

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	1790100091		
法人名	株式会社 恵		
事業所名	グループホームめぐみ (ユニット:めだか)		
所在地	石川県金沢市彦三町2丁目6番13号 ロイヤルハイム彦三1F		
自己評価作成日	令和2年10月10日	評価結果市町村受理日	令和2年11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45-2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和2年10月26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)】

私たちは、その人がこれまで暮らしてきたように、これからもその人らしい生活を送ることを支援します。また、医療機関との連携にも努め、本人、家族様にも安心していただけるよう心がけています。個別のニーズに柔軟に対応してその人にとって家であり、生活を共にする家族へと近づけるよう努めていきます。

【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「これまで暮らしてきたように、これからもその人らしい生活を送ることを応援します」を理念として掲げ、利用者の個性を重視した支援に取り組んでいる。日常会話や1対1の場面、家族からの情報を基に職員より働きかけして聞く事ができた利用者個々の「思い」「言葉」を毎日記録している。この毎日の記録をカンファレンス用紙にとりまとめて、毎月のユニット会議にて職員間で情報共有し、利用者の「思い(したい事、行きたい場所、好きな事)」を具体的に検討して介護計画に反映させている。個別の外出支援を通じ、馴染みの人・場所との繋がりが途切れない支援に取り組んでいる。また最後まで利用者・家族の「思い」に寄り添えるよう、ホーム提携医の協力・連携体制を構築して重度化・終末期支援にも取り組んでいる。地域とは日常的に近所への散歩・買い物時やホームテラスのベンチでの日向ぼっこ時に、近所住民や通学中の小学生と挨拶交流している。地域行事(サロン活動等)への参加や住民ボランティア(傾聴、手品、ギター演奏等)を受け入れており、年々地域との繋がりを深めている。ホームの存在は地域に認知されており、気軽な介護相談や寄付(衣類、排泄備品等)が増えている。

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、生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
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	各会議などを通じて理念に沿ったケアが実践されているか具体的に話し合い、個別性を重視した支援に取り組んでいる	「これまで暮らしてきたように、これからもその人らしい生活を送ることを応援します」を理念として掲げている。理念は法人グループ全体の会議の中で周知している。ユニと会議等で理念に沿ったケアとなっているかを具体的に話し合い、個別性を重視した支援に取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	事業所はマンションの1階に位置しており、住民の一人として管理者が組合役員会に参加している。散歩やベンチで日向ぼっこをしている際に、近隣住民や小学生と気軽に挨拶を交わしている。又、住民ボランティア(傾聴、手品、ギター演奏等)の受け入れも行い、地域との繋がりを深めている。ホームの存在は地域に認知されており、気軽な介護相談や寄付(衣類、排泄備品等)が増えている。	当ホームは分譲マンションの1階にあり、マンション住民の一人として管理者がマンション管理組合役員会(2・3ヶ月毎)に参加している。日常的に近所への散歩やホームテラスのベンチでの日向ぼっこ時に、近所住民や通学中の小学生と挨拶交流している。地域行事(サロン活動等)への参加や住民ボランティア(傾聴、手品、ギター演奏等)を受け入れており、地域との繋がりを深めている。ホームの存在は地域に認知されており、気軽な介護相談や寄付(衣類、排泄備品等)を受けている。	
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	施設看板を取り替え、介護相談の受付を看板に加えたことにより実際に近隣からの相談件数が増えた		
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	メンバー構成などに変更もあったが毎回積極的な意見交換はもちろん地域の話しや世間話を気軽にできるような雰囲気を大事にした会議になっている	利用者、介護相談員、行政(市・地域包括)が参加し、2ヶ月毎に開催している。毎月のホーム通信(写真添付)を活用して近況を報告しており、参加者からの意見・提案・質問について話し合っている。議事録は玄関に設置して誰でも閲覧可能にしている。	書面開催においても幅広い意見が募れるような工夫が望まれる。
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	運営推進会議を通じ、市担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問点があれば随時相談し、助言を得ている。	運営推進会議や連絡部会への参加を通じて、市・地域包括担当者との連携を図っている。運営上の疑問点があれば随時相談し、助言を得ている。また地域包括とは勉強会での講師依頼や、近所のお年寄りへの声かけを通じて連携している。	
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	外部講習や勉強会を通じて周知を図ると共に事業所の身体拘束廃止委員会を中心に話し合った内容や提案を各ユニットの会議で議題として具体的に話し合うなどの取り組みを行っている。	外部研修への受講、法人内の合同勉強会、3ヶ月毎の身体拘束適正化委員会を開催後の議事録の回覧を通じて身体拘束についての基本事項を理解(グレーゾーンのホーム内での明確化、弊害等)して身体拘束しないケアに取り組んでいる。また自己チェックを実施して職員にフィードバックしユニット内の具体的事例をもとに話し合い意識向上を図っている。職員はスピーチロック(言葉による行動制限)しないよう、ケアの場面において理由を説明して利用者に納得してもらえよう取り組んでいる。	

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
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	外部講習や勉強会を通じて周知を図ると共に事業所の身体拘束廃止委員会を中心に話し合った内容や提案を各ユニットの会議で議題として具体的に話し合うなどの取り組みを行っている。		
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	管理者は研修等へ参加しており、対応しているが職員までは周知できていない		
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	管理者がその都度対応している		
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・電話連絡時に家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、ホーム全体の通信(写真中心)と職員自筆の手紙(状況報告+家族への問いかけ含む等)を送付している。又、家族の希望に応じ、メールでも情報交換を行っている。	面会時・電話連絡時に家族より具体的な意見・要望を引き出せるよう、2ヶ月毎にホーム通信(写真中心)と職員自筆の手紙(状況報告、家族への問いかけ、以前との違い等)、運営推進会議議事録を送付している。また家族の希望に応じて、電話、来訪だけでなくメールでの情報交換にも対応している。	
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	ユニット会議や個別相談での意見や思いは管理者会議や管理者と役員との面談などで反映している。	毎日15分のミーティング(その日の気になる事、ヒヤリハット等)、毎月のユニット会議(普段の会話や交換ノートから議題をピックアップ)にて職員の具体的な意見・提案について話し合っている。また普段言えない職員の本音もくみ取れるように日常の中での個人面談の機会を随時設けている。職員からの意見・提案は、毎月の主任会議・法人幹部会議でも議題として反映されている。職員の働き方についても柔軟に対応している。	
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	見直しの機会を設け可能な限り個々に応じている。給与水準は全職員が向上している。		
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	全ての職員が研修へ参加していくことは難しいが希望者や参加して欲しい研修や職員をその都度選考しうながしている他グループ合同の勉強会を毎月1回実施している。		

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
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	介護実習生の受入れやイベントなどを通じて他事業所との交流を図っている。		
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	事前相談での情報収集や入居前に何度かお会いしなじみの関係作りを始め、一つずつ解決、達成できるように努めている。		
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	入居前に聞き取り、面接等で情報を得て反映している		
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	カンファレンス等で優先順位を明確に示し対応している		
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	自発的な家事への参加など環境や雰囲気作り、介入し過ぎない見守り、利用者同士の関係作りを意識している		
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	面会時や手紙等で情報の共有を図り、関係づくりに努めている		
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	馴染みの発掘は一方的にお聞きしているだけでは返答が期待できないかたもおいであるため昔働いていた店、前に通っていた施設、行きつけのコーヒー店などに一緒に出かけ会話する中で引き出せる様努めている。行きつけの場所へ行くのは商品ではなく人との関わりの継続が主の目的と捉えている。	利用者との日常会話や家族からの情報から馴染みの関係を把握して、これまでの繋がりが途切れないように支援している。家族との外出(買い物、銭湯等)や外泊、友人・知人の来訪・電話・手紙のやり取りや、馴染みの場所(自宅近辺、昔の職場、喫茶店、こだわりのお菓子屋、以前利用していた介護サービス事業所)に向き友人・知人と昔話に花を咲かせている。その友人知人との会話から情報を得て、次の個別支援に繋げている。	

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
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	家事や談話、趣味を通じて関わりをもっている状況に応じて席がえ等環境にも配慮している		
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	入院にて退所された方の退院へ向けてのフォロー、新しい入居先への紹介、必要時入居後の相談を行っている		
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	日常会話や1:1の場面で利用者個々の「思い」(〇〇したい、〇〇に行きたい等)を引き出し、記録に残している。「利用者本人はどう思っているか」という視点を大切にしながら職員間で情報共有・検討し、介護計画にも反映しながら、その実現に取り組んでいる。意思疎通が難しい方には家族からの情報を基に、職員側から働きかけ、「思い」を推察している。	日常会話や1対1の場面(散歩、入浴、寝る前等)と家族からの情報を基に職員より働きかけて聞く事ができた利用者個々の「思い」「言葉」を毎日記録している。この毎日の記録をカンファレンス用紙にとりまとめて、毎月のユニット会議にて職員間で情報共有し、利用者の「思い」を利用者の個性を考慮して総合的に検討している。利用者の状態や介護度合いの変化に応じて、関わり方(適度な担当者変更等)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	本人との会話の中からやご家族から情報を得ている		
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	記録やミーティング等で情報の共有に努めている		
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	個別に担当職員を決めており担当者が本人や家族他の職員等から得た情報をもとに素案作り、ケアマネや作成担当者と話し合いながら計画を立て実行している。	利用者本人の「思い」と「これまでの生活習慣と役割」が実現しやすく、より具体的(ドライブに行く等)なニーズをとりまとめて、個別性を重視した介護計画を作成している。また介護計画は利用者・職員が共に達成感を得られる内容となっている。担当者が介護計画の素案を作り職員全体で話し合い、モニタリングを行い、利用者への理解を深めながら、より具体的な支援方法を検討して次の介護計画に反映して	
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	カンファレンスでは口頭で意見がでるが日々の記録に上手く残せていないため日々の共有に活かされていない記録用紙の様式を変更し思いをそのまま書き残せるよう図っている		

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
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	その都度対応に努めてはいるが、よりスピード感を意識することでより柔軟な対応や提案が出来ると考えている		
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	土地柄もあり地域資源には恵まれている。理解を得ながら活用させていただいている		
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	主治医は、ホーム医でも入居前からの担当医でも本人・家族の希望に沿っている。ホーム医は24時間対応で月2回の往診に加え、健康診断や点滴など対応して頂いている。また家族が付添う受診では三測表を渡したり、症状説明に職員も同行する場合もある。	かかりつけ医への継続受診またはホーム提携医による訪問診療を希望に応じて支援している。ホーム提携医との24時間相談体制と週1回の看護職員による健康管理体制を構築している。定期受診・専門医への受診にあたっては、必要時は管理者・主任が同行して、医師に適切な情報を提供している。家族同行受診の際は、適切な医療が受けられるよう書面(手紙、三測表等)にて情報提供している。	
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	申し送りや記録の確認、必要時その都度相談していく体制を整え対応している		
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。	管理者と看護師、CMを中心に行っている。日頃から病院へ訪問や勉強会へ参加させていただくなど関係作りに努めている		
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	医療依存度が高い場合を除き、ホーム提携医の協力を得ながら、重度化・看取りの支援を実践している。利用者の身体状況の変化に応じて、揺れ動く家族の「思い」を都度受け止め、提携医の判断を仰ぎながらホームとして出来る事を詳しく説明している。終末期においても、利用者の「思い」に最後まで応える支援に取り組んでいる。	利用開始時にホームの方針を説明している。また利用者の身体状況の変化時に利用者・家族の希望・意思を確認している。医療依存度により判断し、ホーム提携医との協力・連携体制の中、終末期ケアを支援している。変化する家族の「思い」に柔軟に対応してホーム提携医の判断を仰ぎながらホームとして出来る事を詳しく説明している。終末期においても、利用者の「思い」に最後まで応える支援に取り組んでいる。事例検討による振り返りや職員のメンタルケアを実施している。	

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
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	内部研修や外部の講習へ順番に受けて周知を図っている		
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	マニュアル、連絡体制の整備で体制を整えている。勉強会や講習会の参加を通じての個々のスキルアップを促している。	緊急時対応マニュアルと連絡体制(ホーム提携医・管理者との相談体制)を整備している。年間計画に沿って毎月の合同研修にて全職員に継続的に研修・訓練を実施しており、救命救急講習の受講、DVD学習等で職員のスキルアップを図っている。行方不明時対策についても警察との連携やリスクが高い利用者のプロフィールの作成等、緊急時の対応方法を整備している。	緊急時に備えて職員個々のスキルの把握にも期待する。
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	医療機関については、ホーム医や利用者入居前からのかかりつけ医がおり、緊急対応には総合病院とも提携している。福祉施設については特養施設と提携している。	ホーム提携医と看護職員による医療支援体制(健康管理、随時の相談等)を構築している。また介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保している。法人グループ全体での支援体制(合同イベント、研修等)も整備されている。	
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	両ユニット1名ずつ計2名の夜間体制となっている。状況によって管理者または看護師が対応しており、ホーム医にも夜間に直接相談や指示を受けられる体制となっている。	夜間は各ユニット1名(ホーム内2名)の複数名勤務体制となっている。緊急時に備え、職員は両ユニットの利用者の名前・特徴等を把握している。また緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制も整備している。申し送り時には利用者毎の注意事項を引き継ぎ確認している。	
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	避難訓練は年2回、防煙措置や利用者の戸外退避手順を確認している。また別途、消防署にAEDや救急救命研修も受講しているが水害、地震対策訓練の回数を増やしていきたい。	年2回火災避難訓練(夜間想定)を実施している。訓練時は通報装置、水消火器、ダミー人形等も使用して対応方法を確認している。地域ハザードマップで水害時の避難場所を把握しており、ホームの対応とてまずは建物上階への避難を想定している。災害発生時にマンション住民の協力(見守り等)を得られるように、管理組合役員会にて働きかけている。	
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	災害対策マニュアルを整備した。法人全体での備蓄管理をしている。	災害対策マニュアルを策定しており、防災設備(スプリンクラー、自動通報装置等)の定期点検と消防立ち合いによるマニュアル確認・避難表示灯を確認している。ホーム独自に備蓄(医療品、カセットコンロ等)を準備しており、法人グループ全体での備蓄(食料、飲料等)も整備している。利用者の薬剤情報は、変更があった都度情報を更新している。	

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
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	合同研修会にてコンプライアンス、プライバシー保護について学ぶ機会を設けている。現場では申し送り等での情報共有の場面での場所、伝え方への配慮、入浴、排泄での異性介助、外部へ出す通信などへの写真掲載の同意などに注意している。	年1回、法人グループ全体の合同研修にて、コンプライアンス・プライバシー保護等に関する事項を繰り返し学ぶ機会を設けている。トイレ誘導時の声かけ方法、申し送り等の職員間の情報交換場所への配慮、利用者の呼称(基本:名字、希望によって名前)の場合は家族への了承)、トイレ・入浴介助時の同性介助への配慮等、日頃より利用者の希望に沿った支援に取り組んでいる。ホーム内通信への写真掲載についても予め利用者・家族の同意を得ている。	
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	個別ケアで一对一の関わりの場面が増えたため話の幅も広がり思いの抽出に繋がっているが、選択肢を増やすことが必要と感じている		
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	パターン化してしまいがちなため業務的な面がある。今後、より個別ケアに特化していけるよう管理者を中心に図っている		
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	それぞれに応じている		
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	週2日(木・日)と毎朝食は事業所で調理し、その他は宅配食を活用している。利用者個々の得意な事で準備や後片付け時に役割(買い出し、皮むき、盛り付け等)を担ってもらっている。食事が楽しみとなるよう、利用者の要望も取り入れた行事食や希望された食品の買い置きにも取り入れている。	週2日(木、日)と毎朝食はホーム独自に調理し、それ以外は宅配食を活用している。ホームで調理する献立は宅配食のメニューを見ながら重ならないように、利用者と職員で相談して決めている。利用者のやりたい事・得意な事を活かして、買い出し、下ごしらえ、盛り付け等の役割を職員と一緒に担ってもらっている。食事が楽しみとなるよう、利用者の要望も取り入れた行事食や鍋料理、個別・少人数での外食、テイクアウトの利用、おやつ作りも支援している。また家族との外食も支援している。	
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	量や形態は個々に応じた物になっており、分量も毎日測っている他食器を工夫し自力摂取を支援している。		
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	個々に応じている		

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	排泄チェックは必要な方に必要な期間のみ実施しており、介護用品の選択や使用も、緊急を必要としないかぎり本人の意向に沿って使用している。過剰な介助はせず、なるべく本人のできる事を主体にした排泄支援に取り組んでいる。	過剰な介助はせず利用者の能力を主体とした「トイレでの排泄」を支援している。誘導が必要な利用者には、排泄間隔・サインが把握できるまで排泄チェック表を活用して個別に声かけ誘導支援している。夜間の声かけ誘導や日中・夜間でのパット類の大きさの変更やポータブルトイレの活用については、利用者の身体・睡眠状況に応じて利用者と話し合いながら個別に対応している。	
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	記録やミーティングでの把握に努めている 献立の工夫や散歩、外気浴、軽作業を促している。		
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	利用者個々の意向(回数、同性介助等)に沿うように配慮している。入浴を拒む方には無理強いせず、相性の良い職員が対応する等、ケアの工夫で対応している。時には昔ながらの季節湯を行っている。また自分好みの入浴用品や入浴後の肌ケア用品なども利用できるように対応している。	基本的には週2回程度の入浴を支援しているが、利用者個々の希望(回数、同性介助、シャワー浴、清拭等)に沿って入浴支援している。入浴を拒む利用者には無理強いせず、日にちの変更や相性の良い職員が対応する等、ケアの工夫で対応している。ゆず湯や菖蒲湯等の季節湯や、家族との馴染みの銭湯での外出入浴も支援している。利用者が自分好みの入浴用品(石鹸やシャンプー、化粧水等)を使用して、入浴がストレスなく楽しみとなるよう支援に取り組んでいる。	
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	基本的に使い慣れた物を持ち込みして頂いている。身体の状況に応じて高さや圧の分散など工夫して安楽な姿勢がとれるように努めている。		
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	処方薬の変更、追加がある際は職員間で情報を確認しあい服薬の支援と症状の変化の確認に努めている		
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	個々に応じているが、より個別ケアに特化したい		

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
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	散歩やドライブには可能な限り出かけて家族や職員と同行など多様な外出が増えた。季節感をいかに感じていただけるかを常に検討し外出が困難な方へも目の前で花や旬の物を見ていただくなど取り組んでいる	天候・気候の良い日に、利用者の希望や気分転換を兼ねて戸外(散歩、テラスでの日向ぼっこ、買い物、ドライブ等)に外出支援している。また利用者個々が行きたい場所に行けるよう、個別・少人数での外出支援に取り組んでいる。家族との連携・協力を得ながら、行きたい場所(馴染みの理美容院、銭湯等)への外出も支援している。	
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	ある程度の金額は個人で持っている方もおいでるが基本的には家族管理		
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	必要に応じて対応している主に手紙やハガキのやり取りが多い		
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	寛ぎの空間となるよう、ホーム内は大人が生活する場として、幼稚な飾りつけ等は行わないようにしている。温度・湿度管理にも配慮し、冬季は床暖房・加湿器・業務用ブラズマクラスターを活用している。テラスにベンチを設置し、日向ぼっこや近隣住民と気軽に挨拶を交わす場としている。	利用者にとって寛げる空間となるよう、所々に観葉植物、差し入れの花木を飾っている。ホーム内は大人が生活する場として、幼稚な飾り付けはしない方針としている。温度・湿度・採光・音・換気管理に配慮しており、冬季は床暖房・加湿器・業務用ブラズマクラスターを使用している。テラスにベンチを配置し、日向ぼっこや近隣住民と気軽に挨拶を交わす場として活用している。	
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	狭いながらも配置の工夫等でそれぞれの居場所や環境作りを心がけている		
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	居室は全室洋室で、ベッド・洗面台に内鍵も備え付けとなっている、畳を希望される方には備え付けベッドを撤去し畳の部屋へ変更するなど個別へ配慮している。トイレ付きの部屋もある。毎晩鍵を掛けて就寝する方、冷蔵庫の持ち込み、ジャズが好みの方、テレビや仏壇・家具など、それぞれ自分の生活習慣に添った物を揃えられ、居心地良く過ごされている。	居室には内鍵が付けられており、ベッドのほか専用の洗面台が設けられている。入居時に使い慣れた物(冷蔵庫、テレビ、布団類、タンス等)や、安心できる物(孫の写真、ミニ仏壇、ジャズ音楽などの趣味の物等)を持ち込んでもらっている。また利用者の安全面を考慮して動線に合わせた家具の配置等を工夫している。	

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
59		○一人ひとりの力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	生活の中でのリスクの把握には常に意識を高く持つことが出来るように毎月の事故会議を通じて具体的に話し合い共有に努めている。		