

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	私たちは出合いを大切に、ありのままの認知症高齢者を受け入れ、その人らしく生活できるようお手伝いします。を理念に掲げ、見える場所に提示し、また当事業所のパンフレットにも記載している。職員一人ひとりが理念についての勉強会や日々のケアの中で、意識して実践に取り組み振り返っている。	ホーム理念と共に、法人にて4つの原則(ペースを合わせる、やさしくふれあう、同じ目線で、ダメと言わない)と認知症高齢者への具体的な対応を示した行動指針を掲げている。法人全体でのグループワークを通じて法人理念と4つの原則を改めて確認する機会があり、年間目標を掲げて理念に沿った支援に取り組んでいる。新任職員にはホーム理念・4つの原則・行動指針を特に詳細に説明している。職員は理念・4つの原則が記載されたカードを携行しており、毎月のスタッフ会議の中で必ず4つの原則に振り返り周知を図っている。職員は利用者にとってホームが一番居心地がよい生活の場となるよう支援に取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	地域のスーパーで買い物したり、利用者様通じて繋がった理美容店、薬局、病院、スーパー、飲食店など社会資源を利用し顔なじみの関係を築いている。毎月のお便りを公共機関や地域にも利用者様と配布しホーム内での暮らしや行事を知って頂き理解を深めている。また地域のイベントにも出向き開けた事業所となるよう取り組んでいる。	地域の一人として地域行事(祭礼、清掃活動、防災訓練、文化祭等)に利用者に参加している。普段から地域の社会資源(スーパー、薬局、理美容室、飲食店等)を利用して、地域住民と顔馴染みとなっている。毎月、利用者と一緒にホーム通信やチラシ(ぼろ布の寄付協力等)を公共機関と地域(以前より範囲を拡大)に配布し、ホーム内での暮らしや行事をお知らせして理解を得られるよう取り組んでいる。地域住民からの野菜・ぼろ布等の差し入れや、地域ボランティアの慰問、園児の来訪(お花祭り)等、地域と様々な交流が広がっている。	
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	毎月、お便りを加賀市の長寿課、加賀市地域包括支援センターに配布し、状況報告すると共に、運営推進会議にも市より出席して頂いて、地域で支援を必要としている方の話し合いの場など協力を得られる体制づくりがある。また市依頼の介護110番相談を受け付け、時には地域の認知症キャラバンメイト活動を行っている。		
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	事業所内での行事や外出、スタッフ研修やヒヤリハットなどの報告、またスライドショーを使い日頃の様子を伝えていく。事業所で解決できない内容について、地域の方に力を借りて協働できる機会として意見交換を行いサービス向上に活かしている。また、インターネットにて見る事も出来るようになっていく。	運営推進会議は隔月で定期開催している。会議には家族・地域住民・区長・民生委員・行政担当者・他福祉事業所職員が参加している。会議では利用者の生活状況をスライドショーを用いて分かりやすく伝えている。また日々の困難事例やヒヤリハット事例、研修、消防訓練の実施状況を報告し、参加者と意見交換している。地域情報(防災訓練、行事、課題)についての話題も上がっており、地域との協力関係作りの一助となっている。会議録は市役所や法人ホームページにて公開されている。	現状、会議への家族の参加が少ないことから、家族の参加促進の取り組みに期待する。
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取り組んでいる	毎月、お便りを加賀市の長寿課、加賀市地域包括支援センター、地域の消防署などに配布し、状況報告すると共に、運営推進会議にも市より出席して頂いており、協力を得られる体制づくりがある。	運営推進会議や行事等の機会を通じて、行政担当者との協力関係を構築している。またホーム通信を利用者と一緒に公共機関(市、地域包括支援センター、消防署、交番等)に届け、随時に情報交換することで、困難事例や事故報告への解決アドバイスを得ている。キャラバンメイト活動(中学校への講師派遣等)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
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	法人としては身体拘束は一切行わない方針としている。事業所としては、玄関は防犯上夜間以外は開放し、出入りが自由出来るようになっている。身体拘束をはじめ権利擁護などの内部・外部研修に参加し利用者様の弊害の理解を学んでいる。言葉での拘束も注意し抑圧したり否定する言葉がないよう職員同士注意・反省し、確認できるように努力している。	法人全体として身体拘束廃止の方針を徹底しており、毎年の法人内研修・外部研修やミーティングを通じて、全職員に周知徹底している。何気ない言葉が行動制限につながらないように、法人の4つの原則をふまえ、法人内のサービス向上委員会にて目標を立て、職員同士で言葉遣いを注意し合っている。利用者に待ってもらう場合は、利用者が納得できるように説明している。夜間以外は玄関を施錠せずに、自由に出入りしてもらっている。	
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	事業所として、虐待防止マニュアルをもとに研修会や勉強会に参加し、具体的な虐待を理解し、知識を増やす事に努めている。言葉や何気ない仕草も虐待に繋がる事もあるため、職員間でも注意し合える関係作りを目指している。また日常の関わりの中で当施設の関わり方の4つの原則(利用者のペースに合わせる。やさしく触れ合う。同じ目の高さで接する。ダメと言わない。)を勉強会を通じて職員間で振り返り利用者様の生活、安全と安心を共有し合える努力をしている。		
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	定期的な学習会を行い、個々の知識向上・意識付けに努めている。又、制度活用のある利用者様に対しては活用出来るよう支援している。また関係者との連携も密にし今後の生活面や経済面でも互いに情報の共有を図っている。		
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	契約時には一つ一つ丁寧に書類と照らし合わせながら説明し、不安や疑問がないことを確認した上で行っている。		
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	苦情受け付けの他に面会時や電話等で普段から連絡を取り、日頃の様子を伝え、要望や意見がないか何でも言える関係を作るよう努めている。また年1回満足度アンケートを無記名で家族調査し、意見や要望を確認する機会を作っている。要望や意見はスタッフ間で話し合い、利用者様に反映している。ご家族に報告と同時に事業所内でも公表、閲覧できるようにしている。	毎月、家族向けにホーム通信(職員のメッセージ付)を送付して利用者の近況を伝え、家族が面会・電話時に意見が言いやすい関係作りに取り組んでいる。家族との面会や電話時に近況を詳細に伝える際は、安心感のある伝え方に配慮している。また年1回家族向けに無記名の満足度アンケート調査を実施し、普段は言えない意見・要望を表せる機会を作っている。意見・要望はスタッフ会議で検討して、運営に反映させている。アンケート調査結果・検討事項は、家族へのフィードバックとともに、ホーム	
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	普段の会話の中や月1回のスタッフ会議、年に2回以上面接の場を設け思いや意見を確認し、職員一人ひとりの考えやアイデアを目標と評価しながら質の向上につながるよう努めている。	サービスの質の向上に繋がるよう、毎日の申し送りや普段の業務の中での会話、毎月のスタッフ会議にて職員の意見・提案を聞く機会を設けている。職員一人ひとりの性格や普段との様子の違いもふまえ、管理者より声かけし、意見等を引き出している。年2回、個人面談を実施しており、職員個々がやりたい事・身につけたい事(目標設定)が実現できるように必要に応じてバックアップしてい	
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	人事考課を年2回各職員に行ったうえ、日頃の仕事に対する姿勢など部長・管理者より確認、把握し今後に向けての目標を掲げ向上心を持って働けるよう努めている。また、管理者に対して職員が何でも言い合える環境、関係作りを努めている。		
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	個々のスタッフの必要性を見極め研修に参加している。県・市・全国グループホーム協会の開催する研修をはじめ、グループ内研修や地域密着型事業所の勉強会も計画的に行われている。参加後は研修報告書を提出し会議などで内容をスタッフ間で共有する機会を作っている。		

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
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	法人グループ同士のグループホームや他介護事業所との合同勉強会を実施している。また認知症キャラバンメイト等で他介護事業所と意見交換の場を持ってネットワーク作りと互いの事業所の質の向上を大事にしている。		
<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	ご本人の思いや要望を理解し、アセスメントツールであるセンター方式やライフサポートプランの作成を通して、ご本人の気持ちに寄り添い安心していただけるような信頼関係を職員全体が築けるよう努めている。		
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	サービス利用前より、今までの暮らしの様子や不安、生活に対する意向などを伺い、少しでも不安なく入居していただけるよう配慮している。ご家族との関係作りのため、電話連絡や面会時を通して会話する機会を増やし、思いや要望を伺えるように努めている。		
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	ご本人やご家族の思いや意向を確認し、ニーズ把握に努め、ご本人がその時必要とされている支援内容を見極めている。また他のサービスについては地域の社会資源や他介護保険サービス(福祉用具等)を職員全員が知識と共有を持つように努めている。		
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	ご本人の以前の暮らし方や得意な事、やりたい事を把握し、日常生活の場面でも本人の能力を生かせるよう支援している。コミュニケーションを多く持てるように努め、ご本人の意思を尊重し、共に支え合う関係作りを行っている。		
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	ご家族も一緒に支援するチームの一員であり、情報を共有し、意向や思いを確認している。ご家族の出来る事と、継続していただきたいことを依頼しながら、なじみの関係、絆の継続に努めている。遠方のご家族は蜜に電話連絡を行っている。毎月お便りを作成し家族様に郵送している		
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	知人・友人等が面会に来た際はゆっくりと自室などで過していただいたり、馴染みの自宅や家族宅に伺い関係性が途切れないようにサポートしている。また利用者様の希望に応じてこれまで築いてきた美容室や商店などへの外出サポートしている。	利用者・家族とのアセスメントだけでなく、友人・知人から来訪面会の際に情報収集(利用者の趣味・嗜好・馴染みの関係等)している。また利用者との日頃の会話から、馴染みの人間関係・場所に関する情報を引き出し、全職員で共有している。馴染みの場所(行きつけの美容室、お店、喫茶店、知人宅等)に外出することで、これまでの交友関係や地域住民との交流を支援している。近所のドラッグストアへの1人での買い物外出や教務所へのお参り等、これまでの生活習慣の継続にも取り組んでいる。元職場の同僚や自宅近所の友人、馴染みの住職の来訪受け入れし、関係継続を支援している	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	馴染みの関係性を把握し、利用者様同士の関係性によっては職員が関わりを通じて間に入る配慮をしたりと孤立せず、集団生活が楽しめる生活となるような機会や場所作りに努めている。		

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
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	入院などで契約が終了した場合もお見舞いに出かけたり、自宅に帰られた場合でも連絡を取り合い、これまでの関係性の継続を図る。その中で状況を把握しながら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。	ご本人やご家族からの希望や意向を確認する機会を設けたり、日々の何気ない会話や表情など利用者様の思いをくみとって記録に残し、スタッフ全体で共有を図っている。また、そこからプランにも掲げケアに生かせるよう努めている。	利用者の日々の生活を十分に理解し、出来る事や出来ない事を整理している。職員は様々な場面での利用者との会話や関わりの中で、その「思い」「希望」を引き出せるよう取り組んでいる。利用者の「〇〇したい」等の発言を日々記録し、その「思い」が検討できるよう記録方法を工夫して情報共有している。表現が困難な利用者については、生活歴から好きな事を想定して試み、その反応(表情、様子等)から「思い」「希望」を把握できるよう取り組んでいる。毎日の申し送りの中で、利用者一人ひとりが何を望んでいるかを職員間で検討・共有して、介護計画の只々の実施に反映している。	
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。	ご本人やご家族、外出や面会時の友人また、ご本人に関わりのあるケアマネジャーや相談員などに情報収集しながら、センター方式のアセスメントシートを使用し把握に努める。		
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。	心身状態の把握が特に必要な方に対しては、独自のシートで1日の状況の把握に努めたり、定期的にプランを見直すにあたってご本人の現状を振り返り、センター方式アセスメントシートも見直している。内容から作られたプランはサービス担当者会議にて職員で検討されている。		
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。	ご本人をはじめご家族にはプランを説明し、意見や意向を確認しながらプランに活かしている。状態が変化した場合など必要に応じてプラン見直し作成しており、ご本人がより良く暮らせるよう努めている。	ライフサポートの視点を重視した本人らしい介護計画を作成している。介護計画は実現可能な利用者の「思い」「希望」を叶えるための具体的な支援内容となっている。介護計画の立案にあたっては、利用者・家族に説明し意見・意向を確認して介護計画に反映させている。日々の申し送りにて随時話し合い、毎月のスタッフ会議にてモニタリングを行っている。利用者の現状に沿うよう随時評価して見直しを検討している。	
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。	ご本人の毎日の話される言葉で、介護者の気づきなどを記入し、職員間で情報を共有し、日々の実践や介護計画の見直しに反映している。		
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。	グループ内の事業所をはじめ、地域の店などへの協力を依頼しながら、柔軟な支援が行われるよう取り組んでいる。		

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
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。	地域支援マップを作成しチームで把握し豊かな生活の維持に役立てている。ご本人の要望に応じてデイサービスの体操やレクリエーションに参加したり、また地域へはスーパーや美・美容院などを利用する事でいこいの家を始め利用者と馴染みの関係が築けるよう取り組んでいる。		
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。	各利用者が、かかりつけ医を持っている。定期薬の処方以外に体調変化が見られる時は、ご本人や家族に了承を得て受診している。また主治医との連携を図りながら、必要な時には他の病院の紹介を得ている。急変時は地域の開業医の往診も利用している。	利用者・家族の希望に沿い、従来からのかかりつけ医への受診継続を支援している。かかりつけ医への受診は、家族の付き添いを基本としており、事前に職員から医師へ口頭・書面にて状況を伝えており、適切な医療が受けられるよう支援している。身寄りのない利用者や急変時は職員が必要な支援(送迎、付き添い、往診依頼等)を行っている。かかりつけ医・家族との受診結果の共有も図られている。	
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。	日々の生活のなかで感じた気付きや変化を直ぐに職員間で話し合い、必要に応じてデイサービス看護師や訪問看護師に相談し、適切なアドバイスを得ている。受診の必要が見られる場合は、直ぐに受診の手配を行っている。		
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。	入院時、サマリーの提出や面会に伺い、看護師と情報の交換をしている。ご本人やご家族の希望を伺いながら、早期の退院実現のため病院の医療連携室と密に連絡を行い、状況把握に努めている。		
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。	重度化した場合、必要に応じて受診時家族に付き添って頂き医師からの説明と一緒に聞くようにしている。ご本人やご家族の意向を確認し事業所で出来る支援を伝えながら一緒に方針を考えるようにしている。また、カンファレンスを行い、医師や訪問看護師、ご家族、事業所が共にチームで支援に取り組めるようにしている。	利用開始時に利用者・家族に重度化・終末期についてのホームの方針を説明している。ホームとしては、最後まで利用者・家族の要望に沿えるよう、法人全体やホーム独自の勉強会で知識・技術を積み重ねながら、重度化・終末期支援を実践している。最近では事例はないが、往診医師・訪問看護・看護職員等と連携して、チームで終末期を支援する体制を構築している。終末期の際は利用者・家族・職員の精神的ケアも重視しており、最後まで利用者にとって安心な環境が整備されている。また病院への入院・他施設への入所の際は、利用者・家族に負担の少ないスムーズな移行を支援している。	
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。	定期的なマニュアルの見直し、学習会、勉強会を通して、消防署から救命救急、心肺蘇生の方法やAEDの使用法を学んでいる。また、消防立ち合いの避難訓練を年2回行っている。その他に毎月地震、火災その他の災害に対応した訓練を実施している。		
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。	マニュアル作成をしている、定期的なマニュアルの見直しや緊急時の緊急連絡網をもとに招集訓練も行っており、訪問看護師、協力病院など緊急時の協力体制も整っている。法人の研修会を通し、職員の初期応急手当の知識の向上にも努めている。毎年、行方不明想定での捜索訓練、通報訓練も行っている。	緊急時における各対応マニュアルや救急搬送の連絡体制が整備されており、毎年度末には事例に照らし合わせてマニュアルの見直しを検討している。法人内や消防にて救急対応研修(AED使用方法、心肺蘇生、窒息時対応等)に参加して、職員のスキルアップを図っている。行方不明発生時の対策として、交番・消防を中心とした見守りネットワークとの協力体制や、リスクマネジメント委員会を中心とした捜索・通報訓練を実施している。感染症発生時の処置方法の研修も実施している。日勤帯は同一建物内のデイサービス看護職員による応援体制も	

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
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	母体の施設及び関連事業所からは行方不明時などの応援体制が確保されている。緊急時の往診及び受診の体制も、協力医療機関から得ることができる。またおたよりや回覧板を通し、地域を取り込んだバックアップ体制も構築している。	同一法人内の協力医療機関や地域の開業医(24時間相談対応可能)による医療支援体制が確保されている。また、同一法人内の介護老人保健施設によるバックアップ体制も確保されている。同一法人内であるため日頃より相談・研修・各種行事があり、職員同士の協力関係が構築されている。	
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	2ユニットであるため、夜勤スタッフが2名おり、協力し合うことができる。また、緊急時には職員の連絡体制が整っており、ホーム近くに住む職員の協力を得ることができる。オンコール対応により看護師の指示も仰ぐことができる。	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。また緊急連絡網による近隣在住の職員(法人全体)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	消防立ち会いの下、定期的(年2回)に避難訓練を行っており、誘導方法や消火器の使い方などの指導も受けている。施設独自の避難訓練も月1回行っており、火災のみならず地震や竜巻など他の災害時の訓練も実施している。緊急時の連絡先として、区長や地域の方の協力も得ている。また、地域住民の方も参加しての訓練も実施している。	年2回、消防立ち会いのもと火災発生時(夜間想定)の総合避難訓練を実施している。訓練には地域住民も参加している。訓練では、各自の役割や避難場所や通報内容(出火場所、避難場所等)を職員に周知している。また法人内の防災委員会との連携して災害対策を強化しており、毎月ホーム独自の避難訓練・ミニ勉強会(地震や竜巻災害等)を実施している。地域とは大規模災害発生時の協力関係を構築している。	
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	県の災害マニュアルを参考に当GHの、マニュアルの作成ができている。消防署への自動通報、職員への自動緊急連絡体制も整備され、専門業者による火災設備の点検も定期的に行われ避難通路も確保されている。また非常災害用備蓄品として、多数の食料水等をリスト化して毎月その数量、期限を管理している。	火災・地震・風水災・豪雪等の災害対応マニュアル・連絡体制を整備し、随時実情に合わせて見直している。連絡網が有効に機能するか、定期的に抜き打ちの訓練を実施している。スプリンクラーや自動通報装置は定期点検されている。3日分の備蓄品(食料、飲料水、カセットコンロ、ラジオ等)をリスト化して準備・保管しており、賞味期限や故障の有無等を毎月点検している。災害時に慌てないように、防災の日には実際にカセットコンロを使用して、非常食(レトルトカレー等)を食している。緊急時の福祉避難所としての役割も担っている。	
<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	優しい表情や声を基本に、丁寧な言葉でご本人の意思を尊重して話す事に努めている。ご本人が周囲に聞かれたくないことは、小声で話すなどの配慮にも努めている。また日々の目標として「ゆとり」~ゆっくりと共に支えて理解する~を掲げ、スタッフ会議やカンファレンスの場を通し、目標、理念の共有を図る機会を持つようになっている。	ホーム理念と法人の4つの原則・行動指針をもとに、利用者一人ひとりを尊重した応接対応に取り組んでいる。また日々の目標として『「ゆとり」~ゆっくりと共に支えて理解する~』を掲げており、スタッフ会議等で目標の共有を図っている。利用者の呼称(原則名字)や入浴介助時の同性介助の希望、排泄に関する声かけ誘導・介助時の工夫、職員間の申し送りや情報交換時の場所や声の大きさ等、利用者の尊厳とプライバシー保護に配慮している。	
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	うまく言葉に表せない方には言わんとしている事をこちら側が察知し耳を傾けようとする。またご本人からの要望は丁寧に聞き、お聞きした職員は申し送りを適時行い、他職員とも情報を共有し、ご本人の満足ができるよう働きかけを行っている。		
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し、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	利用者様の意見を取り入れながら、ご本人のペース、体調に合わせて生活して頂いている。ご本人がご自分の役割だと思っていること(食器拭き・洗濯物干しやたたみなど)はご本人が出来るよう支援している。希望があれば、入浴、買い物、外食、銀行でのお金の出し入れや自宅へ出かけること、受診などその方に合わせ、早急に対応できるようにしている。		

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		○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	着替え時など、洋服はどれがよいか一緒に選んで頂いたりしている。髪をといたり、洗顔などの整容は起床時だけでなく必要時行っている。お一人お一人の希望に応じて理容店や美容院にも行って頂いており、定期的にいきつけの美容院に行くのを楽しみにされる方もいる。			
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	ご本人の食べたい物をお聞きしたり、好まれる献立を考えている。食事準備や調理はその方の出来る事を一緒に手伝って頂き、仲の良い方とのテーブル配置にも配慮し、楽しい食事が出来るような場作りを行っている。また季節を感じるよもぎ団子やぼたもち、おはぎ、柿の葉寿司作りなどを、利用者の方と準備し会食や季節行事などを楽しむ機会を設けている。	献立は毎日利用者と冷蔵庫にある食材やおすそ分け食材をもとに相談しながら決めている。利用者個々の得意な事・出来る事・やりたい事を活かし、買い物から食事の準備、後片付けを職員と一緒にしている。食事場所は居間や大広間等で思い思いの場所を選択することができる。また食事が楽しい時間となるよう仲の良い方とのテーブル配置にも配慮している。季節ごとの行事食(おせち料理、柿の葉寿司等)や、手作りおやつ(よもぎ団子、ぼたもち、おはぎ等)を楽しむ機会を設けている。また誕生日時の外食や家族・友人・職員との外食も支援している。		
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	お一人お一人の状態や嗜好に配慮し、それに合わせて刻み食、ミキサー食、お粥、栄養補助食品を提供している。水分が摂りにくい方については、トロミ剤を使用したり、寒天に代えて提供している。また利用者の方がいつでも飲みたい時に水分が摂れるよう、ポットを置くなどの配慮も行っている。			
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	手洗いやうがいなどの声かけや口腔清拭の介助を実施している。その方により、口腔ガーゼや口腔ブラシ(ハミングッド)や歯ブラシを使用しており、可能な方はうがいも行っている。義歯使用の利用者様は就寝時義歯洗浄剤を使用し、口腔内の衛生に努めている。			
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	お一人お一人のパターンやタイミング等などの様子を見ながらトイレの声かけをしている。車椅子の方でも出来る限りトイレでの排泄を支援している。また、夜間ポータブルトイレ設置し排泄もして頂いている。オムツ使用の有無に関しては、スタッフ会議で充分話し合い、ご本人やご家族に相談し支援を行っている。	「トイレで排泄」できるよう、必要に応じて排泄チェック表を活用して個々の排泄パターン(間隔、サイン等)を把握し、声かけ誘導支援している。スタッフ会議にて、より良い排泄支援方法の検討を重ねており、オムツ等の用品使用に関しては利用者・家族と相談し、利用者が安楽に排泄できるよう支援している。夜間においては、睡眠状況や身体状況・体調面を考慮しつつ、用品の使用方法的工夫やポータブルトイレの使用等を利用者と相談しながら支援している。		
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	排便のチェックをし必要時は主治医や訪問看護師に相談している。便通剤以外でも食材やメニュー、水分、寒天をその方の状態や嗜好に合わせてながら提供している。また買い物、外食などの外出の機会もつくり運動して頂けるような環境作りに努めている。必要時看護師に聴診器で腸の音を確認してもらっている。			
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ず、個々にそった支援をしている	一階の大浴場と二、三階のユニットバスで入浴する事が出来る。利用者様の希望を伺うと大浴場の入浴を好まれる方が多い。大浴場はデイサービスとの兼ね合いもあるがなるべく本人が入りたい時間に添えるよう支援しており、仲の良い利用者様同士で入浴を楽しんで頂けるよう配慮している。	建物1階の天然温泉大浴場は毎日入浴可能であり、平日午後・土日終日の中で利用者の希望に応じて入浴を支援している。また建物2階・3階の各ユニットに個浴が設けられており、利用者の希望に応じた入浴(寝る前に入りたい、シャワー浴等)にも対応している。大浴場は家族や友人との入浴も可能であり、また建物1階に併設のデイサービス利用者や他の福祉事業所との交流の場ともなっている。希望により山代・山中温泉の総湯・足湯を楽しむ外出も支援している。		

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
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	ご本人のペースで生活出来るよう配慮し、休みたい時には休んで頂いている。介助を要する方は本人の様子を見て声かけ横になって頂くようにしている。夜間の電気の明るさもご本人に確認しながら調整している。眠れない状態が続いた時は話を傾聴し安心出来るよう声かけを行っている。又、日中の活動性をアップし、家事手伝い、他者との交流、外出を支援して安眠につなげるようにしている。		
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	お薬説明書はファイルに綴りいつでも見ることが出来るように内容を把握している。内服の変更等は申し送りノートに記入、共有している。又、内服変更時は状態の変化がないか十分に観察し状態の変化が有る場合はすみやかに主治医や訪問看護師に相談、対応している。新たに、降圧剤処方された時は医師の指示通りに計測、記録をして受診時に提出している。		
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	ご本人への思いの確認や日々見られる表情の変化からセンター方式でのきめ細やかなアセスメントを行いその中から一人一人の望みややりたいことなどを把握している。外出、例えば馴染みの美容院、商店への買い物、家事、これまでの生活歴を大切に、個々に応じた支援をしている。		
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	外出や買い物、ドライブなどご本人の希望を聞き、家族や職員間で相談し、希望に添えるようにしている。例えば馴染みの美容院、自宅などの個別の外出支援も行っている。また、デイサービスの体操に参加したり、地域行事などにも積極的に参加し地域との交流も図っている。季節を感じられるようお花見(桜、コスモス)やお祭り(菖蒲、十万石、こいこい)・紅葉狩りなどにも出かけている。	利用者個々の希望に応じて、散歩・買い物・ドライブ・畑作業等の日常的な外出を支援している。馴染みの関係をつなぐ個別外出(行きつけの喫茶店・理美容室・知人宅・自宅等)も積極的に支援している。季節感を味わう外出(花見・紅葉狩り等)や地域のイベント、観劇を楽しむ外出も計画的に支援している。利用者の外出希望はできるだけ当日中に応えられるよう、職員間で協力し合いながら取り組んでいる。地域(お店や病院のスタッフ等)の協力も得て、利用者一人でも買い物やお見舞いに行くことができるよう支援している。	
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	ご本人やご家族の希望に応じてご自身で管理して頂いている方もいる。事務所で管理している利用者様は、必要に応じてご本人がすぐ使えるようにしている。買い物支払い時は一人ひとり必要に応じて支援している。また、残高の管理については職員が複数で定期的にチェックしている。		
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	利用者様の生活スペースの中に電話が置いてあり自由に電話が掛けられるようにしており、要望の際は通信の支援をしている。また、希望があれば手紙に関しても要望に応じて一緒に返事などを書いたりしている。		
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	家庭的な雰囲気になるように季節を感じ取れる置物や花を飾るなど工夫している。温度・湿度は毎日測定し、時期に応じて加湿器やヒーターを配置し、居心地良く過ごすための配慮を行っている。また、歌の好きな方などには、音楽を流すなど配慮し、他の方の騒音にならないように努めている。	共用空間2ヶ所はそれぞれ違った雰囲気(大広間:皆で賑やかに/茶の間:ゆったり静かに)となっており、利用者がその日・その時の気分に応じて使い分けしている。利用者が快適に心地よく過ごせるように、温度・湿度・換気の管理を徹底している。また家庭的な雰囲気となるよう、季節に応じた置物(お正月飾り等)や季節の花・観葉植物を利用者の年代に相応しい雰囲気です飾っている。建物内はスロープや手すり、マットの設置、階段・上り框が見えやすいような工夫等で、事故防止・安全面に配慮して	



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
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	個々の方の希望をその都度お聞きしながら、気の合う利用者様同士の間を提供したりお一人お一人の好まれるような場所を把握し安心して頂けるような雰囲気作りをしている。		
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	個室は和室であるが車椅子を使用されている方にはフロアマットを敷き対応している。ご本人さんが今まで使用してきた家具・装飾品・生活用品などを置き、その人らしい環境作りを行っている。必要な方には利用者様とご家族の了承のもと入り口に「のれん」を設置して、個室ドアを開放するなど快適に過ごせるよう居心地の良い場所の提供に努めている。	各居室(和室)には、洗面台や縁側が設置されている。利用者が居心地よく過ごせるよう、自宅で使用していた物(テレビ、冷蔵庫、掃除機、物干し等)や、安心できる物(家族アルバム等)を自由に持ち込んでもらっている。限られた環境ではあるが、できる限りくつろいで過ごせるように、周囲との関係も含め工夫して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	広間やトイレの案内、各居室の表札などは利用者様が見やすく分かりやすいよう目の高さに合わせて設置してある。そこからその方の有する能力を発揮していけるようにしている。例えば、居室の段差は利用者様の方の生活リハビリとしてあえて残し、ご本人の身体機能を活かしている。		