

## 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	1771300454		
法人名	株式会社天正		
事業所名	イエローガーデン野々市		
所在地	石川県野々市市柳町36番2		
自己評価作成日	令和7年10月2日	評価結果市町村受理日	令和7年10月28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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

### 【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7年10月9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)】

猫がいるグループホームです。3匹の猫[キキ・ララ・ヒデヨシ]が暮らししており利用者様はもちろん、スタッフやお客様の癒しとなり皆を和ませる存在となっています。事業所の畑では、季節の野菜を育て収穫し、食材として活用しています。利用者様と畑まで散歩に行き、トマトやナス、じゃがいも等の収穫をし「育てる喜び」「食べる楽しみ」を感じて頂いています。地域の皆様にも気軽に立ち寄れる場所を目指し、月に一回イエローカフェを開催しています。ご家族様やご近所様との交流を図り、利用者様やスタッフと自然に触れ合うことで地域の方々が認知症の理解を深めるきっかけにもなっています。利用者様お一人、お一人の年齢や生活歴を尊重し、それぞれお得意な事、やりたいことを見つけ出し、その人らしく、生きがいのある生活ができるホームを目指しています。

### 【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)】

「尊厳を守る・感謝する・笑」を理念として掲げ、基本指針・行動指針と併せて書面にとりまとめた職員に配布している。ホーム内の各所(職員トイレ等)への書面掲示とミーティング時の読み合わせを通じて職員に周知している。ペット(猫3匹)やホーム畑での収穫等、利用者にとって癒しを感じることのできるホーム作りに取り組んでいる。利用者との散歩時の挨拶や認知症カフェへの近隣住民の来訪、飼い犬や子どもと一緒にホームに気軽に来訪がある等の地域交流が盛んである。利用者の希望に応じて家族と馴染みの場(馴染みの美容室、銭湯、外食等)への外出も支援している。毎月旬の食材を使った季節の行事食(お弁当)を提供している。認知症カフェでの手作りおやつ(おはぎ等)、お菓子・嗜好品の買い物等、職員との軽食外出も利用者の楽しみとなっている。ホーム提携医・訪問看護・看護職員による健康管理体制を整備しており利用者・家族の安心につながっている。

## 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. 全くいない
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
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
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	月に一回の会議時に理念の確認をしている	「尊厳を守る・感謝する・楽笑」を理念として掲げ、基本指針・行動指針と併せて書面にまとめて職員に配布している。ホーム内の各所(職員トイレ等)への書面とミーティング時の読み合わせを通じて職員に周知している。またミーティングでのサービス検討時では理念・基本方針に立ち返り、利用者本位のケア実践に取り組んでいる。
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員として日常的に交流している	月に一回開催している認知症カフェに、近所の方に参加して頂いている。また、犬の散歩や赤ちゃんとの散歩の方との自然な交流もある。	町会に加入しており回覧板から地域情報を得ている。地域の清掃活動等に利用者と一緒に参加しており、町内行事の案内の声かけもあり地域の一員として認知されている。利用者との散歩時の挨拶や認知症カフェへの近隣住民の来訪、飼い犬や子どもと一緒にホームに気軽に来訪がある等の地域交流が盛んである。
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	認知症カフェを開催し、町会長さんを通じてどのような形で地域貢献出来るか話し合いを設けていく。	
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	ホームの状況を伝えているが、話し合いや意見交換をし、ご家族の意見や地域の方の意見をお聞きしてサービスの提供の生かしている。	家族、地域住民、民生委員、行政担当者(市、地域包括)が参加して年6回運営推進会議を開催している。会議ではホームの現況・活動やヒヤリハット・事故事例、感染症対策等を報告して利用者の生活振りについて意見交換している。得られた意見や地域情報等の第三者の視点をサービスの質の向上に活かしている。議事録は誰でも閲覧できるよう玄関に備え付けている。
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	市の担当者とは、困った事や分からないことは気軽に相談できる関係にある。	運営推進会議やオンライン研修、日常的な電話相談・メール交換を通じて、行政担当者との連携を図っている。認知症ディサービスも併設しており、制度・運営上の疑問点・困難事例が生じた場合は市担当者と連携してホームの実情への理解を得て必要な助言を得ている。

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	行動指針やマニュアルを通し、事業所内外で研修し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。各フロアのドアも危険のない限りは解放してある。	ホーム内研修・外部研修の受講、身体拘束廃止委員会の開催(3ヶ月毎)、毎月ミーティングでの事例を基にした検討と具体的な話し合い、職員からの質問への応答を通じてホームとして理想とするケア基準を定めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。行動指針をとりまとめた書面の各所(職員トイレなど)への掲示のほか、職員アンケート(グレーゾーン・不適切ケア)と自己チェック(年1回)を実施しており、スピーチロック・タイムロック等、職員の何気ない言動が利用者の行動制限につながらないよう職員に周知している。	職員アンケート・自己チェックの結果を分析して職員の言動の見直しにつながる具体的な取り組みに期待する。
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	外部研修には出来る限り参加し、また内部での研修も毎年行っている。また、ご家族には職員の言動や行動に対して、少しでも気になることがあったら伝えて下さるようお願いしている。		
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	日常生活自立支援事業、成年後見制度を利用している方を通して、管理者、職員ともに学ぶ機会を持ち、理解、活用出来る様努力している。		
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	契約の際、説明し不安や要望を聞き、理解された段階で契約をかわしている。また事前に仮契約をして、契約内容について持ち帰ってみて頂き、質問に答える場合もある。		
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	面会時や電話連絡時、家族から意見や要望を出していただいている。密に連絡のやりとりを行ない満足度を上げるよう努めている。	利用者・家族が何でも話せて意見を表出できる信頼ある関係作りに取り組んでいる。どのような家族でも毎月1回以上、面会・電話・LINE等で家族とのコミュニケーションを図り、利用者の近況(生活振り、食事内容、体調等)を詳しく伝え、家族より具体的な意見・要望を引き出している。意見・要望はミーティング等にて検討して運営に反映させている。	
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	毎月、職員全体会議を開き、利用者ケアや業務改善について職員同士意見交換を行なっている。日頃から、職員同士コミュニケーションをこまめに取り、困っている事などあれば改善策を考え、事業所運営を安定させている。	毎日の申し送りや業務中の情報交換の中で職員の気づきを話し合い、毎月のミーティングでも職員が意見を話せる機会を作り、全体で検討して職員の意見・提案を運営に反映させている。ホームとして各職員の個性を活かし、職員が能動的に考え行動できるよう環境を整えており、行事企画は職員主体で運営している。年2回個別面談を実施し、職員の悩み・目標・働き方・生活環境の変化等を聞く機会を設けている。	

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
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	キャリアパスを作成し、個々に応じた待遇に努めている。		
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	個々の能力に応じた、事業所内外で研修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	系列事業者への応援勤務や会議への参加をすることで、良い取り組みを参考にしている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居時はもちろん、日々の生活において本人の想いを傾聴し、想いを伝えられない利用者様に関してはよく観察し、安心してここでの生活が送れ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	アセスメント時、面会時、家族の意見や思いを聞きながら関係作りに努めている。		
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、職員で話し合い、必用とされていることを見極め支援している。		
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	日常生活において、人生の先輩として尊重し、支えあえる関係に努めている。		
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	外出支援やクリニックの受診をお願いすることもある。		

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	家族との面会や外出、外泊を許可している。携帯電話の使い方が分からない利用者に関しては携帯電話を預かり通話出来るように支援している。	家族・友人等の来訪・電話、趣味の継続、家族との外出・外泊等、馴染みの人との関係継続を支援している。利用者の希望に応じて家族と馴染みの場（自宅、買い物、馴染みの美容室、銭湯、外食等）への外出も支援している。利用者の希望に応じて馴染みの人への年賀状や暑中見舞い等の送付も支援している。	
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	利用者同士の関係を把握し、日常生活の中で自然と関わり合いや支えあえるような支援に努めている。		
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	契約が終了しても、その後の経過を聞いたり、相談や支援に努めている。		
<b>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</b>					
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	本人との関りを通して一人ひとりの思いや希望の把握に努め、その人らしい暮らし方になるよう支援している。困難な場合は、表情や動き、体調面のチェックで本人本位に近づけるよう支援している。	利用者との関わりの中で1対1の場面(居室・入浴時等)を重視して、コミュニケーションをとることで信頼関係作りに取り組んでいる。利用者との会話や利用者の様子から「行きたい場所、食べたい物、したい事等」の把握に取り組んでいる。利用者の言動や家族からの情報を具体的にタブレット端末に記録して職員間でデータを共有して他職員の意見も求めている。職員は共有情報を基に申し送りやミーティングで利用者本位に利用者の「思い・意向」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	入居時や日々のアセスメントを通して、一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方の把握に努めている。		
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	一日を通して、表情や言動などで状態の把握に努めている。		

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
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	心身の変化が少しでもあれば、主治医、看護師、薬剤師と相談しながらスタッフで話し合い、家族の思いや要望を取り入れつつも、本人本位に近づけた介護計画を作成している。	アセスメントシート・個別記録をとりまとめ、家族・主治医等の意見をふまえて利用者の「好きな事、やりたい事、健康面、日常生活」(ニーズ:外出、銭湯での入浴、買いたい物)を重視した介護計画の策定に取り組んでいる。モニタリングを実施して半年毎又は随時に介護計画を見直している。毎月のミーティング等での職員全体の「気づき」を介護計画の見直し・更新に活かしている。	利用者のニーズ・目標・サービス内容について状況に応じてより具体的な内容(5W1Hを意識)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	日々のケアをiPadを使い個別記録に入力し、担当者会議、モニタリングを行いスタッフ間で情報共有しながら、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	利用者の状態変化があった場合、ドクターと連絡をとりながら食事面では薬局と補助食品について相談したり、利用者と繋ぐパイプ役になっている。		
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	限られた地域資源の中で、近所を職員と散歩したり、近所の方との関りが少しでも持てる工夫をしている。		
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	2週間に一度または4週間に一度の往診の他、日常の変化、問題が発生した場合、家族への連絡を密にし、かかりつけ医にその都度報告、連絡、相談し指示を仰ぎ対応している。	利用者・家族が希望す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毎月の訪問診療(1回又は2回)を支援している。ホーム提携医による24時間365日の相談体制・随時往診と訪問看護・看護職員による健康管理体制を整備している。その他の専門医(精神科、皮膚科、整形外科等)の外来受診時は家族付き添いを依頼しており、情報提供書また必要に応じて職員付き添いにより適切な医療を受けられるよう連携を図っている。	
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	看護師に日常の気づきを報告、連絡、相談し適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	病院関係者と連絡を取りながら情報交換に努め、早期の入退院に努めている。		

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
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	現在までいくつもの看取りを行っている。ご本人、家族の意向を確認し、主治医と協議し終末期看取り対応が出来る様努めている。又、職員と方針の共有もできている。	ホーム提携医・訪問看護との連携・協力体制を確保しており、条件(利用者の身体の安楽、家族の希望、医療依存度が低い等)が整えば看取り対応する方針としている。利用開始時にホームの方針を説明し、日常会話の中で終末期についての希望を軽く意思確認している。利用者の状態変化・重度化時は都度、利用者・家族の希望と意思を確認している。病院・他施設への移行の場合はスムーズな移行のための情報提供・各種手続きを支援している。年1回ターミナルケア研修を実施している。	看取りケア実施後は経験・改善点等を職員間で検討するためにカンファレンスの実施に期待する。
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	急変、事故発生時に初期対応が出来る様に、YouTubeによる救命講習や消防避難訓練を行っている。		
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を作成し、対応出来る様にしている。	緊急時対応マニュアル・救急車要請手順(情報提供シートの準備)・行方不明対応手順をフローチャート形式で策定し職員の見やすい場所に掲示している。けが・転倒・窒息・意識不明等の緊急時対応について動画での勉強会やヒヤリハット・事故事例検討を通じて職員へ周知し対応力の向上を図っている。	誤嚥・窒息発生時の対応について定期的な実技訓練の実施と消防の救命救急訓練への参加に期待する。
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	必要に応じて連絡を取りながら連携を密にしている。	ホーム提携医(2名)による毎月の訪問診療と緊急時往診体制、24時間365日の相談・対応、訪問看護・看護職員による健康管理体制等の医療支援体制を整備している。介護老人福祉施設とは契約で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	主治医や協力医療機関と連携をとり、24時間体制で対応出来る様にしている。夜間は常に夜勤者以外にスタッフ2名と連絡が取れるようにしており、緊急時はすぐにかける。	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。夜勤者への申し送り時にその日の利用者の体調・様子の引き継ぎと緊急連絡先と対応方法を確認・指導しており、事前に主治医・看護師にも対応を確認する等、緊急時を想定して夜勤に臨んでいる。管理者・主治医・看護職員への相談体制と近隣在住職員の応援体制も整備されている。	
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	いろいろな災害を想定して訓練を実施している。消防署からの避難訓練の指導を受けている。	防災マニュアル・BCP(火災、震災、台風・水災)を整備している。年2回(うち1回は消防署員立ち合い)、避難訓練(夜間火災想定)を実施しており、消火・通報訓練と利用者も参加しての移動避難(ホーム内所定の避難場所へ)を行っている。水害についてはホーム2階への垂直避難としている。	

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
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	マニュアルを作成し、目につくところに掲示し安全確保の対応をとっている。	災害発生時に備え3日分程度の備蓄品(飲料水、食品、カセットコンロ、ガスボンベ、医薬品等)を準備・管理している。また利用者情報、家族への連絡先、職員の緊急連絡・緊急勤務体制、公共機関・ライフラインの連絡リストを整備している。スプリンクラー・自動通報装置等の防災設備は年2回の防災訓練時に作動点検している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者一人ひとりを尊重し、誇りやプライバシーに配慮した言葉かけや支援をしている。	理念・基本方針・行動指針を取りまとめた書面を職員に配布して、ホーム内各所への掲示とミーティング時の読み合わせを通じて職員に周知している。利用者呼称については馴れ合いに気をつけて対応している。自室やトイレのドアの開閉への配慮、トイレ誘導時の声かけ方法の工夫、入浴・排泄介助時の同性介助の希望への対応、尊厳・丁寧を意識した声の大きさや話すペース、自己決定できる選択肢ある問いかけ等、利用者に敬意を持った支援に取り組んでいる。気になった事例は職員間で注意し合っている。職員間の業務情報交換時は利用者に聞こえない場所や方法に配慮している。	
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	一人ひとりの力に合わせて自己決定が出来るよう努めている。又、意思表示が困難な方には、表情や反応を見ながら働きかけている。		
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	利用者本位の考え方を軸に、こまめな声掛けを行ない、利用者一人ひとりの気持ちを汲み取り、自由に過ごせるよう支援している。		
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	洗顔、整容、爪きり等働きかけ、出来ない方には支援にて整容に努め、1カ月に1度美容師の訪問カットもある。好みの服をご自分で選んでいただけるようにしている。洋服選びに関しては、自己決定ができるよう配慮している。		
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	出来る方にはスタッフと一緒に調理や味見、配膳下膳をしていただいている。季節の野菜等をメニューに取り入れている。1回/月季節を感じられるような行事食(お弁当)を提供している。	食事担当職員と利用者が購入食材や家族・近隣住民・職員からの差し入れ食材(野菜、フルーツ)、ホーム畑で収穫できた野菜をもとに毎日の献立を決めている。調理や味見、準備・後片付け等、利用者個々の得意な事・やりたい事を職員と一緒にやっている。毎月旬の食材を使った季節の行事食(お弁当)を提供している。認知症カフェでの手作りおやつ(おはぎ等)、家族との外食、お菓子・アイスのおやつ・嗜好品の買い物等、職員との軽食外出も利用者の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
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	常食、きざみ、ミキサー食等の対応を行い、食べやすい工夫をしている。又、食事や水分の摂取量をチェックし状態の把握や脱水にならないよう工夫している。		
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	毎食後、自分で行える方には声掛けし、支援が必要な方には職員が能力を引き出しながら支援している。		
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	個別対応しており、車椅子の方も1回/日トイレに座る時間を設け、可能な限りトイレでの排泄を支援している。また夜間帯に頻尿の方には転倒リスクも考えポータブルトイレを設置してある方もいる	可能な限りトイレでの自立した排泄を基本としており、車いすの利用者でも日1回はトイレに座る時間を設けて支援している。排泄チェック表(タブレット端末)を作成して利用者の排泄習慣・間隔・サイン・体調を把握しており、必要に応じて声かけ誘導や2名介助、後始末の確認を支援している。夜間は利用者の希望と身体・睡眠状況を考慮し主治医と相談して、適宜声かけ支援や安眠のための大きいめパッドの使用、転倒リスク回避のためのポータブルトイレ使用等、利用者とは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	極力、水分補給や食物繊維の摂取を心がけている。また、排便の状態や周期を把握し、主治医や薬剤師に相談し、必要に応じて下剤を使用し便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日はある程度の時間は決まっているが、個人に合わせて入浴時間や日を調整し、できるだけ希望に副った入浴が出来るよう支援している。	清潔保持の観点から利用者毎に週2回以上の入浴を支援している。利用者の要望(順番、湯温、入浴剤の使用、好みのシャンプーやスキンケアの使用、音楽、銭湯での入浴等)に応じている。利用者の体調や気分がのらない時は清潔保持のために入浴日・時間の変更、シャワー浴や足浴、清拭への変更、陰部洗浄も希望に応じて柔軟に支援している。同性介助の希望に対応している。	
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	一人ひとりの体調や状況に合わせて休息の支援や、室温・明るさの調整をしながら安心して眠れるよう支援している。ラジオを付けたままで、という方には音量を小さくつけたままにする事もある。		
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	一人ひとりの体調の変化を確認し、主治医や薬剤師に報告・相談し、職員全員で薬の把握に努めている。服薬の変更があった場合、慎重に観察をし、主治医・薬剤師に報告・連絡を行なっている。		

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
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	それぞれの生活歴、趣味を考え、その人に合った楽しみ事を提供している。家事の好きな方には手伝って頂き、利用者同士ユニットの行き来も積極的に行ない気分転換をはかっている。		
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	本人や家族の希望にそって外出ができるよう支援している。家族の協力を得ながら、ご近所の散歩等出かけられるよう支援している。玄関の花壇の水やりをしたり、少し離れた畑に出かけることもある。	日常的な外出(買い物、散歩、外気浴、ドライブ、ホーム畑・花壇の水やり等)を支援している。天候の良い日や気候の良い季節時は利用者の外出希望にできるだけ応じている。家族との外食・外泊・買い物も支援している。季節を感じることでできるドライブ・外出(紅葉、海等)の機会も作っている。	
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	本人の力や家族の理解がある人には本人に所持してもらっている。又、管理できない人は預かり、買い物など必要な時に使えるよう支援している。		
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	本人や家族の希望があれば協力、支援している。携帯電話の使い方が分からない利用者様に関しては職員の方で預かり通話できるよう支援している		
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	共用空間での室温、テレビ等の音、光が直接当たらないように配慮し、居心地良く過ごせる様に配慮している。花を好きな方が多いので、玄関やリビング、居室に飾って季節を感じられるようにしている。	ホーム全体として室温・湿度・換気・不快な音・におい・直射日光に配慮して利用者にとって快適で居心地良く過ごせる生活空間となるよう工夫している。季節の活け花や掲示物等、かすかに季節が感じられるような共用空間作りに取り組んでいる。テレビはYoutubeを活用し、昔懐かしい映像を流している。玄関先にベンチを設置しており、気候の良いときは気軽に外気よくできるよう支援している。	
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	独りでゆっくり過ごす時間を大切にしながら、気の合った利用者同士でパズルや塗り絵・歌など皆さんで楽しんで頂けるように配慮している。		
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	家で使っていたソファ、小物や、花、家族の写真等を飾り居心地良く過ごせる様工夫している。テレビやラジオを部屋で好きな時間に鑑賞してもらっている	居室にはベッド・タンス・エアコンが設置されている。家具・身の回り品の持ち込みは自由であり、自宅で使用していた使い慣れた物(ソファ、小物、テレビ、ハンガーラック等)や安心できる物(携帯電話、写真、ぬいぐるみ等)を入居時に持ち込んでもらっている。家具は利用者本人と話し合いながら使い勝手が良く転倒防止等の安全性も考慮した配置を支援している。	

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
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	一人ひとりの心身状況により、ベッドや家具の位置を工夫し、安全で自立した生活が送れるよう工夫している。自室が分からなくなる方には、壁に大きな表札を貼り配慮している。		