令和　8　年度

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	1790600413		
法人名	医療法人萌和会		
事業所名	グループホームつなぐる山中		
所在地	石川県加賀市山中温泉長谷田町リ386番地		
自己評価作成日	令和8年7月23日	評価結果市町村受理日	令和8年9月2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	株式会社emu
所在地	石川県金沢市窪7丁目364　伏見台ガーデンコート西尾ビル506
訪問調査日	令和8年8月7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）】

【ハード面】
建物の設計について、共用フロアに全居室が面しており集いやすい設計になっている。また、入居者の呼びかけにも迅速に対応できる。そのような設計のおかげで入居者が居室の戸を開けると馴染の顔が見れる安心感や困ったときに、すぐに手を差し伸べてもらえる安心感が得られている。スタッフも入居者の行動観察がしやすく適切なケアに繋げられている。
【ソフト面】
・記録システムを導入し重複記録の改善により記録業務量の軽減が図れている。
・同法人クリニックによる毎週水曜日の訪問診療と24時間医師との連絡体制により、入居者一人一人の健康管理や緊急時における早期治療が実現できている。

【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）】

グループホームは地域密着型であるため、近隣の小学校や公民館等と交流を行っている。例年、神輿の休憩所になっており、利用者も楽しみにされている。また施設の祭りも行う計画を進めており、新たにチラシを貼らしていただくところをリストアップしたり、地域の方との交流のための企画を立案し、スタッフ全員が様々な形で地域交流できるように検討されている。小学校でのキャラバンメイトで講師を行った後には、子供たちからも会う度に「先生！」と声をかけられるようになり、地域交流が活発になってきている。運営推進会議などでは地域の方から除雪時の駐車場の協力やアドバイスなど頂けるようになった。防災については、地域で避難所開設の講習があり、参加してみたが、実際に利用者がその避難所で生活することは難しいと判断することになり、できるだけ施設内で避難できるように3日分の食料や備蓄を蓄えられている。今年は利用者の生活は安定しており、緊急的な事案は発生しておらず、穏やかに過ごされている。

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	
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
		○	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
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
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
66	利用者は、その時々の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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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拡がったり深まり、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
70	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
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
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

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	・当法人では、入職初日の職員研修で理念や運営方針について教育・指導していく。 ・職員は毎月実施のグループ全体研修(ZOOM、書面にて実施)において、基本理念、基本方針を唱和し、日常の振り返りの機会としている。 ・事業所管理者は年1回スタッフと面接し、基本理念の理解状況を確認していく。 ・職員研修におけるOJTや職員の行動規範は基本理念を基に実施していく。 ・職員が利用者の支援に迷った際は、基本理念や運営方針に立ち返ることを旨としていく。	・基本理念「人をささえ、人をつくり、人をむすぶ」は入社時の職員研修で周知されている。又、毎月実施のグループ全体研修にも唱和されており、参加できなかったメンバーも動画で見れる環境が整えられている。 ・スタッフとの個別面談時にも理解状況を確認し、理解できていなければその際に周知されている。 ・基本方針に「家庭や地域との関係を大切にし、地域に根ざした法人・事業所を目指します。」があり、「地域の根ざせるようにお祭りなど地域交流を計画されている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	・近隣の小・中学校との交流を行っていく。 ・地域の避難防災訓練に参加していく。 ・清掃活動やお祭り、体育祭等各種町内行事に参加していく。 ・畑を通じて入居者や職員が近隣の方々と交流を図り顔なじみの関係を作りGH理解を求める。	・近隣の小学校や中学校とは交流をとられており、計画しているお祭りのポスターなども掲示を依頼する予定。公民館や地域の関係各所にも依頼し、準備の段階から地域交流を図る計画をしている。 ・畑を地域の方からお借りしており、畑をしながら地域の方との交流を深めている。今後は保育園とも交流を深めていく事を期待する。	グループホームは地域密着型であり、スタッフ全員がそれを理解し行動することが必要である。グループホームで初めて働く方にも理解していただき、お祭りの機会を通じて、地域との交流を一人ひとりが、係っていくことを期待する。
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	・キャラバンメイトによる認知症サポーター養成講座を各地区で開催していく。 ・河南小学校4年生、山中小学校、中学校対象に認知症の理解	・キャラバンメイトで小学校などに訪問した後、小学生から会うたびに声をかけてくれるようになり、なじみの関係が構築されている。小学校などでは学年でカリキュラムが組まれており、認知症の理解を依頼されるようになり地域貢献されている。	
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	・夜間火災発生時の備えや対応について意見があり、加賀市消防本部予防課にアドバイスを受け、夜間火災発生時のフローチャートを策定する。 ・冬季の除雪や駐車スペースの確保について提案いただき、協力を得る。	・運営推進会議に加賀市消防本部予防課から夜間の火災時に避難する際にどのくらいの時間で、どのように行うべきかアドバイスを頂き、訓練の際に活用されている。又、冬の積雪の際、駐車エリアをご提案いただくなど地域から協力が得られている。又、ケアマネ会より除雪隊がいるとの情報等を頂いている。	

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
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	・人員配置や加算算定要件、事業所運営等で不明な事象が生じた場合、曖昧に処理せず、加賀市介護福祉課へ相談・確認を実施していく。 ・加賀市介護福祉課や高齢者こころまちセンターの担当職員と定期的に会議を開催し、事業活動や利用者状況等の報告を行い、必要な意見やアドバイスを受けていく。 ・積極的に加賀市主催の研修等に参加していく。 ・困難事例や虐待事例について高齢者こころまちセンターと連携を図りながら対応していく。	介護保険法改正時など、不明な点があれば、加賀市介護福祉課に随時確認を行っている。又、現在は満床のため、空き状況などに関しても定期的な会議などで状況報告など行っている。加賀市主催の研修等も積極的に参加されており、事業所の課題に対して、どの研修を受講するか検討されている。今後、困難事例の検討会や虐待事例等に関しても高齢者こころまちセンターと連携を図りながら、困難事例にも地域と連携して対応していく予定である。	
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	・利用者の人権を尊重し、その人らしい暮らしの実現に向け、利用者の行動を制限するような身体拘束については、事業所開設当初から絶無である。 ・「身体拘束は身体機能や心理状態を悪化させ、高齢者のQOLを根本から損ねる恐れがある」ことを、職員会議やグループ内勉強会、外部研修により全職員に理解徹底を図っている。 ・グループにおいて身体拘束適正化委員会を3ヶ月に一度実施し、その結果をグループ内勉強会で代表者、全職員へ周知している。 《主な周知内容》 ① 身体拘束の具体的行為（施錠・行動制限等） ② 身体拘束がもたらす弊害 ③ 身体拘束廃止のとらえ方 ④ 基本的ケアのありかた ⑤ 緊急止むを得ない場合の3要件 ⑥ 職員のことば遣い、関わりの振り返り等	身体拘束についてはグループ内勉強会や外部研修に参加し理解を深めている。人権の尊重や身体拘束をするとどうなるのかなど、行ってはいけない理由を明確にし周知されている。しかし、《主な周知内容》⑥職員のことば遣い、関わりの振り返り等では、スピーチロックに関しては、業務の中で、ことば遣いにおいて理由を伝えていないことが見受けられる。それがスピーチロックに繋がることを周知徹底することを期待する。	ことば遣いについては、利用者本人だけでなく、誰もが不快にならないないように気を付けることが必要である。また「座って」などは理由を添えることでスピーチロックにならない事を理解していただき、実践できることを期待する。
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注意を払い、防止に努めている	・全職員は虐待防止について研修、職員会議、グループ内勉強会や外部研修により理解徹底を図り、実践していく。 ・自己の行ったケアや声掛けが虐待に当たらないかの確認を日々のミーティングで行っていく。 ・管理者は職員に対し、利用者や家族の言動の変化等は全て報告させていく。 ・虐待の疑いや虐待発生時は即時管理者が高齢者こころまちセンターにもれなく報告していく。		

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	・グループ内勉強会や事業所勉強会の他、高齢者こころまちセンター、司法書士会や社会福祉士会等が主催する外部研修に参加していく。 ・全職員は、利用者の認知症が進行し、意思の伝達等が困難な場合でも、人としての尊厳を保ち、家庭や地域の中でのその人らしい自立した生活ができるような支援に努めていく。 ・管理者は利用者の状況や変化を把握し、日々の関わりの中で成年後見制度利用について本人や家族と話し合いを行っていく。 ・高齢者こころまちセンターや社会福祉協議会などの関係機関との連携を密にし、成年後見制度の活用につなげていく。		
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	・事業所利用希望者に説明しなければならない重要な事項（事業所の運営理念や概要、提供されるサービスの内容、契約上の注意など）が記載された「重要事項説明書」は、理解しやすい記述となっているか検証し、修正していく。 ・説明に際し、利用する事業所のサービス内容を、本人や家族がどこまで理解しているかを確認しながら、パンフレットや料金表を用い、基本的な説明から順に話を進めていく。 ・「重要事項説明書」に沿い、事業所の概要、職員の配置状況、利用料金、苦情の受付、非常時・火災時の対応等、サービス選択に必要な事項を専門用語は用いず、わかりやすい言葉で説明し、その時々に利用者や家族が不安や疑問を気軽に伝えられるよう一つひとつ確認を行い、手続きを進めていく。		

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
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	・受容・傾聴・共感の姿勢を大切にし、利用者や家族が意見や要望をいつでも言えるよう、事業所と利用者、家族の双方向に風通しの良い関係構築に努めていく。 ・利用者や家族に運営推進会議への出席を依頼し、事業運営についての意見やアドバイスを得ていく。 ・利用者や家族から不満・苦情が寄せられた場合は、その真意を正確に把握し、その日のミーティングで原因・問題点・改善点の洗い出しと改善策の検討を行っていく。 ・検討した内容は記録及び回覧し、全職員で情報を共有できるようにしていく。 ・申出のあった利用者や家族に必ず改善状況を説明、報告していく。 ・利用者や家族からの意見等がサービス改善にどのように反映されたかを運営推進会議に報告していく。	利用者とは入浴中などマンツーマンになるときに要望などをお聞きしている。こちらから聞くよりも利用者から話しかけてくることが多い。モニタリング時も確認を行っている。 利用者の家族とは来所される際に、近況の情報を報告しながら、要望などお聞きしている。転倒が多い利用者の家族からは「もっと頻繁に会いに来ても良いか」という質問があったり、「寝れないことで迷惑をかけていないか」などのスタッフや他の利用者を心配される質問などがある。家族が来所されたときの連絡事項に関してはタブレットの連絡事項に申し送りとして記載されており、全スタッフに共有されている。来所や通院で家族が来られることは多いが、来所されない方に関しては、お便りを検討されている。家族からの不満や苦情に関してはことば遣いもあり、スピーチロックと同様、誰もが不快でない会話を心掛けることを期待する。	
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	・代表者はグループ内の部長会議や運営会議で運営に関する意見や提案を聴いていく。 ・管理者は職員会議や日々のミーティング等で職員から運営に関する意見を聴く。 ・事業所内の会議内容は管理者から代表者に報告するとともに、当グループの部長会議で報告し、情報や課題をグループ全体で共有し、運営の改善を図っていく。 ・管理者は職員が共通の目標に向かって個々の能力を最大限に引き出せるよう、個別に意見や不満を聴いていく。 ・管理者は困りごとや課題を明らかにする事で自己覚知を促し、職員のストレスマネジメントやバーンアウトの対応を行う等の必要な支援を行っていく。（年1回ストレスチェック実施。必要時、産業医による面談） ・事業所開所前においては、他事業所での見学・現場実習を通じ、サービスや運営等について具体的に考え・意見する機会を設け、職員間での運営方針等の共有や意見の反映を図っていく。	異動しグループホームに配属された方は「認知症の理解」や「グループホーム」の仕事について、今までの施設と勝手が違い、理解していただけるように研修や説明を行っている。看取りについても希望される方も居るため、今までの働き方や考え方と違う部分も多く、実践しながら理解していただいている。相談などは個別に対応しており、主に仕事上の件で、内容としてはケアの方法などが比較的多い。聞いてあげることでスッキリする場合やアドバイスを求められる時などはその方に適したアドバイスを心掛けている。職員は年に一度ストレスチェックも行っており、必要がありば産業医による面談も行えるように環境を整えている。	

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
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	・管理者は代表者やグループ内各部署との連絡・連携を密にし、人員配置基準を遵守し、質の高いサービスの提供を確保する為の適切な人員配置及び勤務体制に努めていく。 ・1か月単位の勤務表を作成し、早番・日勤・遅番・夜勤に職員間の偏りが生じないようローテーションの配慮していく。 ・管理者は、勤務表の作成に当たり、利用者の生活状況や職員の経験・スキル等を勘案し、質の高いサービス提供確保のため、職員の組み合わせや勤務時間について配慮していく。 ・欠員等により適切な勤務体制の確保が困難な場合、サービス低下を回避する為、遅滞なく他事業所からの応援、出向及び異動又は新規採用により適切な就業環境の確保に努めていく。 ・代表者、管理者は年1回実施の職員の悩みやストレス状態の確認の他、いつでも気軽に相談できる体制を整え、職員のメンタルヘルスの維持・向上を図っていく。個々の意欲を喚起し、人材の育成及び組織の活性化に努めていく。		
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	・利用者本位の個別ケアの提供や専門的知識・技術と高い倫理性の習得のため、事業所内研修、法人内研修、法人関連施設の研修、外部研修への参加を年間計画に基づいて実施していく。 ・職員の能力に応じた個別教育メニューによるOJTを実施していく。 ・質の高い個別ケア実現に向けた個人目標の設定と個々の到達目標に応じた能力開発メニューを策定していく。 ・管理職は人員不足を理由に外部研修等の受講機会の逸失がないよう、他事業所からの応援等適切な勤務体制の保持に努めていく。		
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	・地域密着型サービス連絡会に参加し、業務の悩みや初任者研修、中堅職員研修、ケース検討会の運営について意見を交換し、業務改善のヒントとしていく。 ・他事業所との運営推進会議参加により、他事業所の長所を見習い、サービスの向上を図っていく。 ・他事業所行事等への参加により交流を図っていく。 ・市の中堅職員研修を受講し研修を通じてネットワークづくりを行う。		

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
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	・利用者の生活歴や生活習慣、対人関係等の把握に努め、利用者の困っていることや不安なことを以下に配慮しお聴きしていく。 ・利用者との接触の機会を多くもつ。 ・利用者のありのままの思いを話せるよう場所や環境に配慮した雰囲気づくりを行っていく。 ・職員個々の価値観を押し付けず、利用者の価値観を受けとめ尊重していく。 ・利用者の困っていることや不安が解決できるよう、利用者と共に考え提案していく。		
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	・家族の生活歴や生活習慣、対人関係等の把握に努め、家族の困っていることや不安なことを以下に配慮しお聴きしていく。 ・家族のありのままの思いを話せるよう場所や環境に配慮した雰囲気づくりを行う。 ・職員個々の価値観を押し付けず、家族の価値観を受けとめ尊重する。 ・家族の困っていることや不安が解決できるよう、利用者と共に考え提案していく。		
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	・利用者の状態及び家族の介護ニーズを把握し、優先すべき支援を本人や家族と相互に確認していく。 ・利用者や家族に優先すべき支援の内容を理解・納得いただくよう、事業所の機能や役割をパンフレット等により分かり易く説明していく。 ・利用者及び家族の介護ニーズに応じ、当法人内の他施設や他機関等との協働や橋渡しを適切に実施していく。		
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	・「介護する」「介護される」関係ではなく、日常生活を共にすることで、職員が一方的に、支える・教えるという立場に立つのではなく、支える・支えられる、教える・教えられるといった「お互いさま」「お世話さま」の関係を大切にしていく。 ・利用者の「できること」を把握し、その維持・継続に努めていく。 ・利用者の「したいこと」を把握し支援することで、楽しみや生きがいのある生活作りに努めていく。		

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
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	・介護サービス提供により、利用者と家族との関係が遮断されないよう、家族の心配や不安を常に受けとめ、家族の望む暮らしの実現に向け支援を行っていく。 ・家族は介護を続ける中で精神的・身体的な介護負担を抱えており、職員は家族を共に利用者を支える仲間との認識を持ち、必要に応じ相応の支援を行っていく。 ・家族に利用者との絆を深めるため、事業所行事等への参加による利用者との触れ合いの機会を増やす取り組みを行っていく。		
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	・今まで慣れ親しみ営んできた暮らし（知人・友人・地域との関係）の把握に努め、その関係の維持・継続や再構築を図るため、以下の取り組みを行っていく。 ①ケアマネジメントのアセスメントや利用者との関わりから馴染みの暮らしを把握する。 ②入居後も知人や友人等の交流の機会を設ける。 ③入居後も商店や理美容室等行きつけの場所に出かける。 ・事業所の機能や役割を知っていただき、地域の誰もが自由に行き来できる事業所づくりに努める。	利用者の馴染みの関係は入所時や会話の中でも把握に努めており、友人宅やお墓参りなど、家族と共に行かれる方が多い。近くであれば、商店などに買い物に行く場合もある。入所されてからは、利用者同士で新たな馴染みの関係を構築される方も多く、和気あいあいと会話が弾んだりしている。新たな馴染みの関係を構築できない方には孤立している時など職員が関わるようにしたり、ライバル心がある方などはその方の良さを伝えるなど工夫されている。	
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	・利用者の生活歴や持っている力を把握し、役割を担える場を見出し、毎日の暮らしの場面でこれまでに培ってきた力を発揮できるように支援していく。 ・利用者同士が時には衝突があっても、徐々に仲間としての交流が深まるような支援を行っていく。 ・衝突があった際、その経緯・内容を十分に把握した上で、職員主導の解決ではなく利用者間での解決に導くように努めていく。 ・どちらかの負担になりすぎない利用者同士で助け合う関係作りに努めていく。		
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	・サービスの終了や他のサービスへの移行後も、本人、家族や担当のケアマネージャーとの相談が可能となる関係の維持に努めていく。 ・サービス利用終了後も地域交流のお食事会等の行事参加の働きかけや事業所広報誌の配布等接点の維持・継続に努めていく。		

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
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	・利用者がその人らしくなじみの暮らしを活き活きと続けることができるよう、「認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式」や「ひもときシート」を活用していく。 ・センター方式を活用することにより利用者の思いと職員の思いのすれ違いを学ぶ。	暮らしの希望なども入浴や個別介助の際に話が出ることが多く、意向に対して取り組まれている。本人の意向の把握が困難な場合は「ひもときシート」を活用しているが、一人ではできない職員はリーダーと一緒に行い検討されている。	
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	・本人や家族からこれまでの暮らしの情報取得が困難な場合、本人や家族の許可を得て、友人、知人、親戚や近所の人等からの情報収集に努めていく。 ・利用者の過去のサービス履歴について、担当のケアマネージャーに確認していく。		
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	・利用者の暮らしの現状を把握する。 ・日々の利用者、家族が発する言動を本人の立場に立って理解し、現状の把握に努めていく。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・アセスメントや介護計画の作成は、本人・家族・スタッフが協働し行っていく。 ・本人や家族からこれまでの暮らしの情報の取得が困難な場合、本人や家族の許可を得た上で、知人や親類、近所の人等から情報を収集していく。 ・介護計画の見直しを定期的に行い、利用者の状態や環境の変化に応じ、随時介護計画の見直し、変更を行っていく。 ・見直し、変更時は、本人、家族の意向や思いが反映されるようサービス担当者会議等を開催していく。 ・利用者、家族、介護者、地域、事業所が各々の果たす役割を明確にし、利用者が望む生活の実現に向けた介護計画を作成していく。介護だけを課題にするのではなく生活を把握する支援を心がけていく。	入所時にはアセスメントをしっかり行い、利用者、家族の思いを反映されている。又、誕生月にもアセスメントは実施されている。 利用者に対して担当制を行っており、担当者が月に1度、モニタリングを実施している。利用者の状態やモニタリングによって抽出された課題は、他の職員や計画担当者からも意見を聞き、協働で介護計画を見直しされている。見直し時には本人や家族の意向や思いが反映されるように担当者会議を実施されている。 重度化や看取りが必要になった場合などはかかりつけ医師や看護師など多職種連携で検討され計画を変更し、対応されている。	

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 次のステップに向けて期待したい内容
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	・日々の利用者や家族の言動やミーティングで明らかになった内容を利用者毎個別に記録していく。 ・ミーティングにおいて職員個々の情報の報告、協議、検討及びその内容精査を行い、ケア・介護計画の見直し、ケアの統一に活かしていく。		
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、その時々に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	・本人の状況に応じ、サービスの提供時間や方法について柔軟な取り組みを行っていく。 【主な対応例】 ・心身不調時の夜間等、重点的に訪問し支援する。 ・利用者の希望による買い物、外出支援 ・これまでの生活ぶりを把握し、本人らしい暮らしの維持・継続を支援していく。 ・排泄パターンを把握し個別ケアに支援していく。		
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	・本人や家族がこれまでの生活で培った資源や、支援してくれる地域の方、地域のボランティア、馴染みのお店などを確認する。 途切れそうな資源をつなぎ直したり、新たな資源とつないだりし、地域での生活を継続できるように支援していく。 ・事業所のみで支援するのではなく、把握した資源を活用し、馴染みの関係を絶たずに本人の望む暮らしを支援していく		
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	・初回面談の段階で受診の状況、今後の希望等を把握し、かかりつけ医の継続的な受診を支援していく。 ・必要に応じ、かかりつけ医へサービス担当者会議への出席を依頼していく。 ・利用者の日々の健康管理、健康状態の把握に努め、主治医へ情報提供することで、介護・医療の緊密な連携を図っていく。 ・受診が困難な利用者には、医療機関への送迎、同行やかかりつけ医への往診依頼を行っていく。 ・必要に応じ、主治医の指示のもと協力医療機関との連携を図っていく。	かかりつけ医は、週に一度訪問されている。3ヶ月に一度は採血し検査も実施されている。整形外科や泌尿器科等の受診は家族がされており、歯科については職員の看護師が付き添う場合もある。夜間は夜勤者が対応しているが、夜間での緊急搬送や病状の悪化などは今年は発生していない。 家族と共に受診された場合は薬の受け渡しや検査があった場合はコピーをさせていただき情報を共有されている。検査を長い間行っていない場合は、血液の検査の実施を促している。	

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
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	・利用者の様態やバイタルサインの変化、家族からの情報を遅滞なく事業所の看護職や訪問看護師に報告していく。 ・主治医に利用者の状況を報告し、対応の指示を得、状況に応じ受診や往診の調整していく。 ・看護職は看護の職務に特化することなく、介護職の役割を担うことで介護・看護の連携の円滑化を図っていく。		
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、ADLや自宅・事業所での様子、入院に至った経緯を記載した経過報告書を遅滞なく医療連携室へ提出していく。 ・利用者への面会や看護師や相談員からの治療状況や退院時期等の情報を収集し、退院時の円滑な連携を図っていく。 ・退院の際はカンファレンスに参加し、利用者の在宅生活支援のための情報交換を行っていく。 ・医療機関に定期的に訪問し、利用者の近況等の報告を行い、病院関係者との関係づくりに努めていく。		
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	・「軽体操」「レクリエーション」等運動機能を維持、強化による介護予防活動を通じ、重度化予防に努めていく。 ・看取りケアマニュアルを作成し、年に1回、職員を新規採用した時はその都度事業所内研修を行い、看取りケアについての理解を深めていく。 ・重度化した場合、できるだけ早期に本人、家族等に今後の対応について話し合いを行っていく。 ・終末期のあり方や事業所対応について、かかりつけ医や主治医、地域の医療機関及び当法人医療機関、事業所看護職員、ケア関係者と連絡を取り合い協議、検討していく。 ・本人の状態が変化するその時々に、本人、家族の意向を確認し、対応方針を共有しながら本人が望む暮らしの継続を支援していく。 ・利用者が事業所での終末期ケアを希望された場合は、利用者や家族の意向を十分確認し、かかりつけ医や主治医と相談の上、事業所での支援が可能か検討していく。	入居の際にいつまで看てもらえるのか。という質問に対して看取りまで行えることを伝えている。 実際に重度化してきた場合は、できるだけ早く、本人や家族に医師から状況を説明していただき、今後の対応について話し合いを行っている。 今年度も看取りを希望される方がおり、重度化された際に、今後の対応を話し合いケアプランを看取りに変更し、多職種連携で終末期を迎えられていた。本人の状態が変化するごとに本人、家族の意向を確認し、対応を共有しながら支援をされていた。 職員に関しては入社時や異動時に「看取りケアマニュアル」を活用し看取りケアについて理解を深めていただいている。	

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	・利用者の身体状態の急変や事故発生時には、あわてずに適切な行動がとれるよう、加賀市消防本部による救命救急、応急手当の訓練を全職員が受講し、実践の場で活かせるようにしていく。 ・誤嚥・誤飲時の対応方法（タッピングや吸引ノズルの使用方法等）を事業所の看護師から毎年講習を受けていく。 ・利用者の容態急変時の応急手当等初期対応の訓練を毎年実施していく。 ・AEDを設置し、使用方法について加賀市消防本部予防課から指導を受けていく。		
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	・当法人では緊急時発生の場合に備え、事故発生時の対応マニュアルを策定している。 ・管理職は事故発生時に適切かつ迅速に対応できるよう、職員に対し、職員会議や日々のミーティングで指導していく。 ・利用者名前、連絡先、主治医等を記載した緊急連絡ファイル又は、掲示。 ・行方不明者等の対応においては、家族や地域及び警察、加賀市介護サービス事業者協議会の捜索ネットワークに報告し連携を図っていく。 ・離設等のおそれがある利用者には、本人、家族の同意を得て、顔写真や本人情報を記載したファイルを整備し、緊急時に備えていく。	今年度は救急車による緊急搬送などは発生していない。通院時の緊急入院や、行方不明などの緊急事態も発生しておらず、安定した生活を送られている。 緊急時発生に備え、事故発生時の対応マニュアルを策定し、周知されている。又、利用者の必要な緊急連絡先なども整備されている。 離設の場合もマニュアルがあるため、それに従い対応できるよう周知されている。	
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	・当グループ内の医療機関や他事業所とは、休日・夜間を問わず緊急な応援連絡態勢をとっていく。 ・当法人内の他事業所やグループ内の事業所との合同研修会や困難事例の検討等により相談体制を確保していく。 ・利用者の介護ニーズの変化を把握し、必要に応じ当グループ内事業所や他事業者への紹介が常に可能な態勢を行っていく。	バックアップ機関としてはグループ内の事業所と連携はとれており、近くの特別養護老人ホームとは空き状況など連絡を取り合い、重度化し移動希望がある方の順番の状況など把握されている。 近所で色々情報交換や地域交流していた施設が老朽化により事業廃止をされるため、今後、新たな交流先を検討される予定。	
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	・夜勤職員以外に夜間の自宅待機職員を毎日配置していく。 ・夜勤の適切な人員確保を行っていく。 ・事業所近く在住の職員を輪番制で緊急連絡先とする。状況によっては事業所に駆けつける。	夜勤はユニットに一人配置されている。また、緊急時の対応のために応援の待機者を勤務表で定めており、緊急対応がなくても待機手当を支払っている。何かあれば、管理者に連絡をすることになっているが今年度はその緊急連絡もなく夜間も安定している。	

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
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	・当法人では災害に備えるため、地域の特性にあわせた防災マニュアルを事業所毎に作成していく。 ・地震や水害などの大規模災害の発生が起こった際に適切な対応を行い、その後も利用者に必要なサービスを継続的に提供できるための「業務継続計画」を作成していく。 ・管理者は職員に対し、防災意識の形骸化や風化防止の為、災害発生時の対応について継続的に職員会議等で周知していく。 ・災害発生時の連絡体制として「緊急連絡網」、「緊急連絡先一覧」を整備し、加賀市各担当課、加賀市消防本部、大聖寺警察署、地元町内会等への通報、支援要請を行うこととしていく。 ・火災発生を想定した「通報」、「初期消火」、「非難誘導」の総合訓練を加賀市消防本部又は消防設備予防担当の立会いのもと年2回実施し、評価、指導を受けていく。 ・避難訓練等の実施の他、日頃から地域の一次避難場所や防災マニュアルに沿った避難経路を利用者と実際に確認していく。 ・運営推進会議で協力を依頼し、地域の協力を得た防災訓練の実施や地域の防災訓練に参加し、協力体制の構築を図っていく。 ・地域との協力体制として福祉避難所として登録していく。	業務継続計画については今年度は現状に基づき改定をされている。 訓練は定期的に開催されており、消防本部などに立ち会いしていただき、適宜アドバイスを受けている。 避難所開設の講習に参加し、実際に開設した避難所を見た際に、ここでは利用者は避難できないと実感され、できるだけ施設内で待機できるように備品や物資を準備されている。それでも緊急避難が必要な場合に備えて、グループ施設に何人づつ避難が可能かを確認し、事前に第二避難所を確保することと、避難時に必要な情報を利用者とともに避難所に移動できるよう体制を整えることを期待する。	グループホームという性質から校下内の避難所への避難が難しいため、グループ内の施設に避難する場合、受入が何人可能であるかを事前に確認し、受入時の利用者のADLなどの情報を共有できる方法を考慮し、体制を整える事を期待する。
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	・地震や水害などの大規模災害の発生が起こった際に適切な対応を行い、その後も利用者に必要なサービスを継続的に提供できるための「業務継続計画」を基に対応する。 ・利用者が市や町が指定する避難所を明確に認識できるよう避難誘導訓練を定期的に行っていく。 ・事業所では防災マニュアルに基づき、登録者全員の最低3日間分の非常食等の備蓄及びその期限管理を行っていく。 ・地域見守りネットワークと連携した安否確認体制を確保していく。 ・緊急連絡訓練を予告なしで毎年実施していく。	事業所で避難する場合に必要な備蓄は食料で3日分は確保されている。備蓄は準備出来たので、賞味期限などの管理がこれからは必要である。その他に感染症や介護に必要な備品に関しても適宜把握し、緊急時に必要な数を確保できるよう、数量管理を行う必要がある。 地域の防災訓練や避難所開設の研修などにも積極的に参加され、災害時に対応できるよう体制を構築されている。	

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
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	・利用者の人権の尊重、プライバシー保護の重要性の認識をグループ内研修や事業所内勉強会で徹底していく。 ・グループ内研修等では、ケーススタディを中心に具体例をあげ、日常の取り組みの振り返りを行っていく。 ・画一的な対応ではなく、一人ひとり、利用者に応じた言葉かけや対応を行っていく。	利用者の人権やプライバシー保護についてはグループ内研修で周知されている。それがケアの実践の場で活かされるように、言葉遣いや配慮が必要なところはその都度アドバイスを行い、その場にいない方にはケーススタディとして振り返りを実施されている。理解しただけではなく、実践できるようになるまで伝え、教育されている。	
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	・利用者の生活に対する思いや望みを受け止める為、利用者の生活歴や生活習慣、対人関係等の把握や利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを図り、思いや希望を表出しやすい雰囲気作りを行っていく。 ・思いや希望の表出が難しい方には、本人の言動や家族・知人から聞いた情報から「～したい」をいくつも推測し、その一つひとつを日々の関わりやミーティングにて検証し、利用者の「～したい」を見出していく。 ・利用者にいくつかの選択肢を分かり易く説明し、自己決定しやすいように支援していく。		
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	・よりよく暮らせるための手がかりを以下のように見出し、その人らしい暮らしの支援に生かしていく。 ・管理者は、日々のその人らしい暮らしとその実現に向けた柔軟な対応の重要性について事業所内に浸透させる為、職員会議や日々のミーティングで繰り返し周知、指導を行っていく。		
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	・介護状態にかかわらず、おしゃれや本人の好みに合ったその人らしい身だしなみを支援していく。 ・着たい衣服を利用者が自ら選ぶ支援をしていく。 ・身だしなみが生きがいや楽しみとなるよう、通いなれた衣料店や理美容室等の利用継続を支援していく。		

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
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	・食事が楽しみといつまでも利用者が実感できるよう、長年馴染んだ食事の習慣や好みを把握し、献立に活かし食べる楽しみを支援していく。 ・利用者が「できること」や「したいこと」を分担、共同して調理することで、食事を作る楽しみを実感してもらっていく。 ・利用者に音と匂い等五感を意識させることで食欲を増進させ、食事の楽しみにつながるよう努めていく。 ・好みの食事の場所で気の合う人と食事をともにし、食事と会話を楽しめるような環境づくりを行っていく。 ・日常生活の中での食事の支援の他、祝い膳、外食、出前など非日常性が楽しめる機会を確保していく。 ・食器や箸を工夫して食事の自立支援を行い、自分で好きなものが食べられる喜びを実感してもらう。	利用者の要望で多いのは食事の事が多く、特に外食を希望されており、近くの回転ずしやファミリーレストラン、道の駅などに毎月行かれている。テイクアウトなども活用し、オードブルを選んだり、定食屋さんのメニューを見て選んだりしながら楽しまれている。 準備、食材カット、片付け、洗い物、食器拭きなど利用者のできることは一緒に行っている。 買い出しなども利用者と行っている。 移動販売車が施設に来るため、それも楽しみにしており、菓子パン、総菜、フルーツなど購入されている。食に関しては楽しみが多いので、食器や箸なども工夫し、自立支援を行われている。	
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	・利用者の食習慣の把握や体重管理等により、食事の摂取量や栄養バランスに配慮していく。 ・当グループの管理栄養士のアドバイスによる栄養バランスの取れた食事を提供していく。 ・個々の利用者で献立中に嫌いな物がある場合、別の献立を用意していく。 ・利用者のアレルギーによる飲食不可の食品一覧を、献立、調理、配膳の際に確認し、アレルギー食品が提供されることがないよう徹底していく。 ・食事制限のある利用者には、医療機関の指示に基づき対応していく。 ・水分摂取の意思表示が困難な利用者や水分補給の自覚がない利用者には、職員が定期的に摂取を促していく。 ・嚥下機能の低下がみられても、口から摂取できる工夫をしていく。ゼリー飲料やとろみ剤の使用等、主治医等にも相談しながら進めていく。		

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
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	・利用者に誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの有効性を説明し、毎食後の口腔ケアの重要性の認識と実践を徹底していく。 ・毎食後のうがい、歯磨きやの支援や歯磨きが困難な利用者、磨き残しがある利用者への介助を行っていく。 ・利用者の口腔状態に応じたブラシ等のケア用品を紹介していく。 ・必要に応じ、当グループ内の歯科医院や馴染みの歯科医院へ受診同行していく。		
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	・ひとりひとりの排泄パターン(尿意、便意のサイン、排泄感覚、排泄記録)を把握し、トイレでの排泄ができるよう支援していく。 ・利用者一人ひとりの状態に応じて排泄の自立を目指し、利用者が自らトイレで排泄ができるようにトイレの位置・様式・手すりなどを工夫し支援していく。 ・入浴時でも尿意・便意を感じた時はすぐに対応できるように、脱衣場の横にトイレを設置していく。 ・常時オムツ使用の利用者でも、尿意や便意の訴えがあれば、トイレでの排泄を促していく。 ・失敗したときでも、他の利用者に気づかれないように手早く対応するなど、利用者のプライドを傷つけないよう配慮していく。 ・紙オムツ、紙パンツ、パットなど排泄用品が必要な方には利用者に応じた用品の紹介や装着方法のアドバイスを行っていく。 ・常時オムツ交換介助が必要な利用者にも、腰を浮かせる動作や側臥位になる動作等を促し、排泄の自立に向けた支援を行っていく。	排泄については排泄パターンを把握し、自立で排泄できるように支援されている。一人ひとりの状態に合わせて自らトイレで排泄できるように様式や手すりなど工夫されている。 夜間はオムツ交換される方もいたり、起こして排泄に行かれる方、ご自身で排泄に行かれる方がいるが、一人ひとりの状態に合わせ支援されている。 又、排泄のプライバシーを配慮する介助であることから、失敗した場合なども十分配慮し支援するよう周知されている。 排泄用品は物価高の影響もあり、家族と相談をしながら、用品の紹介をしたり、装着の工夫をされている。	
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	・下剤や浣腸等にむやみに頼ることなく、利用者の暮らしの中で、食事の内容や摂取量、水分の摂取状況や排泄習慣を把握し、自然排便につながるように個別に対応していく。 ・排便状況や排便の間隔を利用者、職員が情報共有していく。 ・個々に応じた適度な運動により便秘の改善を図っていく。		

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
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	・利用者一人ひとりの今までの生活習慣、希望を大切にし、羞恥心や心身の負担等に配慮しながら、入浴が楽しめるように支援していく。 ・足の不自由な方でも安心して入浴ができるようリフト浴を設置していく。 ・基本的には、一人ずつゆっくり入ってもらえるよう支援していく。 ・利用者の希望があれば、家で使っていた馴染みの石鹸やシャンプー、タオルを使用していく。 ・体温測定や心疾患のある人には入浴前の血圧測定を行い体調の確認をしていく。 ・入浴が困難な時は清拭等で清潔を保っていく。	入浴については個浴のため一人ずつゆっくり入ってもらっている。マンツーマンのケアは利用者とのコミュニーションも弾み、いろいろな情報を得る機会となっている。 しょうぶ湯の日はしょうぶを切って束ねるところから、準備が始まり、その後入浴されることを楽しみにされている。ゆず湯も同様に楽しみにされている。 いつも夕方に銭湯に行かれていた方などは午前中の入浴はいつもの習慣ではなく嫌がるため、午後からご自身のペースで入れるよう配慮されている。	
50		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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			
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	・家族やかかりつけ医との連絡を密にとりながら、主に看護師による服薬の支援を行うとともに、薬の安全な保管、誤薬防止を徹底していく。 ・利用者の薬剤情報を把握し、その情報を職員間で共有し、服薬の目的や用法や用量、副作用等の理解を徹底していく。 ・利用者本人による服薬管理が困難な場合は、家族の協力を得ながら薬剤の管理を事業所、薬剤師による療養管理指導を受けながら管理していく。 ・看護師が疾患の状態を日々観察し、家族や医療機関との連携を図っていく。		

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
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	・毎日の暮らしの場面で、利用者一人ひとりについてこれまで培ってきた力の発揮や担える役割とともに発揮できる場所を見出し、参加できるように配慮していく。 ・利用者同士あるいは地域の人とのかかわりを持ち、仲間としての交流が深まるような支援に努めていく。 ・利用者の「出来ること」、「したいこと」に注目し、楽しい気持ちや生きがいを引き出すように働きかけていく。 ・利用者の持っている力を活かしながら、これまでの習慣や「～したい」を実現できるように支援していく。 ・どちらかの負担になりすぎない程度で利用者同士が助け合う「お互いさま」の関わりを大切にしていく。 【主な取り組み】 ・洗濯物干し・洗濯物たたみ、食事の準備、草むしり等の共同作 業 ・花、野菜づくり、料理、カラオケ等趣味、特技の披露・指導 ・利用者の作品展 ・近所への外出		
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	・馴染みの人や地域とのかかわりを大切にし、その関係が途絶えることのないよう、利用者の日常的な外出（近隣の商店への買い物や郵便局、美容院、飲食店等への外出等）を支援していく。入居後も住み慣れた地域との関わりが持てるよう支援する。 ・趣味や習い事の継続を支援していく。 ・近隣の人や商店などから見守りの協力が得られるよう、地域行事への参加等を通じ、地域との信頼関係の構築に努めていく。 ・春には花見、秋には近隣保育園や小学校の運動会等季節を味わい年中行事が楽しめるよう外出の支援をしていく。 ・これまで参加してきた地域の行事や催し物（地元の神社の祭り、町内防災訓練、サロン、交通安全教室、町内一斉清掃等）への参加が今後も継続できるように支援していく。	地域からお借りしている畑などもあり、畑に水をやりに行ったり、収穫されたりして楽しまれている。 近隣への買い物や郵便局などの外出もされており、趣味のゴルフの練習場などにも行かれている。 ドライブなども好評で花見や紅葉の時期などには車で出かけられている。 小学校の運動会の時期などは小学校から情報を頂き、練習から見に行くなど天候などをみて地域へ外出されている。 これまで参加されてきた地域の行事についても継続的に参加できるよう支援されている。	

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
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	・金銭管理は財布の保持を含め、利用者、家族とよく話し合い、利用者本人の状態に応じた対応をしていく。 ・外出行事などお出かけの際、支払いやお釣りの計算、小銭の使用等利用者の金銭管理能力を把握し、一人で対応が困難な場合、必要な支援していく。		
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	・利用者自身で電話（携帯電話含む）をすることが困難な場合には、電話番号の短縮登録や明瞭で簡潔な操作方法を明示していく。 ・電話の操作ができない場合には、操作介助を行っていく。 ・手紙や年賀状等の作成介助では、利用者の希望に沿うよう必要に応じ代筆を行っていく。		
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	・食事や会話、休息などの多様な行為が可能となるよう十分な広さとバリエーションの確保に努めていく。 ・「ソファーでゆったり腰かける」、「横になる」、「横になってお昼寝する」等クッションや座布団、枕なども使いながら、自宅と同じ姿勢が取れる場所を用意していく。 ・収納ロッカーやクローゼットの設置等個別の収納スペースの確保により利用者の安心に配慮していく。 ・共有空間は常に清潔が保てるよう、職員と利用者が共同して清掃し、清潔の保持に努めていく。 ・室温や湿度がいつでも把握できるよう計測器を各共用スペースや個室に設置し、空調管理していく。 ・季節に応じた生花や作品を掲示し、季節感が得られるように工夫していく。	元保育士の方が積極的に季節の飾りつけなど提案してくれるので、季節を感じられるような製作ができるよう支援されている。 自宅と同様に過ごせるよう、ソファーやクッション、座布団など横になったりできるよう工夫されている。 エアコンなどで寒い場合はひざ掛けなどで個別に温度調整をされている。 散歩などで頂いたり、摘んだ花は、居室に飾られて季節感を得られるようにしている。 また、清潔が保てるように、利用者と職員が一緒に清掃されている。	

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
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	・居間や畳コーナー、和室、休憩コーナー等を利用して、一人であるいは気の合った人とリラックスして好きな場所で過ごせるような環境を整えていく。 ・セミパブリックスペースなどでトランプ、囲碁、将棋、ゲーム等の趣味を気兼ねなく楽しめる空間を用意していく。 ・認知症等で不安が高まり他の利用者と馴染めない時や仲間の輪に入りにくい時の居場所として、他の利用者から距離を保つスペースを確保していく。		
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	・利用者がどのような生活を望み、どのような気持でいるかを丁寧にアセスメントし、安心して過ごせるように自宅や事業所の環境づくりを利用者や家族と共に話し合っていく。 ・利用者の自宅での環境を把握し、使い慣れた物や好みの物を可能な範囲で持ってきてもらい、自宅に近い環境になる工夫をしていく。 ・ベッドやポータブルトイレの位置を自宅と同様にし、利用者が安心して過ごせるようにしていく。	自宅から使い慣れたものを持参していただき、自分の部屋に近い環境を整えている。 カミソリや針、ポリデントなどは家族と相談し施設側で管理させていただいており、使用時にお渡しし支援されている。 空調や電気のリモコンなどに関しては、一人ひとりの状態に合わせて管理したり支援を行っている。 位牌などにお参りされる方もおり、自宅と同様に過ごせるよう支援されている。	
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	・利用者の「できること」、「わかること」を本人や家族への確認や日常の生活状況より把握していく。 ・「できること」や「わかること」を事業所内で共有し、「できること」、「わかること」を利用者から奪わないよう過剰な介護を行わないようにしていく。 ・安全に不安がある場合は、利用者の傍で見守りながら必要な介助を行っていく。 ・利用者一人ひとりの状態に合わせ、福祉用具の利用を含め多様な対応が可能となるよう配慮していく。 【事例】 ・キッチンでは、調理しやすいよう必要に応じて高さの調整可能な補高台を準備していく。 ・トイレ等では、立位保持がしやすいよう可動式手すりを設置し動作の自立を促していく。 ・浴槽では、福祉簡易手すりの利用や手すりの位置に配慮し、動作の自立を促していく。 ・馴染みの物を置くことで居室の位置が容易にわかるようにしていく。		