

### 1 自己評価及び外部評価

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1790100554		
法人名	株式会社 大桑の家		
事業所名	おんまの里		
所在地	石川県金沢市大桑1丁目169番地		
自己評価作成日	令和6年3月3日	評価結果市町村受理日	令和6年5月15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	(有)エイワイエイ研究所
所在地	金沢市無量寺5丁目45番地2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和6年3月18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)】

個人の思いを最大限に尊重し、今何が一番必要かを見極め支援していきます。ドライブや散歩など気分転換できる機会としたい事を選択出来る機会を多く作れる様努めます。散歩にも出掛け季節を感じてもらいたいです出来る事ややりたい事を見つけ一緒にその時間を過ごせる様に努めます

【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)】

当ホームは「私たちは、あなたが日々笑顔で暮らせる様に、寄り添いながらあなたを支えます」という基本理念と、5つの基本方針(①家庭的雰囲気 ②専断を大切に ③家庭や地域との繋がり ④地域との支え合い ⑤身体拘束をしないケア:要約)を掲げ、また理念に沿ったケアにつながるよう毎年フロア毎に理念を具現化した目標を設定しており、利用者の気持ちに引き合い、信頼関係を大切にした生活を支援している。普段から地域の社会資源(スーパー、ドラッグストア、公民館等)を積極的に活用している。地域住民や家族からの食材のおすそ分けがあり、散歩時に近隣住民との交流もあり、地域との交流に継続的に取り組んでいる。天候・気候のよい時には買い物・散歩・少人数でのドライブ、ベランダでの外気浴等の外出の機会が多くなるように積極的に支援している。また家族との外出(法事、墓参、行きつけのお店、美容室、自宅、外食等)について、利用者・家族が安全・安心して外出できるよう支援している。毎月のフロア会議にて、事例を基にした勉強会や外部研修を受講して、職員のスキルアップを図っている。職員は利用者がこれまでの生活や人との繋がりが継続できるよう、ゆったり穏やかに接して会話することで利用者の「思い」を聞いている。

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
<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	理念は玄関に掲示してあり、職員の出勤時は必ず目を通し、意識を高めている。 リーダー会議にて随時、理念に基づくユニットケアの実践について話し合い、職員間で共有している。	「私たちは、あなたが日々笑顔で暮らせる様に、寄り添いながらあなたを支えます」という基本理念と、5つの基本方針(①家庭的雰囲気 ②尊厳を大切に ③家庭や地域との繋がり ④地域との支え合い ⑤身体拘束をしないケア:要約)を掲げている。理念・基本方針は玄関や事務所等の目につきやすい場所での掲示やフロア会議等での振り返り・ケア方法の検討を通じて職員への周知を図っている。また年間のフロア毎の理念を策定してホーム理念・基本方針を具体的ケアにつなげている。	
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	一緒にの買物や外食は、感染予防対策をして行い、随時ドライブと散歩おこなっている。また、利用者が地域のスーパーや電器屋へ職員同行で散歩に行くなど、地域での生活を助けられるよう支援を行っている。毎年お正月にお酒を奉納するなど地域付き合いを大切に考えている。	町会に加入しており地域行事(夏祭り、防災訓練等)に参加している。普段から地域の社会資源(スーパー、ドラッグストア、公民館等)を積極的に活用している。地域住民や家族からの食材のおすそ分けがあり、町会長からは地域情報を得ている。散歩時に近所の方との交流もあり、地域との交流に継続的に取り組んでいる。	
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	取り組みを知ってもらえるよう、2カ月に1回事業所の便りを家族に発行している。地域の人々に向けて貢献出来る事も見つけて行きたい。		
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	会議形式の開催は2カ月に1回開催している。ご家族には参加の声掛けはしている。議題は利用状況やヒヤリハット・事故報告のほか、地震や感染症等、その時々合わせた話し合いを行っている。近隣施設や地域の方に参加して頂き、ご助言を頂いている。	町会長、家族、行政担当者、近隣の歯科医、保育園職員や他ホーム職員等が参加して、年6回開催している。ホームの活動報告・ヒヤリハット事例、地域情報について意見交換している。歯科医から口腔ケアや義歯の取り扱いについての話や町会行事について話し合う等、意見や提案をサービスの向上に活かしている。議事録は玄関に設置しており、いつでも誰でも閲覧することができる。	
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	介護保険課には、運営推進会議や事故報告の他、不明な点や疑問が生じた時、連絡を取り、助言や指導を頂いている。感染症対応で保健所との連携や、生活保護についての生活支援課とのやりとりなど、行政との密接な連携に努めている	運営推進会議やグループホーム部会への参加を通じて、行政担当者(介護福祉、生活支援課)と密に情報交換している。制度・運営上の疑問点や困難事例があれば、随時相談できる関係を構築している。	
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	3か月に1回、リーダー会議にて身体拘束・虐待防止委員会を開催し、検討結果についてはフロア会議で全職員に周知している。身体拘束の禁止は理念にも掲げてあり、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。具体的な事例を定期的に会議にて管理者が講義を行い、理解を深めている	3ヶ月毎に身体拘束虐待委員会を開催し、チェック表を用いて身体拘束の有無を確認して各フロアで勉強会を実施している。毎年「身体拘束廃止」に関する外部研修への参加と社内研修を実施し、職員への周知徹底を図っている。スピーチロックの廃止についても気が付いた場面の都度、職員間で注意し合っている。フロア会議では声かけ方法を検討する等、身体拘束につながらないケアに取り組んでいる。	身体拘束適正化委員会の議事録を整理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
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	資料を配布し、理解を深めている。事業所内での見過ごしが無い様、職員間で注意を払い必要に応じ個別で話しをする機会を設けている。		
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	成年後見制度を利用している方はいないが、本制度や日常生活自立支援事業について学ぶ機会を設け、必要な際に活用出来る様に理解を深めていきたい。		
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	契約時は丁寧な説明を心掛けている。質問し易い雰囲気作りに努め、不安や疑問点が無いか確認しながら、理解、納得して頂ける様行なっている。又、事前の面談も行ない利用者、家族の希望を頂ける機会であると受け止めている。		
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	体制として苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を設置している。ご利用者からの意見はすぐ職員間で話し合い、意思統一している。ご家族の来訪時、意見や要望はないかと声かけをし、近況報告もしている。意見箱の設置もしている。	2ヶ月毎のホーム便り(生活の様子:写真、手紙添付)の送付し、家族に利用者の近況・日頃の暮らしぶりを伝えている。家族との面会・電話・ケアプラン更新時等に具体的な意見・要望を表明できるよう取り組んでいる。家族からの意見・要望は、職員会議等で具体的に検討して運営に反映させている。	
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回のフロアミーティングや職員会議を通じ、話し合いや意見を吸い上げている。ミーティング以外でも必要であれば話し合いをしている。経営者はリーダー会議には必ず参加し、必要に応じてユニット毎に開催されるフロア会議にも参加している。	申し送りノート、口頭での業務連絡、毎月のフロア会議、毎月のリーダー会議、年2回の全体会議を行っており、職員全員が意見を表明できる機会を設けている。勤務体制や利用者へのケア方法、行事等について職員からの提案やアイデアを活かし運営に反映させている。	
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	代表者は各自の資格、会議・研修への出席状況、日々の勤務状態の把握に努め、それらを加味した給与水準を定めている。就業規則を定め遵守されている。また状況等に応じ改定している。		
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	内外の研修に参加する様機会を設け、スキル向上を目指してもらっている。		
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	研修会、勉強会の参加を通じ意見交換をしている。		

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
<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	事前面談にて本人の思いを聞き、出来るだけ不安無く過ごして頂ける様に配慮している。入居後は更に本人の発言や行動を見守り、困っている事や不安・要望等の思いを汲み取れる様に关わる機会を持つ事に努めている。		
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	事前面談や見学時に家族の想いや要望を聞いて安心して頂ける様、サービスにつなげている。来訪時遠慮なく話して頂ける様お声掛けもしている。		
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	優先順位を見極め対応している。どの様なサービスが必要なのかと一緒に本人・家族と考えていき、可能な事はすぐ実行する様努めている。		
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	これまでの生活歴等を把握し、ご本人の意向を引き出し関係性を作っていく様努めている。出来る事やしたい事を行いながら、共に日々を楽しむ関係作りに努めている		
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	家族の意向もしっかり受けとめながら支援している。近況報告は必ずしている。お手紙でも報告している。		
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	新型コロナウイルス等感染症の流行度合いによっては面会制限もあり、現在は、外食や外泊は制限あるが、面会は地域交流室で行っており、今までの繋がりが途切れない様に努めている。	利用開始時に利用者・家族からこれまでの人付き合いについて、今後も繋げてほしい人、避けてほしい人、慣れ親しんだ場所等を聞き把握している。友人や知人の来訪面会・電話や家族との面会、外出(自宅、外食、美容室、馴染みの店での買い物等)、電話・手紙のやり取りを利用者個々に応じた関係継続を支援している。	
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	利用者の状況を見ながら良い関係をもてる様支援している。孤立しない様見守りし、時に一緒にかかわっている。		
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	利用が終了する際に、相談・支援出来る事を伝え、契約が切れる事への不安が軽減される様に努めている。また、転居した場合、必要に応じて情報提供し、新しい環境でもすぐになじめるよう支援している。		

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	
<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	行動、表情からも気付ける様に努め、希望の言い合える関係に努め、出来るだけ希望にそえる様努めている。外出希望があれば気分転換も含め近くを散歩やドライブをしている。	利用者のこれまでの生活習慣等を聞き、「ドライブに行きたい、花栽培をしたい、料理したい」等の好きな事・嫌いな事・したい事を把握している。ドライブ・散歩・入浴時の1対1の場面での会話を重視しており、利用者がなんでも話ができるよう取り組んでいる。意思疎通が困難な利用者については、表情や仕草からその時の「思い」を推察している。とりまとめた記録を基に職員間で情報共有・意見交換し、利用者本位に「思い」を検討している。		
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	本人との会話は勿論、家族から話を聞く等、情報の収集に努めている。知り得た情報は記録に残し、職員全員で共有し、ケアに活かしている。			
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	普段の状態を把握し少しの変化に気付ける様にしている。記録にも残し申し送りもして職員で共有している。			
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	フロア会議を活用し、モニタリングを行い、本人の思いを基に介護スタッフの気づきや本人の様子を職員で共有・フィードバックし、次のプラン作成に繋げている。	利用者・家族の意向をふまえ主治医の意見も聞き、担当者を中心に話し合い・検討して生活習慣・健康管理を重視した介護計画を立案している。毎月のフロア会議でモニタリングを行い、計画が現状に即しているかを検討して、必要に応じて随時計画を見直している。	利用者のニーズ(○○したい等)をより具体的に検討して、より具体的なサービス内容を策定した介護計画の立案に期待する。	
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	職員全員で考察も含めた情報共有ができるよう毎日の申し送りを実施している。また個人記録には本人の発言や、行動等を記録しており、それをケアプランや行事等に反映している。			
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	ご本人の生活状況に合わせて出来る限り対応している。			

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
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	一緒に行く事が出来る方と近くのスーパーや雑貨やへ行って買い物などを楽しむ事ができる様支援している。		
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	本人や家族の希望に沿って受診、往診してもらっている。 内科のほか皮膚科や歯科の往診があり、往診時はスタッフが付き添っている。書面による情報提供も行っている。	従来からのかかりつけ医への継続受診(家族付き添い)、またはホーム提携医による往診・訪問診療を利用者・家族の希望に応じて選択できる体制となっている。適切な医療を受けられるよう、各かかりつけ医とは受診時に必要に応じて電話・FAX・書面にて情報交換している。ホーム提携医とは24時間相談体制が構築されている。看護師職員による健康管理と提携歯科医・皮膚科の往診体制も確保している。	
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	看護職と連携し、医療用の記録用紙への記録し、情報の共有を健康状態の把握に努めている。		
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。	本人を理解して治療される様、必要な情報提供を行なっている。入院中は何度も情報提供を行ない、可能ならカンファレンスに参加させてもらう。本人の状態の把握に努め、ホームとしての受け入れ体制を整えて行く。		
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	契約時に「看取りについての事前確認書」を用いて、重度化の際、どこで最期を迎えたいか、積極的な延命治療を希望するか等、分かる範囲で意向の聞き取りを行っており、いつでも変更できる旨を伝えている。重度化してきた時に再度話し合いをしている。	入居時にホーム方針を説明して初期段階での希望を確認している。利用者・家族の希望に応じて、重度化・終末期を支援する方針としている。重度化の状況に応じて都度家族・医師と話し合う場を設けている。ホームとして「出来る事、出来ない事」の介護方針を明確に提示して説明している。病院への入院や特養・老健への移行の場合は、連携してスムーズな移行を支援している。看取り事例後はミーティングで話し合い今後活かしている。	
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	訓練は行えていないが、資料を配布し急変や事故時の対応について周知している。		
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	救急車要請のマニュアルや職員連絡網等が整備されている。緊急時の個人ファイルも作成し、救急車に同乗した際に必要な書類を一式格納している。	各種マニュアルを整備しており、職員会議での事例をもとにした勉強会や救命救急講習(心肺蘇生、窒息時対応、AED使用方法等)を受講して、職員のスキルアップを図っている。主治医・看護師との相談連絡体制を整備している。行方不明時の対応については、利用者・家族の同意を得て、写真入りの情報を準備している。	誤嚥窒息発生時の対応についての実技訓練を定期的実施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
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	協力医療機関とは利用者の出入りがある際頻りに連携を取っている。バックアップ施設とは重度化した際のやり取りのほか、同法人職員が地域包括支援センターとして運営推進会議に参加している。入居者の日々の健康管理については、往診をはじめとするかかりつけ医の協力のもと、支援が確保されている。	ホーム提携医や協力医療機関による医療支援体制を確保している。介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保している。また近隣にある同一法人の小規模多機能型事業所やグループホームとの協力体制も整備されている。歯科医・皮膚科医の往診体制も確保している。	
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	マニュアルが整備されている。訪問看護や主治医に相談する体制はとれているが、今後は更なる連携がはかれる様努めたい。ユニット毎に夜勤者がいるので2名で協力し合い、近隣職員が駆けつける体制を確立して行く。	夜間は各ユニット1名(合計2名)の夜勤体制となっている。緊急時には緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制を整備している。また近隣の同一法人のグループホームと小規模多機能型事業所からの応援も得られる体制となっている。申し送り時に主治医・看護師からの指示を確認して夜間の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	防災計画には火災のほか、地震や風水害の内容も盛り込んでいる。年2回の避難訓練を実施し、そのうち1回は夜間想定での訓練をおこなっている。	年2回火災発生時の避難訓練(夜間想定)を実施しており、避難場所・避難経路・利用者毎の身体状況に合わせた移動方法を確認している。災害発生時の連絡網が整備されており、近隣のグループホーム等との協力関係も構築されている。地域の防災訓練にも参加し、近隣に整備された災害拠点広場の場所や設備を確認している。	
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	スプリンクラーは整備されている。備蓄品や他の準備、あらゆる災害への対策への整備をリストアップしている。リストに基づき備品のチェックもしている。	各災害別に実情に合わせてマニュアルを更新している。スプリンクラー・自動火災通報設備等の防災設備を完備し、業者による避難訓練時に作業点検を実施している。備蓄品(飲料水、食料等)についてはリスト化し保管している。	
<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	個々に合わせて寄り添い、声掛け・傾聴等出来る限り努め、プライバシーに配慮した支援に努めている	毎年、接遇・プライバシー保護・認知症ケアについて職員に研修を実施している。利用者の呼称(基本:名字、下の名前や愛称等は家族の同意を得て)の確認や、トイレの声かけ誘導時、入浴・排泄・更衣介助時の同性介助の希望等、尊厳や羞恥心に配慮したケアに取り組んでいる。申し送りや職員間の業務やり取りについても場所への配慮や利用者のインシヤルを用いる等、プライバシー保護に注意を払っている。	利用者に選択肢があり自己決定できる声かけ・言葉使いの取り組みを継続されることを期待する。
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	個人の意思を尊重し自立支援に心がけている。自己表現が苦手な方には声掛けをして、表情や仕草から読み取る様に心がけている。		
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	利用者のペースに合わせ意欲を優先し、出来る限り希望に沿って、本人の出来る事を本人のペースで支援できる様、心がけている。		

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
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	その人らしさを大切にし、季節やその場に合った様に支援している。		
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	食事の盛り付けや洗い物など出来る事を行っている	法人内の管理栄養士が献立を作成して注文食材と買い出した旬の食材を活かした季節感ある手作りの食事を提供している。また家族・地域からの食材のおすそ分けもあり、利用者と相談(好き嫌い含む)して調理方法をアレンジしたメニューを工夫している。利用者の出来る事・やりたい事を活かし、食材の下ごしらえ、食卓の準備、後片付け等を職員と一緒にやっている。家族との外食、誕生日のリクエストメニュー、行事食(お正月、敬老の日のバイキング等)、おやつや買い物等、利用者が楽しめるよう支援している。	
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	利用者個人に合わせて、量や形態でバランスよく摂れる様工夫し、水分量が少ない方など記録行い、必要に応じて看護師や医師へ相談行なっている		
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	食後声掛けにて義歯を外してもらい、口腔ケアをしている。		
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	個々の排泄パターンを理解し、さりげなく誘導、支援をしている。排泄パターンを介護記録に記載し把握に努めている	全利用者について排泄チェック表を作成して、利用者個々の排泄パターン(間隔、サイン等)の把握に取り組んでいる。必要に応じて声かけ誘導や排泄後の後始末チェック等を支援している。夜間は利用者の希望や睡眠状況・体調を考慮しつつ、必要に応じて声かけ誘導やリハビリパンツ・パッド類・ポータブルトイレの使用等を利用者と相談しながら支援している。	
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	食事メニューの工夫や、まめに水分を摂ってもらっている。必要に応じて薬で対応している。必要に応じて看護師が処置を行っている		
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	個々の体調や気分に合わせて、入浴を楽しめる様になっている。無理のない入浴仕方を模索し支援している	毎日お風呂を沸かし週3~4回程度、利用者の要望に沿った入浴(湯加減、一番風呂、湯量、好みのシャンプー・ボディソープの使用、スキンケア等)を支援している。またゆず湯や菖蒲湯等の季節に応じたお湯の変化を楽しんでいる。体調や気分によっては日時の変更やシャワー浴・清拭・陰部洗浄・更衣へのサービス内容変更等で清潔保持を支援している。	

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	日々の生活の中で、その方のリズムが作れる様心がけて支援している。		
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	個々の薬情報を管理し、副作用等の理解に努める。症状の変化があれば看護師・医師に相談する。		
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	体調や気分に合わせて、したい事を選択できる様に軽作業等の提供を行い、買い物やドライブ等の機会も設けて、選択肢を多く提供できるように努めている		
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	感染予防対策を行い、外食や外出支援を行っている。 ホームで行事として行う外出はドライブや道の駅、花見、紅葉など季節感が楽しめるよう工夫している。 利用者のニーズに応じて個別外出も行うことができるよう支援している。	利用者の希望に応じて、天候・気候のよい時に日常的に買い物・散歩・少人数でのドライブ、ベランダでの外気浴等の外出を支援している。家族との外出(法事、墓参、行きつけのお店、美容室、自宅、外食等)について、利用者・家族が安全・安心して外出できるようにアドバイスして支援している。町会の行事や友人に会いに行く等も支援している。花見・紅葉観賞や道の駅等の普段は行けない場所への外出も支援している。	
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	所持されている方もいる。希望があれば共に買い物へ行かされている		
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	やり取りがうまくできる様そばに寄り添い、支援している。		
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	掃除は毎日している。季節を感じて頂ける様、フロアにあるカレンダーの工夫や掲示物を展示、玄関や壁等に飾り付け少しだがしている。御自分で自室内を掃除出来る方はしてもらおう。フロアの掃除機やモップ掛けなどして貰う時もある。	共用空間は、利用者と相談しながらさりげない季節の花等を飾り、大人感覚の落ち着きある空間となるよう配慮している。また利用者のこれまでの暮らしの様子を聞き、かけ離れたものにならないように配慮している。温度や湿度、換気、加湿器の利用など、利用者にとって快適な環境作りをしている。	

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
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	所どころに椅子を置いたり、ソファーもあり空間を作っている。また、仲の良い仲間と過ごせる様に関係作りの支援をしている		
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	個々のなじみのものがあれば持って来てもらっている。各自ベッドの位置も決めてもらう。テレビやラジオを持ってくる方も多い。	居室はベッド・チェスト・エアコン・内外鍵が備え付けられている。自宅で使用していた馴染みの物(テレビ、冷蔵庫、タンス、鏡台、寝具等)や、利用者が安心できる物(家族写真、仏壇等)を自由に持ち込んでもらっている。家具の配置は、利用者の安全や動きやすさに配慮して、本人・家族と相談しながら決めている。	
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	トイレや風呂場はわかりやすく表示してある。廊下には手摺を設置し動線に配慮している。居室にはわかりやすく手書きの方もいる。		