

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	エフピー・ウェルフェアワーク株式会社		
事業所名	イエローガーデン有松 (1F)		
所在地	石川県金沢市有松2丁目4番10号		
自己評価作成日	令和3年10月14日	評価結果市町村受理日	令和3年11月29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Ⅲ 106号
訪問調査日	令和3年10月22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)】

ご本人様、ご家族様ともに安心して生活を送ることができるよう、隔月手紙でご様子お伝えしています。また看護師から健康状態について体調不良時には速やかにご連絡をご家族様に差し上げております。介護度・認知症の状態に関わらず受け入れをしています。訪問看護などを利用し、終末期ケアを行っております。

【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「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「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対応に取り組んでいる。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を行っている。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(日向ぼっこ、近隣の公園等への散歩、買い物等)を支援している。月1、2回のホーム内食事会では旬の季節料理(まつたけ、うなぎ、季節のフルーツ等)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、運営推進会議の要点・改善事項のフィードバック等、ホームの活動を書面で情報提供している。地域とは町会行事(防災訓練等)や公民館行事(文化祭等)への参加や近隣の保育園との相互交流(園児の来訪、保育所の夏祭り見学等)にも取り組んでいる。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、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
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	入社時に経営者・管理者から理念について説明を受ける。具体的なケアについて、定期的にフロア会議等で話し合い、意見の統一を図るなど、実践に向けての取り組みを行っている。	「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各ユニットに掲示している。またフロア会議や研修・勉強会の中で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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	運営推進会議等を通じて、町会長や民生委員との関わりをもったり、近隣のスーパーや飲食店などを利用し交流を図っている。	町会行事(新年会、防災訓練等)や公民館行事(文化祭等)に参加している。また近隣保育園との相互交流(園児の来訪、保育所の夏祭り見学等)、地域ボランティアの受け入れ、近隣のスーパー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となっているが運営推進会議を通じて町会長・民生委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	広報誌を町内の回覧板に載せてもらい、その中で認知症ミニ講座を掲載したり、地域の認知症相談窓口として事業所の電話番号を記載し、問い合わせに対応している。		
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	2か月に1度の運営推進会議で地域の方やご家族の意見をお聞きし、また福祉用具業者や薬局の方に参加して頂き、意見を聞かせてもらい、サービスの質の向上を図っている。	町会長、介護相談員、民生委員、家族、薬剤師、保育園職員、近隣グループホーム、福祉用具事業者、行政担当者をメンバーとして2ヶ月毎に定期開催(書面開催含む)している。ホームの活動・行事、ヒヤリハット・事故事例等を報告している。運営推進会議で話し合われた意見の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。議事録は全家族に送付し運営推進会議の内容を伝えている。	書面会議の実施において、議事録の送付だけでなく幅広く意見を募る取り組み(返信用書面の同封等)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	市町村が主催している家族会等や、地域包括センター(お年寄り地域福祉支援センター)が主催する行事・研修会に事業所として積極的に参加している。	運営推進会議や市・地域包括主催の各種行事・研修会への参加を通じて、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気軽に相談できる関係ができている。認知症カフェ開催についても協力している。	
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	身体拘束を行わずに一人一人に合ったケアを行っている。職員間で、研修を通じて身体拘束廃止についての理解を深めている。	身体拘束適正化委員会、ホーム内勉強会を通じて、身体拘束の該当行為・グレーゾーンや弊害について事例を基に職員に周知している。また行動制限につながる言葉使いやスピーチロックについて、日々のサービス提供の場面でも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。玄関の施錠は防犯上・安全上に考慮しつつ必要最小限としており、利用者が外に出たい場合は一緒に付き添い外出する等、随時柔軟に対応している。	
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	虐待に関する外部研修に積極的に参加し、研修を受けた者は内部研修でフィードバックを行っている。また内容を掲示し、ご家族様にも取り組みがわかるようにしている。		

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
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	職員は積極的に研修に参加し、理解するよう取り組んでいる。		
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	入居時、家族に十分な説明をおこない、不安や要望等を聞き、契約内容や重要事項等を十分に理解し納得して頂くようにしている。		
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	面会時・運営推進会議・意見箱などご家族と何でも話し合える関係を作り、要望があればミーティングで話し合うよう努めている。	3ヶ月毎のこすもす便り(写真を添付)や2ヶ月毎の運営推進会議議事録を家族へ送付し、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。	
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	フロア会議、ミーティング、定期的な個人面談等で、意見や悩みを出し合えるよう配慮を行っている。	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。毎月のミーティング(各ユニット職員)やフロア会議(各ユニットリーダー)の中で職員の意見・提案を聞く機会を設けている。代表者へは事務局職員の定期訪問を通じて伝えており、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	時間外労働もなく、有給休暇が取得しやすいよう配慮を行うなど、働きやすい職場作りに努めている。		
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	研修に参加し、研修報告を行い学んだ事項を他の職員と共有している。 新規採用時には新人研修を管理者、看護師を中心に実施し、実技指導は各フロアのリーダーを中心とし学べるよう配慮を行っている。		
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	他事業所の運営推進会議に参加し、他事業所の意見を聞く機会とし、サービス向上に活かしている。また、研修を通じて他事業所職員と積極的に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
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	初期対応時にご本人、ご家族様から生活歴などについてお聞きし施設での生活がご自宅での生活に近づくことができるようにしている。		
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	初期対応時にご家族からの要望や不安なことなどを聞き、ご本人とともに信頼関係を築き安心して過ごせるよう努めている。		
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	カンファレンスの場においてご本人様ご家族様の意見をお聞きし、必要な支援について共に共有できるよう努めている。		
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	個人を尊重し、ご本人様の出来ることが続けていけるよう、かつ難しくなっていることについては共に行えるようカンファレンスを通じて意見を出し合い協力している。		
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	面会時または「コスモス便り」「報告書」の中で近況をご報告し、意見や要望などを聞く機会を持っている。		
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	普段の会話の中で、ご本人の思いを傾聴し、これまでに大切にしてきた人や物などを共有し、これからも関わりを持てるように支援を行っている。	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(ドア越し面会)・電話、年賀状・手紙のやり取りを支援している。ホームに入居後も家族行事(墓参り、結婚式等)に参加できるように家族に協力を依頼している。また自宅周辺へのドライブや行きつけの店(美容院、飲食店等)の利用等、馴染みの場所との繋がりを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	個々の思いを把握し、ご自宅のようにくつろげるよう環境を整えている。また趣味や好きだったことが継続できるようにご家族様の協力を得、支援を行っている。また円滑にコミュニケーションが図れるように配慮を行っている。		

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
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	ご家族様からのご希望があれば、その都度対応している。		
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	日常におけるご本人の会話や表情、行動を把握し、またご家族からのご要望を参考し、ご本人様ご家族様の希望に添える様努めている。	職員は利用者との日頃の関わりを濃くすることで、日常会話を通じて、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(行きたい場所、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。	有益な情報収集のための記録方法の工夫と検討に期待する。
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	ご本人様、ご家族様から生活歴などを、日常にお聞きし、職員間で共有している。		
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	入居以前の過ごし方などを参考に、ご本人様が安心して過ごせるように会話の中で把握したり、カンファレンスを通じ、職員間で把握、共有できるよう努めている。		
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	カンファレンスを開き、計画作成者を中心とし、より良いケアプランが作成できるよう努めている。	利用者一人ひとりがその人らしい暮らしが出来るよう、利用者の「出来る事」「したい事」「楽しみ」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・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、支援内容を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	心身の状態を誰が見てもわかるように記録するよう指示が出ているが、まだ不十分なところがある。勤務前には申し送りの徹底を図っているがまだ不十分である。		
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	嗜好品など、ご本人様が自ら購入できるように支援を行っている。		

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
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	近隣のスーパーや飲食店、公園などを利用している。		
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	希望によりかかりつけ医へ受診にいつでもあったり、円滑に主治医の往診を受けられるよう配慮を行っている。また体調不良時や内服薬の変更などについて看護師より密に連絡をさせて頂いている。	希望に応じて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)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	体調不良時には看護師に連絡し、速やかに看護や往診が受けられるように努めている。		
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。	介護サマリーを速やかに提出し、退院時にはソーシャルワーカーや担当看護師と連携を図ったり、直接病院に出向き、スムーズな支援が行えるよう努めている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご本人様、ご家族様共に、満足のできるケアを提供できるように主治医、看護師を含め話し合いの場を持っている。	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を確保し、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段階的に相談し、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、勉強会・事例振り返りにより、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。	
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	研修等に参加し学んでいる。またマニュアルを周知している。また看護師の指導を受け、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	緊急時対応マニュアルを作成し早急に連絡対応出来る様準備している。	緊急時対応マニュアルを策定し、ミーティング時の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交番との連携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
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、主治医の定期的な往診、近隣の専門医などの協力を得、支援体制を確保している。	市内の総合病院とホーム提携医(2ヶ所)、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バックアップ支援体制を確保している。	
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	夜間緊急時には、各ユニット1名ずつ配属されているため応援の依頼が可能である。近隣にも職員がいるので緊急時の対応は可能である。	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。緊急時には相互連携を図り対応している。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	災害時の緊急連絡体制やマニュアルを作成し、周知するよう努め、年に2回、防災訓練を行い身に着ける様努めている。	年2回、消防立ち会いのもと夜間の火災発生を想定した総合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や避難方法、通報方法、水消火器を用いた消火体験を実施している。地域の防災訓練にも参加し、地域との協力関係や地区指定の一時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	昨今の災害に合わせたマニュアルの見直し、整備が必要である。	各種災害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)は定期的に作動点検している。災害発生時に備え必要最小限の備蓄品(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。	
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	ご本人の気持ちに寄り添い、個別に対応している。 排泄や入浴のケアについては、プライバシーに配慮し、環境を整えかつ言葉かけに配慮している。	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に事務所内で行い、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。	接遇やプライバシー保護について定期的に学習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	日常生活の中で、自己決定する場面を作るよう努めている。外出の希望時などは、すぐに行えることについては速やかに行い、すぐに行えないことについては、計画を立て実施している。		
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	日々の体調の変化に合わせて、快適に過ごせるように配慮を行っている。		

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
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	自身で衣類の選択ができるよう提示している。お化粧や整髪ができるよう物品などの準備を行っている。		
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	毎日の食事においては彩りや食べやすさなどを大切に、共に準備できるよう声かけを行っている。時々、工夫を凝らし、食事会を開いたり、外出に出かけたりしている。個々の強みを発揮できるよう、配慮を行っている。	栄養士が作成した献立をもとに、業者からの配達食材やおすそ分け食材、買い物してきた食材(旬の食材)を用いて調理アレンジも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やっている。毎月1~2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(まつたけ、うなぎ、フルーツ等)、テイクアウト等を提供している。	
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	栄養士がメニューを作成している。摂取量、水分量をチェックし、時にご家族様、主治医への報告を行っている。		
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をしている	毎食後口腔ケアの見守り・支援を行っている。義歯は職員にて管理・洗浄を行っている。		
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	カンファレンスなどにおいて、排泄ケア内容を決定し取り組んでいる。、排泄チェック表を利用し、個々の排泄パターンを把握できるようにしている。	「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で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。衛生用品の使用は利用者とは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	排泄チェック表・ケース記録からカンファレンスなどにて検討している。水分摂取の促し、簡単な体操の提案・実施、個別でヨーグルト、果物、牛乳等を購入して頂き、薬に頼らない排泄に努めている。		
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	その日の体調や希望に合わせて、入浴できるよう支援を行っている。入浴ができない方については、清拭や陰部洗浄などで対応を行っている。	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、入浴日の変更、足浴や清拭・陰部洗浄での清潔保持を支援している。利用者の希望があれば、銭湯での外出入浴(家族協力)にも対応している。	

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
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	個々の睡眠に関する情報を把握し、衣服の調整、水分の提供などの対応を行っている。		
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	薬剤師の訪問の際には、指導を受け、また電話で相談するなど努めている。		
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	入居以前の生活歴などを把握し、ご本人が役割を継続したり、生活にハリが持てるようご家族様の協力を得ながら支援を行っている。		
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	普段は天候や体調に配慮し、散歩や買い物の支援を行っている。共に計画を立て、外出の機会が持てるようにしている。季節感を感じ取ることができるよう、支援を行っている。	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(玄関ベンチでの日向ぼっこ、近隣の公園や貴船神社への散歩、スーパーへの買い物等)を支援している。また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、公園散策等)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	ご本人様の希望に合わせて外出し、日用品、嗜好品などの買い物をしている。支払いの際にはご自身でできるよう配慮している。		
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	ご本人様のご希望により、電話をかけたり、手紙を出せるよう努めている。		
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	天候に合わせて室温調整し、リビングには季節感を感じられるものを装飾している。	利用者が心地よく快適に過ごせるよう、共用空間の清潔感や温度・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。またリラックスできる音楽をかけたり、ゆったり座れるソファを設置する等、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。玄関先のプランターで季節の花を育てたり、散歩途中に摘み取った季節の花をホーム内に飾る等、季節感を感じられる共用空間作りに取り組んでいる。	

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	ソファやひじ掛けイスの設置、声かけにより楽しく過ごして頂けるよう配慮を行っている。		
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	ご家庭で使用していたものや写真など馴染みのあるものを置き、安心して過ごしていただけるように努めている。	居室はベッド・テレビ・タンス・チェスト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、電化製品、鏡台等)や、安心できる物(家族の写真、趣味の物等)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。	
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	トイレや居室に案内をつくり、わかりやすく安全に過ごせるように配慮している。		