

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	1770101408		
法人名	共和株式会社		
事業所名	イエローガーデン 2F		
所在地	石川県金沢市上荒屋1丁目275番地		
自己評価作成日	令和4年12月9日	評価結果市町村受理日	令和5年4月26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番地2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和5年2月16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)】

当ホームでは、介護度・認知状態のレベルに関わらず受け入れをしている。看護師の配置がされており、ご本人・ご家族の方が安心して過ごせるホーム作りを目指している。近隣には、イオン・グルメ通り・コンビニ・ドラッグストアーなどがあり、外出には恵まれた環境である。H24年度からは、金沢市介護相談員の受け入れもしており、利用者の日常的な疑問や不満に対応している。

【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「人権の尊重」「家庭的な雰囲気」「自然とのふれあい」「地域との交流」(要約)の4つの柱を理念として掲げている。この理念に沿って利用者一人ひとりの思い(「出来る事」「やりたい事」「楽しみ」)を実現することで、その人らしい暮らしができるよう支援に取り組んでいる。職員は利用者が穏やかで安心できる言葉使いや応対に取り組んでいる。日常の家事等は利用者個々の「出来る事」「得意な事」を活かし、職員と一緒にすることで家庭的な生活支援に取り組んでいる。また利用者の希望を聞き、その日の体調・気候・気分に合わせて、日常的な外出(外気浴、近隣の川沿いへの散歩等)を支援している。月1回のホーム内食事会では旬の季節料理(かに、うなぎ、すき焼き等)を提供しており利用者の楽しみとなっている。家族と密なコミュニケーションが図れるよう、日頃のこまめな連絡(電話、面会等)だけでなく、ホーム便り・写真を送付してホームでの生活ぶりを家族に伝えている。地域とはコロナ過では自粛しているが、地域行事や近隣の特養施設の行事(夏祭り、バザー等)への参加、地域ボランティアの受け入れ、近隣のスーパー・コンビニや飲食店の利用等により地域交流を図っている。ホームの方針として、利用者の生活を最後まで支えられるよう、ホーム提携医の協力のもと医療支援体制(緊急往診、24時間相談体制)を整備し、利用者の重度化・終末期支援に取り組んでいる。

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、活き活きと働いている (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
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	理念を各ユニットに掲示し常に意識して実践するよう心がけている	「人権の尊重」「家庭的な雰囲気」「自然とのふれあいと健康維持」「地域交流」(要約)の4つの柱をホーム理念としている。理念は日頃から目につくように事務室・フロアに掲示し、また理念を記載したカードを職員に配布して携行している。ユニット会議や申し送り時に提供するサービスが理念に沿ったものとなっているかを話し合い職員に理念の周知を図っている。	
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	地区を廻る虫送太鼓の立ち寄りがあったり、老人会ボランティアとの定期的な来訪などの交流がある。	地域行事(地区祭り、防災訓練等)や近隣の特養施設の行事(夏祭り、バザー等)への参加、地域ボランティアの受け入れ、近隣のスーパー・コンビニや飲食店の利用等により地域交流を図っている。コロナ過では各種行事の中止や外出自粛を余儀なくされているが近隣在住の職員より地域情報を得ている。	
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	運営推進会議には、町内会や民生委員・地域の方に参加頂き、活動・運営を報告、認知症についての理解に努めている。		
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	定期的に推進会議を用いて、話し合いの結果は文章で全職員に伝わっている。	コロナ過の中、運営推進会議を定期開催(書面開催含む)できていない。従来は運営推進会議において、ホームの活動・行事、ヒヤリハット・事故事例等を報告し、参加メンバー(町会長、民生委員、家族、行政担当者等)からの意見・アドバイスについて話し合い、要点をとりまとめ検討してサービス向上に活かしている。議事録はホームへの来訪者が誰でも閲覧できるよう各ユニット入り口に備え付けている。	集合・書面での会議開催方法にかかわらず年間を通じた定期的な会議の開催が望まれる。
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	金沢市の研修などにも参加し、情報を得ている。	市・地域包括主催の各種行事・研修会(オンライン)への参加、事故報告、困難事例の相談を通じて、市・地域包括担当者との協力・連携関係を構築している。制度上の疑問点があれば電話・メールで気軽に相談できる関係ができている。また金沢市介護サービス事業者連絡会を通じて情報交換している。	

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
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	全ての職員は、正しく理解しており、互いに意識、啓発している。	身体拘束適正化委員会(2ヶ月毎)の中でホーム内勉強会を実施しており、身体拘束の該当行為・不適切ケアや弊害について職員に周知している。また行動制限につながる言葉使い(スピーチロック)について、日々のサービス提供の場面で気づきを職員同士で注意し合い、身体拘束しないケアに取り組んでいる。防犯上・利用者の安全確保において必要な場合は主治医・家族と話し合い、感知センサーの使用においても正しい認識のもとに身体拘束しないケアに取り組んでいる。	次のステップに向けて期待したい内容 身体拘束適正化委員会の参加職員を増やされることを期待する。
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	研修会に参加し、全職員に報告、周知することにより防止に努めている。		
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	把握はしているが、利用該当者が現在いない。		
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	納得して頂くまで、十分に説明している。		
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	意見箱の設置、苦情受付担当者を配置し対応している。利用者さんは月1回来訪の相談員とお話する機会を設けている。 また、運営推進会議でも意見を述べてもらっている。	4ヶ月毎に各ユニットで作成したホーム便り(写真、担当者コメントを添付)を家族へ送付し、利用者の生活振りやホームの取り組みを伝えている。またホームへの来訪(ドア越し面会)や電話・写真の送付にて家族へ利用者の近況を伝えるとともに意見・要望を聴取している。利用者・家族の意見・要望はミーティングで話し合い運営に反映させており、検討結果は家族にフィードバックしている。利用者においては毎月来訪の介護相談員と会話する機会を設けている。	

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
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	年に数回、懇親会を行い、代表者と職員との話し合いの機会を設けている。又いつでも社長・管理者と連絡がとれ、相談できるような体制となっている。	管理者は職員と一緒にシフト勤務に入っており、いつでも職員の意見・提案を受けている。毎日の申し送りや連絡ノート、毎週のミーティング(各ユニット職員)や毎週の会議(各ユニットリーダー)の中で職員の意見・提案を聞き情報共有している。代表者へは事務局職員の定期訪問通じて伝えており、職員の意見・提案をホームの運営(利用者サービスの向上、備品の購入等)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	職場環境の充実に努めている。		
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	研修会への参加や、勉強会の機会を設けている。		
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	相互訪問などして、交流している。		
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	待機中など、電話等で相談にのっている。職員は、何でも話してもらえぬ雰囲気作りに努力している。		
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	相談・要望がないか、声掛けし、安心に繋がるような対応に努めている。		

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
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	在宅のケアマネージャーと連絡を取るなど、他のサービス利用も含めた対応に努めている。		
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	個々にコミュニケーションをとる時間をもつよう努力している。 また、会話や共同作業の中から学びを得ている。		
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	家族が来訪した際は、話し合いの機会を持ち、理解を深め合えるよう努めている。 また、イベントや推進会議への参加をお願いし、本人の情報を共有している。		
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	馴染みの人が気軽に来られるような環境作りや声掛けに努めている。 外出や行事にも気軽に参加して頂いている。	利用者が馴染みの人間関係を継続できるように、家族や友人・知人の面会（玄関、ガラス越し面会）・電話・外来受診時の付き添い、年賀状・手紙のやり取りを支援している。ホームに入居後も自宅訪問や家族行事（墓参り等）への参加について家族の協力を得ている。自宅周辺へのドライブや行きつけの店（美容院等）の利用等、馴染みの場所との繋がり継続も支援している。	
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	個々の特性を把握し、個別に対応したり共同で活動する機会を設け、自然に支え合える雰囲気作りに努めている。		
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	家族、医療機関と連携しながら、つきあいを大切にしている。 また、入院や退所された後も関わりを持つようにしている。		

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
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	利用者様との会話や表情から、本人の思いを察するよう努めている。 また、家族の希望も尊重する。	入居前の暮らし方や生活習慣のアセスメントをもとに、利用者との日頃の関わりと会話(テレビや新聞をみながら、1対1の場面等)や利用者の行動の観察を通じて、利用者個々の「思い」「意向」の把握に取り組んでいる。利用者の生活歴、趣味・嗜好、会話から出た言葉(趣味、食べたい物、嫌いな事等)を記録にとりまとめ、職員間で情報共有している。重度化によりコミュニケーションが困難な場合は、利用者の表情・言動を観察し、家族と相談して利用者が望むであろう事を検討している。	
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	アセスメント表や本人との会話、家族からの情報も含め把握に努めている。		
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	個人記録や職員間の話し合いで情報を共有し把握に努めている。		
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	3ヶ月に1回のモニタリングで家族の要望を取り組みながら、職員間で話し合い、より良い計画作成に努めている。	利用者一人ひとりがその人らしい暮らしの実現のために、利用者のニーズ・健康面・安全面を重視した介護計画の作成に取り組んでいる。日頃とりまとめている記録を基に、ケア会議で全職員の「気づき」話し合い、家族の思いと主治医の意見も聞き、計画内容が利用者の現状に合ったものとなっているかを検討している。3ヶ月毎にモニタリングを行い、利用者の「思い」「意向」や身体状態に変化があった場合は、その都度、計画を見直している。	より利用者本位の介護計画となるよう、利用者の「やりたい事」「楽しみ」を中心とした目標・ニーズを設定し、サービス支援内容を5W1Hを意識したシンプルかつ具体的に明示した介護計画の作成に期待する。
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	日々の記録を具体的に記入し、ユニット会議で介護計画の見直しに活かされている。		

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
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	往診、外出の支援など、要望に応じた柔軟な支援をしている。		
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	ボランティアの方々の来訪など、互いに協力しながら支援されている。		
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	希望のかかりつけ医を選択でき、適切な医療の提供ができています。	希望に応じて従来からのかかりつけ医への継続受診、またはホーム提携医の往診による受診を選択できる体制となっている。かかりつけ医への外来受診や専門医(歯科、皮膚科等)への受診は家族の付き添いとしており、ホームより利用者の近況・症状を情報提供(電話、文書)している。ホーム提携医・訪問看護・看護職員による医療支援体制(定期的な健康管理、緊急往診、随時の相談体制等)や歯科医の往診対応を整備しており、利用者・家族・職員の安心に繋がっている。	
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	常に利用者の状態を観察し、看護師に連絡・相談している。		
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づくりを行っている。	連携を取っている。 職員は病院主催の勉強会にも参加し、病院との関係作りにも努めている。		

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
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	状態の変化に合わせて主治医との連携を取りながら家族にも説明し、ホームで出来る最良の支援をチームで行っている。	ホーム提携医や訪問看護、ホームの看護職員によるサポート体制により、重度化・終末期支援に取り組んでいる。利用者の身体状態の変化に応じて、主治医から利用者の状況を家族に説明してもらい、家族の意向を確認している。その際にホームにて対応可能なケアを明確にして詳しく説明している。ターミナルケアに関する外部研修への参加やホーム内勉強会により、職員全体で看取りに関する情報共有やスキルアップを図っている。他施設(特養、老健)や病院への移行時はスムーズな手配を支援している。	看取り支援の事例後のカンファレンス実施により良かった点・改善点を話し合い、経験を次回に活かす取組に期待する。
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	研修などで知識を学び順次実践に備えている。		
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	慌てることのないよう、緊急時マニュアルを作成し、対応している。 また、救急搬送時には必要事項記載書類も準備している。	緊急時対応マニュアル・感染症マニュアル・緊急連絡体制を策定し、ホーム内勉強会にて手順を確認している。緊急搬送時に備えて救急隊への引継ぎ用紙(利用者別)を準備している。救命救急講習を全職員が順次受講し、窒息・誤嚥時の緊急対応方法を学んでいる。緊急時には看護職員のほか、ホーム提携医への連絡・相談・指示の体制を整備している。行方不明時については対応手順を明確にして有事に備えている。	誤嚥・窒息時対応については定期的・継続的な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	指定病院、介護老人福祉施設が確保されており、支援体制ができている。	市内の総合病院とホーム提携医(4ヶ所、訪問診療医)、協力歯科医による医療支援体制を確保している。ホーム提携医とは24時間相談体制を構築している。介護老人福祉施設とは、協力契約を交わしており災害発生時の緊急支援バックアップ体制を確保している。	

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
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	各ユニット1名職員が配置されており、緊急時には看護師又はユニットリーダーが対応している。	夜間は各ユニット1名(ホーム内3名)の夜勤体制となっている。緊急時には相互に連携して対応している。ユニットリーダー・ホーム看護職員への相談・指示のオンコール体制と緊急連絡網(ホームから距離が近い順)による応援体制も整備している。夜勤者への申し送り時にその日の利用者の様子からの注意事項・主治医・看護師の指示事項を確認している。	
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	定期的に避難訓練を実施し、緊急時に対応できるようにしている。 また、運営推進会議での訓練には地域の方にも参加して頂き、意見や問題を掲示を受け改善に努めている。	年2回、夜間の火災発生想定と水災発生時の避難訓練を実施している。訓練では利用者の避難誘導場所(ユニット毎)や避難方法(各居室に身体状況がわかるように記載)、通報訓練を実施している。水災発生時はホーム建物上階への移動を想定してターポリンタンカーを使用した訓練をしている。震災発生時に備えて地域の一次避難場所を確認している。	
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	職員の周知に努力している。 防災マニュアル持ち出しリスト作成と安全確保の訓練なども行っている。	防災マニュアルや防災関連連絡先一覧を整備している。防火設備(自動通報装置、スプリンクラー等)は避難訓練時に業者により作動点検している。災害発生時に備え必要な備蓄品(飲料水、食料等)を保管しており、利用者の薬剤情報等も持ち出し用として取りまとめている。	備蓄品のリスト化と定期的な内容点検や必要物品(カセットコンロ等)の準備検討に期待する。
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	理念にも掲げているように、人権の尊重を念頭に置き、声かけや対応には十分に配慮している。	ケアマニュアル「認知症高齢者GHケアハンドブック」を用いて、利用者の人権を尊重したケアに取り組んでいる。利用者の希望する呼称(家族の了承)、トイレ誘導時の声かけ方法、入浴・更衣介助時の同性介助の希望への対応等、利用者の尊厳・希望に配慮したケア実践に取り組んでいる。職員間の申し送り・業務連絡等は利用者には聞こえないような場所(事務所内等)で行い、また各種介助時にも必要に応じてカーテンで仕切る等、プライバシー・尊厳に配慮し対応している。	利用者が自己決定できる声かけ方法の周知に期待する。

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
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	本人の思いを尊重し、ゆったりした態度で聞く姿勢に心がけ、希望に沿えるように検討している。		
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	本人のペースに合わせ、臨機応変に対応している。		
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	毛染めやカット、髭剃りは希望に応じている。 洋服は入浴時に、本人の好みの服を選んでいただいている。		
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	個々の好みに合わせて対応している。 下準備や後片付けは、できる範囲で手伝ってもらっている。 月に1回の食事会を実施し、楽しんでもらっている。	業者より献立(代替食含む)に合わせた配達食材、家族からの差し入れ食材、買い物してきた食材(旬の食材)を用いて、調理アレンジを利用者と相談しながら食事を提供している。利用者は「出来る事」「やりたい事」を活かして、野菜の皮むき、調理、味付け、後片付け等を職員と一緒にしている。毎月1回のホーム内食事会、誕生日会、おやつ作り等、食事が楽しめるよう取り組んでいる。ホーム内食事会では旬の季節料理(カニ、うなぎ、すき焼き等)、テイクアウト(寿司お弁当、握り寿司等)を提供している。	
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	毎食の摂取量をチェックしている。状態に応じ軟飯・お粥・刻み等の配慮をしている。 食欲低下した時は、栄養補助食品などで対応している。		
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	口腔ケアを毎食後実施している。		

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
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知り、声掛け・誘導・介助をしている。短い間隔でも本人の尿意を大切に対応している。	「トイレでの排泄」「薬剤を使用しない」を基本としており、必要に応じて排泄チェック表をもとに利用者の排泄パターン(間隔やサイン等)を把握している。利用者個々の必要性に応じた声かけ誘導、汚染・後始末のチェック、衛生用品(リハビリパンツ、パッド類、ポータブルトイレ等)の使用を支援している。衛生用品は利用者と身体状況を話し合いながら使用方法を検討している。夜間は利用者の希望や睡眠状態・体調を考慮して、定期的な声かけ誘導等で安楽で快適な排泄を支援している。	
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	排便チェックを行い、水分補給を心がけている。 医師に相談しながら、薬で調整している。		
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	大体の曜日は決まっているが、希望やタイミングに合わせて変更するなどの対応はしている。	週に4回お風呂を沸かし、利用者個々の希望(入浴回数、湯加減、順番、同性介助、シャワー浴、入浴剤の使用、好みの入浴用品の使用等)に沿って週2回程度の入浴を支援している。利用者の体調面や気分(入浴を嫌がる等)に合わせて、入浴日時の変更、足浴やシャワー浴・清拭・陰部洗浄での清潔保持を支援している。利用者の希望に合わせて好みのシャンプーやボディソープの使用、入浴後のスキンケア(用品は家族が準備)も支援している。	
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	個人個人の体調・習慣に合わせて眠れる環境を整えている。		
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	薬剤情報はいつでも見る事ができ、職員間で情報を共有している。 服薬変更があった場合は、全員が分かるよう記録し、薬剤師とも連携している。		

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
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	洗濯物たたみや食事の下準備など、個々のレベルに合わせて支援をしている。また、外食や散歩などの気分転換を行っている。他、レクとして週1回講師をお呼びし、音読を行っている。		
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	なるべく外出する機会をもつよう努力している。 また、家族の協力を得ながら外泊・外出などの希望にそよう支援している。	利用者の希望を聞き、その日の体調・気候・気分に合わせて、日常的な外出(外気浴、近隣の川沿いへの散歩等)を支援している。プランターでの野菜・花の栽培の世話も利用者の楽しみとなっている。自宅周辺へのドライブや季節感を味わうことのできる外出(さくら・紅葉の花見、バラ園散策等)を支援している。家族とは外来受診・墓参等の協力を得ている。コロナ過において外出活動の自粛を余儀なくされているが、感染対策の上でできる限りの外出を支援している。	
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	自己管理できる方には任せている。 また、管理できない方でも預り金を出納付し、いつでも使えるお金があることで安心感を持ってもらっている。		
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	本人が希望していることにはできるだけ対応している。		
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	季節の花を生けたり、季節のものを展示するなど内装を工夫している。	利用者が心地よく快適に過ごせるよう、共用空間の清潔保持や温度・湿度管理(空調管理、定期的な換気、加湿器の使用等)に配慮している。また不快な音・においが無いように環境整備しており利用者が安心して居心地よく過ごせるよう工夫している。プランターでの季節の花の栽培や造花の飾り等、季節感を感じられる共用空間作りに取り組んでいる。プランターでの野菜収穫も利用者にとって楽しみとなっている。	

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
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	自室で過ごす時間だけでなくホールで談話をしたりソファで横になったりと自由に過ごす事が出来るようになっている。		
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	本人の馴染みの物や使い慣れた家具を設置し、居心地良く過ごせるように支援している。	居室はベッド・タンス・チェスト・エアコンが備え付けられている。利用者が居心地よく過ごせるよう、本人の使い慣れた物(寝具類、冷蔵庫、電化製品、鏡台等)や、安心できる物(家族の写真、仏壇、テレビゲーム等の趣味の物)を自由に持ち込んでもらっている。家具の配置は転倒リスクや動線に配慮して工夫されている。居室内はプライベート空間であり本人の個性・自由を尊重しており整理整頓具合は個性として清潔保持にだけ気配りしている。	
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	手すりを居室、廊下、洗面、トイレ等に設置し、車椅子の方も利用しやすいよう工夫されており、常に清潔・安全が保たれている。		