、認知症等)を設定して話し合い、参加者からの質問・意見を職員ミーティングで話し合いサービスの向上に活かしている。議事録は職員室に保管しており要望があれば誰でも閲覧できるようにしている。	様々な関係者の運営推進会議への参加促進のためにも議事録をいつでも閲覧できるように玄関に備え付けるか、全家族や関係者に送付する等の取り組みに期待する。
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に取り組んでいる	運営上、必要な加算の申請、人員に関する書類の提出など電話で相談し確認しています。介護保険課からのお知らせはメールにて確認しています。	運営推進会議や事業者連絡会、日常的な電話相談・メール相談・FAXでの情報提供を通じて、行政担当者との連携を図っている。制度・運営上の疑問点が生じた場合市担当課窓口で相談しており、ホームの実情への理解を得て必要な助言を得ている。	
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	建物の構造上、玄関は死角の為、施錠は行っていません。その分施設内は行動を抑制することなく、自由に行動できるようにしています。身体拘束の委員会を適宜開催し職員と話し合いを行っています。	法人全体での身体拘束委員会への参加や、ホーム内身体拘束適正化委員会の開催、年2回の法人内研修、外部研修の受講(その後ホーム内で伝達講習)、ミーティングでの事例検討を通じて、職員に身体拘束についての正しい理解を促している。利用者にホーム内を安全に自由に行動できるように見守り・付き添いケアに取り組んでいる。スピーチロックやグレーゾーンのケアについてミーティングや日々の業務の中で注意し合っている。	
7		○虐待の防止の徹底			

	<p>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</p>	<p>巴拓支援センターの虐待防止の研修に参加し知識を習得して取り組んでいます。職員が余裕を持ってケアに取り組めるよう相談しやすい関係性を築けるように取り組んでいます。</p>		
--	---	---	--	--

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	成年後見人制度を利用している方が2名います。手続きなどの際は立ち合いをし本人の状態の資料を作成するなどの機会を持つことができました。		
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	ご家族の思いを十分に聞きとりながら、ご本人様の状態も把握しながら契約をさせて頂いています。今後の生活のイメージが持てるように可能な限り施設の見学をして頂いています。トラブルにならないよう、料金や施設生活のリスクについては理解して頂いています。		
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	契約の際に苦情に関する窓口などはお伝えしています。ご家族が訪問された際に要望などを言われ、判断できない時は管理者に報告しご家族にお伝えする様にしています。記録を行い職員は周知出来るよう努めています。	季節毎に広報誌(利用者の写真中心)を郵送して暮らしぶりを伝えており、家族の来訪面会や電話・メール・LINEでのやり取りの中で意見・要望を聞いている。家族の意見・要望は個別ケース記録・申し送りノート(全体)・各フロアノートに記録している。記録をもとに管理者・職員で話し合い結果・対応を家族に伝えている。ホーム全体への意見についてはミーティングで話し合い運営に反映させている。満足度調査によっても意見を収集しており、運営推進会議で報告し、家族にもフィードバックしている。	
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	月1回の業務ミーティング、賞与前の個別面談などで職員の意見や相談を聞く機会を設けています。その他日々の業務など直接のやり取りで解決できるようにしています。	毎日の申し送り時の意見伝達や毎月のミーティング時では管理者が差配して各職員から意見・提案を聞く機会を設けている。また日常業務の中でも個別に意見を聞く機会がある。ホーム全体に関わる職員の意見・提案はミーティングで話し合い検討してサービスの向上に活かしている。年2回の個別面談(人事考課)は職員の生活環境も確認して、職員が働きやすい職場環境作りにつなげている。	
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	年に2回個別の評価(人事考課)を実施し賞与に反映しています。労働時間は配慮して休日出勤や時間外労働にならない体制作りと環境に努めています。		
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	個人の力量を把握し、適正な指導をしチーム力向上に努めています。法人内の月1回の研修参加と外部の研修参加も人選し参加しています。		
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	同法人では病院、老健、特養、有料老人ホームと情報を共有する会議を月1回開催しています。今年度より加算を頂いています。入居状況を報告、困難事例などを相談する機会を作ることで情報を共有できるので良い機会だと思っています。		

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	事前に情報を収集し、初期の面接を通してご本人様の状態を把握できるよう努めています。本人から話が聞き出しにくい際は家族の話を契約時に聞いてサービスに繋げていけるように努めています。		
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	施設入所時や契約時にご家族様が不安な事や要望がゆっくりと話せるような雰囲気作りに努めています。		
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	認知症の症状や状態を十分に聞き取りして家族と話し合い、専門医の受診の必要性など適切なアドバイスができるよう努めています。		
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	ご利用者様と一緒に体操をしたり、レクリエーションを一緒に行う時間を持つようになっています。食後の片づけや掃除などを一緒に行い生活の中で一緒に出来る事は行っています。		
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	ご家族様と買い物や散歩など自由に外出できるようにしています。またご本人様の居室でゆっくり過ごす事もできるようにしています。		
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	ご本人様の希望で行きつけの美容院にご家族様と出かけている方もいます。年2回、金沢大学の学生の慰問があり担当の先生	家族・親族の来訪や電話(友人含む)等、馴染みの人・場所との関係継続に取り組んでいる。家族との外出(美容室、医療受診、買い物、外食、鍼灸院、冠婚葬祭等)や自宅訪問(例:週2回の猫へのエサやり、近所の方に会う機会等)を支援している。慣れ親しんだ地域へのドライブ外出も企画している。利用者の希望に応じて家族・友人・知人への年賀状・暑中見舞い・手紙についても支援している。	
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	顔馴染みの方がくつろげるスペースで一緒に作業をしたりお茶を楽しんだりできる空間作りをしています。体操は集団で行い、時には他者との関りも持てる時間も作っています。		

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	入所してからはご家族とも今後の継続的な支援について相談できるような関係性を築く努力をしています。状態の変化に伴い、医療機関や他の施設に繋ぐ時は家族に説明をして納得し不安がないようフォローしています。			
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	施設で対応困難な事でも、家族の協力が得られる事で実現できる事は希望を聞いています。	利用者の希望・要望を日々の会話の中から聞いている。特に就寝前・入浴中・外気浴中等の職員との1対1の場面を重視している。意思疎通が困難な状態や性格がおとなしい利用者については表情・行動から推察して選択肢を示しながら繰り返し希望・要望を把握できるよう取り組んでいる。利用者の希望・要望や家族の意見はケース記録(電子媒体)を通じて全職員で共有している。特定の利用者に偏らないように管理者がバランスをとって利用者の希望・要望の把握に取り組んでいる。		
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	事前情報、ケアプラン交付、カンファレンスで職員間で情報を共有し本人の把握に努めている			
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	バイタル測定、食事量、排泄チェック(下剤の調整)を行い身体の状態観察を行っています。いつもの職員が把握し変化があればその都度記録し共有しながら観察を継続しています。			
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	3ヶ月に1回カンファレンスを開催しています。現状の課題についてどのように対応するかを話し合いケアプランに反映します。	利用者の希望・家族の意見・アセスメント・毎月の評価をもとにしたモニタリングを集約して利用者の身体ケアや生活習慣の継続、好きな事・楽しい事を主体としたケアプランを作成している。モニタリングは3ヶ月毎に実施してケアプランが現状に則したものとなっているかを話し合い、必要に応じてケアプランの変更・更新を行っている。また事情の変化があった場合は随時にケアプランを見直している。	より利用者本人の楽しみが充足できるケアプランとサービス内容の立案に期待する。(具体的な楽しみの明記、それを実現する5W1Hを意識したサービス内容の詳細な支援行動の設定など)	
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	電子入力で各フロアで他のフロアの情報も共有しています。また全員に周知したい予定はカレンダーに記入します。業務日誌の活用で日中、夜勤帯の情報が途切れないような方法を取りながら、必要事項は職員間で口頭での連絡も行っています。			
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、その時々にも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	共同生活の場で対応できない個人の嗜好品については家族の協力を得ながら提供しています。体調不良時は本人が食べられるものを提供するなどの対応も行っています。			

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	近くのドラッグストアに買い物に行ったり、公園でのピクニックをするなど地域の資源を活用し、現在生活している地域に馴染んでいけるような取り組みをしています。			
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	入所前からのかかりつけ医を希望される方はご家族と一緒に受診されています。病状が不安定な方や家族が対応困難な方は協力機関の往診医に依頼し緊急時の対応がスムーズにできるような体制作りをしています。	利用者・家族の希望に応じて従来からのかかりつけ医への外来受診(家族付き添い)または協力医療機関の往診医による定期受診を支援している。歯科医についても往診対応可能な連携体制を整備している。急な体調変化による受診について家族対応が困難な場合は職員が同行支援している。看護職員(各フロア)による健康管理体制も確立している。		
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	各フロアに看護師を1名配置することにより医療面のサポートをしてもらっています。病状が不安定な方は早期に対応し医療機関に状態報告をして相談しています。			
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。	入院時はサマリーにて経緯とADLなどの情報提供を行っています。退院後に施設での生活が不安なく過ごせるような状態に回復できるように医療機関と相談し退院時は今後のケアに対しての留意点などを職員に伝達できるような連携体制を目指しています。			
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、事業所で行え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	状態が改善せず重度化し、施設生活が困難と判断した際は家族に状態を伝え意向を確認し、主治医とも相談したうえで協力機関への入院などを進めています。施設生活を希望される方は主治医の指示のもと望む生活の継続を行っています。	利用開始時に当ホームの重度化・終末期におけるケア方針を説明して初期段階での意向(本人、家族)を確認している。利用者・家族の希望とホームでの介護生活状況(医療依存度)が折り合えば看取り支援をする方針としている。利用者の病状・状態変化時やホームでの生活が身体的に苦痛を伴う場合は、利用者・家族の意向・希望を確認し、主治医に相談の上で利用者本位に検討(ホームの設備、身体の安楽さ等)して病院や他の介護施設への移行を支援している。事例後はミーティングにて経験を職員間で共有している。		
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	誤嚥に備え吸痰器をすぐに使用できるように設置しています(看護師対応) 夜勤帯は他のフロアと協力して、状態の確認し判断に迷った際は管理者に連絡相談し判断しています。			
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	救急搬送の対応は個人ファイルにマニュアルが記載されており、ご利用者の生年月日、年齢、既往歴、家族連絡先が記載された情報シートでスピーディーに伝えられるようにしています。	緊急時対応マニュアルを定めており、救急搬送時の手順と個人別ファイル(マニュアル記載)と救急医療情報提供シート(生年月日、既往歴、薬事情報、家族連絡先等)を準備している。緊急時は管理者または看護職員に連絡して判断を仰いでいる。ヒヤリハット事例はミーティング時に職員間で話し合い情報共有して事故防止に活かしている。	職員の知識・スキルアップのために、年間を通じて定期的に応急対応(特に誤嚥・窒息時対応)の実技訓練の実施に期待する。	

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	月1回の情報共有会議で病院、老健、特養などの職員と利用者の情報を共有し相談を行う機会があります。	法人グループ内の病院・介護施設(老健、特養等)のバックアップ体制が充実している。各利用者の主治医及び協力医療機関の往診医との24時間相談体制を構築している。法人グループでの研修会や人員不足時の応援体制も整備されており多面的な支援体制を確立している。	
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	夜勤帯は各階に1名ずつ職員を配置しています。緊急時は各階のフロアの職員が協力し対応します。救急搬送は管理者が家族連絡、付き添いを行い対応します。	夜間は各フロア1名(ホーム内計2名)の勤務体制となっている。緊急時は各フロアの夜勤者が相互に協力して対応している。夜勤者への申し送り時にその日の利用者の状態の注意点と想定事態を確認して、主治医・看護師に事前に相談して対応方法を申し送りしている。救急搬送時は管理者が家族に連絡して病院に付き添い支援している。	
38	(16)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の消防訓練時に避難経路の確認と、火災報知器の取扱いを職員で確認し迅速な対応ができるよう取り組んでいます。	年2回、避難訓練を実施している。訓練では避難場所・通報方法の確認、避難設備(避難滑り台、非常階段等)の点検を実施している。スプリンクラーや火災報知器等の防災設備は業者により作動点検している。地域の一次避難場所は確認しているが、震災時は近隣の法人グループ施設との連携により対応することとなっている。また地域(ホーム向かいの家が町会長宅)との協力関係の構築に取り組んでいる。	
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	備蓄品、水などは2階の倉庫に保管して緊急時に備えています。また利用者名簿、職員名簿、緊急連絡網も定期的に更新をしています。	法人全体でBCPを策定している。備蓄品(飲料水、食品、衛生用品、カセットコンロ、常備薬等)は各フロア倉庫に保管している。また利用者名簿(救急搬送時の情報提供シート含む)や職員名簿、緊急連絡網を準備しており定期的に更新している。	
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	個室にテレビや冷蔵庫、タンスやその他装飾物は自由に持ち込みされています。各居室にトイレ、洗面所が設置されており、プライバシーは保護されていると思います。排泄面での介助はタイミングを見ながらの声かけを心がけています。	利用者一人ひとりの人格・人権尊重のために利用者が自己決定できる支援に取り組んでいる。接遇・倫理・コンプライアンス研修を通じて、利用者が思いを伝えやすい雰囲気作りや言葉遣いを周知しており、個々の真意を引き出せる対応に取り組んでいる。居室内にトイレが設置されており、トイレ誘導時の声かけ方法に配慮している。身体介助時(入浴、更衣、トイレ等)は同性介助の希望を確認している。	
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	思いを伝えやすい雰囲気や言葉遣いなど、個々の真意を引き出せるような対応を心がけています。上手く言葉で表現できない方には、答えやすい質問で自己決定できるように配慮しています。		
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	一人で過ごす時間を大切にしている方は自由に過ごして頂いています。一人一人のペースを把握しながら対応しています。		

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	行きつけの美容院に家族と出かけられる方は継続して通いヘアスタイルを楽しまれています。カットは月に1回訪問理容されている方が多く、顔そりや、パーマ、白髪染めなどご本人様のニーズに合わせた対応が可能となっています。		
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	おやつは季節の果物を提供したり、手作りおやつを一緒に行っています。食器洗いは毎日ご利用者が手伝って下さるので一緒に行います。	配食業者より献立と食材(おかず)が届き、ホームにてご飯・汁物を調理して食材をあためて利用者に食事を提供している。利用者の嚥下状態に合わせたソフト食・きざみ食等はホームにて職員が対応している。食卓準備や盛り付け、食器洗いは職員と一緒に利用者も持っている。季節の行事食、毎月のテイクアウト食(お弁当、芝寿司等)、手作りおやつ(おはぎ)、果物の買い物、家族からの差し入れや家族との夕食等も利用者の楽しみとなっている。	
45		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一日のカロリーの管理がされており、栄養バランスの摂れた食事を提供しています。嚥下困難な方用にソフト食を提供できるようになっています。お粥、お茶ゼリーは職員が作り毎食提供できるようにしています。水分は毎食200ccを目安に提供しています。水分摂取量の少ない方には好みの飲み物、脱水傾向の方にはOS1を提供するなど脱水予防に努めています。		
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、声かけや介助のもと口腔ケアを実施しています。義歯は毎晩つけ置きして衛生管理をしています。口腔内のケアが不十分な方にはクリーニングを実施してもらっています(居宅療養管理指導)		
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	1人1人の排泄のリズムに合わせてトイレ誘導をしています。夜間頻尿の方も付き添いトイレにて排尿を行っています。パルーン装着の方の排便はトイレにて行っています。	排泄チェック表にて利用者一人ひとりの排泄状況を把握している。必要に応じた声かけ誘導や歩行介助、後始末介助、看護職員が確認した上での排泄薬剤の使用、状態にあったパット・オムツの選択等、感染症防止・衛生面に配慮して支援している。居室にトイレが設置されており羞恥心やプライバシーに配慮されている。	
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	排便のチェックを行い、排便状況を把握しています。便秘予防におやつ時の水分にオリゴ糖を入れて提供しています。お茶だけではなくスポーツドリンクやココアなどの提供をして水分補給を意識しています。		
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	あらかじめ予定している入浴日に職員が体調や予定を考慮して声かけをしています。気分が優れない時やシャワーのみを希望される方にはその都度対応しています。	毎日お風呂を沸かしており、希望に応じて週2回以上の入浴を支援している。利用者の気分や体調に合わせて入浴日の変更やシャワー浴・清拭・更衣・陰部洗浄等で清潔保持を支援している。好みのシャンプーやボディソープの使用やスキンケアも個別支援している。	

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	生活リズムを持っている方は休息し、自由に過ごして頂いています。生活のリズムを整えることで安眠に繋げる事ができる方はリズムを崩さないよう休憩時間も持ちながら活動時間とのメリハリを持つようになっています。		
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	居宅療養管理指導を利用し服薬管理や注意事項の説明を受けたり利用者の状態を共有しています。頓服の下剤の服用などは排便間隔を確認し必要時服用しています。		
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	歌が得意な方の好みの歌詞のファイルと一緒に歌う時間を作っています。家事の得意な方は、毎食後に職員と一緒に食器洗いをします。手作業の出来る方は裁縫や壁画作りを一緒に行います。		
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	家族と散歩や買い物など自由に外出できるようにしています。本人が行きたい場所などを聞いて時期を見て外出できるよう計画を立てています。全員参加の外出を年1~2回実行しています。	天候の良い日に利用者の希望を聞き日常的に外出支援している。玄関先での外気浴、近所の公園への散歩や少人数での外出(ドライブ、バラ園、紫陽花寺、動物園、クルーズターミナル、県庁等)、家族との外出(美容室、医療外来受診、外食、買い物、冠婚葬祭等)、自宅訪問(例:週2回の猫へのエサやり、近所の方に会う機会等)を支援している。	
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	入所時に不安を感じると思われる方に対して申し出があれば所持しています。紛失などのトラブルにならないように家族に説明を行います。その他の方はお預かり金を管理して希望があれば購入しています。		
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	希望があれば家族と電話で話をされる方、面会などで安心されている方、お互い手紙のやり取りで近況をお伝えしている方など、家族の希望で対応しています。		
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	室内温度に配慮した設定で、熱中症予防に努めています。冷房の風が直接当たらない位置にテーブルを設置し不快を感じない様に配慮しています。	共用空間(玄関、リビング、廊下等)は温度・湿度・換気・日当たりに配慮し利用者が快適に過ごせる環境作りに取り組んでいる。テーブルは空調の風が直接に利用者にあたらないよう配置している。利用者と一緒にプランターに花木を植え、窓越しに季節の植物が楽しめるように設置している。家族・職員から差し入れのあった季節の花を生けて穏やかな雰囲気作りに取り組んでいる。	

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	1人1人がくつろげる居場所作りをして、その空間で、テレビを観たり、日課の新聞を読んだりと各々が自由に過ごされています。歩行状態が悪い方は居室前で見守りできる本人だけの場所を作ることで満足されています。			
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	ご家族と本人が大事にしている写真や使い慣れた物を居室に飾っている方もいます。居室には危険がない限り自由に置いて頂いてくつろげる空間作りをしています。歩行状態により家具の配置やベッドの位置を移動し、フロアへの出入りもしやすい居室配置にするなどの配慮もしています。	居室内にトイレ・洗面台が設備されており、ベッド・クローゼットが備え付けられている。入居時に利用者本人が大事にしている写真や趣味の物、使い慣れた物(タンス、椅子、机)、電化製品(テレビ、ミニ冷蔵庫等)を自由に持ち込んでもらっている。家具は利用者・家族と相談しながら、利用者の歩行状態や使いやすさ・生活習慣・安全性に配慮して配置している。		
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	廊下には手すりが備え付けてあり、トイレにはひじ掛けや転倒防止の工夫、コールを設置しています。見守りが必要な方はキッチンの近くの居室で過ごして頂き、様子を見ながら声かけや介助ができるようにしています。			

