

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	1770102463		
法人名	社会福祉法人 眉文会		
事業所名	group-Home五番丁		
所在地	石川県金沢市茨木町64番地		
自己評価作成日	令和5年12月7日	評価結果市町村受理日	令和6年2月16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12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)】

当事業所では「調理や買い物、掃除など」実際に家庭で行われていた家事であったり、その方に応じた役割意識をご利用者にとっていただける支援を行っています。また、1人ひとりの自立に向けた「自力」を支援しながら、認知症があってもできることを減らさず、できなくなったことも再びできるようになるといった、もう一度自宅で生活したいという「在宅復帰への希望」が持てるような支援を目指すと共に、ご利用者様は主役として、職員はその生活を支える黒子となりながら法人理念の「居甲斐」のある生活を目指します。また、ICTを導入し、業務の効率化を図ることで、空いた時間をご利用者一人一人と向き合えるよう取り組んでいます。

【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)】

法人理念に基づき、毎年度職員が話し合いホームとしての目標(今年度は「相互理解を深める」①1日の目標の共有②ミニミーティング実施)を設定している。町会行事(お祭り等)や公民館行事(オレンジカフェ、各種イベント等)に利用者と共に参加しており、週2回来る移動スーパーは法人の取り組みによって開始したものであり、近隣住民の利用もあり、利用者と近隣住民との交流の機会となっている。運営推進会議や年2回の家族会・敬老会にて家族より意見・要望を聞く機会を作っており、サービスの改善と運営に活かしている。食事は利用者と相談し毎日の献立を作っている。食材は利用者と一緒に近所のスーパー・肉屋等に買い物に行っている。調理や後片付けも利用者のやりたい事・出来る事を活かして職員と役割を持って一緒にやっている。日常外出として散歩、買い物(スーパー等)の楽しみを持った外出支援に取り組んでいる。ペランダでの日光浴、屋上での散歩・景色観賞、屋上にある畑での花・野菜の栽培(水やり、雑草積み等)も支援している。近隣に集中している法人施設やグループホームが一体となり地域への貢献(尾山互町)と利用者の自立した生活の実現に取り組んでいる。

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、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	法人理念「居甲斐の構築」に基づき、毎年度、事業所としての目標の設定をしている。毎月行われるグループホーム会議で目標に向けての取り組みについて話し合っている。	法人理念に基づき、毎年度職員が話し合いホームとしての目標(今年度は「相互理解を深める」)①1日の目標の共有②ミニミーティング実施)を設定している。毎月のユニット会議にて目標に向けての取り組みを話し合い、半年毎に評価を実施と日常的な振り返り、法人理念・目標のホーム内掲示を通じて、法人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	地域内で散歩をしたり、週2回来る移動スーパーに出かけることで、近所住民と挨拶を交わすなど交流を積極的に図っている。	現在は感染症予防のため自粛しているが町会行事(お祭り、盆踊り等)や公民館行事(オンラインでのオレンジカフェ開催、各種イベント等)に利用者と共に参加している。週2回来る移動スーパーは法人の取り組みによって開始したものであり近隣住民も利用しており、利用者と近隣住民との交流の機会となっている。外出時は他者と接触しないように人混みを避けた時間帯で支援している。	
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	運営推進会議で地域代表と情報交換を行ったり、地域サロンで地域住民に向け認知症の人の理解や支援方法、グループホームの活動の様子を発信している。		
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	地域代表、包括、市職員、家族代表に対し、取り組みや活動状況を報告しながら意見交換を行っている。	家族代表(2名程度)、地域代表(2名程度)、行政担当者(市、地域包括)が参加し近隣の同一法人グループホームと合同で年6回開催している。ホームの活動報告や事故・ヒヤリハット事例等についての意見交換・提案もあり、参加者の助言をサービスの向上に活かしている。議事録は職員への回覧し、来訪者がいつでも閲覧できるように面会室に備え付けている。	幅広く意見を収集するために、不参加の家族には議事録を郵送して意見を求め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取り組んでいる	運営推進会議の内容や、怪我や離脱事故等の報告を行っている。行政からの指導や情報または、相談等についても電話及び市役所に出向いた際に行い、協力関係を築いている。	運営推進会議やグループホーム連絡会での情報交換を通じて、行政担当者(市、地域包括)との連携強化を図っている。運営上の疑問点があれば行政担当課に相談し必要な助言を得ている。オレンジカフェ(オンライン開催)は地域包括と協力して開催しており、職員は講師としても活躍している。	

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	年に3回程の勉強会と3か月に1回の身体拘束廃止委員会にて身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。また、職員の意識向上に向けて、自己点検シートを活用している。	年4回の法人内研修や年3回のホーム内勉強会と3ヶ月毎の身体拘束廃止委員会、自己点検シートの実施を通じて職員の基礎知識と意識向上を図っている。玄関鍵や窓の開閉等のハード面やスピーチロック・ドラッグロック・タイムロック等の利用者の行動制限につながる職員の言動は、管理者含め職員同士で常に話し合いを繰り返し身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる。	
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	身体拘束とともに、虐待の研修に参加し、理解を深め共有している。特に日常の何気ない言葉使いや態度が不適切ケアになっていないか意識するよう注意している。		
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	当法人の育成支援センターの研修で制度について学ぶ機会を持ち、理解を深めるように努めている。		
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	利用開始前に、利用者本人、家族にホーム内の見学、方針や支援内容について説明している。また契約時や改定時においても重要事項の説明をし、理解を得ている。		
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	日頃の生活の中での意向や要望を聞き、個々の支援に生かしている。また家族会や面会時に家族から意向・要望を聞き、反映させている。	毎月のホーム通信(写真、担当者の個別コメント添付)を家族に送付し利用者の日頃の暮らしぶりを伝え、家族との面会や家族会時に意見・要望を引き出せるよう取り組んでいる。運営推進会議でも家族からのホーム全体への質問・意見・要望を聞く機会を作っており、サービスの改善と運営に活かしている。	
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	グループホーム会議等の場で、職員の意見や提案を聞き、検討や実行に移している。また代表者には事業所の運営に関し、相談や助言をもらい運営している。	毎月のユニット会議や個別のケース会議にて職員の意見・提案を聞く機会を設けている。また介護現場での随時の話し合いや連絡ノートを活用して幅広く職員の意見・提案を募っている。職員のアイディアや提案は検討した上で運営に活かしている。年2回の個人面談の機会もあり、働き方や個人目標を話し合っている。	

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
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	各職員が働きやすい環境となるよう、コミュニケーションをとるように図るとともに、勤務希望を確認し希望に添えるように配慮している。また管理者と職員の面談も年2回行って職員の思いを聞く機会を設けている。		
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進めている	年間研修計画に沿って法人内育成センター研修、共有研修の参加の機会を設けている。研修報告会の中で情報共有を行ったり、また日頃の支援の中でも情報の共有や提供を行っている。外部研修もオンラインで参加している。		
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	ケアワーカーカフェや、様々な研修などを通じて、意見交換を行い、お互いのサービスの質の向上に努めている。		
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	本人が安心して生活できるように、不安なことや思っていること、望むことを傾聴しながら安心して生活できるよう信頼関係作りに関心している。		
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	本人主体のサービスを基本にし、家族の思いや要望、不安な思いを考慮し、話し合いながら協力し合える関係づくりに努めている。		
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	本人、家族の現状を確認し、サービス導入前に支援内容等の相談に応じている。		
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	掃除や調理等日常生活を一緒に行い、個々のできることを見極め個々の能力やできることが発揮できるような日常生活を送っていただけるようにしている。		
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	これまでのご家族間の関係を踏まえた上で、できる限り協力していただき、意見交換を行ったり、相談をする等し、お互いを支え合える関係になるよう努めている。		

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
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	家族面会の制限はあるが、家族にフェイスシールドを着用してもらい対面での面会など感染予防をしながら継続している。職員と、馴染みの散歩道や、ドライブに出かけている。	馴染みの人間関係が継続できるよう、家族・友人・自宅近所の知人等のホームでの面会（面会室を使用）・電話・年賀のやり取り等を支援している。家族とは散歩外出や自宅外出（自宅で食事等）にて一緒に過ごす事を楽しむ機会を設けている。移動スーパーの利用や家族の協力の中での理美容室の利用、職員とのドライブ外出等で馴染みの場所の継続利用も支援している。	
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	さりげなく職員が関わることで、利用者同士の関係作りができ、利用者同士が穏やかに生活を送れるように支援している。		
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	長期入院の為、やむを得ず利用中止になった利用者に対して病院の面会にいたり、その後の生活についてご家族の相談にのるように努めている。		
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	日々の関わりの中で本人の思いや発言に耳を傾け汲み取るように努めている。アセスメントツールを活用し、本人本位のあり方をケース会議等の場を利用し職員間で話し合い支援につなげている。	日頃の関わりの中で利用者との信頼関係を築き、日常会話の中の言動や利用者を選択肢を提供し選んでもらう等、利用者個々の「思い」「生活の悩み」「したい事」を把握できるよう取り組んでいる。得られた情報や職員の気づきはアセスメントツールを活用して職員間で情報共有し、ケース会議にて利用者の「思い」がどこにあるのかを利用者本位に検討している。	
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	家族や以前のケアマネージャーからの情報を得たり、本人との会話の中から生活歴等の情報や経過を把握し、サービスにつなげている。		
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	これまでの生活歴や、日々の活動の中から本人のできる事、できない事、できそうなことを把握し支援に生かしている。		

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
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	本人やご家族の要望を聞き、ケース会議で話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月に1回モニタリングを行い、また状態の変化が見られた時はその都度見直している。個別ケアの充実を図るため、サービス内容は要望も含め具体的にできるようにしている。	利用者のニーズ「本人の楽しみ・趣味」「できる事の継続・役割作り」「健康管理」の視点を重視し、具体的な目標設定と支援内容を介護計画として策定している。3ヶ月毎のモニタリングと年1回のアセスメント総括を基に介護計画の更新・見直しを実施している。	利用者のニーズ・目標をより具体的にとらえて設定し、5W1Hを意識した介護計画の策定に期待する。
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	ケース記録やモニタリング実施記録にて日々の活動や様子を具体的に記入し、職員間で共有しながら介護計画に反映させている。		
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	利用者本人のニーズや家族の状況や希望に配慮し、その時に応じたサービスの提供に努めている。		
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	地域のお店に出かけたり、隣接の施設で行われる行事等に参加し、暮らしを楽しむことができるように支援している。		
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	以前から利用されていたかかりつけ医の受診を継続していただいているが、利用者や家族の希望があれば、往診等の適切な医療が受けられるように支援している。	利用者・家族の希望に応じて従来からのかかりつけ医の継続外来受診（往診への切り替え含む）、またはホーム提携医による定期往診を選択できる医療支援体制となっている。外来受診は家族付き添いでの受診を基本としており、必要に応じて職員の同行・電話・手紙・FAXで医師へ情報提供しており、利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	協力医療機関の看護師が週に1回来訪し、健康面、医療面での相談をし、助言をいただいている。また、日ごろからの気づきを職員間で共有し、適切な医療を受けられるように支援している。		
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。	入院先の医療機関に本人の生活情報を提供したり、入院中の様子を聞いたり、退院前のカンファレンスに参加して病院にいるときの様子や退院後の注意点などを確認している。		

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
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、事業所ですることが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	利用開始時に重度化や終末期についての施設の方針を話している。また今後そのような状態が見込まれる時には早めに家族や医師と話し合い、本人・家族の終末期に対する思いに寄り添った支援を行っている。	利用開始時に重度化・終末期についてのホームの方針を説明している。利用者の状態変化に応じて主治医より判断と家族への説明があり、家族の希望とホームで可能な介護について話し合いの場を設け、今後の方向性を決めている。主治医・訪問看護との医療連携のもと利用者・家族の希望に沿い、可能な限り本人のしたい事を継続しながら重度化・終末期支援に取り組んでいる。入院や他施設への移行の場合にはスムーズな移行のためにサポート支援している。	
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	法人内の勉強会の参加や、事業所内の緊急マニュアルを基本に各職員が急変、事故発生時、初期対応できるようにシュミレーションを行っている。		
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	緊急時のマニュアル、連絡体制を整備し、緊急時に対応できるようにしている。離設等の懸念のある利用者には金沢地区法人内で利用者情報を共有している。また、当日の服装も説明できるよう意識し勤務している。体調変化などの緊急時対応は法人内研修等で繰り返し対処方法を学び事業所内の会議で情報共有している。	緊急時対応マニュアルと緊急・事故発生時の連絡体制を整備している。救急搬送時に備え「情報提供シート(既往歴、主治医の連絡先等)」を準備している。ホーム内での勉強会や法人内育成支援センターによる研修(新任、中堅)や看護師職員による救命救急講習を通じて職員のスキルアップを図っている。行方不明時対策としては、懸念のある利用者について法人全体で利用者情報(写真等)を共有している。	誤嚥・窒息対応について職員のスキルアップのための実技訓練を定期的な実施される事を期待する。
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	協力医療機関の看護師による定期的な訪問を受けている。法人内の福祉施設とも情報交換し、バックアップ体制を整えている。	ホーム提携医・訪問看護によるホームへの定期訪問や歯科医の往診、協力医療機関による医療支援体制を構築している。法人内の福祉施設とは研修や行事を通じて常に情報交換しており、バックアップ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	緊急連絡体制の組織図に従い、他ユニットの夜勤職員への協力を依頼したり、必要に応じて近隣居住職員が駆け付けたり、ホーム長、主任へのオンコール体制ができている。	夜間は各ユニット1名(ホーム内計2名)の夜勤体制となっている。緊急時はユニット間の協力体制と管理者・主任のオンコール体制、近隣在住職員の応援体制、ホーム提携医による相談体制、近隣施設の夜間警備職員による応援体制が整備されている。「眠りスキャン」の活用が利用者の夜間の安全に寄与している。夜勤申し送り時は利用者のその日の様子や注意事項を確認して夜間緊急時に備えている。	

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
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回以上、避難訓練や災害時初動訓練を実施している。福祉避難所になっている隣の特別養護老人ホームで行われる避難訓練にも職員が参加し、地域との協力体制が取れるように努めている。全職員が身につけることができるよう訓練を継続している。	年2回、利用者も参加して地域消防団・防災センターとの災害発生時(火災、震災)の避難訓練を実施している。地域住民とは法人全体で連携を図っており、地域の福祉避難所となっている近隣の同一法人特別養護老人ホームで実施される防災訓練にホーム職員も参加している。	夜間を想定した避難訓練も実施されることを期待する。
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	災害時の初動行動、連絡網等、整備され訓練を行っている。また、施設を離れ避難する際は、福祉避難所になっている隣接の同法人施設を使用できる体制になっている。	防災及び非常災害時対応マニュアルを整備し、防災センターによる防災設備(スプリンクラー、自動通報装置等)の作動点検を実施している。備蓄は法人全体での備蓄に加えホーム内でも食材・飲料水・ヘルメット・ガスコンロ・懐中電灯等を独自に準備している。備蓄食品は防災の日に消費期限間近の食品を使って停電時の食事提供を想定した調理を体験している。	
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	法人内でプライバシー保護、身体拘束虐待防止、接遇研修への参加及び、日ごろから一人ひとりを敬う気持ちを忘れず、言葉遣いや態度に気を付けながら支援を行っている。	接遇マニュアルの整備とともに年2回の法人内接遇研修(新任・中堅職員向け)を通じて、基本的な接遇マナーとプライバシー保護の意識向上を図っている。利用者への日常的な言葉使いや、介護時の利用者の羞恥心・尊厳に配慮した声かけ方法・同性介助等の支援に取り組んでいる。申し送り等の職員間の打ち合わせ時は、他者に聞こえない場所か内容がわからない工夫を行い、プライバシー保護を図っている。	
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	利用者の言葉だけでなく、態度や表情などから本人の希望や好みをくみ取り、それに基づいた支援を心掛けている。		
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	一人ひとりのペースを把握し、ペースにあった生活を営めるように支援を行っている。本人のしたいことを尊重し、できるだけ希望に沿った過ごし方をしていただけのように努めている。		
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	季節にあった服装や整容、その人らしさがあるおしゃれができるよう、声掛け支援している。		

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
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	季節の食材を利用者とともに購入し調理している。調理や後片付けなど、できる方は役割分担し行っている。	利用者と相談し毎日の献立を作っている。食材は利用者と一緒に近所のスーパー・肉屋等に買い物に行っており、屋上菜園の野菜も活用している。調理や後片付け、味見・味付けも利用者の能力や希望を活かして職員と一緒に行っている。家族からのフルーツ・お菓子の差し入れ、季節の行事食、おやつ作り、テイクアウト(お寿司、お弁当)、家族との自宅外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	一人ひとりにあわせた食事量や食事形態で提供している。水分量も記録し、摂取量が少ない方には好みの物を提供したり、こまめに声掛けも行っている。		
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に、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、個別に声掛けし、口腔ケアを実施している。また、義歯の方は義歯洗浄剤を使用し清潔を保っている。		
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	その方の排泄パターンの把握に努めている。必要に応じ、声掛けや誘導を行うことで自力排泄ができるように支援を行っている。紙パンツ使用で入居されても、職員間で情報共有し、布パンツに変更することがある。	各居室にトイレが設置されている。排便は全利用者、排尿は必要な利用者について排泄チェック表を作成して排泄パターン・間隔、利用者の体調を把握している。職員は利用者の必要に応じて声かけ誘導を支援している。夜間は利用者の睡眠状況を考慮しつつ、声かけ誘導、紙パンツの交換等を支援している。衛生用品は利用者と一緒に相談しながら身体状況を考慮して使用している。	
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	便秘予防の献立を考えたり、運動も積極的に取り入れている。また、その方に合わせた水分をしっかりとっていただくことで自然な排便につなげている。		

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
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	希望やタイミングを踏まえ、ゆっくりと入浴を楽しんでいただけるように配慮している。	毎日お風呂を沸かしており、週2回以上の入浴を支援している。利用者からの希望のほか気分・体調不良による時間・日程の変更、汚染等の必要に応じてのシャワー浴・足浴・清拭へのサービス変更支援や、入浴後のスキンケア・塗薬の塗布等の清潔保持を支援している。入浴用品(シャンプー等)はホームで準備したものまたは利用者のお気に入りの用品どちらでも使用できる。	
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	居室の照明や室温等の環境面を整えたり、心身の状況に合わせた声掛け、介助を行っている。		
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	服薬ファイルを用意し、一目で薬についてわかるようにしてある。受診時に処方された薬を確認し、変更箇所があれば職員で情報共有し、効果や副作用を理解し、心身に変化が見られないか注意深く観察を行っている。		
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	趣味に合った余暇への参加や、屋上菜園での栽培や収穫、生け花など、一人ひとりの楽しみや役割を考え、見つけたりしながら支援している。		
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支援している	個別で散歩、買い物など本人の希望に沿った外出支援を行っている。ドライブも計画し、本人の楽しめる場所へ外出している。コロナ感染症も5類になり、希望者には家族と自宅過ごす時間を持ってもらっている。	利用者の希望に応じて散歩、買い物(移動スーパー)、ドライブ外出等の外出を支援している。ベランダでの日光浴、屋上での散歩・景色観賞、屋上にある菜園での花・野菜の栽培も支援している。ドライブ外出は利用者の行きたい場所を聞き企画を立案して普段は行けない楽しめる場所へ外出している。家族との散歩外出や自宅での外食も支援している。	
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	利用者さんの能力に応じて自分で管理されている。買い物等で支払いの際はご自分で支払っていただき、自信や満足感が得られるように支援している。		

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
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	電話をかけた後、手紙が届けば返信の手紙を書いたり、交流が継続できるように支援している。コロナ感染症対策で居室での滞在が出来ないため、家族と電話でのやり取りがより増えている。		
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	家庭的な雰囲気をつくり、季節感を取り入れた環境作りを行っている。また、法人でのGOアラウンドで2ヶ月に1回の他施設の職員の調査や整理整頓委員会が毎月清潔な環境になっているか調査し、指摘があれば即改善するようにしている。	家庭的な雰囲気作りを重視し、利用者がくつろげる場所・空間作りに取り組んでいる。利用者が快適に生活できる温度・湿度・採光・換気に配慮し、整理整頓委員会によるセルフチェック(月1回)を実施しており生活環境の改善につなげている。利用者の得意な事を活かし、玄関に利用者の活けた花を飾っている。畳コーナーでも利用者がゆっくり過ごせる場所を作っている。	
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	共有空間に畳コーナーや小テーブルを設け、一人や少人数で過ごせる環境も整備している。		
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	本人の使い慣れた品物などを希望にあわせて使用することで安心して生活が送れるようにしている。	各居室にトイレ・洗面台・クローゼットが設置されている。利用者本人の使い慣れた物品(お箸や湯呑、ブラシ、趣味の道具等)やテレビ・携帯電話等を持ち込んでおり、家族写真・配偶者の遺影、本人が作った物等も居室に飾っている。家具の配置については、自宅での使い慣れた配置を参考に転倒防止、動きやすさに配慮し居室作りを支援している。	
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	廊下や浴室に手すりを付け安全に生活していただけるように整備している。		