

### 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	0270102163		
法人名	医療法人 白鷗会		
事業所名	まちだパークホーム		
所在地	〒038-0058 青森市大字羽白字野木和 93-1		
自己評価作成日	令和4年11月15日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	令和5年2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)】**

春には桜、秋には紅葉を散策する多くの市民が訪れる公園に隣接しており、四季の移り変わりを感じる事ができるとともに、日常的に市民と触れ合う事のできる環境に立地している。事業所の主体が医療法人であり、運営者が医師である為、医療面において医師・看護師との連携を図り、利用者様・ご家族様が不安なく生活する事ができる。また、看取りの体制を整えており、全職員が医師・看護師の指導を受け質の高いサービスを提供し、利用者様・職員の安心・安全に繋がるよう努めるとともに、職員はチームワークを大切にしながら、利用者様一人ひとりの意向を大切にされた支援を提供するよう努めている。

**【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)】**

事業所理念「自由・協力・温和」を大切にしケアの実践に取り組まれている。認知症を患っている方を特別視するのではなく、普通に交流ができる事を地域に理解して頂き、様々な場面で交流を深め、困りごとの相談にも応じ関係機関へ繋いでいる。事業所と地域は交流が盛んであり、防災面でも連携が図れている。日々の生活は利用者のペースを尊重し、その時々思いに寄り添い、ゆったりと穏やかな暮らしを支援している。代表者・管理者とは何でも話せる関係が築かれ、思い通りに外出ができない中、事業所内で楽しめる事を話し合い、心身の活性、認知機能の低下予防に取り組んでいる。終末期について看取りの実績があり、要望があれば事業所で最後を迎える事ができる体制を整えている。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55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	
56	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	63	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
57	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:18,38)	○	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	64	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	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	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りや深まりがあり、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
59	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:36,37)	○	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	66	職員は、活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
60	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:49)	○	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	67	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
61	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	68	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
62	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	地域密着型サービスの役割について職員間で話し合い法人の理念を基に事業所独自に「自由・協力・温和」という理念を掲げている。また、玄関・廊下・事務所へ掲示し年1回検討を行い、ミーティングや申し送り等で日常的に話し合いをしている。ボランティアの受け入れや地域との交流を図り、理念の実践に取組んでいる。	理念を玄関や廊下、事務所へ掲示し、日常的に振り返りながら実践に取り組んでいる。年度末には次年度に向けた検討が行われている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	理念はホーム内に見やすいよう掲示し、パンフレットにも明示している。家族へはホーム便り等を配布する事で理解して頂けるよう努めている。また、町会に加入し地域住民と交流を図る一環として、町内会のイベント・市民センターまつり・敬老会・地域ねぶた・かかしロード等へも参加している。また、事業所主催の花見会や祭りに地域の住民を招待したりし交流を図っている。	現在は自粛しているが、コロナ禍前は地域行事への参加や認知症カフェ、事業所主催の行事等を通じ交流が盛んに行われていた。現在は散歩時やゴミ拾いの際に住民の方々と挨拶を交わす程度との事だが、地域の方から事業所を気にかけてくれる声が聞かれている。	
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	事業所の行事である、お花見会・ホーム祭り等に地域の方に参加して頂き、ゲームをしたりし認知症についての理解・支援方法を伝える等、認知症についての普及活動に取り組んでいる。また、地域貢献として、キャラバンメイト活動を行う他、市の公園駐車場のゴミ拾いを毎日行っている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、利用者の状況・行事の報告・自己評価・外部評価の報告等行うほか、災害訓練に参加して頂き意見交換を行いサービスの向上に活かせるよう努めている。ご家族様へもホーム便りにて運営推進会議の案内をし、積極的に呼び掛けている。	2ヶ月に1回書面で開催し、運営状況の理解を得ている。委員の方や家族へグループホームの運営状況や暮らしぶりを報告し、書面や電話で意見を伺い、検討しながらその後の運営に反映させている。	
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	定期的に市町村担当者の所へ足を運び、生活状況の報告や、支援困難者ケースに対しアプローチの仕方を相談する等、情報共有し連携に努めサービス向上に取り組んでいる。	制度面の相談に各課窓口に出向いたり、課題を抱えた利用者の支援に協力が得られている。また、入居の相談を受ける事もある。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束に関するマニュアルを作成し年2回勉強会を行い、職員全体で共有し、日頃より尊厳を持ってケアにあたるよう努めている。利用者の言動・表情などから外出の意向を把握し、一緒に散歩に出掛けたりするなど拘束をしないケアに取り組んでいる。	マニュアルがある。3ヶ月に1回の委員会での確認の他、年2回の勉強会、虐待の芽チェックリストを実施し自己のケアの振り返りや気づきに繋げている。不適切な言葉が聞かれた場合や身体拘束に繋がる恐れについても確認や声を掛け合いながらケアに取り組んでいる。不穏や外出したい時には傾聴し落ち着くまで一緒に出かけている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	ミーティング等で虐待について学習する機会を設け、意図的な虐待のほか意識的な虐待とならないよう、日常のケア方法や言葉遣い等に十分気を付けるよう、職員間で確認し合っている。虐待発見時の対応方法や報告の流れ等についてもマニュアルを整備し、全職員が理解している。		

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
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	権利擁護及び成年後見制度に関して研修に参加するほか、職員間で共有できるよう勉強会を実施している。また、これに関する資料を事業所内に掲示する等、利用者や家族に対し情報提供をしている。		
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	入所前にホームの運営規定・重要事項説明書を家族や利用者へ説明し、疑問や意見を聞き対応し納得を得た上で契約を交わしている。また、契約改定時・退去時にも家族に説明を行い同意を得るようにしている。退去時には退去先への適切な情報提供を行うと共に、利用者・家族の不安を和らげるような支援を行っている。		
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並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	ホーム便りや手紙発行の他、面会時には日常の様子を伝え、日頃から話し易い雰囲気作りを心掛ける他、玄関に意見箱を設置し意見を取り入れるよう努めている。また、重要事項説明書に苦情担当窓口のほか、行政や国保連の連絡先を明示している。苦情処理マニュアル・受付簿を整備し、今後の運営に活かしている。	意見箱への投函はない。気軽に意見を表せるように窓越しで顔の見える面会を取り入れ、コミュニケーションを大事にしている。ホーム便りの他、利用者ごとに写真を添えた手紙も送付し様子が伝わるようにし、家族の訪問時や電話での連絡時に意見を伺っており、感謝の言葉が多く聞かれている。利用者からの要望については個別に対応している。消灯時間を延ばして欲しいとの意見があり、生活リズムを配慮しながら対応している。	
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	1カ月に1回のスタッフ会議やミーティングを通して、職員による活発的な意見交換を行っている。職員の意見や要望は、法人の理事長や事務長に報告し、職員の意欲向上と運営に繋げている。	日々のミーティングの他、事前に職員からの意見や要望を出してもらい、会議の中で検討し、試行しながら業務に反映させている。職員から直接理事長に意見や要望を伝えられる体制がある。	
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	運営者は職員の定期的な健康診断を実施し、心身の健康を保つ体制を整えている。また、就業規則があり、職員がやりがいを持てるような労働条件・職場環境を整えている。		
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	内部・外部研修の実施について運営規定に定めており、年間における研修計画を作成し実施している。新規採用職員においては、2週間の教育訓練期間を設け実施している。また、ミーティングにおいて職員間で話し合われた課題や研修の報告・効果の確認を行っている。		
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	法人内の事業所との連携を通し、サービスの向上に努めるほか、地域の同業者との連絡会に積極的に参加したり、青森市のグループホーム協会に加盟し、情報交換やネットワーク作りにも取り組んでいる。		

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
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	利用者の思い・希望・ニーズを汲み取れるよう親身に話を聞き、丁寧に向き合うよう努めている。また、事前に自宅や病院等へ訪問し、馴染みの関係を作った上で入居して頂けるよう努めている。サービス内容についても十分に話し合い、少しでも入居前の生活に近づけるよう支援している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族等の話を親身になって聞くよう努めている。また、家族の思い・希望・ニーズを汲み取ると共に、信頼して頂けるよう受容的な態度で対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談内容から何が必要なのかを見極め、対応できる事は早急に行うよう努めている。また、同事業所内のケアマネと連携を図り、情報提供する等の支援をしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は利用者に寄り添い日々の信頼関係を構築できるよう、家事の手伝い等の軽作業や散歩等を一緒に行っている。また、感謝の言葉を伝える等、共に支え合う関係を築けるよう配慮している。		
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置かず、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	毎月の手紙(写真付き)送付や面会時の近状報告等で日々の生活状況を家族に伝えと共に、家族の思いを聞き取りケアに活かしている。また、家族から自宅での生活状況等を教えて頂き、ホームでの生活状況と照らし合わせ、より良いケアへ向け努めている。		
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	利用者の馴染みの人・場所を把握した上で、馴染みの人とは今まで同様交流できるような面会の機会を設けたり、職員が付き添い等の支援をしている。馴染みの場所へは、家族等の協力のもと出掛けられるよう支援している。また、ホームの車にて、いつでも馴染みの場所や地域へ外出できるよう体制を整えている。	感染症予防対策のため、馴染みの美容室や自宅へ行き仏壇に手をあわせたり、庭の花を摘んだりしている。また、入居前に散歩していたコースを見に出かけたりしている。	
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た上で、食事の席・入浴の順番等を考慮している。また、仲良く生活して頂けるよう、職員が中を取り持ったり、洗濯たみ等の作業を通し、利用者同士の関わりを大切にしよう努めている。		

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
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	他のサービス利用に移行しても本人に会いに行ったり、家族の相談を聞いたり支援している。また、死亡退去された方に対しては、必ず弔問へ出向いている。		
<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	利用者の日常の中で聞かれた希望や意向、また、家族から生活歴等の確認をし、困難な場合はモニタリングを活用し、利用者に合わせて支援をしている。その他、センター方式を用いたアセスメントを実施し、本人本位によるケアができるよう努めている。	自分の思いを話して頂けるように関係性を大事にしている。現在入居されている方は自分の思いを伝えられる方が多いが、一人ひとりを観察して思いに耳や目を向けプランに反映させ、実現や維持が出来るように取り組まれている。	
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	様式を用い、プライバシーに配慮しながら生活歴・生活環境・サービス利用の経過を利用者・家族から聞き、詳細な情報収集を行なうよう努めている。		
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	様式を用い、生活リズムや個々の出来る事・出来ない事等を把握するよう努めている。また、日々の状態観察に努め、気づきをケースに記入し申し送りし、全職員で共有している。		
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	利用者一人ひとりのケアプランを作成するにあたり、日頃より本人・家族からの意見を聞き、職員間で話し合っている。遠方の家族には電話や書面で意見を聞く様になっている。また、職員1人に対して利用者1~2人を担当とし受け持ち、利用者の特徴や具体的な目標を設定する為モニタリングを行い、毎月見直しを行ないながら利用者の現状に合わせた介護計画を作成している。	職員の意識をより高める為に担当制を設けている。ケアプランは担当職員、計画作成担当者を中心に毎月のモニタリングと会議で情報共有し、関係者からの意見や本人、家族の意向を反映し計画の見直しや計画作成に繋げている。	
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	日々の様子等、一人ひとりの状態をケース記録に具体的に記録している。記録は個別ファイルに綴じ、個々の状態が継続的に把握できるようにしている。また、介護計画に添ったケアを行ない、その内容も記録に残している。それをもとに再アセスメントを行なう等、現状に即した新たな介護計画を作成している。		
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	運営者が医師である為、十分な医療連携を図る事ができ、ホームでの看取りを実現する事が可能となっている。同法人の看護ステーションと連携を図り、24時間の看護体制を整えている。また、利用者の希望に合わせ献立や外出先を決める等、個々のニーズに柔軟に対応している。		

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
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	利用者の意向で地域行事に参加したり、市民センター(図書館等)を利用している。利用者の安心・安全の為、定期的に消防署に避難訓練の協力をお願いしたり、警察にホーム周辺の巡回をお願いしている。		
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	本人・家族の希望により、かかりつけ医を選択できる体制をとっている。往診・通院の結果については、その都度家族に報告している。また、往診以外いつでも医師に相談でき、必要に応じて直接家族が医師と話し合う機会を作る等、情報の共有に努めている。	自由に選択して頂いている。利用者の多くは法人医療機関の往診を希望されている。往診日以外でも医師や看護師に相談できる体制がある。専門医を受診されている方については、現在、事業所で支援し、結果についてその都度報告し、必要時は医師と直接話をする機会を作っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	利用者の状況を毎朝看護師に報告し、変化時には適切な指示が受けられる体制をとっている。必要に応じ、同法人の看護師が医療処置等の為来苑する他、訪問看護ステーションと契約を結び医療連携を整え、24時間いつでも気軽に相談・指導して頂ける環境である。		
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、また、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。	他医療機関と同法人の医師・看護師・ケアマネ・職員の情報交換を密に行い、入退院に向けた支援体制を整えている。状況に応じ、家族との話し合いの場を設けている。その他、出来る限り面会に行き、不安なく過ごせるよう支援している。		
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	訪問看護ステーションと連携し、看取りの指針を設けている。入居時に重度化や終末期について本人・家族と話し合いを持ち、希望を的確にし意向に添った支援を行えるよう、関係機関と連携を取りながらケア方針を共有しチームで支援に取り組んでいる。また、重症化・終末期に関わらず状態変化に応じ、利用者・家族と医師による話し合いが行われている。	訪問看護ステーションと連携し、看取り支援に取り組んでいる。入居前に重度化や終末期の対応について本人、家族に説明し、意向の確認を行い、状況に変化があった際には再度、意向を確認し、関係者で方針を共有し支援している。感染対策を講じ、最後は家族との時間を大切にしている。	
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	緊急時対応マニュアルを整備している。また、同法人の看護師から緊急時の対応指導を受けている。定期的に職員間で応急手当や初期対応の再確認をしている。		
35	(13)	○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	災害に備えて近隣住民等に呼び掛け避難訓練に参加して頂き、実際の火災時に地域の方の協力が得られるよう、車椅子の使用方法を体験して頂いている。災害・避難訓練を年2回実施し、職員数の少ない夜間でも適切に対応出来るよう、夜間を想定した訓練も実施している。また、非常食や備品を準備し災害に備えている。	地域との協力体制を築きながら、夜間想定を含む訓練を年2回実施しており、消防署からの指導を得ながら訓練に取り組んでいる。夜間想定での訓練は、実際に近い形で夕暮れ時に行っている。広域避難場所までの移動も行っている。非常食や備品に関しては一覧にし管理し訓練時に点検し災害時に備えている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	利用者の言動否定する事なく敬う気持ちで優しい言葉掛けを大切に、一人ひとりのペースに合わせた対応を心掛けている。また、訪室時は声掛けを行い入室する等、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮している。個人情報保護についてもマニュアルを作り、書類等の保管や居室表札の名前を小さく表示する等の配慮をしている。	マニュアルの作成や年1回研修会を行っている。人格やプライバシーを損ねない事、利用者へ伝わる声掛けと丁寧なケアを意識して取り組まれている。目隠し目的で居室にのれんを使用している。	
37		○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	利用者との日々の関わりや家族面会時の会話等を通して、常に一人ひとりの好みや希望を把握するよう努めている。また、意思疎通が難しい利用者には、問いかけや表情等により希望等を把握している。得られた情報は、外出先や献立・行事の場面等に活かしている。		
38		○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	常に利用者の訴えを優先し、利用者のペースに合わせた対応を心掛け、精神的・身体的状態に合わせた生活リズム作りを行っている。外出の希望があり当該ユニットの職員が手不足になる場合は別のユニットから職員を手配し、それぞれが出来ない場合には、利用者に説明し別の日を設定し納得頂いている。		
39		○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	一人ひとりに合わせた理・美容院を利用できるよう支援している。その他、装飾品・化粧品等、好みに合わせた身だしなみが出来るよう、家族と連携しながら支援している。		
40	(15)	○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	献立は栄養士が作成しているが、利用者の希望に応じたり、一人一人の好き嫌いに合わせ、メニューの一部変更を行い対応している。誕生日には好きな物を伺い本人に合わせた外食にも対応している。職員は利用者の食べこぼし等のサポートをしたり、外食や出前の機会を設け楽しい食事が出来るよう支援している。また、職員と一緒に食事準備や後片付け等をし、よりいっそう食事を楽しんで貰えるよう支援している。	法人栄養士による献立で利用者の状態に応じた形態や嗜好の把握でメニューの一部を変更し対応している。献立を掲示する事で食事の意識作りをしている。誕生日には利用者の要望を聞き対応している。利用者は出来る範囲で皮むきや食器拭き等に参加している。	
41		○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	栄養士が、栄養バランスやカロリー等に配慮した献立を作成している。また、食事・水分摂取量については、記録し1日の摂取量を把握すると共に、毎週の体重測定等を通して、病気の予防に努めている。その他、利用者の状態に応じて、刻み食・粥食・ミキサー食・水分にトロミをつける等の配慮をしている。		
42		○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	一人で出来る利用者には見守りを行い、出来ない利用者には声掛けや誘導を行い、食後にうがいや歯磨き・義歯の手入れ等の支援している。		

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
43	(16)	○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向けた支援を行っている	排泄のチェックを行ったり仕草などを見逃さないようにする事で、個々の排泄パターンを把握し定時的にトイレ誘導している。トイレ誘導時は利用者の羞恥心・プライバシーに配慮した声掛けをしている。基本的に日中オムツの使用はしないよう支援し、また、本人の意志を尊重しトイレにて気持ちよく排泄できるよう支援している。	トイレのサインや排泄チェックによりパターンを把握し声掛けや誘導をする事で、トイレでの排泄に繋げている。変化についてはミーティング時に共有している。夜間については意向に合わせて誘導やオムツ交換で対応している。	
44		○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	一人ひとりの排泄の有無を確認し、便秘時には利用者の1日の食事・生活状況を見直し、個々に合わせた対応をしている。水分量を増やす・食物繊維を多く含む食事を提供する・腹部マッサージをする・無理のない簡単な体操をする等、支援している。		
45	(17)	○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、個々に応じた支援をしている	入浴日を週4回設定しているが出来るだけ利用者の希望に添えるよう、また、順番や温度・湯船に浸かる時間等も希望に添えるよう配慮している。入浴を嫌がられる利用者には声掛けを工夫する他、足浴やシャワー浴を促す支援をしている。その他、排泄の失敗等により汚染した場合には、その都度入浴支援をしている。	利用者の希望に沿って対応し、最低週に2回は入れるように支援している。衣類の準備から一緒にいり入浴後のケアまで1対1で利用者のペースに合わせて支援している。入浴を拒む方は現在いない。浴槽を跨ぐ事が困難になった方は、希望を伺いシャワー浴での対応となっている。	
46		○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	1人ひとりの睡眠パターンを把握し、日中の生活リズムやレクリエーション等を通して、安眠できるような生活リズム作りをしている。また、寝付けない利用者に対しては、職員が話し相手になったり、お茶やホットミルク等を提供する等支援している。		
47		○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	職員は個々の薬の目的を把握している。投薬チェック表を用いながら薬はホームで管理している。また、正しく服薬出来るよう投薬マニュアルに添い、その都度手渡しを行ったり、口の中に入れてあげ確実に服薬を確認している。薬変更時は申し送りノートを活用し、全職員が周知している。		
48		○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	職員は一人ひとりの生活歴についてアセスメント等から把握しており、個々に合わせてジャガイモの皮むきや枝豆を取ったりと家事を行っている。その他、洗濯たみ・食器拭き・プランター作り等、一緒にいながら支援している。手伝って頂いた後は必ず労いの言葉を掛け、生活に張り合いが持てるよう支援している。		
49	(18)	○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。また、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	利用者の身体状況や希望に合わせて、近隣への買い物・大型スーパーへの買い物・外出・外食に出掛け、ホームに閉じこもらないよう支援している。また、外出時には利用者の身体状況に配慮し、車椅子用の車両にて出掛ける等の支援をしている。ホーム便りや手紙(写真付き)を作成し、家族へ近状報告している。その他、お花見会や夏祭り等、家族へお知らせし一緒に楽しめるよう支援している。	福祉車両を活用し車椅子利用者も外出する事ができ、希望に沿って買い物やイベント、外食に出かける事ができる体制にある。コロナ感染予防対策の為、現在は外出支援は控えているが隣接する公園の散歩は継続し、イベント等は日時をずらし人出が少ない時間帯に出かけている。	



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
50		○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	職員は利用者が金銭管理を行うことの重要性を理解している。自己管理出来ない利用者についてはホーム金庫にて管理し、出納簿を作成している。毎日残金確認をし、定期的に(月1回)出納簿コピーに領収書を添付し家族に報告している。		
51		○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	利用者の希望に応じ、職員が代行し手紙をポストに投函したり、電話をかける等の支援をしている。電話の内容を聞かれないという利用者に対しては、居室にて子機を使用している。		
52	(19)	○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	ホールにはテーブル・椅子・ソファを用意し、好みに合わせて選択できるよう配慮している。テレビは適切な音量にし、また、自然光により明るさを保ち、日差しが強い時はロールカーテンで調整し、心地よい環境作りに努めている。窓からは四季折々の風景が望める。廊下には季節感のある掲示物を貼り、玄関には季節の花々を生け、家庭的で温かい雰囲気作りを心掛けている。	ホールは大きな窓から自然な光が入り明るく、開放感があり、四季の変化も感じ取りやすい空間となっており、利用者はゆったりとした時間を過ごしている。廊下には、利用者とともに作成した装飾で季節を感じ取れるようにしている。	
53		○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	共有空間にはテーブルや椅子・ソファ等を設置している。利用者一人でも、あるいは利用者同士で自由にくつろげる居場所を確保し、希望に応じて椅子の位置を変える等の配慮をしている。		
54	(20)	○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	使い慣れた物を持ち込んで頂けるよう、パンフレット等を通じて家族に働きかけている。ベッドは備え付けとなっているが、その他は使い慣れた家具や衣装ダンス等の生活用品のほか、家族と一緒にの写真等思い出の品を持ち込んで頂き、心地よく過ごせるよう支援している。	馴染みの物や使い慣れた物の持参を働きかけ、安心して過ごせるように居室作りをしている。趣味の物や家族の写真やテレビ、CD、冷蔵庫、位牌、ぬいぐるみ等思い出の物を持参している。	
55		○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」や「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	ホーム内はバリアフリーとなっており、廊下の左右に手摺りを整備している。洗面台も車椅子利用者の身体状況に応じ、その都度環境改善を行なうよう努めている。個々のわかる力を把握し、トイレ・居室・お風呂場の場所に、利用者目線に合わせた名札や飾り等の目印を表示し、混乱や間違いのないよう工夫している。		