

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	1750380170		
法人名	医療法人社団 丹生会		
事業所名	グループホームまだら園		
所在地	石川県小松市福乃宮町2丁目130番地		
自己評価作成日	令和7年1月6日	評価結果市町村受理日	令和7年2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	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21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)】

利用者のニーズを把握できるように、本人との対話、観察を心がけ、スタッフ間での情報共有を実施。家族の面会時には必ず近況報告を行い、信頼関係を築くよう努めている。また、利用者様の排泄自立支援に力を入れている。洗濯物たたみや食器拭き、自立度の高い利用者様には、食器洗いや拭き掃除などの家事参加などで個々の「できること」をケアプランに生かして実施している。家事や行事への参加は強要せず、本人の意思の確認を行い、1日の過ごし方は自由である。地域との交流として「祭りの獅子舞い」の来園を受け入れている。その他、暫く途切れていた音楽療法士によるレクレーションを週2回再開している。併設する診療所、介護老人保健施設との協力により終末期の支援体制、緊急時および夜間の対応共に安心である。
--

【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)】

・敷地内に同一法人が運営する老人保健施設や医療機関(クリニック)が併設している。それらの施設と一体的に運営しており、医療面において利用者・家族にとって安心して生活できる環境が整備されている。 ・今年度は地域祭りの獅子舞の来訪や近隣保育園の遊戯会の見学、隣接施設でのアンサンブル金沢コンサートの観賞(地域住民にも案内)地域消防団との協力等の交流をしている。感染症が社会的に落ち着いた段階で順次交流を再開している。 ・食事についてはニュークックチルを導入しており併設老人保健施設のセントラルキッチンで調理し、ホームに運んで利用者に食事提供している。 ・利用者は準備・後片付け・食器洗い等のやりたい事・できる事を職員と一緒にやっている。差し入れ(お菓子、果物等)や花見企画等も利用
--

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らせている (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	グループホームの理念をもとに本人の思いに寄り添い、地域社会との関係継続が出来るよう支援に取り組んでいる	法人理念をもとにホーム理念として「地域とのつながり」を掲げ、いつでも職員の目に留まるように理念と行動指針をホーム玄関・事務所に掲示している。職員の入職時オリエンテーションでの説明とミーティング時のケア振り返りを通じて職員に周知を図っている。		
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	地域の祭りでの獅子舞や子供の来訪、近隣幼稚園のお遊戯を見学しているが、常日頃、日常的に交流するといった機会はない。	地域祭りの獅子舞の来訪や近隣保育園の遊戯会の見学、隣接施設内でのアンサンブル金沢コンサートの観賞(地域住民にも観賞案内)、地域消防団との協力等の地域交流をしている。感染症について社会的に落ち着いた段階で順次交流を再開している。		
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	近所に住む60歳以上のスタッフを登用している。法人の地域包括支援センターで講演やコンサートなどを催していたが、現在は中止している。			
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	2ヶ月に一度の運営推進会議であがった意見を真摯に受け止め、サービスの向上や業務改善に活かしている。	運営推進会議は民生委員・社会保険労務士・行政担当者(市、地域包括)・家族代表が参加して年6回開催している。会議ではホームの近況や行事内容・ホーム課題等を報告して、参加者より意見・質問を得ている。意見・質問については検討してサービスの質の向上に活かしている。家族は毎回違う家族が参加しており、地域サロン活動の提案もある。	議事録は誰でも閲覧できるようホームの玄関等に置かれることを期待する。	
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に取り組んでいる	運営推進会議で市の職員と会った時や、何か問題が起きた時には連絡をとり意見を頂いている。	運営推進会議やグループホーム連絡会を通じて行政担当者(市役所職員、地域包括)にホームの近況を伝えている。また困難事例への対応について必要に応じて連携を図っており、協力関係を構築している。介護相談員の感想や意見を聞き、必要に応じて意見を参考にしてサービスの向上に取り組んでいる。		
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	入職時のオリエンテーションや身体拘束チェック表でスタッフ自身の自己管理、また、施設内研修も行っている。本人および家族の了解を得て、玄関施錠による利用者の外出と不審者の侵入防止を実施している。	身体拘束について指針を策定しており、法人内の身体拘束委員会(2ヶ月毎)に参加して議題について話し合い参加職員がホーム職員にフィードバックしている。毎年の法人内研修の実施とホーム内でのマニュアルの読み合わせ、身体拘束チェック表により身体拘束を行わないケアについて職員に周知している。日々のケアの中で気になった事例は管理者より注意喚起してホームが推奨する対応方法を示し、職員に考えてもらう機会を作っている。		
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	入職時のオリエンテーションの中に、「虐待は絶対にいけない」旨の説明を行い、徹底できるように努力している。外部の研修に参加した職員が、全員に施設内の伝達研修を行い、業務を振り返る機会を設けている。また、ホーム長が注意深く観察している。			

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	管理者は成年後見制度に関する研修を受けている。 必要な時には事例に応じてスタッフに説明するが、現在はそのような事例がない。		
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	入居にあたって、介護支援専門員が重要事項説明書と入居手引きに沿って説明している。また、医師、スタッフ、管理者も立ち合い、要望を聞いたりしている。		
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	職員から見えない玄関外の風除室に提言箱を設置しているが、今まで一度も投函はない。 利用者または家族からの苦情は、苦情委員会に諮り、苦情内容と施設側の対応を検討し、職員に周知している。	毎月ホーム通信を家族に送付して利用者の生活振りを家族に伝えている。また来訪面会やリモート面会（遠方家族）、電話等で利用者の近況や必要物品を伝え、家族から意見・要望等を聞く機会を設けている。利用者・家族の意見・要望は法人内委員会・ミーティングで話し合い改善点を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	管理者はホーム長からの相談に返答をし、それを申し送りノートに記載し、口頭でも個々人に伝えている。	日々の業務内でのやり取りやカンファレンス時の話し合い、また毎月のミーティング時に職員の意見を聞く機会を設けている。管理者が職員の意見をとりまとめ報告・相談を図り、返答を申し送りノートで回覧して情報共有している。必要に応じて職員個々に口頭で伝えてサービスの質の向上につなげている。今後は定期的な個人面談の機会を作っていく予定である。	
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	基本的に時間外労働は行っていない。 管理者は、職員の勤務態度などについてホーム長がつけたキャリアパスの評価項目を参考に評価し、勤務状況や研修参加意欲、マナーなどについて査定を行い、年間給与・賞与に反映させている。		
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	県が主催する認知症の研修などへの参加、法人内での時間外の勉強会には、時間外手当を支給し、研修参加を促している。また、職員からの要望の研修にも参加出来ている。		
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	市内にあるグループホームで構成される小松市グループホーム連絡会での交流や研修に参加している。		

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	入居時は他の入居者全員へ紹介し、1日でも早く慣れさせていただき、安心感を持っていただけるよう支援している。 介護支援専門員が要望などを聞き取りし、利用後は可能な限り要望を受け入れ信頼関係を築いている。	
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	入居時には、ホーム長や介護支援専門員が本人とその家族から要望などをよく聞き取っている。利用開始後は、職員が本人と親しく関わりを持ち、家族への報告を行い信頼関係を築いている。	
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	利用者と家族のニーズを聞きとり、入居カンファレンスを開き、もっとも必要とされているニーズに沿ったケアプランの立案を心がけ、本人から要望があれば、他の医療機関の利用も受け入れている。	
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	日々の関わりを大切にし、関係づくりに努めている。 できる家事は、利用者と一緒にっており、行事にまつわる事柄などを教えてもらうことも多い。	
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	入居者の現状や課題を自分達だけで解決するのではなく、家族の意見も取り入れ、相談しながら解決するようにしている。	
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	利用者が入居前より利用していた美容院を継続利用したり、楽しみにしていた訪問先には時々連れて行ってもらえるように家族と連携を図り、元の生活感を失わないように支援している。 オンライン面会を勧める等の支援もしている。	家族等の馴染みの人とのつながり継続のために、感染症対策のうえホーム玄関や法人施設内のフリースペースや屋外での来訪面会やオンライン面会・電話を支援している。家族との外来受診や実母に会うための遠方外出、法事への参加、馴染みの美容室の利用や買い物・自宅周辺への外出を支援している。
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	一人一人の個性を把握し、人間関係を考えることで、座席を決定したり、日常生活やレクリエーションなどでの時間の共有の場を設け、利用者同士の楽しい関係づくりに努めている。	

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	入院時にはお見舞いに行ったり、退院時には必ず「またお手伝いできることがございましたら…」と声かけをし、どんなときでも最後まで支援できるよう心がけていたが、新型コロナウイルス流行時より見舞は不可能となっている。		
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	日々の生活の中で利用者と関わることでニーズを引き出し、家族の要望は、面会時に要望を聞きとり、ケアプランに反映し、実施している。	利用者の生活背景に興味を持ち、日常会話(特に入浴や散歩時等の1対1の場面を重視)や関わりの中から利用者の希望・意向(行きたい場所、食べたい物、趣味等)を把握できるよう取り組んでいる。利用者の発した言葉や行動・反応をそのままケース記録に記載して、職員間で情報共有して利用者の希望・意向の推察に活かしている。特に「行きたい場所、食べたい物、会いたい人」については家族の意見も参考にしている。	
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	入居時に、介護専門員が家庭環境や生活歴などのアセスメントを行い、入居後も継続ができることは継続して暮らせるよう、ホーム長がスタッフに周知している。		
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	一人一人との関わりを大切に、各人の趣味や現役時代の職業などを参考に、利用者の有する能力や生活状況の把握に努め、各々に見合った生活ができるよう支援している。		
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	担当者が本人や家族からニーズを聞きとっている。管理者、ホーム長、介護支援専門員と共に、入居時カンファレンスをはじめ定期的にモニタリングを行いカンファレンスを開き、折々の入居者の状況に応じたケアプランの立案を心にかけている。	介護計画作成にあたっては、担当職員が中心となってアセスメントを行い、月2回のモニタリングをもとにカンファレンス(管理者、ホーム長、職員)で利用者の状況に応じたニーズ・サービス内容となっているかを検討している。利用者のニーズ・健康管理を重視した介護計画の立案に取り組んでおり、個別性ある介護計画を作成している。	具体的なニーズを設定し、その実現に向けて具体的な支援内容をプランニングされることを期待する。
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	日々の様子等は、療養の記録に記入している。ケアプラン実績表を活用し、プランの見直しに活用している。		
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	状況に応じて本人および家族から話を聞き、ホーム長が担当者や管理者と話し合い、本人に最も適したプランや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	近所の理髪店の出張営業を利用している。コロナ禍でサービスが停止していたが、再開となっている。また、行きつけの美容院に家族と出かける人もいる。		
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	併設しているクリニックがあり、いつでも対応できる体制が整っているが、他医療機関の利用は自由であり、その利用も積極的に勤めている。	従来からのかかりつけ医への継続外来受診(家族付き添い)またはホーム併設のクリニックでの定期受診(訪問診療可)が選択できる医療受診体制となっている。専門医(眼科、歯科医等)の外来受診についても家族付き添いを基本としているが必要に応じて職員は送迎・付き添いを支援している。併設クリニック医師や介護老人保健施設の看護師の健康管理体制・医療相談体制を構築しており、利用者が適切な医療を受けられる体制となっている。	
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	併設の介護老人保健施設の看護師と医療連携をとって、日々の情報や気づきはすぐ連絡し、診療対応につなげている。		
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。	法人の連携担当者が、協力病院や他の医療機関と連絡を取り合うことで、退院後も受け入れられる体制を整えている。		
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	終末期のあり方について、本人や家族がどのようなことを望んでいるかを聞きとり、できる限り要望に沿えるように努めている。併設のクリニックと連携し、ターミナルケアを実施している。	入所時にホームの重度化・看取り方針を説明しており、終末期のあり方について利用者の初期段階での希望を確認している。利用者の状態変化時に主治医より家族に説明があり、利用者の従前の希望と家族の希望に応じてホームでの看取りケアまたは併設の老健施設への移行を支援している。ホームでの看取りケアの場合は併設クリニックと連携を図りチームでの支援に取り組んでいる。	看取りが終了されたら、振り返りのミーティングを実施されることを期待する。またターミナルケアについての研修の実施が望まれる。
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	緊急時の医療連絡体制が整っており、併設の医師や看護師がすぐに駆けつけることになっている。		
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	緊急時対応マニュアルがあり、併設診療所の医師や要望に応じて救急車を呼ぶなど、すぐに対応できる体制が整っている。	緊急時対応マニュアルを整備しており、ミーティング時の勉強会を通じて職員に周知している。定期的にヒヤリハット・事故事例をもとに話し合いし、実情に則してマニュアルを見直している。法人内の看護師を講師として誤嚥窒息対応の訓練(吸痰器の使用方法)を実施している。緊急搬送時にスムーズな利用者情報の提供のために既往症・薬事情報をとりまとめた書面を準備している。	

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	法人の協力医療機関や併設のクリニックや老人保健施設の医療連携看護師などの支援体制が整っている。	敷地内に同一法人が運営する介護老人保健施設、医療機関(クリニック)が併設しており法人全体で医療支援体制・災害発生時のバックアップ体制が整備されている。協力医療機関(やわたメディカルセンター)との連携体制も構築されている。	
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	夜間は、各ユニットに1人ずつの2人勤務となっており、常に医師や看護師と連絡がとれる体制になっている。また、緊急時は速やかに医師である理事長、管理者、ホーム長へ連絡する体制になっている。	夜間は各ユニット1名(ホーム内2名)の勤務体制となっている。また同一敷地内の介護老人保健施設の夜勤者の応援支援や緊急時には医師である理事長の指示により看護職員の応援体制が整備されている。夜勤者への申し送り時に主治医・看護師からの指導事項を引継ぎ緊急時に備えている。	
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	災害時は、併設の有料老人ホームに避難することになっており、一昨年の水害時には老健に緊急避難を行った。また、法人が県外の施設と災害時協力体制を契約して、連携を図ることになっている。	同一敷地内の併設施設全体で消防立ち会いのもと年2回総合避難訓練を実施している。BCPに基づき各種災害(火災、震災、水災)に対する体制が整備されており、マニュアルに沿って対応する準備ができている。法人全体の防災管理者が話し合い計画的に各種訓練と研修が実施されている。全国7先の社会福祉法人との災害時協力体制の構築を図っている。	防災対策について、地域との協力関係(福祉避難所としての機能、火災発生時の避難場所、避難後の利用者の見守り等)を相談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	年に2回、消防署の協力を得て、総合避難訓練を行っている。緊急電話連絡システムが常設されている。また、防火管理者が中心となり防災訓練に力を入れている。	備蓄品・防災用品は法人全体で管理しており併設老健施設に準備されている。備蓄品として食料、飲料水を確保しており、その他物品はBCP(震災、水災)の策定にあわせて今後随時必要な準備内容を検討している。	
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	職員全体が利用者の状況を把握することを旨とし、利用者を尊重し、言葉遣いやマナーに気をつけるよう促している。昨年完成のキャリアパスの中にチェック項目がある。	入職時のオリエンテーションや接遇研修(外部講師)の実施を通じて利用者の人格尊重・プライバシー保護について職員への周知を図っている。職員の言葉使いや応対が馴れ合いになっていないかや、利用者には選択肢があつて自己決定できる声かけとなっているか、同性介助の希望に配慮しているか等、業務の場面において気づいた点を管理者・ホーム長から注意喚起している。	
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	一人一人の生活ペースに合わせ、本人の意思表示ができるような環境づくりを心がけている。		
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	法人の理念が、利用者本位であり、各々の好みや能力に合わせた行動や行事や活動への参加を促せるよう心がけている。		

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	日々の衣服を可能な限り各々の利用者が自分で選んだり、髪が伸びて見苦しくなる前に家族に散髪を依頼したりしている。隣接の老健に理髪店が毎週月曜日に来園しているので、その散髪室に出かけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	法人の厨房がニュークックチルを導入しており、セントラルキッチンで調理し、ホームに運んで食事提供している。嗜好や食事の形態は、個別に対応していて、食器は家庭で使っていたものを使っている。おやつ後の食器洗いを楽しんでする人がいる。ケアプランの中に「メニューを知らせる」というプランの方がいて、毎食メニューの披露をしてもらっている。	法人内管理栄養士が法人全体の食事献立を作成している。ニュークックチルを導入しており併設老健施設のセントラルキッチンで調理し、ホームに運んで利用者に食事提供している。利用者は準備・後片付け・食器洗い等のできる事を職員と一緒にやっている。季節のお菓子(正月の福梅等)や果物やお菓子の差し入れ、花見企画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	基本的に法人採用の食事会社の管理栄養士が考えた献立であるが、個々の嗜好などを考慮しメニュー変更をしているので、栄養面で問題はないと考える。水分摂取は時間を決めて提供している。		
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	毎食後口腔ケアを行い、チェック表に記入している。また義歯使用者は、1日1回入れ歯洗浄を行い清潔を保っている。		
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	入居時に必ず排泄チェックを行って、一人一人のパターンを把握し、トイレ誘導を行っている。れんげ棟の各部屋に水洗トイレを設置し、各居住者がそれぞれ使用している	全利用者について入居時に2週間の排泄チェックを実施して排泄パターン(身体状況、間隔、サイン、必要な介助等)を把握している。その後も毎日の排泄チェックを継続している。個別に必要な声かけ誘導や2名介助によるトイレでの快適な排泄支援に取り組んでいる。改修により居室内に水洗トイレを設置して夜間においても安全に排泄できる環境を整備している。	
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	排便チェックを個別に行い、水分摂取を促している。何日も排便がない時は、医師に相談し、内服の処方をしてもらうこともある。		
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	毎日の入浴希望者は現在のところいない。週に2回のほか、本人や家族の希望があれば、他の日にも入浴している。失禁時には、随時入浴を促している。	ほぼ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。利用者の体調や気分がのらない場合は日時の変更やシャワー浴・清拭・陰部洗浄等へのサービス変更により柔軟に清潔保持を支援している。身体状況に応じて機械浴にて安全に入浴できる設備を導入している。スキンケアの希望や必要な塗薬の塗布に個別に対応している。	

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	夜間安眠確保のため、午前中に希望や本人の様子に応じて床上安静を促している。午後の活動性を高めることで、夜の良眠を得るよう工夫をしている。		
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	一人一人が使用している薬の目的や副作用については、ファイルに薬についての説明書が綴られており、副作用などの確認ができるようになっている。症状の変化は職員が観察し、医師に報告し変更などがあることもある。		
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	集団レクリエーションをしたり、各々の好きなことに合わせて歌を歌ったり、踊ったり、食事準備の時に味見をしたり、おやつ後の食器洗いをするなど楽しみや役割を持てるよう心がけている。 集団レクリエーションを毎日行うよう支援している。		
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に支援している	希望に沿い、散歩や日光浴を行なっている。 家族との外出は現在自粛している。	日常的に天候の良い時に利用者の希望にそって法人敷地内での散歩や外気浴等、外の空気にふれるよう支援している。買い物や馴染みの場所(自宅周辺等)へのドライブ外出と家族との外出(美容室の利用、外来受診、買い物、外食、法事参加等)を支援している。	
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	金銭については家族の意向に沿っており、当方より積極的に家族に強制するようなことは行っていないし、希望者もない。		
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	希望される方には電話の利用の支援をしている。要望があれば、手紙のやり取りができる準備をしているが、希望者はいない。		
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	利用者が作った作品を陳列したり、廊下に絵画を飾ったり、フロアにソファを設置することで家庭的な空間の提供を心がけている。 食事時には、音楽を流すよう配慮している。	共有空間は温度・湿度・採光・換気を利用者が快適に過ごせるよう管理している。リビングは季節に応じて職員が手造りで飾り付けしており家庭的な雰囲気作りに取り組んでいる。食事時間は音楽を流し穏やかな環境を作っている。玄関先にもベンチを設置する等、利用者が思い思いの場所で居心地良く過ごせる共用空間作りに取り組んでいる。	

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	居室で独りで過ごしたり、食堂で一緒に過ごしたりと本人の自由である。 気の合う利用者同士で、談笑することもある。		
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	家具などは自由に持ち込むことが可能と家族に要望している。写真等が飾ってある部屋もあるが、持ち込みの希望がなく、部屋によっては殺風景な部屋もある。	居室はベッド・エアコン・洗面台・トイレ・小灯台が備え付けられている。利用者の生活に必要な家具・物(家族写真、衣装ボックス等)を自由に持ち込んでもらっている。身体状況・歩行状態にあわせて家具を配置して安全な動線に配慮した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	トイレ、廊下、浴室に手すりがあり安全な歩行ができる。 全棟バリアフリーであるため、歩行器を使用しても移動が可能である。自立歩行のできない方は、車イスを使用している。		

