

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	1791500018		
法人名	株式会社アイアス		
事業所名	グループホーム志雄		
所在地	石川県羽咋郡宝達志水町柳瀬105-1		
自己評価作成日	令和7年2月10日	評価結果市町村受理日	令和7年3月24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7年2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)】

職員全員が「利用者が望む暮らし」を支援することを意識している。ご家族の協力も得て利用者の望む生活を把握し、個々の利用者に応じてその生活を送れるよう努めている。また、利用者の親類や近所の方、馴染みの店などの地域資源を大切に、これまでの生活が続けられるよう支援している。近年、コロナ禍により外部資源との関係が途絶えがちであるが、感染予防対策のもと、できるだけ面会できるように配慮したり、オンライン面会できるように設備を整え対応している。最後の住処として入居しただいたことに感謝し、看取りを希望する利用者に対しては訪問看護ステーションやかかりつけ医の協力のもと看取りケアを行っている。

【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)】

当ホームは「その人らしさの尊重」「やすらぎと喜びのある毎日」「人と人、人と地域のつながりを大切に」を理念として掲げている。又、各ユニット毎に理念に沿ったケア目標(利用者の気持ちに寄り添う等)を職員間で定め、日々の実践に繋げている。利用者が一人ひとりがその人らしく暮らせるよう、入居前に利用者・家族から生活歴(趣味、習慣等)を詳しく聴いて、それが継続できるようにしている。ケアプランも「本人のやりたい事」「生活の中の楽しみ」を重視した内容とし、日々の支援に反映している。馴染みの人や場所との繋がりも大切にしており、感染症の流行期以外(4月～11月頃:他はオンライン面会可)はホーム内の個室で家族・親戚等と対面面会できるようにしている。又、様々な感染症の状況を考慮しながら、自宅周辺へのドライブや馴染みのスーパーでの買い物、家族との受診ついでの外食も可能となっている。ホームでは協力病院や地域の開業医による訪問診療中心の健康管理体制や提携訪問看護事業所による医療サポート体制も確保されている。「最後まで住み慣れたここで」という利用者・家族の希望も多く、終末期・看取りの支援にも取り組んでいる。

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	事業所理念を元に職員で話し合い、各ユニットごとに支援目標を作成し、共有・掲示して実践している。	「その人らしさの尊重」「やすらぎと喜びのある毎日」「人と人、人と地域のつながりを大切に」を理念として掲げている。又、各ユニット毎に理念に沿ったケア目標(利用者の気持ちに寄り添う等)を職員間で定め、日々の実践に繋げている。	
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	コロナ禍で中止していた地域との関わりやボランティア訪問を状況を見ながら再開している。	コロナ禍の為、現在は地域との積極的な交流は控えている。コロナ禍以前は地域行事への参加や秋祭り時の獅子舞・神輿招待、住民ボランティアの受け入れ等を通じ、地域との交流を図っていた。今年度は久しぶりに歌・踊りのボランティアの受け入れを行った。感染症の状況を考慮しながら少しずつ地域との交流再開を目指している。	
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	地元の「女性の会」の方々や、地域の(来訪する)方に認知症高齢者に対する対応や、支援の方法等を説明したり、事業所内を案内している。		
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	事業所の利用者状況、活動状況を報告し、地域からの情報、意見を受け、サービスの向上に活かしている。	家族代表、区長、民生委員、町・包括担当者等をメンバーとし、2ヶ月毎に開催している。利用者の生活状況や行事・活動報告を行った後に、メンバー間で意見交換・質疑応答を行い、得られた助言等をサービスの改善に活かしている。運営推進会議議事録は全家族に送付し、内容周知を図っている。	
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	2ヶ月に一度の運営推進会議に市町村担当者、地域区長、民生委員、利用者家族に出席してもらい、連携を図っている。また、スタッフの何人かは地元の認知症サポーターとなっている。	町担当者とはメールを中心に情報交換を行っている。ホーム運営上の疑問点・困難事例等が生じた場合は町担当課に随時相談し、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	身体拘束適正化委員会を設け、月に一度、身体拘束に該当する場面がないか確認している。また、玄関は施錠しない、スピーチロックをしないなど身体拘束への理解を共有し実践している。	身体拘束廃止の指針を整備し、身体拘束適正化委員会(月1回、全職員参加型)を実施している。又、年2回の施設内研修や外部研修(県主催:身体拘束廃止推進員養成研修)への参加を通じ、身体拘束(スピーチロック含む)をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	管理者及び職員は虐待の防止に関する勉強会を定期的に行っており、虐待が見過ごされることがないように全職員で注意を払っている。		

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
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	成年後見制度を利用している方がいるので、社内勉強会を通して制度を学んでいる。		
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	契約時には必ず管理者が、ケアや費用等の重要事項を十分に説明し、不安や疑問等に対し、できることを説明、理解を得ている。契約解除時においても、話し合う機会を設けている。		
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	不満、苦情に対しては、管理者が窓口となり対応している。意見や要望等は全職員が話を聞くようにしており、聞いた場合はすみやかに主任、管理者に報告し、対応している。	家族には毎月のホーム新聞(写真添付)で暮らしぶりを伝えている。又、家族が来訪時に職員側から「何か要望はありませんか？」と働きかけ、家族の思いを引き出すようにしている。家族から聴いた意見・要望は、日々の支援に反映している。	
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	管理者も現場の介護業務に定期的に従事しており、職員が意見を提案しやすい環境づくりに努めている。	運営者も定期的に現場業務に従事している為、職員と普段から密にコミュニケーションを図っている。又、毎月のユニット会議で職員間で自由に意見交換し、合意形成を図る機会を設けている。運営者は職員の意見・提案を肯定的に受け止め、業務改善等に活かすようにしている。	
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	運営者は定期的に現場に入り、職員の努力を見守り、把握している。勤務状況を把握し、疲労をためないように配慮している。職員から改善の意見があれば、その都度対応している。		
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	法人内での勉強会を定期的に行っている。法人外への研修は、勤務時間内とし研修に行きやすい体制を整えている。		
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	町内の社会福祉協議会や病院が主催する研修に参加し、グループワークなどを通して他事業者と交流を図っている。		
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	計画支援専門員を中心にチーム全体でアセスメントを行い、本人が困っていること、本当に望む生活を把握することに努めている。		
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	相談に訪れた際には、本人の状況はもちろん、家族の希望・不安にも耳を傾け、ご家族が安心できるようご家族のケアにも努めている。		

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
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	可能であれば利用者にもご家族とともに入居前に見学に来てもらっている。事前に話を細かく聞き、利用者またはご家族の個々の希望を配慮している。		
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	本人の体力や気持ちに応じて、できることをしてもらっている。本人の希望に応じて家事の手伝いや庭仕事などを一緒に行っている。		
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	ご家族が可能であればできるだけ病院受診に同行してもらっている。その際、情報交換を密にして、一緒に支えていけるよう配慮している。また、面会時には、日頃の様子を伝えている。		
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	近所の方の面会を大切に、次の面会につなげるよう配慮している。その際なじみの食料品店に買い物に行ったり、周辺をドライブして、馴染みの関係が途絶えないよう努めている。	コロナ5類以降、感染症の流行期以外(4月～11月頃)はホーム内の個室で家族・親戚等と対面会ができるようになっている。感染症流行期でもホーム内の個室でオンライン面会できる体制を整えている。又、様々な感染症の状況を考慮しながら、自宅周辺へのドライブや馴染みのスーパーでの買い物、家族との受診ついでの外食も可能となっている。	
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	利用者同士の相性を把握し、個人の意見を尊重しながら利用者同士の関わりを支援している。お誕生日には必ず皆でお祝いしとても喜ばれている。		
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	長期入院により退所される場合でも、本人及びご家族が不安にならないよう、困ったことがあればいつでも相談してほしいと伝えている。		
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	本人やご家族からこれまでの生活を把握し、本人の望む生活の理解に努めている。また、日々の様子や会話から本人の意向をくみとりチームで共有している。意思疎通が困難な方には、日々の行動、表情、しぐさから、くみとるよう努めている。	本人の望む暮らし(習慣、楽しみ等)が継続できるよう、入居前に利用者・家族から生活歴等を詳しく聴いている。又、入居後は普段の何気ない会話の中で、利用者個々の意向(〇〇を食べたい、〇〇に行きたい等)を聴くようにしている。利用者の意向は職員間で情報共有し、出来る限り実現するようにしている。意思表示が難しい場合は、その時々表情・仕草から思いを推察している。	
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	入居前には担当の介護支援専門員やソーシャルワーカーから情報提供をもらっている。また、本人やご家族の話を細かく聞き、本人のこれまでの生活歴を把握できるよう努力している。		
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	記録用紙を通して本人の生活リズムを把握できるよう努めている。また、本人の言葉なども記入し、本人のやりたい事が見つかったら、できる場面を作っていくよう配慮している。		

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
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	本人の意思、家族の希望を取り入れ、日中の状況、夜間の状況を把握しながら作成している。ユ利用者の担当職員、ケアマネージャー、管理者が意見を出し合い、本人及び家族の意向に沿った介護計画となるよう作成している。	「本人のやりたい事」「生活の中の楽しみ」を重視した介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。介護担当者・ケアマネ・管理者の三者で現状に即した内容となるよう、定期的にモニタリング・計画の見直しを行っている。計画を更新・変更した場合は利用者本人に説明し、同意を得るようにしている。	より本人の思いに沿った計画となるよう、目標には本人の思いが込められた言葉をそのまま明示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	個別の介護記録には、体調の変化や印象に残る本人の発言などを記録し、ケアプラン作成時に役立てている。会議時には担当職員が評価シートやカンファレンスシートを用いて、気づき、工夫、意見交換を行い、情報を共有している。		
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	本人の要望で実家や畑を見に行ったり、できる限り要望に沿えるよう努めている。また、家族が遠方であったり、急変時で家族が対応できない場合は、職員が病院受診に同行している。		
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	本人のこれまでの生活が続けられるよう近所の方は馴染みの店などとの関係を大切にして、利用者が望む生活が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	かかりつけ医は本人と家族の希望を尊重している。受診は基本家族の付き添いだが、家族が遠方であったり、主治医に細やかな情報提供をしたい場合など必要に応じて職員が同行している。	協力病院や地域の開業医による、訪問診療中心の健康管理体制を整えている。かかりつけ医への継続受診は原則家族に依頼しているが、都度必要な支援(通院援助他)を行っている。精神科への受診は職員が付き添い、医師に近況を詳しく説明している。又、近隣の訪問看護事業所との医療連携体制も整えられている。	
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	近くの訪問看護ステーションと提携し、24時間連絡体制をとっており、いつでも相談できるようになっている。また、何かあればすぐに駆けつけてくれ、病院との連絡調整をしてもらっている。		
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。	入院に際しては、家族、医療機関、訪問看護と密に連絡を取り合っている。また、退院に際しては、医療機関と連携して情報を提供してもらい、円滑に利用者を受け入れられるよう配慮している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時にターミナルケアについて説明している。また、重度化した場合は、本人、家族、主治医と相談しながら対応している。ターミナルケアを行う場合は本人及びご家族の意思を常に尊重し、主治医、訪問看護師と連携を取りながら本人が不安にならない配慮に動いている。今年は3件のターミナルケアを行った。	「最後までここで」という利用者・家族の希望に沿えるよう、かかりつけ医・提携訪問看護事業所等のサポートを得ながら、重度化・終末期支援を実践している。利用者の状態変化に応じて都度、家族と今後の方向性(特養等への移行含む)について協議している。看取りの際はホームとして出来る事・出来ない事を予め家族に説明している。又、看取り後は職員間で話し合う場を設け、より良い看取り支援に繋げている。	

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
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	AEDを設置し使い方、応急対応等の勉強会を行っている。また、異常時の対応についてはマニュアルを整え実践している。		
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	緊急時マニュアル、緊急連絡網はいつでも見えるところに掲示しており、職員は事故時それに従い対応している。	緊急時の対応マニュアルを整備し、職員の目につく場所に掲示している。万が一の心肺停止に備え、ホーム内にAEDを備えている。利用者の体調に異変があれば、契約訪問看護事業所にいつでも相談し指示を仰げる体制を整えている。	利用者の生命にかかわる緊急事態（誤嚥・窒息等）に職員が迅速に対応できるよう、計画的・継続的なロールプレイ訓練の実施が期待される。
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	医療機関とは常に連携を図り、いつでも対応可能である。介護老人福祉施設には、移動時に利用者の状況を伝達するなどの連携を図っている。	協力病院、地域の開業医、契約訪問看護事業所等による医療支援体制を確保している。又、介護老人福祉施設とは契約で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	夜間は各ユニット1名で、常時2名確保している。緊急時には互いに協力し、緊急時マニュアルに従い対応している。緊急時には管理者、または近隣職員が応援に駆けつける体制になっている。	1ユニット1名の夜勤者を配置し、夜間帯はホーム内で計2名の複数体制となっている。平屋建ての為、普段からユニット間で相互協力しあっている。又、緊急連絡網による運営者への相談体制や近隣在住職員の応援体制を整備している。	
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	1年に2回避難訓練を行っている。また、社内勉強会にて消火設備の使い方、緊急時の対応について共有している。	災害対策マニュアルやBCP計画を策定し、年2回、火災を想定した総合避難訓練を実施している。コロナ禍以降は消防設備業者の立ち会いのもとで訓練を行い、水消火器での消火体験や通報装置の確認等も実施している。コロナ禍以前は定期的に消防職員にも参加してもらい、専門家の意見・助言を得るようにしていた。ホームは耐震構造となっている他、災害リスクの少ない場所に位置している。備蓄品（水、食料等）や防災グッズ（カセットコンロ等）をホーム内に備えている。	
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	災害時は災害対策マニュアル、緊急連絡網を活用し、避難経路は職員が周知している。飲食材や簡単な医薬品を備蓄しており、定期的に点検している。		
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	利用者の誇りを尊重し、自己決定の大切さを職員全員が理解している。また、職員間の会話も本人が傷つかないように、場面や内容を考慮して行っている。利用者との関係が深くなり、慣れてくると言葉かけが雑にならないよう定期的に言葉かけの勉強会を行っている。	利用者との関係性を深めても馴れ合いが生じないように、ホーム内で言葉遣い・言葉かけに関する研修（最低年1回）を継続的に実施している。利用者の誇りを傷つけないよう、自己決定を尊重している。又、トイレのお誘いは耳元で行う、同性介助の希望があれば快く応じる、利用者の情報交換時は距離をとって内容が聞こえないようにする等、プライバシー保護についても注意を払っている。	
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	日常生活の中で自己決定を尊重し、できるだけ本人に決めてもらっている。意思疎通が困難な方には表情、動作等から、本人の希望や関心事を推測し支援している。		
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	職員間の業務よりも利用者中心の生活を支援することが大切であるとチームで共有している。本人が嫌がる事は無理にせず、本人のペースを大切にしたい支援を心がけている。		

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
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	外出時はもちろん、日常的にそのときにあった洋服を自分で選んでもらって自己決定を尊重している。不十分なときは、さりげない声掛けを心掛けている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	買い物に出るときは、利用者さんの希望を聞いて、献立を考えている。希望者がいれば一緒に買い物に行くこともある。野菜の下準備、配膳等を手伝ってもらったり、食後の台ふき、後片付けを手伝ってもらっている。また、野菜作りもしており、自分たちで作ったものを食べる喜びを感じている。	地域のスーパーで旬の食材を購入し、季節感ある手料理を提供している。利用者と共にホームの畑で栽培・収穫した野菜も、食材として有効活用している。ユニット毎の利用者の嗜好を考慮し、2ユニット別々の献立となっている。家事が得意な方には準備・後片付けに参加してもらっている。又、季節毎の行事食(おせち料理、誕生日にはちらし寿司等)を楽しむ機会を設けている。	
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	一日のメニューを記録し、栄養のバランスがとれるよう配慮して食事作りをしている。食事量や水分摂取量を記録し、一人一人の状態を把握している。		
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	利用者全員に毎食後、口腔ケアを実施し、確認している。自分でできない方には介助を行っている。夜は義歯を預かり、消毒している。		
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	一人一人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導によりトイレでの排泄に努めている。移動が困難な方には、ポータブルトイレを使用するなどできるだけオムツを使わないよう支援を行っている。	ホームの方針として日中は「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な方には個々の排泄間隔やサイン(ソワソワと立ち上がる等)を把握し、適宜お誘いの声をかけている。利用者の心身の状況を考慮し、夜間帯は個別対応(夜のみポータブル使用、ハビリパンツ+パッド使用等)を図っている。	
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	個人記録にて排泄状況を把握している。水分補給や植物繊維、乳製品を取り入れた食事作り、散歩、体操等の運動による自然排便を促している。それでも困難なときは主治医に相談し、指示を受けている。		
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	入浴は最低週2回であるが、要望があれば好きなだけ入浴してもらう。また、本人の意向を確認し、無理強いをしないように支援している。また、柚子湯、菖蒲湯、温泉の素などを利用し入浴を楽しんでもらっている。	各ユニットで週に4日(月・火・木・金)お風呂を沸かし、利用者個々の要望(一番風呂、回数、湯加減等)に沿った入浴を支援している。入浴を楽しめるよう、温泉の素を用いたり、昔ながらの季節湯(ゆず湯、しょうぶ湯)を行っている。入浴を拒む場合は無理強いせず、別日に改めてお誘いしている。	
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	一人一人の睡眠パターンを把握し、各自にあった生活リズムを把握し安心して眠れるよう支援している。昼夜逆転の方には、日中のレクリエーション等、本人に活動的になってもらえるよう支援している。		

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
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	個人別に薬の内容一覧表を各自のファイルに表示している。利用者に状態変化が見られた場合は、薬局、主治医に相談している。また、自分で内服できる方には手渡し、内服の様子を確認する。内服できない方には、確実に内服できるよう支援している。		
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	本人、家族からの情報をもとに生活暦を把握し、負担にならない程度に役割(掃除、洗濯物たたみ、料理等)と楽しみごと(塗り絵、体操、散歩、ドライブ、園芸など)をもてるように支援している。		
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	利用者の希望を聞いて、買い物、ドライブなどその日の状態に応じて出かけている。また、隣のユニットまで散歩し、会話を楽しんでいる。普段いけない場所には、家族の協力を得ている。	利用者の希望に沿い、気軽な外出(ウッドデッキでの日向ぼっこ、広い敷地内の散歩等)を支援している。又、季節感を味わえる外出(千里浜ドライブ、桜花見、紅葉狩り等)や気分転換を兼ねた個別の外出(パン屋や馴染みのスーパーでの買い物等)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	金銭管理できない方については、家族から決められた金額を預かっており、買い物時には職員が同行している。金額にもよるが、使用時には、事前に家族に相談して、後でトラブルにならないよう支援している。		
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	本人が希望する場合や必要なときは電話をできるよう支援している。携帯電話を所持している方には、使用方法を説明するなどの支援を行っている。手紙やたよりなどは希望があれば支援している。		
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	玄関及びホールでは、季節の花を飾ったり、季節を感じられるように、正月飾り、雛人形、五月人形、クリスマスなどの飾り付けを利用者と共に行っている。また、壁面は家庭に近いようなかたちで過剰な飾り付けは行わないようにしている。	ホーム内は過度な飾りつけ等は控え、「家庭」の雰囲気大切に空間となっている。敷地内の広い和風庭園で季節の花を育てたり、畑で旬の野菜を育てている為、一歩外にでれば季節感を十分に味わえるようになっている。ウッドデッキは日向ぼっこや気候が良い時期はお茶会を楽しむ場として有効活用している。	
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	広いリビング空間の中でどこでも座れるようソファや椅子を多めに配置している。好きな時に好きな場所でゆっくり過ごせるよう配慮している。		
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	入居の際に、本人の使い慣れたもの(化粧台、タンス、机・椅子など)を持参してもらい、馴染みのものに囲まれて過ごせるよう配慮している。	居室で居心地良く過ごせるよう、入居時に使い慣れた物(テレビ、冷蔵庫、家具等)や安心出来る物(家族の写真、携帯電話等)を持ちこんでもらっている。	
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	建物はバリアフリーとなっており、安全に移動できるよう各箇所に手すりが設置されている。ダイニングテーブルやソファが複数あり、好きな時に好きな場所で過ごせるようになっている。		