令和　　6　　年度

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	1790100844		
法人名	株式会社イデアーテ		
事業所名	グループホーム田上さくらの里		
所在地	石川県金沢市田上さくら1丁目123番地		
自己評価作成日	令和6年1月2日	評価結果市町村受理日	令和7年2月4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7年1月15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)】

ホーム長、介護職員、ケアマネージャー、看護師、法人がしっかりとコミュニケーションを取り、ご利用者にとって安心して日常生活を過ごせるホーム作りを心掛けている。
画一的なケアではなく、ご利用者それぞれの状態やご希望に添った生活を営めるよう個別ケアを重視している。
また重度化対応にも注力しており、看取り介護も積極的に行っている。。

【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「人格を尊重した普通の生活の提供」を理念としており、「利用者が普通の生活を安心しておくれるように」をケア方針として、利用者の個性を重視したケアに取り組んでいる。職員は各種研修の受講を通じて、適切な言葉使いやコミュニケーション技法(非言語含む)を学び、日常生活において利用者との関係性を深めても馴れ合わず謙虚で丁寧な対応を意識してケアに取り組んでいる。職員は空いた時間は利用者の横に座り、職員より声かけして利用者との会話時間が増えるよう日々関わっており、利用者の希望・意向の把握に取り組んでいる。利用者の「楽しみ、困り事、健康管理」を重視した介護計画を策定しており、ニーズ欄には利用者本人の言葉をそのまま用い、より具体的な支援内容となるよう取り組んでいる。日常として毎日天候の様子を見て利用者の希望に応じて散歩(近隣の公園、川沿いの遊歩道等)、玄関先のベンチでの外気浴を積極的に支援している。ホーム内行事(納涼祭等)には地域住民ボランティアを受け入れして交流している。雪かき時は近隣住民の協力を得ている。今後もより地域住民との繋がりが深まる活動に取り組んでいく予定である。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)　※項目№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
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
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
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
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
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
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
66	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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

	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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
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
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
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
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

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

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	事業所の理念に基づき普通の生活を安心して送れるよう運営している。また、管理者が定期的に職員と個別面談をし、理念の共有やそれぞれの仕事の方向性を確認している。	「人格を尊重した普通の生活の提供」を理念としており、「利用者が普通の生活を安心しておくれるように」をケア方針としている。入社時や日常ケアの中で、またミーティング・随時個人面談時に具体的な実践のケアに落とし込んで話し合い、理念・ケア方針に立ち返り支援方法を検討している。半期毎の個人面談では理念・ケア方針と仕事の方向性とホームとしての期待像の共有を図っている。	
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員として日常的に交流している	ボランティアさんのイベント参加等お願いをしている。	町内行事への参加や町内回覧板から地域情報を得ている。地域の商業施設(ドラッグストア等)を日常的に利用し交流を図っている。金沢マラソンでの沿道応援やホーム内行事には地域住民ボランティア(マジックショー等)を受け入れして交流している。雪かき時は近隣住民の協力を得ている。	地域との繋がりがより深まるよう、今後とも地域住民ボランティアや民生委員と協力しての継続的な取り組みに期待する。
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	他の事業者との連携をとり、地域活動に参加している。		
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	入居して間もないご利用者ご家族には運営推進会議の意義等もご案内し、参加を促している。	家族、行政担当者(市担当者、地域包括)等が参加して年6回開催している。会議ではホームの現状説明と活動報告、質疑応答・意見交換が行われ、参加者から得られた意見をサービスの向上に活かしている。議事録は誰でも閲覧できるようホーム玄関に掲示している。会議の参加案内は全家族へ送付し面会・電話時に家族からの質問・意見を幅広く募っている。	民生委員や地域住民ボランティアへの会議参加アプローチに期待する。
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	運営推進会議、日々の業務の中で定期的に連絡を取り合っており、また市主催の研修会やグループホーム部会にも加入・参加している。	運営推進会議、市主催の研修会やグループホーム部会への参加を通じて、行政担当者との協力連携を図っている。運営上の疑問点があれば気軽に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	希望がある時に外出できるよう努めている。職員の配置や見守りの徹底で離設を防止している。また職員身体拘束防止についてのマニュアルを完備し、定期的に職員向け研修を行っている。また入社時の研修も行うようにしている。	ホーム内勉強会(年2回)や新任時研修と年4回の身体拘束適正化委員会(ユニット会議で内容を伝達)を通じて、身体拘束該当行為(スピーチロック、行動制限等)や弊害等について事例(ホーム内事例、社会事例)をもとに対策・対応方法を職員に周知している。勉強会ではチェックリストを活用して実態把握しており、日常的に職員同士で気づいた点を注意し合っている。	

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注意を払い、防止に努めている	マニュアルを完備し、定期的な職員向け研修を行っている。またケア記録等をチェックすることで虐待につながる可能性のある事例を職員ミーティングで注意、教育するようにしている。		
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	施設長やリーダー等の管理職が中心となり研修等で理解をすすめている。それを日々の業務の中で各利用者様のケースに沿って指導・教育している。		
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	契約には十分な時間をかけ納得頂くよう配慮している。入居から退去までの具体例を上げ、イメージしやすいよう配慮している。		
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	日頃の面会時や運営推進会議を活用しご意見を伺い、ホーム運営に活かしている。	家族との面会・電話・メール時（日常来訪、ケアプラン更新、担当者会議、受診時、運営推進会議等）をとらえ、家族から意見・要望を聞いている。面談時に日頃の生活振りを伝えるために写真を家族に渡しており、家族からの意見・要望を引き出している。行事企画提案（食事会など）・意見・要望はミーティングで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	近年はユニット単位での小ミーティングを重点的に行っている。時間を空けずその場で行うことでホーム長やリーダーがより細やかに意見の吸い上げを行っている。	毎日の申し送りや随時個人面談・リーダー会議・ユニット会議時に職員の意見・提案・気づきを話し合っている。職員の意見・提案は肯定的にとらえ、利用者サービスの向上に活かしている。半年毎の個人面談時には、職員各人の働き方や仕事の方向性・ホームとしての期待像、生活スタイルやスキルアップ・キャリアアップについて話し合える機会を設けている。	
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	代表者の距離が近く、各職員の把握が出来ている。代表者との面談も定期的に行われている双方の意見交換に役立っている。上司にも何でも相談しやすい組織づくりを心掛けている。		
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	社内研修のブラッシュアップを行い、マンネリ化しないようにしている。		

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	外部研修や部会への参加も積極的に行っている。また他のグループホーム運営者と相互に情報交換を取れる体制も構築している。		
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	現在のお住まいやご利用施設等での事前の面談を必ず行っている。。個別ケアに重点を置き、画一的なケアにならないよう本人の要望も随時聞きだす努力をしている。また、これまでに利用した介護施設等からの情報提供を十分受けるようにしている。		
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	ホームを利用するに当たっての不安や疑問点を聞き出すよう意識している。また可能な限りの選択肢を提示することで各利用者様とそのご家族にあったケアを行えるようにしている。また、必要な方には介護保険についてのお話等も丁寧に行うようにしている。		
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	必要とされているケアプランを契約担当者やケアマネージャー、現場責任者等で見極めご本人やご家族になるべく多くの選択肢を提供できるよう努めている。また、当施設の医療体制についても充分にご説明している。		
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	家族的な雰囲気を重視しており利用者の方の役割の創出に努めている。またご本人が必要としているケアを行うよう意識している。		
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	面会時等を活用しご家族と情報共有をしている。		
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	オープンな施設作りを行い面会にも来やすい環境を意識している。ご家族だけでなくご友人等の面会も多い。また、ご家族との外出や外泊も積極的に援助し、頻回に行われている。WEB面会の積極的に活用している。	馴染みの人間関係や場所との関係が途切れないよう、親族や友人・知人の来訪（予約制）、買い物習慣の継続を支援している。家族との外出（行きつけの美容室、買い物）・外泊（自宅、家族宅）の外出支援に取り組んでいる。家族・親族との外食・法事等の外出の際は介護方法（食事、移乗、トイレ、入浴等）をアドバイスして安心して外出が楽しめるよう支援している。携帯電話の使用や年賀状・手紙の送付等も支援している。	
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	それぞれの利用者が程良い距離感で関係性が築けるよう必要な支援を職員が行っている。		

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	ご家族やご本人の要望があれば随時相談・支援を行える体制を取っている。		
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	普段の生活の中でのご本人との会話やコミュニケーションの中で把握するようにしている。それが困難な場合はご家族などにも充分にお話を伺い現在の生活に組み込むよう意識している。	職員は空いた時間は利用者の横に座り、職員から話しかけ利用者との会話時間の増加を図っている。利用者の以前の生活習慣や職歴・趣味を把握し、日常会話の中の言動と職員の気づきを介護記録に記載し、1つ2つ具体的にピックアップして担当者・ケアマネジャー・家族で利用者の変化を話し合い、利用者本位に希望・意向の把握に取り組んでいる。利用者の反応や変化を継続的にみることで試行錯誤を繰り返し利用者本位のサービス提供につなげている。	
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	ご家族には入居時のアセスメントで情報収集にご協力いただいている。また過去のサービス情報についても過去に利用された施設等と連携を取りサービスに反映させている。		
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	心身状態の把握はもちろん、生活状況などを記録し全職員が常に把握するよう努めている。また、食事状況や排せつ状況などはデータ化し活用できる体制をとっている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	現場の介護職員の中から利用者ごとの担当者を決め、担当者とケアマネージャーが中心となってケアについて会議を行っている。本人、ご家族、職員、計画作成者、医師の連携を深め、利用者様それぞれに合った計画の作成を意識している。	利用者の言動や変化をアセスメント・モニタリング時にとりまとめ、担当者会議（利用者、家族、ケアマネジャー、担当職員）にて利用者の希望・意向を検討している。その上で主治医の意見をふまえ、利用者の「楽しみ、困り事、健康管理、メンタル面等」を重視した介護計画を策定している。ニーズ欄には利用者本人の言葉をそのまま用いて要望・目標として設定し、より具体的な支援内容となるよう取り組んでいる。	利用者のニーズ（楽しみ、好きな事）を中心としたプランの作成も検討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	日々の記録を全職員が把握出来るようにしている。通常の介護記録以外にも職員間の連絡メモ等で利用者様の小さな変化も共有できる体制を作っている。		
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、その時々に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	それぞれの利用者やそのご家族の状況に応じた対応を可能な限り行っている。		

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	遊歩道や公園、商業施設等近隣の資源を活用している。レクリエーションのボランティアさんの参加も進めている。		
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	ホームかかりつけ医だけでなくご本人やご家族が主治医を自由に選ばれる事も援助している。またご家族からの相談に対しての可能な限りアドバイスも行っている。他科受診の際も地域の医療機関の情報提供や送迎などの支援をしている。	従来のかかりつけ医（大きな病院）への継続受診（家族付き添い）とホーム提携医による定期訪問診療の並行受診を支援している。かかりつけ医への外来受診時は文書にてホーム提携医の受診記録をかかりつけ医に情報提供している。専門医（歯科、皮膚科等）への受診は家族の付き添いが困難な時は職員の付き添いや送迎を支援している。ホーム提携医とは24時間365日の相談体制を構築しており、利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。看護職員の健康管理体制も整備している。	
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	緊急時に看護師と連携が取れる体制が整っている。また、日々の健康管理も行っておりホーム医との連携も取れるようにしている。		
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	近隣医療機関との連携を深めるよう努めている。早期退院や施設復帰に向け病院との情報交換をホームかかりつけ医と協力し行っている。		
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	お看取り対応も回数を重ね職員も十分な準備が出来ている。 また差し迫った状況でご説明するのではなく少しずつ考えが固まるよう日頃からコミュニケーションの機会を作るようにしている。	利用開始時にホームの方針を説明している。日頃からコミュニケーションを図り利用者・.家族間の話し合いを促し、少しずつ考えが固まるように取り組んでいる。ホーム提携医や訪問看護にて対応できる医療支援体制とホームで出来る介護支援を明確にして、主治医より利用者・家族に説明して看取り・重度化の対応方針を決めている。事例後は振り返りを行い、他事業所の事例も共有して、ターミナルケア支援体制の充実を図っている。ターミナルケア研修も実施している。	
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	急変および事故発生時の対応マニュアルを完備しており、その実践のための職員研修も行っている。		

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	様々な緊急事態に対応出来るようマニュアルの完備、研修を行っている。また報告書を職員全員に回覧し再発の防止に努めている。管理者やリーダー職員が常に連絡が取れる体制を確保している。	緊急時の対応マニュアル（救急搬送、応急処置の対応フロー等）を整備しており、初期対応研修（出血・窒息・骨折等の座学・実技）を実施している。外部研修（救命救急等）の受講やヒヤリハット・事故事例報告書の全職員への回覧により再発防止に繋げている。救急搬送時に渡す情報提供シートの準備やAEDの設置、ホーム提携医・主治医との相談体制も構築している。	
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	提携病院における入院床の確保や、提携往診医の確保、また近隣老人保健施設との情報交換も随時行っている。またご家族に必要なアドバイスを行っている。	協力医療機関やホーム提携医・提携歯科医との医療支援体制が整備されている。近隣老人保健施設とは情報交換や利用者の行き来、リハビリ等でも連携しており、日頃より協力関係を構築している。	
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	夜間は各ユニット1名ずつの配置となっている。緊急時には管理者・医師への連絡体制が整っており一般職員においても緊急連絡網に基づいてすぐに駆けつける事の可能な職員も複数名いる。	夜間は各ユニット1名（ホーム内2名）の勤務体制となっている。緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制が整備されている。ホーム提携医との24時間365日の相談体制も構築されている。夜勤者への申し送り時にその日の利用者の体調や注意事項、主治医・看護師からの指示事項を確認して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	災害発生時のマニュアルを完備し職員に周知している。年2回の避難訓練も実施し、市の消防や近隣住民代表に施設の現状を理解してもらうことで避難の精度を高めている。加えて風水害についての訓練も行っている。	年2回の火災避難訓練（昼夜想定各1回）とホーム独自に風水災を想定した避難訓練を実施している。訓練では消防への通報方法、避難場所、利用者別の移動・避難方法、物やデータ等の移動について全職員で確認している。また利用者も参加して避難場所を確認している。家族へは緊急連絡先（管理者、公民館）を通知している。避難訓練時に消防よりアドバイスを得て改善につなげている。	
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	災害時用のマニュアルの他、備蓄品を常備し備蓄品の点検も定期的に行っている。また随時備蓄品の見直しや充実を図っている。管理者やリーダー職員が常に連絡が取れる体制を確保している。	災害発生時の対応マニュアル・BCPと浸水時の避難計画を策定している。防災設備（スプリンクラー、自動通報装置等）については避難訓練時に作動点検している。非常食や飲料水、防災グッズ等の備蓄品については賞味期限・使用期限等を管理しており、随時必要な物品の見直しと充実を図っている。	
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	入居されて3年以上の方も増えてきている中で今まで以上に親しき仲にも礼儀ありを意識し、お互いが気持よく過ごせるよう努めている。また接遇の研修や指導の機会を設けている。	毎年のホーム内接遇研修を通じて、適切な言葉使いやコミュニケーション技法（非言語含む）を学ぶ機会を設けている。利用者との関係性を深めても馴れ合わず謙虚で丁寧にマナーを守った対応に取り組んでいる。職員の言動について気になる点はユニットリーダーが都度指導して、委員会でも注意喚起している。入浴・排泄・更衣介助等の羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じている。職員間の業務連絡や申し送り時はメモやタブレット端末を活用して他者に内容がわからないよう利用者の尊厳とプライバシーに配慮している。	

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	ご本人から直接お話を聞くことや個別での活動を取り入れることで思いが出やすくなるよう努めている。		
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し、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	ご利用者の属性や年齢層も多様化している中で従来のレクリエーションにこだわることなく個人ごとに立案することを重視している。		
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	日頃より季節を感じれるよう意識し、ご本人でその日の衣類など選べるよう援助している。月1回の理容師の訪問も基本的にはご本人の判断で行うようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の食事以外にもイベントやその日の気分等でメニューを考えている。可能な方には配膳等の手伝いもして頂くようにしている。 和菓子作りイベントなども開催し楽しんでいただいている。	給食業者と提携し献立作成（利用者の希望反映）のうえ下ごしらえ済の食材を納入している。利用者は簡単な盛り付け・配膳・後片付け等の役割を担い職員と一緒に行っている。調理は利用者の好みに応じて味付け等をアレンジする場合もある。みんなで一緒に作る季節行事食（職員が食材を買い出し⇒調理、お花見弁当、ちらし寿司等）やおやつ作り（和菓子作り）、誕生日等のイベントや家族からの差し入れ（お菓子、果物等）や家族との外食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	食事の摂取量を記録し変化に注意を払っている。また水分の摂取を無理なく行う為に数種類の飲み物を用意している。また可能な限りその方に合った食事の提供を行っている。		
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	利用者様ごとの状況に合わせ声掛け・援助を行っている。		
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	排泄の記録をデータ化し職員が閲覧できるようにしている。その中で個人ごとの排泄のパターンを職員間で共有し、なるべく自然な形での排泄となるよう心がけている。またプライバシーへの配慮にも留意し見守りに重点を置いた排泄援助を行っている。	全利用者について排泄記録をデータ化して利用者毎の排泄パターンと体調を職員間で情報共有している。利用者の身体状況に応じてトイレでの排泄が継続できるよう見守りや声かけ誘導・後始末確認等で自然な流れでの排泄を支援している。夜間は利用者の睡眠状況を考慮し、必要に応じて利用者と話し合い声かけ誘導やパッド・紙おむつ等の衛生用品の利用により快眠につながるよう取り組んでいる。	
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	適度な運動の実施や積極的な水分の摂取量を心掛けている。また必要に応じて医師への相談もしている。		

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	本人の希望に合わせ入浴できるよう職員が対応している。また身体の衛生を保つための入浴援助を必要な場合に限り行っている。安心して入浴できるよう利用者の状態に応じて機械浴による入浴も実施している。	週2回程度（夏場は3回程度）利用者の要望（回数、順番、好みのバス用品の使用、湯上り後のスキンケア等）に沿った入浴を支援している。介護度が高い利用者でも安心して入浴できるよう機械浴を設置している。季節湯（柚子湯等）を楽しむ機会も設けている。体調面や気分が乗らない等から入浴に気乗りしない場合は日時の変更やシャワー浴・清拭・衣服交換へのサービス変更により清潔保持を支援している。配達湯での温泉入浴も利用者の楽しみとなっている。	
50		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	個人の生活リズムに合わせた休息が取れるよう意識している。		
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	服薬については全職員が把握できるよう情報の共有を行っている。また状態の変化や症状の変化を的確に医師や看護師に伝達出来るよう記録管理を行っている。		
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	本人の趣味や特技などを参考に利用者様ごとに役割を持ってもらえるよう援助している。また、レクリエーションも押し付けにならないよう本人の希望をくみ取るよう意識している。		
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	ご家族との連携の元、利用者ご本人の希望を叶えられるよう努めている。また、必要に応じて職員の同行などの援助も行っている。必要な物品も本人に選んでいただけるようそれぞれが買い物等に出かけられるよう支援している。	毎日、天候の様子を見て職員から声かけして利用者の希望に応じて散歩（近隣の公園、花見、川沿いの遊歩道等）、買い物（おやつ、日用品、下着等）、玄関先のベンチでの外気浴を支援している。また職員が業務で外出する際も利用者の希望を聞いてドライブがてら一緒に出かける場合もある。家族との外出（自宅外泊、受診後の外食、買い物、温泉旅行等）も利用者の楽しみとなっている。	
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	個々の状態に応じてご家族との検討の元、所持していただいている。また所持したいとの希望があった場合にご家族への連絡やその意義について説明を行っている。		

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	電話の取り次ぎや伝言、年賀状のやりとりの支援を行っている。WEB面会の支援も積極的に行っている。		
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	シンプルで生活に基づいたものを中心に配置している。また、外に出られない日でも外の様子が見えるような配置になっている。また季節の植物等も飾るなどしている。	共用空間は利用者が快適にすごせるよう温度・湿度・採光・換気・音（テレビのボリュームを下げる等）に気を配っている。大人の空間を意識してシンプルな季節のの飾り付けで生活に必要な物を配置している。観葉植物や家族・職員差し入れの季節の花や利用者の趣味の生け花を飾っている。リビングや地域交流室からは外に出られない日でも外の景色が見え季節を感じる事ができる造りとなっている。利用者が自由に飲めるお茶ポットを常設している。	
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	気の合う方とのおしゃべりやそれぞれの趣味に興じれるよう意識している。またレクリエーションや作業に応じて流動的に対応出来るよう配慮している。		
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	居室内の配置や本人の私物の持ち込みは自由でそれぞれの利用者が自分の過ごしやすいようにしている。また安全面とご本人の意向のバランスを意識するようにしている。	各居室にベッド・エアコン・チェスト・専用洗面台を備え付けている。利用者が居心地よく過ごせるよう、使い慣れた物（テレビ、スマートフォン、布団・枕、加湿器、電気ポット等）、趣味に関する物・道具、安心できる物（家族の写真、仏壇等）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安全・動線を考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	自立支援を第一に手すりの配置などに留意している。また職員は利用者様の自由を制限することなく危険除去を行うことを常に意識している。		