

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	1710312008		
法人名	医療法人社団 和楽仁		
事業所名	グループホーム陽らら (2F たんぼぼの家)		
所在地	石川県小松市西町134番地 (電話番号)0761-21-1839		
自己評価作成日	令和5年10月16日	評価結果市町村受理日	令和5年12月20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.pref.kaiakensaku.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	石川県金沢市無量寺5丁目45番地2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和5年10月23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)】

入居者や家族、地域住民、ボランティアの方々など、住み慣れた場所で共に生活するパートナーとして、日常的な関わりを大切にしています。新型コロナウイルス感染予防のためホームへの出入りを制限しているが、平時であれば家族と一緒に過ごすための支援、地域活動への参加、ボランティアの受け入れを積極的に行っています。2名の看護師が中心となって体調管理のサポートを行い、併せて同法人の芳珠記念病院の看護師や管理栄養士にも適宜アドバイスを受けることができ、入居者や家族の方にも安心して頂いています。町内の方々とは積極的にコミュニケーションを図り、陽ららを知ってもらい、認知症の方への理解を得る機会づくりをしています。一人ひとりしっかりと向き合い、いま何を求めているのかを考えながら、その時々での生活や思いに十分に沿える支援を心がけています。

当ホームは理念や基本方針を推進するために毎年単年度の事業計画・目標・行動指針を作成している。今年度の目標は「働きたい・過ごしたいグループホーム」を掲げ、日々の支援に取り組んでいる。事業計画・目標の進捗状況は毎月のミーティングで確認し半期毎に職員間で評価・振り返りを実施し周知している。地域交流として、町会行事(お旅祭り、防災訓練等)への参加、毎月の「陽らら便り」の近所への配布、町内掲示板にも掲示して地域の理解を得る活動に取り組んでいる。ホーム1階を地域交流スペース(陽ららカフェ)として開放しており、コロナ過以前は月1~2回の健やか体操教室や認知症について理解を深める取り組みに地域住民も参加していた。地域住民からの差し入れ(花・野菜、果物等)やお返し(おはぎ、干し柿等)、年賀状のやり取りによる日常交流もあり、ホームの継続的な取り組みにより地域との繋がりが深まっている。看護職員の配置や協力医療機関(地域のクリニック、母体の総合病院)のバックアップ支援体制により、適切な医療を受けられる体制を構築している。普段の健康管理から緊急時・急変時・終末期対応まで、利用者・家族が安心できる体制を整備している。

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、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、その時々で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
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	地域の介護を担うグループホームとして理念を意識づけしている。各階玄関や毎日見る連絡帳に理念の記載、ミーティングでも確認している。個人のネームカードにも記載してあり日々の生活のケアにつなげている。	理念や基本方針を推進するために単年度の事業計画・目標・行動指針を作成している。今年度の目標は「働きたい、過ごしたいと思うグループホーム」としている。理念はいつでも目につくように各階玄関、申し送りノート、連絡帳、ネームカード等に記載しており、新人オリエンテーションや合同ミーティング・半年毎の目標評価等で理念・方針に沿ったケアが実践できているかを確認し周知を図っている。	
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	地域住民の一員として町費を納めている。回覧板や有線放送で地域の情報を得ている。地域に馴染みのあるスーパーからの食材の仕入れや、訪問理美容の受け入れ、家族の方と協力をして、かかりつけ医への受診支援を行っている。町内の方へはスタッフが積極的にコミュニケーションを図り、互いに協力し合える関係づくりを行っている。	町会行事(お旅祭り、防災訓練等)に参加している。毎月の「陽らら便り」をご近所へ配布し、町内掲示板にも掲示して地域の理解を得る活動に取り組んでいる。コロナ過では自粛しているが以前はホーム1階を地域交流スペース(陽ららカフェ)として開放しており、月1~2回の健やか体操教室に地域住民も参加していた。子供歌舞伎の手伝いや陽ららカフェに小学生も訪れての交流もあった。地域住民からの差し入れ(花・野菜、果物等)やお返し(おはぎ、干し柿等)、年賀状等による日常交流もあり、ホームの継続的な取り組みにより地域との繋がりが深まっている。	
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	地域の方が日々の関わりの中で気軽に相談ができるよう、顔なじみの関係づくりに努めている。運営推進会議を通して入居者の様子や身体拘束を行わない支援の工夫を発信している。		
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	入居状況、行事、職員の研修や身体拘束を行わないケアの工夫、外部評価の結果などを報告している。地域からの要望の聴き取り、認知症や感染症についての相談にアドバイスしている。	運営推進会議は2ヶ月毎に家族、町内会長、婦人会代表、民生委員、行政担当者等が参加し定期開催(書面開催含む)されている。テーマによっては消防職員・薬剤師・アロマセラピスト等にも参加してもらいアドバイスをもらっている。活動報告(ホーム現状、研修会、各種行事等)は写真を用いてわかりやすく工夫しており、ホームの役割や認知症理解のための機会として活発に意見交換している。議事録は玄関に設置しており希望者にはコピーを配布している。	

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
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	運営推進会議の報告を通して担当者と連絡を取り合っている。日頃からも運営面でのアドバイスももらったり、小松市GH連絡会に参加し、情報交換を行ったりしている。	行政担当者とはホームの運営推進会議への出席や市主催のグループホーム連絡会(3ヶ月毎)への参加を通じてホームの現状理解と課題について話し合い連携している。市が推進するキャラバンメイト活動にも協力し、老人会や中高校生向けに認知症についての啓蒙活動に取り組んでいる。	
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	入社時から身体拘束をしないケアを実践していることを意識づけしている。ミーティングやリスクカンファレンスでの報告を行い、身体拘束を行わないことを確認している。自分や家族が拘束を受けたら、どんな気持ちか自分自身に置き換えて話し合っている。運営推進会議では毎回、身体拘束や不適切ケアなどを議題に取り入れ、話し合っている。	身体拘束適正化委員会(2ヶ月毎)、外部研修の受講、年2回の勉強会、ミーティング時の事例検討を通じて身体拘束の内容・弊害について学んでいる。不適切ケア・スピーチロックに関する職員の意識調査を実施して集計・分析を行い、言葉の事例集を作成して職員に配布しており、ホーム内にも職員の見える場所に掲示している。ミーティング時に、スピーチロック(言葉による行動制限、命令口調、言葉による抑止等)廃止に取り組んでいる。職員のストレスチェックも実施している。	
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	外部研修への参加や、ミーティングでも学ぶ機会を設けている。また、何気ない言葉かけが心理的苦痛を与える恐れがあることに日常的に注意しあう、言葉の事例集を目に付くところに掲示をして、適切な言葉かけができるよう意識づけを行っている。		
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	外部研修への参加や、ミーティングでも学ぶ機会を設けて意識付けを行っている。資料等は事前に準備しており、必要な時に適切に支援ができるよう努めている。		
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	話しやすい雰囲気づくりを心掛け、ゆっくり、丁寧にやっている。入院した場合は3週間待てること、希望されれば看取りまで行なうことを話している。認知症の症状が落ち着き、他の施設や在宅へ戻ることを希望された場合も、スムーズに事が進むよう協力することも話している。		

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
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	意見や要望が伝えやすいよう、生活を共にする利用者方には傾聴とさりげない言葉かけに努め、家族方には面会時や電話、メールなどで積極的に接する機会を設けて、話しやすい雰囲気づくりを心がけている。運営等について聴き取りやアンケートを行い、運営推進会議を通して地域に結果報告を行い、いただいた意見、助言を改善の参考にしている。また、外部の苦情相談者があり、相談できることを知らせている。	毎月、市の介護相談員を受け入れ利用者が第三者に意見等を言える機会を設けている。また外部の苦情相談員(町内住民3名)を掲示し相談できることを知らせている。家族とは毎月のホーム便り・行事便りの送付、普段の面会時、電話、メール、LINE(写真、動画)にて利用者の暮らしぶりを伝え、家族から具体的な意見・要望・満足度を聞いている。また家族アンケートを毎年実施している。アンケートの集計結果・改善点を家族にフィードバックしている。意見・要望はサービスの向上に活かしている。	
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	代表者は時々ホームを訪問して、利用者や職員に声をかけている。事務局長と管理者とでミーティングを行なっている。管理者は年2回、職員個別に面談を行い相談事や本人のやりたい事を聞いている。また、ローテーション業務も行い、日々の会話やチーム会、合同ミーティングでも一人一人の意見や要望を聞いて運営に取り入れている。	日頃から管理者・職員間の意見交換があり、毎月の合同ミーティング(全体の事案)やユニットミーティング(個別事案)にて職員の意見・アイデアを聞く機会を設けている。ケアに関すること、設備面、福利厚生等について職員の意見・アイデアを肯定的に受け止め、良い案は随時運営に反映させている。年2回の個人面談の際は、職員個々の目標・やりたい事についても意見・希望を聞き、積極的にバックアップしている。	
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	人事考課制度を取り入れ、自己評価や考課者の評価に基づき個々の状況を把握し、給与面での反映や個々に合わせた研修の参加を勧め、意欲向上に努めている。		
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	代表者は教育委員長を中心に、パート職員も含めた、全職員が参加できる計画的な人材育成に取り組んでいる。入社後1～3年後研修や、認知症ケア、緊急時の対応、接遇、リスク回避、感染予防等、幅広く学ぶ機会を確保している。動画での教育システムも導入し、いつでも自己研鑽ができる環境がある。		
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	同グループ内で、入社1～3年後研修、みらい創造研修、和楽仁塾など、交流や情報の共有、意見の交換を行える場がある。また小松市のGH連絡会に参加し、抱えている問題や取り組みを共有したり勉強会に参加したりして、サービスの質の向上とネットワーク作りを行っている。		

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
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	入居の相談があった時には本人やご家族の思いを傾聴している。入居に際してはグループホームでの生活の様子を伝え、不安が少しでも軽減できるよう努めている。スタッフから積極的に関わりを持ち、ご本人の声に耳を傾け、その人を知ろうと努めている。		
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	入居の相談があった時には本人やご家族の思いを傾聴している。入居に際してはグループホームでの生活の様子を伝え、不安が少しでも軽減できるよう努めている。スタッフから積極的に関わりを持ち、ご利用者の生活を共に支えるパートナーとして協力体制が築けるよう努めている。		
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	こちらから訪問したり、ホームに来て頂いたりして、本人や家族の思い、状況、必要としている支援を見極めるよう心掛けている。また当ホームにこだわらず、他のサービスを含めた最善と思われる支援に繋ぐことが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	昔からの風習、生活の智恵などを教えてもらったり、男も家事をする等、現在の生活スタイルを伝えたりして、互いに思い、協同しながら生活を共にしている。一緒に活動した後は、マッサージをしあったり、ねぎらいの言葉を掛けあっている。		
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	最初の段階から支援を共にするパートナーであることを伝えている。季節の衣類の要望や日用品が少なくなった事を知らせ、来て頂くよう働きかけている。面会時や電話、手紙などで近況報告も行っている。		
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	ケアマネージャーからの情報提供や、入居後の本人や家族との会話の中から人間関係や生活歴を聴き、自宅や馴染みの理美容室等の店舗に安心して通えるよう、支援、協力を得ている。また、ホームにも馴染みの人が通いやすいよう、来た時には写真を撮って居室に飾るなど、職員は積極的に関わりを持つよう努めている。オンラインでの面会も活用している。	日頃より馴染みの場所(自宅、いきつけの美容院、喫茶店、商店等)への外出を家族の協力を得ながら支援している。また家族との外出、外食、墓参り等、職員より家族へ利用者の思い・希望を伝えて家族との繋がりが維持できるよう取り組んでいる。馴染みの知人・友人・同僚が面会に来訪した際に写真を撮り居室に飾り次回も来訪する楽しみとなるよう馴染みの関係継続に取り組んでいる。年賀状・ハガキや携帯電話による繋がりの支援している。	
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	職員は入居者同士の関係を把握している。会話したり、遊んだり、助け合ったりできる環境づくりを心がけている。入居者同士で行動を共にする時には、安全に配慮した、さりげない声かけ見守りを行っている。		

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	入院や他の事業所に移り利用が終了した場合でも、ご家族に様子を伺って伺っている。ご本人やご家族の支援につながるよう、事業所間での情報提供も行っている。		
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	共に時間を過ごす中で、希望や思いを知ることが出来る。伝えることのできない方には、表情などから思いを察するように心掛けている。家族も共有できるよう心身の情報シートを活用し、本人、家族、スタッフで話し合い、生活に反映できるよう検討している。	職員は利用者との日常会話・声かけ・昔話等、1対1で関わる機会を多くすることで、利用者の好きな事・楽しい事・得意な事の把握に取り組んでいる。利用者の言動や利用者や家族の会話内容、職員の気づきを介護記録に記載しセンター方式のシート(「気持ちシート」)を活用して情報を集約・共有している。情報をもとに入浴・洗濯物たたみ等の利用者個々の「・・・したい」という思いを検討して、利用者本位の支援が実現できるよう取り組んでいる。	
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	本人が自分らしく生活できるように、今までの趣味や嗜好品を大切に考えて、ご家族となじみの関係を築きながら把握に努めている。一部センター方式を用いて個人の歴史やサービス利用などから全体像を把握している。		
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	生活習慣や出来ることの把握に努めている。また得た情報はミーティングなどを通してチームスタッフで共有している。事前に「～できない」と言う情報があってもそれにとらわれず、その時々状況に応じてアプローチしている。		
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	普段からの会話や状況の中から出てくる、その時々課題やケアのあり方についてミーティング等で話し合い、それぞれにアイデアを出し合い介護計画に反映するよう心掛けている。継続したアセスメントと毎月モニタリングを行い、随時、介護計画の見直しを行っている。	利用者との日常会話や普段の関わりの中で把握できたニーズ(出来る事・好きな事・得意な事など)を中心に目標を設定して介護計画を立案している。学習療法やバッチワーク等の手芸、様々なクラブ活動(生花、臨床美術、絵手紙等)に参加することで利用者が毎日を楽しく生活できる支援に取り組んでいる。介護計画は担当者が素案を作成し、毎月のモニタリング時に全職員の意見や気づきを話し合い介護計画の更新・見直しを行っている。	ニーズをより具体的に設定して目標・サービス内容がより具体的になるよう5W1Hを意識した介護計画の検討に期待する。
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	個別の生活記録とは別に連絡ノートを使用し、迅速な情報の共有、実践につなげている。ミーティングでも記録をもとに振り返りを行い、日々の実践や介護計画の見直しに活かしている。		

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
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	実現困難なニーズであっても、ご本人やご家族等と相談を重ね、実現に向けて取り組んでいる。また前例などにこだわることなく、柔軟に対応するよう心掛けています。		
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	町内会長をはじめ、民生委員や市の職員等に運営推進会議に参加して頂き、情報交換を行っている。コロナ感染予防のため地域やボランティアの方の受け入れは完全には再開していないが、平時であれば歌謡ショーや町内の健脚体操、生け花などを教室や鑑賞を開催し、ご本人の楽しみが継続できるよう支援している。		
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	かかりつけ医師に継続的な医療が受けられるように支援している。本人、家族の希望通りに適切な医療が受けられるように支援している。受診の付き添いや、必要に応じてご家族とも同行している。	利用者・家族の希望するかかりつけ医への継続外来受診(家族付き添い)またはホーム協力医による往診を支援している。家族付き添い受診時は利用者の近況書面を家族・かかりつけ医に渡しており、受診結果は家族より報告を受け情報共有している。看護職員による健康管理体制を整備しており、状況に応じて職員が通院介助や同行受診(結果は家族へ報告)を支援しており適切な医療が受けられる体制を整備している。歯科医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	看護師1名、准看護師が1名いる。血圧、体温、排便状況、食事の摂取状況から、いつもと違う状態を介護職は判断し、看護師に伝えて相談している。看護師はかかりつけ医に報告、相談しながら健康管理や医療支援に努めている。また同法人の総合病院とも連携をして、ご利用者の様子の把握、体調管理を行っている。緊急時にも指示が受けられる体制を整えている。		
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。	入院時には職員も付き添い、入居者、家族も安心して治療が受けられるように、サマリーのほかに情報を必要としないか確認している。入院後はご家族、医師、病棟師長やソーシャルワーカー等と、今後の生活についての話し合いも行っている。		

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
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	利用開始時に看取りについて説明を行い、意向を確認している。その後も機会をみては事業所のできることを説明し、本人や家族の意向の確認、共有している。看取りの段階では職員、ご家族、かかりつけ医師が密に連絡を取り合い、意に沿った支援ができるよう心掛けている。	利用開始時に重度化・終末期のホーム方針について説明して利用者・家族の初期段階での意向を確認している。毎年のアセスメント時や利用者の状態変化時に利用者・家族の意向を再確認している。終末期はかかりつけ医から家族に説明があったうえで、介護方針を協議し必要な医療と緩和ケアを中心として家族・かかりつけ医・看護職員・介護職員のチームでの支援に取り組んでいる。看取りの事例後は全職員にて振り返り話し合い経験を共有して今後の重度化・終末期のサービス向上につなげている。。	
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	急変や事故発生時に、慌てずに行動ができるよう、吐物処理や口腔内の吸引訓練を行っている。事故発生時の対応方法について、ひやりはつとを元にミーティングで話し合い、対応方法の検討、確認をしている。		
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	各マニュアルをユニット毎にファイル保管してある。速やかに対応できるよう緊急連絡網は電話付近に掲示してある。また、賠償資力として2つの保険に加入している。	各種の緊急事態を想定した「安全管理マニュアル」を整備している。毎年、看護職員が講師となり事例に基づいた緊急時の対応に関する研修(動画もあり)を実施している。誤嚥・窒息や心肺蘇生等の生命にかかわる事例については合同ミーティング時に応急対応を学ぶ機会を設けている。緊急連絡先を電話側に明示し、看護職員や協力医療機関の医師にいつでも相談できる体制を整備している。行方不明時の対策の一環として、地域住民と陽ららカフェで顔なじみになることで地域からの見守り体制構築に取り組んでいる。	誤嚥・窒息対応の実技訓練について定期的な実施に期待する。
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	同法人の総合病院や地域のクリニック、歯科の協力がある。災害で一時的に陽ららでの生活が困難な時は、同法人の総合病院と連携し、入居者の安全を確保できるようにしてある。	地域のクリニックや同一法人の総合病院による24時間365日の医療支援体制が確保されている。また同一法人の介護老人保健施設によるバックアップ支援体制も確保されている。法人内の医療・福祉施設とは、普段から合同研修会、委員会活動、定期的な情報交換等があり連携体制が構築されている。	
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	夜勤者は2名で各ユニットに1名ずつ配置している。職員がホームの近くに住んでおり、連絡を受ければ駆けつける事ができる。医療連携体制を整えてあり、いつでも看護師に連絡が取れるようになっている。	夜間は各ユニット1名の勤務体制となっている。緊急連絡網による施設長・ユニット主任・看護職員への相談体制が構築されている。また近隣在住の職員による応援体制も確保されている。協力医療機関による医療連携体制が整備されており、医師・看護師とも相談できる体制となっている。夜勤者への申し送り時に利用者のその日の様子や主治医・看護師からの指示事項を確認して緊急時に備えている。	

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	毎日、チェック表を用いて点検している。消火器や避難経路の整理整頓を行なっている。定期的に夜間想定での避難訓練を実施している。運営推進会議では、防災について話す機会を設け、地域の方にも理解してもらい協力体制を築いている。	年2回、夜間の災害発生を想定した避難訓練を実施している。訓練時は避難経路・避難場所・利用者毎の移動介助方法等、各自の役割を確認している。ホームの避難訓練内容について運営推進会議の中で地域住民と話す機会を設けている。また地域の防災訓練に参加しており、災害発生時の地域との協力・連携体制の構築を図っている。ホーム独自の火災予防として毎日チェック表を用いてガス栓の戸締り等を自主点検している。	
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	食料、紙皿、コップ、箸、飲料水、医薬品、ラジオ、サーチライト、ポータブルトイレなどリストに基づいて備蓄している。賞味期限の点検も行っている。自動火災報知設備と火災通報装置の連動化がされている。	各自然災害別に防災マニュアルを策定している。マニュアルは災害発生時の具体的な行動方法をフローチャート式で示した内容となっている。スプリンクラー・自動火災報知機・火災通報装置等の整備・作動点検を定期的に行っている。災害発生時の持ち出し品・備蓄品として、食料や防災グッズをリスト化して適切に保管・定期点検しており、利用者毎の薬事情報も準備している。災害発生時はホーム建物を地域の避難場所として提供・協力する体制となっている。	
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	基本方針に示してある通り、一人ひとりの人格を大切にしている。誇りやプライバシーの確保を心掛けている。排泄の誘導には目立たずにさりげない言葉かけ、入浴時に異性のスタッフの支援に困る方には同性スタッフで対応している	職員は接遇研修やホーム内勉強会を通じて、接遇・権利擁護・プライバシー保護について必要な知識・スキルを学んでいる。利用者が心地よく感じられる対応(笑顔、丁寧な言葉使い、目線の高さを合わせた会話等)、利用者本人が望む呼称(名字以外の場合は家族の了承を得て)、入浴介助時の同性介助の希望対応、排泄誘導時の声かけ方法等に配慮してしている。申し送り等の職員間の情報交換が必要な際は場所に配慮しプライバシーを損ねないように取り組んでいる。	
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	お茶の温度(熱いお茶、ぬるめ、冷たいお茶)からも本人の決める力、希望や願いを意図的に引き出している。入浴をするタイミング、食べたいものを選ぶ時など、利用者自身が決定する場面を作っている。		
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	自室で過ごしたい方、誰かそばにいと安心する方、その方のペースに合わせている。どのように過ごしてよいか分からない方には、スタッフは話し相手になったり、野菜の皮むきや洗濯たたみ、パズルや読書、散歩や体操などを勧め一緒にしている。		

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
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	タンスの中から洋服を自分で選んで着れる方、スタッフが一緒に選ぶ方、その方に合った支援をしている。ヒゲのそり残しは入浴時にそり、爪切りも介助している。行き付けの美容院にご家族と行っている方もいる。行けない方には訪問してもらっている。		
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	メニューを書いたり、食事の下ごしらえ(野菜の皮をむく、切る、もやしを根をとる)を行なっている。上手く食べられない方には傍について声掛けや食器の移動を行い、できるだけ自分で食べられるよう支援している。また食べたいものを聞いたり、旬の食材や行事食を取り入れ、楽しみなものになるよう工夫している。	献立は利用者のリクエストや利用者がイメージしやすいように料理本の中から選んでもらう等でユニット毎に作成している。作成した献立は栄養面を同一法人の管理栄養士に相談して決定している。食事の準備や後片付け(野菜の皮むき、下ごしらえ、テーブル・食器ふき等)は利用者の得意な事・やりたい事を一緒に行っている。パン食、誕生日のリクエストメニュー、季節ごとの行事食(おせち、おはぎ作り等)やお弁当・テイクアウト食、好きなおやつ(の買い出し等)も利用者の楽しみとなっている。コロナ禍前は馴染みの店での外食(寿司・和食・デザート等)、家族との外食、職員との個別・少人数での外食も支援していた。	
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	毎食の食事の量を確認し記録している。ご飯、味噌汁、主菜、副菜、果物などがお盆に並ぶ。嚥下が困難な方には固形食も提供している。10時のおやつは牛乳とお菓子、15時のおやつはお茶とお菓子である。水分は食事を含め1500~2000mlを目安にしている。毎月、管理栄養士に相談、アドバイスを受けている。		
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	朝夕の洗面時に歯みがき、毎食後に紅茶でうがいをしている。うがいのできない方には口腔ウェットティッシュで清拭している。		
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	9名中、紙パンツ2名、紙オムツ3名、使用している。言動や排泄リズムを参考にトイレの誘導をさり気なく行なっている。失敗してしまった時はご本人の気持ちを考えて、周囲に気づかれないように対応している。トイレでの排泄を大切にしながら、オムツ類は本人に合わせて検討している。	全利用者について排泄チェック表をもとに排泄間隔・排泄サイン等を把握して個別対応支援している。必要に応じて声かけ誘導(希望による夜間含む)、夜間のみのおむつ着用(安眠優先のため)、ポータブルトイレの利用等を利用者の身体状況を考慮して支援している。車イス利用の方でも職員の介助により便座に座って排泄できるよう支援している。尿パットやリハビリパンツ含む衛生用品の使用時は利用者と相談しながら使用しており、利用者の意向を尊重している。	

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
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	排便表を参考に排便の状態を観察している。便秘傾向の方にはバナナや乳製品などの飲食物を摂取してもらい、散歩などの軽い運動、腹部マッサージで排便を促している。水分量の少ない方には本人の好む飲み物を提供している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴を嫌がる方がいるが、その方には本人が納得して入れるような声かけ、対応に努めている。それでも嫌がる方には時間や日を置いてアプローチしている。お湯は1人ごとに入れ替えしている。	利用者の希望(お湯の量、毎日の入浴、好みのシャンプー・石鹸の使用、スキンケア、会話を楽しみながら等)に沿って最低週2回の入浴を支援している。利用者の意向に沿った同性介助の入浴支援を行っている。ゆず湯、菖蒲湯や入浴剤の使用等、利用者が入浴を楽しめるよう支援している。清拭・シャワー浴・足浴も実施している。	
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	昼寝をする人、しない人をスタッフは把握している。入浴後やその日の体調に応じて休息が必要と思われる時は、本人の意思を確認し休んで頂いている。就寝前には安心して眠れるような声かけを心掛けている。		
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	個人別に薬剤情報をもとに把握している。血圧の降下剤を服用している人は特に血圧の値を確認している。薬が強く作用しているときは医師に報告している。認知症の薬は普段の生活や症状を見て適宜、医師に報告している。またご家族にも報告をしている。		
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	洗濯物を一緒に干す、取り込む、畳む、掃除や料理の下ごしらえをしている。歌を唄うことが好き、会話が楽しみな方にはゆっくと楽しめるよう、落ち着いた雰囲気作りを意識している。嗜好品はスタッフやご家族で準備している。外気浴、散歩、ドライブなど気分転換ができるよう支援している。		
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	近所の散歩や日向ぼっこに出かけている。初詣や、お旅祭、七夕奉納などの季節の行事にも出かけている。買い物やドライブなど希望に応じて外出の支援を行っている。自宅に行きたい方には家族と相談しながら希望に添えるよう努めている。	天候の良い日に利用者に声かけして日常的に近所への散歩、外気浴、プランターの花への水やり等の外出を支援している。家族との外来受診・買い物・墓参等を家族と協力して支援している。また職員との買い物・ドライブ外出や季節行事外出(祭り、七夕奉納、初詣等)も支援している。家族との外出時は、身体状況に合わせた移動・移乗介助時等の注意事項についてアドバイスしている。	

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
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	声かけなどの支援で支払いができる方にはスタッフが付き添い、自分でして頂いている。		
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	年賀はがきや暑中見舞いを出す支援をしている。ご家族からの贈り物が届いたときは、電話や手紙を出す支援をしている。電話やオンラインでのやり取りも適宜対応している		
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	音には注意をはらい、光には照明やカーテンで調節している。温度計、湿度計を設置し、室温調整もしている。季節が感じられる花や飾りつけをしている。ご飯やお味噌汁の臭いを感じることができ、生活感のある空間作りに努めている。	室内の温度・湿度・採光・照明・臭気が適切に管理されており、また職員の声の大きさや歩く音や椅子をひく音等に注意を払い、利用者にとって落ち着いた環境となるよう配慮している。季節の花飾り(家族、職員の差し入れ)や料理の匂いを感じることができる等、利用者にとって安心・快適であり生活感のある共用空間作りに取り組んでいる。畳コーナーでの昼寝や玄関先のベンチでの外気浴・会話、リビングのテーブル配置、座席の位置等も利用者が居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	廊下の日当たりの良いところに長椅子が置いてあり、一人になれたり、他の入居者と一緒に過ごせるような場所がある。外にベンチが2脚あり、花や地域の様子を見ながらの会話や、外の空気を満喫できる場がある。		
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	家族の写真や、アルバム、自分の作品や観葉植物、使い慣れた椅子など馴染みの物がある。居室の模様替えが必要な時にはご利用者、ご家族とも相談の上行っている。ベッドから起き上がる時は必要な方のみ介助レバーを使用して、安心して生活出来るようにしている。	居室はベッド・タンスが備え付けられている。利用者本人が安心して居心地よく生活できるよう、自宅で使用していた馴染みの物(テレビ、冷蔵庫、携帯電話、座椅子、カーペット等)を持ち込んでもらい居室作りを支援している。また趣味に関する物(本、趣味の作品、観葉植物等)や家族・友人・知人・同僚との写真・アルバム等も自由に持ち込んでもらっている。家具は身体状況に合わせて安全で動きやすい配置に配慮している。	
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	必要な方には食堂の座る場所に本人の好むカバーをかけ、自分で判断できるようにしてある。また、トイレや風呂場の表示、居室前に目印を付ける事で、自分で判断できるよう工夫している。		