

### 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	1772200133		
法人名	社会福祉法人 篤豊会		
事業所名	グループホーム キラッと篤寿苑		
所在地	石川県白山市平加町又110-1		
自己評価作成日	平成29年8月20日	評価結果市町村受理日	平成29年10月26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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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	金沢市桂町口45-1
訪問調査日	平成29年9月13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)】

利用者本位で自己決定ができる環境作りを行い、ホームの住人となられても地域との関係が途切れることがないよう、一人ひとりの出来る力(なじみの美容院へ行く、買い物に行く、友人と会う、誕生日に家族と外食など)を見極めての支援をしている。利用者同士の横の繋がりを大切に職員も含め「思いやりの心」構築で、自由にゆったりとその人らしく暮らすことができている。また、季節を感じての外出・近隣ドライブや散歩は日常的で、アカペラやカラオケでの歌いは笑顔の源となっている。気軽な近隣住民の訪問やボランティアの積極的受入れ体制を整えており、認知症の人の理解に繋がりたい。

【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「私達はあなたとの出会いを大切に考え、これまで送ってきた生活を基に、あなたらしい暮らしを送り続けられるようにサポートします」という理念を掲げている。「その人らしく」生活出来るよう、職員は日頃から利用者に寄り添い、日常会話や昔話の中から個々の思い(〇〇したい)を引き出すようにしている。管理者の方針として、利用者の立場に立って物事を考え、個々の思いを最優先(出来るだけ即応)する支援に努めている。理念に沿い、介護計画は「生活の中の楽しみ・役割」「実現可能な思い」「出来る事の継続」を重視した目標を設定し、日々の支援に繋げている。又、利用者の「思い」や馴染みの関係継続に繋がる個別の外出を積極的に支援し、楽しみ・笑顔に繋げている。「認知症」についても毎月のケア会議を通じ、より良い応対方法等について繰り返し学ぶ機会を設けている。利用者の言動は否定せず、その時々「思い」を聴いて受け止めている。地域とは催し物への参加、隣接特養合同行事(夏祭り等)への招待、ボランティアの受け入れ、こども園児の訪問等を通じて交流を図っている。又、地域の公民館便り(毎月)を活用し、ホームや認知症に関する啓発活動を継続的に行っている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～59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 ↓該当するものに〇印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに〇印	
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)	〇	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	〇	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)	〇	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	〇	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)	〇	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	〇	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)	〇	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	事業所独自の理念があり、それに基づき、どうしたら一人ひとりがその人らしい生活を送れるかを日常的に話し合いながらサービスの提供を行い、その人らしい実現に向かい意見交換を重ねている。	「私達はあなたとの出会いを大切に考え、これまで送ってきた生活を基に、あなたらしい暮らしを送り続けられるようにサポートします」という理念を掲げている。理念は玄関・職員休憩室の掲示、単年度目標の設定等を通じ、職員への意識付けを図っている。	
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	地域のお祭りや催し物を観に行き、地元の人々と交流することに努めている。また、日頃の挨拶はしているが、気軽に立ち寄りといった交流はないが、ボランティアの訪問受入れに努めている。	地域の催し物(老人福祉センター、認知症カフェ等)への参加、隣接特養合同行事(夏祭り等)への招待、ボランティアの受け入れ、こども園児の訪問等を通じて住民との交流を図っている。又、地域の公民館便り(毎月)を活用し、ホームや認知症に関する啓発活動を継続的に行っている。	
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	月1回発行の公民館便りに、利用者の暮らしぶりや認知症相談窓口開設のお知らせを載せているが、地域の人々からの直接的な相談はない。		
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	利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況について報告や話し合いを行っている。会議出席困難な家族様からのご意見が頂けるよう議事録を何時でも閲覧できるようにしている。また、認知症の人の支援方法伝えて理解に繋げるよう努めている。	家族代表、地域住民代表、介護相談員、市・包括職員等をメンバーとし、2ヶ月毎に開催している。日々の活動内容はホーム便り(写真添付)も活用しながら、分かりやすく紹介している。ホームの運営に関する事だけでなく、参加者に認知症の理解を深めていただく場ともなっている。	運営推進会議で話し合った内容を全家族に周知する取り組み(議事録の送付、ホーム便りに要点記載等)が期待される。
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	市町村担当者と日頃から連絡をとり、事業所からの相談に応じてもらっている。市からの依頼「医療と介護を支える職人」のプレゼン大会に参加、認知デイサービスでの取り組みを発表、認知デイサービス周知に協力している。	運営推進会議や事業所連絡会への参加を通じ、市担当者との連携強化を図っている。困難事例が生じた場合は、市担当者に相談し助言を得ている。又、市からの依頼(事例発表等)があれば積極的に協力している。	
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	日中、玄関の鍵をかけていない。利用者一人ひとりの外出のくせや傾向をつかんで対応しており、外に出たい、帰りたい様子ある時は傾聴し共に行動。制限は設けていない。伴うリスクに関しては家族様に伝えて理解に導いている。	身体拘束をしないケア(玄関の施錠含む)を実践し、伴うリスクに関しては予め家族と十分に協議している。利用者が自由に戸外に出入り出来るよう、都度、必要な支援(見守り、付き添い等)を行っている。又、言葉で利用者の行動を否定・制限しないよう、その時々「思い」を聴いて受け止めている。	
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	管理者と職員は、不適切なケアについて話し合ったり「日頃のケアを見つめ直そう」と題してのアンケートを実施している。また、管理者は職員の疲労やストレスが利用者へのケアに影響していないかを把握するよう努めている。		

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
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	現在それらの活用はないが、必要があれば活用できるよう取り組んでいる。また、不明な点があれば、市町担当者等に確認し、理解と活用に取り組んでいる。		
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	入居前に重要事項説明書を基に説明し、入居に対する不安、疑問点を尋ね、理解してもらえるようにしている。契約時にも再度確認しながら説明を行っている。また退居時も事由を踏まえた上で十分な期間を持つよう配慮している。		
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	いつでも利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員に言うことが出来るような雰囲気作りに努めている。また、家族とは面会時等、日頃からコミュニケーションを図り、無記名でのアンケートを実施し意見や苦情等を聴取している。1階EV横に「意見箱」を設置。また外部に表せる機会として、第三者委員や、公的窓口を説明、紹介している。	随時の電話や利用者個別の便り(毎月:写真添付)で暮らしぶりを伝え、面会時やケアプラン作成時に家族の具体的な意見・要望を聴いている。簡易的な事についてはLINE等も活用しながら、家族と気軽な情報交換を図っている。又、家族の本音をくみ取れるよう、毎年アンケート調査を実施し、サービスの改善に活かしている。	
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	入居者受け入れ、入居継続の可否、その他重要な事項の決定については、職員の意見を聞く機会を設け、反映させている。	毎月の職員会議の場で個々の意見(困っている事、利用者の支援方法等)を吸い上げ、全体で意見交換・合意形成を図りながら今後の方向性を定めている。管理者は職員全体の意見・思いを「一旦、それでやってみよう」と肯定的に受け止めている。	
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、各職員が向上心を持って働き続ける為に、労働基準法に則った勤務体制の実施および職場環境の充実に努め、また、年2回の健康診断を実施し、心身の健康を保つ為の対応がなされている。		
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	法人内外の研修機会を与え、各職員が参加することになっている。また日常的に助言、指導も行っている。職員が資格取得に向けての講習に参加ができるようシフト調整している。		
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	県グループホーム協会の会員になっており、協会主催の会議や各研修に参加し、交流、連携を図っている。また、市内のグループホーム事業者連絡会の参加、他グループホームへ訪問して視野を広め良い点を業務に生かしている。		

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
<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	利用する前に事前訪問を行い、その際本人と面談の中でおかれている状況について聴取し、理解、把握に努めている。		
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	利用する前に事前訪問を行い、その際家族等と面談の中で、今どんなことに不安や悩みがあるのかを聴取し、理解、把握に努めている。		
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	サービス導入時には、当該ケアマネージャーとも連携を密にし、必要に応じたサービス提供となるよう努めている。		
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	利用者個々の能力を發揮できる場面では利用者側からの声かけや要望、指導などが日頃から良くあり、職員が一方的な立場に立っていることはない。		
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	家族に協力を求めることが得策な場合もあることから、その際はその都度相談しながら、協力していただける部分は依頼している。また、月1回のホーム便りで利用者の様子を報告している。		
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	一部の利用者のみだが、友人、知人の面会がある。また、知人や家族と話したい等の要望あれば電話をかけてもらうこともある。利用者の思いには叶うよう努めている。	入居後も馴染みの人間関係が途切れないよう、ホームでの面会を歓迎し、今後にも繋がるように働きかけている。年賀状や暑中見舞いの支援も行っている。又、日常会話の中から「会いたい人」や「行きつけの場所(美容院・喫茶店等)」を把握し、介護計画の目標にも明示して出向いている。	
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	仲の良い利用者同士が過ごせるよう配慮、世話役の利用者に上手く力を發揮してもらえるよう配慮している。孤立しがちな利用者については職員が間に入り、他者との交流を支援している。		

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
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	重度化又は病気により、ホームでの生活継続が困難になった方、及びその家族について退居後のフォローは行っている。		
<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	本人の要望、意向を日頃から聴いている。困難な方についても行動や言動、生活の様子を観察し、本人の視点の立ち、意見交換して把握に努めている。	日頃から利用者に寄り添い、日常会話や昔話の中から個々の思い(〇〇したい)を引き出すようにしている。管理者の方針として、利用者の立場に立つて物事を考え、個々の思いを最優先(出来るだけ即応)する支援に努めている。表現が困難な方については表情・仕草等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	事前訪問の際や、入居後も随時本人及び家族との面談の中で、これまでの暮らしぶりについて聴取し、理解、把握に努めている。		
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	日常の記録はもとより、職員全体が日常的に話し合い、現状を把握し、残存能力の発見にも努め、情報を共有し有する力の維持拡大を図っている。		
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	個々の状態に合わせた課題やケアのあり方について、本人、家族と職員等が話し合った上で利用者の立場に立った介護計画となるよう努めている。	ホーム理念に基づき、「生活の中の楽しみ・役割」「実現可能な思い」「出来る事の継続」を重視した介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。毎月のモニタリングや3ヶ月毎のアセスメント(担当制)を通じ、計画が現状に即しているかを確認している。	
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	利用者個別の記録をSOPA方式とし個々の目標に沿ったケアの実践を行い気づきに繋げてプランに反映、介護計画の見直しに活かしている。またその日の心身状態における特変事項を記録し職員間での情報の共有している。		
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	本人や家族の要望に応じ、外出を支援している。		

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
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	地域ボランティアとの定期的な交流を行っている。		
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	原則的に入居前のかかりつけ医に受診又は往診してもらっているが、都合により困難な場合は協力体制にある医師に変更し、往診等により、適切な医療を受けられるよう支援している。	本人・家族の希望に応じて、馴染みのかかりつけ医への継続受診・ホーム提携医による訪問診療を選べるようになってきている。かかりつけ医への定期受診は家族に依頼し、医師とは文書で連携を図っている。ホーム提携医には都度、電話で相談し指示を仰げる出来る体制を整えている。	
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	ホーム内に看護職の配置がなく、訪問看護師との契約もない。隣接特養の看護師に症状に対する対応等を相談する事はあるが、利用者個々の状態に対しては、直接かかりつけ医に相談することがほとんどである。		
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、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。	入院時は本人の状況等の情報提供を行うと共に、円滑な治療となるよう必要事項は随時連絡を取り合っており、早期退院につながるよう努めている。		
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	入居時に重度化した場合や終末期の対応方法(他施設への転居、入院など)を説明し、了解を得ている。ただ現状では終末期の方はサービス対象としていないが、出来る限りホームでとの家族からの希望と主治医の所見、協力が望める場合はお世話している。	「医療行為が必要な場合は入院・特養施設等への移行を基本とする」方針を入居時に予め説明し、家族の同意を得ている。但し、主治医の医療面でのバックアップが得られれば、可能な限りの重度化支援を実践している。又、利用者の身体状況の変化に応じて都度、主治医・家族と話し合い、今後の方向性を定めている。	
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	法人全体の研修会や外部の救命講習会等を受講し、緊急時の対応が出来るよう努めている。		
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	事故発生時マニュアルを有し、職員に周知している。また、職員全員が救命講習受講し救命技能の維持向上に努める体制が出来てきている。	「事故防止・発生時の対応マニュアル」を整備している。救急救命講習の受講や隣接特養と合同での「緊急時対応研修」を通じ、対応のスキルアップを図っている。日中は隣接特養の看護職員による応援体制も整えられている。	

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
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	バックアップ機関として、協力医療機関や隣接特養が確保されている。	ホーム提携医による医療支援体制、隣接の特養施設・法人全体の十分なバックアップ体制が確保されている。	
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	1ユニット1名の勤務体制となっている。ホーム職員の緊急時協力体制があり、サテライト小規模特養当直者と連携をとれる体制になっている。	1ユニット1名の夜勤者を配置し、ホーム内で計2名の複数体制となっている。又、緊急連絡網や夜間緊急時時の応援体制(各ユニット待機者1名/近隣施設の宿直者)も整備されている。	
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	隣接特養と合同の避難訓練及び設備点検を実施して、災害時における避難方法の把握や場所の確保はされており、火災訓練を年2回、地震・水害訓練を年1回地域住民、町内の自衛消防団、運営推進委員を交えて実施している。	防災マニュアルを整え、火災を想定した総合避難訓練を年2回(内1回は夜間想定)実施している。2回共、消防立ち会いの下で訓練を行い、専門家の総評・助言を今後活かしている。又、自然災害(地震・水害等)を想定した訓練を地域住民の参加・協力を得て、年1回実施している。各訓練はいずれも隣接特養施設と合同で行い、互いの連携体制を確認している。備蓄品はリスト化して保管しており、非常食を防災の日に実食している。	
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	消防署、関係機関との連絡や隣接特養及び法人施設等の連絡網を作成し、それを基に速やかに対応する体制が整備されている。防災マニュアルや備蓄品リストについてもその都度見直し、点検を行っている。現在、備蓄品(粥・味噌汁・カレー・とりそばろ・筑前煮・鶏肉の旨煮・牛肉の大和煮)3日分と水24L		

#### 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	身体ケアについては居室・トイレ等で主に行い、プライバシーが守られるよう配慮している。また、本人が思っている「現実」を否定せず受容した上で、不安を取り除けるように努めている。月1回、認知症ケア会議を開催し対応を再確認している。	認知症ケア会議(毎月)を通じ、より良い対応方法等について繰り返し学ぶ機会を設けている。利用者の言動は否定せず、その時々「思い」を聴いて受け止めている。又、居室入室時は必ずノックする、トイレ誘導は他者に悟られないようにする、利用者の前での情報交換は控える等、プライバシー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	日常生活の中で選択の場面(入浴したいかどうか、余暇の過ごし方等)を作り、利用者の自己決定を尊重すると共に、表出できない場合は表情等からその意の把握に努めている。		
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	利用者個々のペースやニーズ等を把握し、それらの援助を優先する為に業務中心とならないよう意識している。		

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	整容・衣服の選択等の場面を作り、必要に応じ一緒に行っている。人前に入る最には、さり気無い声かけで髪や衣類を整える・エステ教室開催・ゆかた着用時に髪を結う等、希望に応じている。化粧品の購入希望時は送迎している。		
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	個々の能力を活かし、食材切り、盛り付け等の準備をしたり、食後の後片付けを職員と一緒にしている。食事と一緒に食べている。誕生会では本人の希望で外食もしている。	隣接特養の管理栄養士が季節感や栄養バランスを考慮した献立を作成している。利用者個々の「出来る事や得意な事」を見極め、食事の準備や後片付け時に役割を担ってもらっている。誕生日には利用者個々のリクエスト(外食可)に応えたり、季節毎のイベント食や共におやつ作り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	隣接特養の栄養士により、個々の栄養バランスを考慮している。また、利用者一人ひとりの摂取量を記録し把握に努めている。水分量が確保できていない方においては数回に分ける、ゼリーを提供する等、工夫している。		
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	一人ひとりの状態に応じて声かけや介助にて清潔保持に努めている。		
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	個々の排泄チェック表を活用し、平素の排泄パターンの把握に努め、排泄時間帯に合わせたトイレ誘導に努めている。また、オムツやパットを使用する時は、時間帯や、使用する種類などを決めている。紙パンツに汚染ない方は布パンツに移行している。	「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排泄サインを把握し、個別にお誘いの声をかけている。職員全体で排泄備品の検討を重ね、必要最小限の使用とすることで、家族の費用負担軽減も図っている。	
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	一人ひとりの排便状況の把握に努め、適度な運動の機会として散歩、家事等を行ったり、飲食物の工夫をしている。(水分摂取量1日1500ml・寒天ゼリー)改善みられない時は主治医と相談している。排泄時に腹部マッサージを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個々の入浴日は設けず、その時の希望や体調、心理面を観察し入浴していただいている。時間帯は午前・午後としているが、個人の希望に沿い、ゆっくり楽しめるよう配慮している。	日曜日以外はお風呂を沸かし、利用者個々の要望(時間帯、一番風呂、湯温、こだわりの物品使用等)に沿った入浴を支援している。要介護度が高い方でも安心して入浴を楽しめるよう、中間浴を設置している。お風呂嫌いの方には無理強いせず、対応を工夫(別の日に改めてお誘いする、入るまで清拭で清潔を保持する、家族に声かけしてもらおう等)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	利用者一人ひとりの疲労程度に留意し、本人が落ち着けるよう居室居間での休息をすすめている。睡眠については個々の睡眠パターンの把握に努め、不眠傾向のある方へは話をよく聴き、日中の活動を通して生活リズムが整うような支援に努めている。室温調整に配慮している。		
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	利用者一人ひとりが医師の指示通りに服薬できるよう薬の用法、用量を把握し、薬包に日付の記入をするなど確認体制をとり、症状の変化に留意している。		
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	一人ひとりの生活歴や趣味等を本人・家族から聴取し、得意な事や好きな事を見極め、ホームでの生活の中に取り入れられるよう努力している。		
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	季節ごとの花観賞、ドライブ、散歩、買い物、近隣の老人福祉センター、認知カフェ、カラオケなど利用者の希望に沿って日常的に支援している。また、初詣、墓参り、食事会、美容院、自宅や行きなれた喫茶店等、希望があれば家族の協力のもと対応している。	職員全体で協力し合い、天気が良い日は気軽に戸外(散歩、買い物、ドライブ、地域のイベント参加、カラオケ等)に出向いている。又、利用者の「思い」に沿った個別の外出支援(行きつけの喫茶店、自宅の様子確認等)を通じ、楽しみ・笑顔に繋げている。	
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	金銭管理については入居者の能力、家族の希望に応じて金銭管理帳をつくり小遣い程度の金銭を持つことを支援している。また、所持していない方に関しても買い物に行き支払う機会を設けている。		
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	利用者からの希望に応じ、電話を掛ける介助や繋ぐ介助を行い、会話中は席を外すよう配慮している。手紙などは手渡しし、要望によっては代読している。また、年賀状などを家族や親戚、知人に送る為の支援をしている。		
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	共有空間の光や音には日頃から配慮している。また季節に応じた作品を創作、展示したり、花を飾ったりしている。	職員の声や動作も環境の一部と考え、利用者にとって不快な音にならないように配慮している。リビングだけでなく廊下奥にもソファを配置し、他者と離れてゆっくり寛げる空間を確保している。	

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
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	居間にはソファを置き、廊下には椅子を設置し、自由に過ごせるようになっている。		
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	家族に対し、利用者が安らぎを得るような馴染みのものや使い慣れた家具の持ち込みに協力を求める働きかけを行っている。	安らげる空間となるよう、使い慣れた物(テレビ、家具類等)や本人が安心出来る物(家族の写真、仏壇等)を持ち込んでもらっている。	
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	利用者一人ひとりの状態を把握し、目印等を工夫している。手摺を利用し廊下で歩行訓練が行える。		