

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要(事業所記入)】			
事業所番号	1772200083		
法人名	株式会社 エンジェル		
事業所名	グループホーム ほたる（すみれ、つくし）		
所在地	石川県白山市石同新町155番地		
自己評価作成日	令和6年12月2日	評価結果市町村受理日	令和7年3月5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7年1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)】

永遠の課題として職員の育成に力を入れ日々取り組んでいる。理念にもとづき基本方針に沿って事例検討をし、振り返り反省し評価しあうというプロセスを大切にしている。時間を重ね、常に話し合っていくことで全職員の意識が同じ方向に向くからこそ目的・目標に到達する。職員それぞれが人生の学びの場のための職場でもあり、利用者にとっての質の高いサービス提供をするためには職員自身が志を高く、成長し続けることが何より縁あった利用者やその家族に対しての真の介護や支援に繋がると確信しております。共に暮らし、共に育てあい、共に感動し喜びあえる日暮らしを追求しながら楽しく過ごしています。

【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)】

当ホームは「共生・教育・共感」を理念として掲げ、共に暮らし・育て合い・喜び合える支援に取り組んでいる。申し送りやミーティングにて取り組みについてその都度理念に振り返り職員間で話し合っている。地域とは普段の近所付き合い(散歩時の挨拶、世間話、和菓子屋での買い物、布・新聞紙の寄付等)や地域の祭礼行事への参加・見学等を通じて交流を図っている。また、地域の福祉避難所としての体制整備に取り組んでおり、地域とは良好な関係を築いている。ケアにおいては身体拘束廃止フローチャートを作成してホームとしての行動基準・話し方を定め身体拘束しないケアに取り組んでいる。感染対策のうえで外出を支援しており、天候の良い日や利用者の外出希望がある時はできるだけ応じて外気に触れる機会(散歩、外気浴、ドライブ、買い物等)を作っている。家族との外出(自宅外食、買い物、墓参)も支援している。積極的な外出支援は利用者の生活の質の向上に寄与している。医療面ではホーム提携医による24時間365日の相談体制確保しており、利用者、家族の安心に繋がっている。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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、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(つくし)

[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	毎朝の申し送り、業務中、毎月のミーティングのなかで、日々の事例をもとに理念や方針に沿っているかの確認や検討を重ねている。その積み重ねによって気づきが増え、より良いケアに繋がるように取り組んでいる。	「共生・教育・共感」を理念として掲げ、共に暮らし・育て合い・喜び合える支援に取り組んでいる。毎日代表者より理念についての話があり、申し送りやミーティングにて取り組み事例について都度理念に振り返り職員間で話し合っている。利用者にも育てられているという考えのもと理念にこだわって毎日のケアに取り組んでいる。		
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	お祭りを見学をさせてもらい関係作りを心掛けている。買い物や散歩の中でも気軽に地域の方々とお付き合いも出来ているほか、ポロや新聞等の寄付をしてくださる。近くの和菓子屋さん等日頃の外出支援の場所として協力してくれている。	普段の近所付き合い(散歩時の挨拶、世間話、和菓子屋での買い物、地域住民からの布・新聞紙の寄付等)や地域の神社・町内祭り行事への参加・見学等を通じて地域交流を図っている。地域の回覧板にホーム通信を載せておりホームへの理解促進に取り組んでいる。また住民の気軽な相談にも応じており、ホーム開設後より継続的に地域交流に取り組んでいる。		
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	事業所において見学者や入居希望者家族との対話の際、見えてくる日々の困難に対しての相談にもつながっている。いつでも、誰にでも、どんな形でも役に立てるように職員それぞれが力を付けていくための日々でもある。			
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	年6回会議をホーム内の和室で行い、ありのままの利用者の様子やケアの様子を実際に見て感じてもらうながら報告や話し合いをしている。利用者家族とは面会時にもよく話をしているが、また違った角度からいろいろと思いを聞くことができるという場である認識も強い。回数を重ねることで理解が増していったことを実感している。	家族(複数)、民生委員、行政担当者等が参加して年6回開催している。会議は日頃の利用者の様子やケアの様子が見えるホーム和室で行っており、ホームの活動状況やヒヤリハット・事故事例等を報告している。家族・民生委員を中心に意見交換・質疑応答があり、地域情報や認知症理解、第三者の視点をサービスの向上に活かしている。議事録はホーム玄関に掲示し誰でも閲覧できるよう備え付けている。不参加の家族には議事録を郵送している。		

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に取り組んでいる	時々、長寿介護課の方や地域包括センターの方と連絡を取り、相談したり助言をいただいている。	運営推進会議や日頃のやり取りを通じて行政担当者（市、地域包括）との連携を図っている。制度・運営上の疑問点が生じた場合は電話・メールで相談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。	
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	施錠においては、夜間以外は鍵をかけていない。夜勤帯以外は利用者の希望があれば、外の空気が吸えるように職員が対応している。職員間で身体拘束への理解が深まるように、定期的に話し合いをしている。	3ヶ月毎の身体拘束廃止委員会、ホーム内研修（ミーティング時に事例を基に話し合い：年4回）と外部研修の受講を通じて職員の理解を促している。身体拘束廃止フローチャートを作成してホームとしての行動基準・話し方を定め身体拘束しないケアに取り組んでいる。グレーゾーン・不適切ケアやスピーチロック・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間で注意喚起意識付けを徹底している。	
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	申し送り時や日々の関わりの中で、職員同士実践の中で気づいた事は伝え話し合い、虐待に繋がらないケアの向上を意識している。		
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	各々が必要時に話し合いが出来る場を作る体制は出来ている。		
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	見学や入所申し込みの段階から不安や疑問を聞き出すことを意識しながら対話し、契約時は一方的な説明とならないように理解・納得が見られるまで説明や話し合いをしている。		
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	契約時にも意見や要望・要求・苦情等についての窓口や方法も説明している。利用者のみならず家族とも面会時や月1回の電話報告で日常のコミュニケーションや、報告・相談の中で意識して思いを引き出し、可能な限り反映している。	利用者・家族が何でも話せて意見を表明できる信頼関係作りに取り組んでいる。2ヶ月毎に利用者の暮らし振り・行事参加の様子をホーム通信として家族・民生委員・地域包括に送付している。家族の来訪面会・電話や運営推進会議への参加時にも利用者の近況を詳しく伝え、家族より具体的な意見・要望を聞いている。意見・要望は検討の上、ホームの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	ミーティング、申し送り等で職員の意見や思い・提案を日頃から求め反映させている。	毎日の申し送りや業務中の情報交換で職員間でしっかり話し合い、ミーティングにて検討して職員の意見・提案を運営・行事企画に反映させている。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いる。必要に応じて個別面談を実施し職員の率直な意見を聞いている。	
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	法律を遵守し、日々の業務での交流中に、報告・連絡・相談を受けている。その中で、向上心や向学心につながるような指導を心得ている。		
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	職員の時期的、資格等を考慮し、順次外部研修の受講を勧めている。法人内では「研修」にとらわれず申し送り時なども活用して職員の力量に応じた指導やアドバイスを随時行っている。		
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	白山市GH連絡協議会等の機会を通して勉強会やいろいろな情報、困っていることなどを話し合いにて共有している。おのこののホームの事を話せたことが結果的に自分たちの支援の振り返りとなって士気が上がっている。この繰り返しが大切だと認識している。これまで参加したことのない会合に出向くことでまた複数の同業者との話しに花が咲き着々とネットワークが築かれている。		
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	その人らしい言動・行動を観察し、利用者の習慣なども尊重している。常に向きあい対話する場を持ち、職員間で情報の共有を図っている。		
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	家族に対しての支援も利用者支援と同等に重要なことと認識している為、面会時には家族とも対話し利用者との関わりの経過も伝えている為、安心に繋がり、さらに本音を聞けるようにコミュニケーションをとっている。また、こまめな電話報告も行っている。		

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	日々、本人や家族の思いや要望を聞きながら必要な支援を実践していくなかで自立に向けての支援に適宜変化させたケアを行っている。		
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	助け合い、育てあいの場として共に過ごし、日々スタッフも利用者から教わることや支えられてることが多々ある。一緒に過ごしていく中で信頼関係を築いている。		
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	その都度、利用者と家族の関係をみながら、面会等それぞれの状況に合わせた支援を行っている。家族からの差し入れや手紙、誕生日プレゼントがあると利用者も喜んでおられ、普段の様子を写真を載せたほたる通信を見て家族も安心されている。		
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	馴染みの場(床屋・近隣・スーパー等)へ出向く事を感染予防に注意しながら支援している。また、利用者の友人や知人からの電話や面会の際には次回の面会に繋がるように声かけや雰囲気意識している。	家族・友人・知人等の来訪や電話、趣味の継続等、馴染みの人との関係継続を支援している。家族との外出(美容室、買い物、自宅での食事)やホーム近所の馴染みの和菓子屋・スーパーでの買い物外出、馴染みの場(自宅周辺、公園、神社等)への散歩・ドライブ外出を支援している。馴染みの人への電話取次や年賀状等の作成・郵送も支援している。	
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	個々の特性を尊重し、利用者同士の楽しむ場面や助け合っている場面、時には喧嘩している場面を見守っている。孤立する事がないように心がけ、職員はその時の利用者の状態に合わせて対応している。		
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	退去された後でも、相談などがあればいつでも連絡して下さるようお伝えしている。		

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	自分の思いを主張できる方は、その意向を大切に、またそうでない方は日々の何気ない会話から思いを引き出せるようにコミュニケーションを図ったり、家族や面会に来られた方に入居前の話などを教えてもらい、その内容を職員間で共有し、今の本人の様子と照らし合わせながら支援を日々模索しながら実践も同時に行っている。	利用者との1対1の場面(入浴、居室、就寝前等)での会話や少人数での会話の機会を多く作り、利用者の傍にいる時間・関わる時間を多く持つことで、利用者との会話や利用者の様子からその「これまで行った場所、生活習慣、職歴、趣味、好きな事、行きたい場所、食べたい物」の把握に取り組んでいる。利用者の言動を具体的に業務日誌に記録し、申し送り時はしっかり利用者本人の意向を職員間で確認して情報共有している。	
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	日々のコミュニケーションや行動からアセスメントし、把握に努めている。家族・友人・知人等からの話も大切な情報としている。		
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	日々の現状を記録する上で、iPadを活用し、一人ひとりの言動や発言など記録し、毎日の申し送りで情報を共有している。特に気になる事や大事な事は、iPadの記録上、目立つように印を付け、職員一人ひとりが確実に利用者の現状を把握できるように工夫している。		
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	日々の生活の中での本人の希望や家族の意向を計画に反映している。本人の具体的な言葉を介護記録に明示するようにしている。介護計画やモニタリング管理など職員皆が関わる事で、より深く課題に向き合っている。時には内科医精神科医等にも相談し、誰もがより安心に過ごせるように実践している。	アセスメントシート・介護記録・業務日誌をとりまとめ、家族からの情報(生活歴、職歴等)や主治医の意見(健康状態)をふまえ利用者の「好きな事・したい事・生活習慣・趣味」(ニーズ)と身体状況・介助に必要な事項を重視した介護計画を策定している。毎月モニタリングを実施して介護計画が実情と利用者ニーズに合った内容となっているかを検証して、3ヶ月毎又は随時に介護計画を見直している。職員の意見や考察、ミーティングでの職員全体の「気づき」を介護計画の見直し・更新に活かしている。	ニーズ中心でサービス内容がより具体的な介護計画となるように5W1Hを意識した介護計画の立案に期待する。
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	日々の現状に即したケアを職員間や家族も交え話し合いをしている。また、業務日誌・介護記録・支援経過・グループラインを利用して記録に残し見直しの参考にしている。		

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	通院同行、入院にあたっての準備など、その時々家族の思いや状況にあわせて総合的に柔軟な支援を行っている。また、家族や訪問者にとっての憩いの場としての機能も意識し対応している。		
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	地域の一員であるという認識を持っている。地域の方に声をかけていただいたり行事に参加させてもらい楽しみながら見守られていることを実感しながら共に過ごしています。		
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	かかりつけ医に関しては、家族の希望を尊重し、必要な情報提供を行っている。ホームとかかりつけ医との連携は密であり、本人及び家族の意向を踏まえて必要時に適切な医療を受けられるように、365日24時間体制で相談・治療を受ける事ができる体制が整っており、みんなの安心にも繋がっている。	利用者・家族が希望するかかりつけ医への継続外来受診またはホーム提携医による訪問診療を支援している。ホーム提携医による24時間365日の相談体制と看護職員の健康管理体制を整備している。その他の専門医（歯科、整形外科等）への受診は家族付き添いを依頼しており、受診時は情報提供書の手交や電話または必要に応じて職員による送迎・付き添い支援により適切な医療が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	看護職員と介護職員との連携・相談はしっかりと出来ている。健康管理や必要な医学知識等も勉強しながら共有し、利用者が安心して過ごせる環境を整えている。		
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。	入院時には病院側とこまめに情報交換をし利用者の状態の把握はできている。また、早期に退院できるように家族を含めアドバイス・相談やリハビリ等についての指導も積極的に受けていたりしている。		

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	家族とは契約の段階で、重度化、終末期、看取りについて指針に沿って話し合っている。利用開始後も幾度となく家族の思いが素直に表出できるような雰囲気にも努め、さらに本人とも話をしたり思いを語ってもらっている。職員間では本人や家族の終末期に向けた意向も共有出来ている。	ホーム提携医との連携・協力体制を確保しており、詳細にカンファレンスを行い、介護可能な環境（家族の希望、医療依存度が低い等）が整えば看取り介護に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、日頃より利用者から世間話の中で重度化・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・重度化時は主治医より家族に説明があった後に利用者・家族の希望と意思を確認している。	ターミナルケアについての研修の実施と看取り終了後の振り返り（良かった点、反省点等）を実施されることを期待する。
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	かかりつけ医や看護師等からアドバイスを受けている他、日頃から職員同士で応急手当や初期対応について確認し合っている。		
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	緊急時マニュアルをフローチャート形式で作成し、見やすい位置に掲示してある。常に目にすることでチャートをさがすことなくスムーズに対応できるように意識している。申し送りの中でも適宜緊急時の対応について話し合い確認している。	緊急時の対応マニュアル・緊急時用ファイル（利用者情報）・救急車要請手順フローチャートを策定し職員の見やすい場所に掲示して即応できる体制となっている。けが・転倒・窒息・意識不明等の緊急時対応について、ミーティングの中での勉強会や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。救急ガイドブックの準備や救命救急講習の受講して利用者を守る体制を作っている。	
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	協力内科医院には徒歩5分足らずの位置にあり365日24時間の協力体制になっている。医師や看護師とも十分な関係が築かれており支援体制は万全である。介護老人福祉施設等との支援体制もとれている。	ホーム提携医による24時間365日の相談・対応と看護職員による医療支援・健康管理体制を整備している。介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保しており普段から情報交換して連携を図っている。	
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	夜間はユニットごとに1人の職員体制なので緊急時に限らずユニット間や運営者側とも協力連携をしている。運営者も同一敷地内に住んでいるため何かあればすぐに駆けつけることができる体制である。協力内科医24時間連絡可能であり緊急時に対応できる状態である。	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。毎日の夜勤者への申し送り時にその日の利用者の体調・様子を引き継ぎ、事前に主治医・看護師からの指導を確認する等、緊急時を想定して対応している。また緊急連絡網による管理者・提携医・看護職員への相談体制と同一敷地内の住まいする役員や近隣在住の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	各種災害についてはマニュアルが作成しておりいつでもすぐ目に付くように事務室等に掲示してある。避難訓練・通報訓練等全利用者や職員が行っている。災害時での地域住民との協力体制も構築されている。災害時の福祉避難所として市や地域との体制が整ってきている。	BCP・防災マニュアル(火災、震災、台風・水災)を整備しており、地域消防団に参加している職員が中心となり訓練を実施している。年2回の火災避難訓練(夜間想定)の実施時は、消火・通報訓練と利用者も参加しての避難場所・移動方法を確認している。利用者の身体状況に合わせた個別の避難方法も確認している。地域住民の協力体制を構築しており、災害発生時の福祉避難所としての体制整備に取り組んでいる。	
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	3日分程度の食品、水、医薬品、ラジオ、電灯、タオル、スリッパ等の備品は備えてある。家族への連絡先、公共機関等の連絡先のリスト、マニュアルも備えてある。自治会の協力も得られるように働きかけてある。地域の防災訓練には無理なく参加させてもらっていることで地域にも認知されつつあることがいざというときの支援体制にも繋がっていくという認識である。	災害発生時に備え3日分程度の備蓄品(飲料水、食品、ラジオ、電灯、タオル、医薬品等)をリスト化して準備・管理している。また家族への緊急連絡先、職員の緊急連絡体制、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回の避難訓練時に作動点検している。地域の防災訓練に継続的に参加している。	
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	日々一緒に過ごしていることで生まれる親密な関係性でも、個人の尊厳を損なわないように、日々職員同士でも言葉かけや対応について話し合いをすることで意識を高めている。管理者からも言葉かけの大切さや言葉遣いなど定期的に指導している。	接遇・プライバシー保護マニュアルを整備してミーティング時の勉強会や外部研修の機会を設けている。呼称については馴れ合いに気をつけて対応しており、トイレ誘導時の声かけ方法の工夫、入浴・更衣・排泄介助時の同性介助の希望、尊厳・丁寧を意識した声の大きさや話すペース等、利用者に敬意を持った支援に取り組んでいる。気づいた事は職員同士で互いに注意し合っている。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	個々の性格や残存能力に合わせた方法で本人の思い、希望を表出できるようなコミュニケーションを念頭に置いている。又思いを表出しやすい場面づくりも心掛けている。		
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	全職員には常に本人本位の立場でサービス提供するように指導している。職員主導になっていないかどうか、職員間で気づき指摘し合い、その人にあった暮らしについて具体的に話し合い、個々の思いを尊重した個別支援を実践している。		

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	個々の希望や個性に合わせて支援している。地域の衣料品店へ買い物にいき、自分で選ぶ楽しみも得られる。ホームではネイルやヘアセット、髪染め等される方もおられる。		
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	気持ちのこもった料理の提供がとても重要であるという認識から、味付け、匂い、彩りにおいて、喜んでもらうように努めている。利用者の有する能力に合わせて、野菜のカットや皮むき、盛り付け、テーブル拭きなど、それぞれの役割が自然にできている。日々の体調や様子にも合わせて、行為が押しつけにならないように、さりげない支援につなげている。	地域のスーパーで旬の食材を購入し、食事担当職員と利用者が購入食材やホーム畑で採れた野菜、家族からの差し入れ食材(野菜、果物等)をもとに毎日の献立を決めている。野菜カットや皮むき、準備・後片付け等、利用者の得意な事・やりたい事を職員と一緒にやっている。季節の献立(おせち料理、うなぎ、鍋、クリスマスケーキ等)や手作りおやつ(おはぎ等)、テイクアウト(お寿司等)、道の駅での外食、家族との自宅外食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	職員一人ひとりがバランスの良い食事提供を念頭に置いた献立を考えている。個々に合った量の盛りつけや食事形態にも配慮している。献立や食事・水分摂取の記録をとり嗜好の把握にも努めている。食べてもらえる工夫や飲んでもらえる工夫も職員間で情報交換をしながら実践している。かかりつけ医や看護師、家族、薬剤師等とも連携をとりながら総合的に支援している。		
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	毎食後の義歯の洗浄・うがい等の声かけ、見守り、介助を行っている。定期的に入れ歯洗浄剤も使用している。		
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	適宜トイレ誘導を行い、排泄に関して落ち込んだり、不快な気持ちにならないような言葉かけに努めている。清潔保持をふまえ、個々の性格や能力を把握してその人に合った排泄習慣を尊重し、声かけやフォローも含めた支援を行っている。	トイレでの排泄を基本として手すり等のハード面を整備している。全利用者について排泄チェック表を作成して利用者の排泄間隔・サイン・体調を把握しており、必要に応じて声かけ誘導支援している。夜間は利用者個々の希望・身体・睡眠状況に応じて、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	高齢者の特性を理解したうえで個々の体質も把握し、かかりつけ医や看護師、家族とも相談をしながら便のコントロールに取り組んでいる。なるべく薬に頼らないよう日々の水分量や食事内容、オリゴ糖等工夫もおこなっている。		
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	入浴日は一応決めてはいるが、一人ひとりの希望やタイミング、健康状態に合わせた入浴体制をとっている。心身の状態に合わせて、入浴日の変更を行うなど、柔軟に対応している。	清潔保持の観点から利用者毎に週2回程度、毎回お湯を入れ替えて入浴を支援している。利用者個々の要望(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等)に応じている。利用者の体調や気分に合わせて時間・日程の変更やシャワー浴・清拭への変更、冷え性対策のための足浴等も希望に応じて柔軟に支援している。	
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	個々の健康状態や体力をふまえて、遠慮なく体を休めることができるような言葉かけを行っている。安心して心地よく眠ることができるように言葉かけや話しかけを工夫している。		
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	服薬の内容等がすぐ確認できるように、服薬専用のファイルを準備し見やすい所に置き、体の変調や疑問等が生じた時にはまずは副作用など確認している。かかりつけ医や薬剤師とも相談・連携しながら確実な服薬支援を行っている。		
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	本人や家族からの話を参考に、野菜の収穫・編み物・ぬりえ・草むしり・映画鑑賞・音楽鑑賞・合唱等、又は希望に沿った外出個別支援を行い個々にあった楽しみや気分転換になるようなことを見いだして支援している。		
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に支援している	個々の生活歴を大切に外出場所も様々である。外出支援を大切にしているのでその日のその時の希望に柔軟に対応している。家族等の協力もあり外出の機会がもてている。ホーム内に閉じこもったままにならないよう外出支援や個別支援には力を入れている。	感染対策のうえで外出を支援しており、天候の良い日や利用者の外出希望がある時はできるだけ応じて外気に触れる機会(散歩、外気浴、ドライブ、買い物等)を作っている。家族との外出(自宅外食、買い物、墓参)も支援している。また地元祭りの見学や季節を楽しめる場所(公園、道の駅等)へのドライブ等、普段は行けない場所への外出も支援しており、積極的な外出支援は利用者の生活の質の向上に寄与している。	

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	金銭所持を希望される方には、ご家族と相談した上で、金銭を所持、管理して頂いている。スーパーなどの買物先でも、個々によるが、可能な方はご自分で財布から支払いして頂いている。		
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	本人の希望にそって電話や手紙等送ったりしている。アレクサや携帯を使い、顔を見ての会話もできる機会を持っている。出来ない部分の支援をしている。		
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	不快な音や光、職員同士の会話のトーン等、配慮している。音楽を流したり、花を生けたり、その時期を連想できるような自然な飾りつけを行っている。あえて生活の場ということ意識して、片付けすぎないように新聞やチラシ・雑誌等を置いたりしている。	ホーム全体として不快な音・におい・直射日光、職員同士の会話の声の大きさ・トーンに配慮している。音楽や花飾り等、かすかに季節が感じれるような共用空間を作りに取り組んでいる。温度・湿度・換気を適切に管理しており、新聞・ちらし・雑誌等を配置して家庭的な雰囲気作りを工夫しており、利用者の過ごしやすさを重視しておりあえて片付けし過ぎず、快適で落ち着いた生活空間となっている。	
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	一人ひとりが思いのままに過ごして頂ける空間・雰囲気作りを行っている。集団生活の中で、それぞれがストレスを抱え込まないように、個々を尊重し、その時々を思いを汲み取り、見守っている。		
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	居室には使い慣れたテレビやタンス類・鏡等持ち込んでおり、愛着のある部屋になってもらえるように家族と話をしながらその時々工夫もしている。お部屋の飾りつけに関しては本人や家族の意思を尊重している。	居室にはベッド・タンス・エアコン・カーテンが備え付けられている。持ち込みは自由であり、自宅で使用していた身の回りの物(鏡、テレビ・ラジオ、家族写真、趣味道具等)を入居時に持ち込んでもらっている。家具は利用者・家族と話し合いながら使い勝手が良く動きやすさなど安全性にも考慮した配置を支援している。	
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	調理補助、掃除、洗濯物干しやたたみ、食器拭きなどできることはしてもらっている。職員が頻繁に手を差し伸べることはせず、各々のできる事、わかる事を把握し、本人の残存機能を生かしてもらいながら、安心して暮らせる工夫もしている。		

自己評価および外部評価結果(すみれ)

[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	主に毎朝の申し送り等のなかで、日々の事例をもとに理念や方針に沿っているかの確認や検討を重ねている。その積み重ねによって気づきが増えケアに繋がるように取り組んでいる。		
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	お祭り等の参加や見学をさせてもらい関係作りを心掛けている。買い物や散歩の中でも気軽に地域の方々とお付き合いも出来ているほか、ボロや新聞等の寄付をしてくださる。近くの和菓子屋さん等日頃の外出支援の場所として協力してくれている。		
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	事業所において見学者や入居希望者家族との対話の際、見えてくる日々の困難に対しての相談にもつながっている。いつでも、誰にでも、どんな形でも役に立てるように職員それぞれが力を付けていくための日々でもある。		
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	通常は2ヶ月に1回定期的に会議をホーム内の和室で行い、ありのままの利用者の様子やケアの様子を実際に見て感じてもらいながら報告や話し合いをしている。利用者家族とは面会時にもよく話をしているが、また違った角度からいろいろと思いを聞くことができるという場である認識も強い。回数を重ねることで理解が増していっていることを実感している。		
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に取り組んでいる	介護課の方や地域包括センターの方と連絡を取り実践内容を話したり、他の事業所のことも情報として聞かせてもらっている。		
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	施錠においては夜間以外は鍵をかけずに行動を制限していない。思いのままに外に出る行為も大切にしている。身体拘束に関してはミーティングや申し送りの際にも話し合いの場を持ち確認しながらケアを行っている。		
7		○虐待の防止の徹底	申し送り時や日々のかかわりの中で職員同士		

		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	実践のなかで気づいたことは伝え合い話し合い、虐待に繋がらないケアの向上を意識している。		
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	ミーティングや研修等も活用しながら、個々の必要時に話し合いが出来る場を作る体制は出来ている。		
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	見学や入所申し込みの段階から不安や疑問を聞き出すことを意識しながら対話し、契約時は一方的な説明とならないように理解・納得が見られるまで説明や話し合いをしている。		
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	契約時にも意見や要望・要求・苦情等についての窓口や方法も説明している。利用者のみならず家族とも日常のコミュニケーションや報告相談の中で意識して思いを引き出し、可能な限り反映している。		
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	ミーティング、申し送り等で職員の意見や思い・提案を日頃から求め反映させている。		
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	法律を遵守し、毎日の申し送り等には参加し、報告・連絡・相談を受けている。その中で向上心や向学心につながるような指導を心得ている。		
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	職員の時期的、資格的なことを考慮し順次外部研修の受講を勧めている。法人内では「研修」にとらわれず申し送り時なども活用して職員の力量に応じた指導やアドバイスを随時行っている。毎月のミーティングや全体会議でも実施している。		

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	白山市GH連絡協議会等の機会を通してネットワークを作ることの重要性を職員に伝え実感してもらうための親睦会を今年も開催。おのおののホームのことをオープンに話せたことが結果的に自分たちの支援の振り返りとなって士気が上がっている。この繰り返しが大切だと認識している。これまで参加したことのない会合に出向くことでまた複数の同業者との話しに花が咲き着々とネットワークが築かれている。		
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	利用者を理解するためにまずは背景を知る事、その人らしい言動・行動を観察し本人の習慣なども尊重している。常に向きあい対話する場を持ち職員間で情報の共有を図っている。		
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	家族に対しての支援も利用者支援と同等に重要なことと認識しているため、面会時には家族とも対話し利用者とかかわりの経過も伝えているため安心に繋がりにさらに本音を聞けるようにコミュニケーションをとっている。		
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	日々、本人や家族の思いや要望を聞きながら必要な支援を実践していくなかで自立に向けての支援に適宜変化させたケアを行っている。		
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	助け合い、育てあいの場として共に過ごし、日々スタッフも利用者から教わることや支えられてることが多々ある。一緒に過ごしていく中で信頼関係を築いている。		
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	その都度利用者と家族の関係もみながら、面会時等それぞれの状況に合わせた支援を行っていることで家族自身も安心し、家族持参のDVDや写真、または思い出の物を共にみて笑ったりしていることで自然にほたると過ごす時間が長くなってきている。		
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	馴染みの場(床屋・近隣・スーパー・自宅等)へ出向くことを大いに支援している。また、利用者の友人や知人等が面会においてた時には次回の面会に繋がるように声かけや雰囲気を意識している。		

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	個々の特性を尊重し、役割として生かし利用者同士の間で楽しむ場面や助け合っている場面、時には喧嘩している場面を見守っている。コミュニケーションがうまくいかない場合は会話の橋渡しを行っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	医療が必要となり退居された利用者であっても近況をたまに聞かせてもらったり、足を運んだりしていたことで、退居後の新たな心配や不安に対しての支援も変わりなくさせていただける関係が続いている。		
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	自分の思いを主張できる方はその意向を大切に、またそうでない方は日々の何気ない会話から思いを引き出せるようにコミュニケーションを図ったり、面会に来られた方に家にいたときの話などこちらから聞きだしたりも大切な情報として職員間で共有。今の本人の様子と照らし合わせながら支援を日々模索しながらも実践も同時に行っている。		
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	日々のコミュニケーションや行動からアセスメントし、把握に努めている。家族・友人・知人等からの話も大切な情報としている。		
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	日々の様子や会話等些細なことでも記録に残し、スタッフ間で情報を共有している。又、ケアの方法に関してもどのように行えば利用者さんの残存機能を生かせるかを日々話し合い試行錯誤している。		
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	アセスメントシート、介護記録、業務日誌を活用し随時いろいろな場で意見交換も行い本人や家族の意向を計画に反映している。介護計画やモニタリング等職員担当制にすることで職員の更なる意識づけにもなった。また面会時や電話などでも家族と話し合いを行いサービス内容も具体的に記載している。時には内科医精神科医等にも相談し誰もがより安心に過ごせるように実践している。		

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	日々の現状に即したケアを職員間や家族も交え話し合いをしている。また、業務日誌・介護記録・支援経過・グループラインを利用して記録に残し見直しの参考にしている。		
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	通院への同行、馴染みの床屋への付き添い、入院にあたっての準備、葬儀にいたるまでの準備参列等、その時々家族の思いや状況にあわせて総合的に柔軟な支援を行っている。また、家族や訪問者にとっての憩いの場としての機能も意識し対応している。		
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	地域の一員であるという認識を持っている。地域の方に声をかけていただいたり行事に参加させてもらい楽しみながら見守られていることを実感しながら共に過ごしています。		
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	かかりつけ医に関しては家族の希望を尊重し必要な情報提供を行っている。ホームとかかりつけ医との連携は密であり、家族や本人も踏まえて必要時に適切な医療を受けられるように、365日24時間体制で相談・治療を受けることができる体制が整っている。みんなの安心にも繋がっている。		
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	看護職員と介護職員との連携・相談はしっかりと出来ている。健康管理や必要な医学知識等も勉強しながら共有し、利用者が安心して過ごせる環境を整えている。		
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。	入院時には病院側とこまめに情報交換をし利用者の状態の把握はできている。また、早期に退院できるように家族を含めアドバイス・相談やリハビリ等についての指導も積極的に受けたりしている。		
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	家族とは契約の段階で重度化、終末期、看取りについて話し合っている。利用開始後も幾度となく家族の思いが素直に表出できるような雰囲気や努め、さらに本人とも話をしたり思いを語ってもらっている。ミーティングなどにおいても支援のあり方について指針に沿って話し合っている。		
34		○急変や事故発生時の備え	かかりつけ医や看護師等から日頃から急変時		

		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	や事故発生時に備えてアドバイスを受けている。		
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	緊急時マニュアルをフローチャート形式で作成し、見やすい位置に掲示してある。常に目にすることでチャートをさがすことなくスムーズに対応できるように意識している。申し送りの中でも適宜緊急時の対応について話し合い確認している。		
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	協力内科医院には徒歩5分足らずの位置にあり365日24時間の協力体制になっている。医師や看護師とも十分な関係が築かれており支援体制は万全である。介護老人福祉施設等との支援体制もとれている。		
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	夜間はユニットごとに1人の職員体制なので緊急時に限らずユニット間や運営者側とも協力連携をしている。運営者(管理者)も同一敷地内に住んでいるため何かあればすぐに駆けつけることができる体制である。協力内科医24時間連絡可能であり緊急時に対応できる状態である。		
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	各種災害についてはマニュアルが作成してありいつでもすぐ目に付くように事務室等に掲示してある。避難訓練・通報訓練等全利用者や職員が行っている。災害時での地域住民との協力体制も構築されている。災害時の福祉避難所として市や地域との体制が整ってきている。		
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	3日分程度の食品、水、医薬品、ラジオ、電灯、タオル、スリッパ等の備品は備えてある。家族への連絡先、公共機関等の連絡先のリスト、マニュアルも備えてある。自治会の協力も得られるように働きかけてある。地域の防災訓練には無理なく参加させてもらっていることで地域にも認知されつつあることがいざというときの支援体制にも繋がっていくという認識である。		

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	利用者・家族との密な関係の中でも、個人の尊厳を損なわないように事例検討としてケアの確認をしている。日々、職員同士でも言葉かけや対応について話し合いをすることで意識を高めている。	
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	個々の性格や残存能力に合わせた方法で本人の思い、希望を表出できるようなコミュニケーションを念頭に置いている。又思いを表出しやすい場面づくりも心掛けている。	
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	職員主導になっていないか職員間で点検し気づき合い、その人にあった暮らしとはを具体的に話し合い個々の思いを尊重した個別支援を実践している。	
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	個々の希望や個性に合わせて支援している。地域の衣料品店へ買い物にいき、自分で選ぶ楽しみも得られる。ホームではネイルやヘアセット、髪染め等される方もいて華やかである。外出の際は化粧を楽しまれている。	
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	気持ちの入った料理の提供がとても重要であるという認識から工夫をし喜んでもらっているのかの確認もその都度行なっている。利用者の有する能力に合わせてそれぞれの役割が自然にできている。日々の体調や様子にも合わせて、行為がおしつけにならないようにさりげない支援につなげている。	
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	職員一人ひとりがバランスの良い食事提供を念頭に置いた献立を考えている。個々に合った量の盛りつけや食事形態にも配慮している。献立や食事・水分摂取の記録をとり嗜好の把握にも努めている。食べてもらえる工夫や飲んでもらえる工夫も職員間で情報交換をしながら実践している。かかりつけ医や看護師、家族、薬剤師等とも連携をとりながら総合的に支援している。	

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	毎食後の義歯の洗浄・うがい等の声かけ、見守り、介助を行っている。定期的に入れ歯洗浄剤も使用している。		
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	清潔保持をふまえ、個々の性格や能力を把握してその人に合った声かけやフォローも含めた支援を行っている。トイレに行くことが困難な状態の場合も日中の支援の在り方を話し合いトイレでの排泄を試みる等支援を行っている。		
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	高齢者の特性を理解したうえで個々の体質も把握し、かかりつけ医や看護師、家族とも相談をしながら便のコントロールに取り組んでいる。なるべく薬に頼らないよう日々の水分量や食事内容、オリゴ糖等工夫もおこなっている。		
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	入浴日は一応決めてはいるが、特にこだわってはいない。一人ひとりの希望やタイミング、健康状態に合わせた入浴を行っている。一人ひとりの入浴スタイルに合わせて支援している。		
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	個々の健康状態や体力をふまえて、遠慮なく体を休めることができるような言葉かけを行っている。安心して心地よく眠ることができるように言葉かけや話しかけを工夫している。		
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	服薬の一覧を見やすいところに置き、体の変調や疑問等が生じた時にでもまずは副作用など確認している。かかりつけ医や薬剤師とも相談・連携しながら確実な服薬支援を行っている。		
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	本人や家族からの話を参考に、野菜の収穫・編み物・ぬりえ・草むしり・ビデオ鑑賞・音楽鑑賞・合唱等、又は希望に沿った外出個別支援を行い個々にあった楽しみや気分転換になるようなことを見いだして支援している。		

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に支援している	個々の生活歴を大切にして外出場所も様々である。外出支援を大切にしているのでその日のその時の希望に柔軟に対応している。家族等の協力もあり外出の機会がもてている。ホーム内に閉じこもったままにならないよう外出支援や個別支援には力を入れている。		
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	個々に違いはあるなかで、一人ひとりの希望を汲んで買い物支援を行っている。		
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	本人の希望にそって電話や手紙等送ったりしている。アレクサや携帯を使い、顔を見ての会話もできる機会を持っている。出来ない部分の支援をしている。		
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	不快な音や光、職員同士の会話のトーン等配慮している。音楽を流したり、花を生けたり、その時期を連想できるような自然な飾りつけを行っている。あえて生活の場ということを意識して過ごしやすさを優先し片付けすぎないようにしている。新聞やちらし・雑誌は利用者が触りやすい所に置いたり、ひとりひとりの習慣を尊重している。		
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	ホーム内のところどころに椅子を置きどんな状況であっても思いのまま過ごせる場所の空間の工夫をしている。また、個々を尊重しその時々の思いを汲み見守っている。ユニット間の行き来も行い馴染みのある方と過ごしたり外出を一緒にすることもある。		
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	居室には使い慣れたテレビやタンス類・鏡等持ち込んでおり、愛着のある部屋になってもらえるように家族と話をしながらその時々の工夫もしている。お部屋の飾りつけに関しては本人や家族の意思を尊重している。		
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	手すりや柵、歩行器、車椅子等をも利用して自分で出来る喜びを感じてもらいながらの支援をしている。出来ない部分よりも個々の出来る事やストレングスに着目し安心して暮らせる支援を心掛けている。		