

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	毎月の職員会議で理念を音読し、理念に基づいたサービスの提供を再確認している。また、毎月目標を決め、各フロアに掲示し目標達成できるよう取り組んでいる。	ホームの基本理念は、利用者も地域にも職員にも理解しやすい内容を職員で検討して定められている。理念として利用者の自立した生活を主体とした支援を目指し、周知のために各ユニットへの掲示や、毎月の職員会議で音読して確認している。また理念の実現に向けて、毎月全職員で目標を設定し翌月に達成度を評価して常に目標を見直している。目標が達成できなかった場合は原因を話し合い改善・継続取り組みにつなげている。	
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	地域の回覧板やゴミ当番を行っている。ホームの駐車場は地域のゴミステーションや一時避難所として提供しているほか、施設別館の会議室は絵手紙教室や地域会議の場所として開放しており、地域の一員として交流できている。また、週に1回ホーム駐車場に移動スーパーが来ており、近隣の方々も買い物に利用している。	町会に加入し、日頃より回覧板でのホーム行事の案内やゴミ当番を担当している。地域のゴミステーションや移動スーパーの場所にホーム敷地を提供しており地域の一員として活動している。町会の総会や新年会にも出席しホームの案内と認知症への理解を得るよう取り組んでいる。近隣のデイサービスとの日常交流やボランティア・高校生(収穫祭)の来訪、中学生の職場体験や大学生の体験学習の受け入れ、地域交流室の解放、各種行事(盆踊り、文化祭等)への参加等、多方面で地域と交流している。	
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	慰問のボランティアのほか、高校生や中学生の職場体験等を受け入れており、認知症の人に関わっていただくことで理解に努めている。年に1回の家族会では、ご家族に向けて「認知症サポーター養成講座」を開催し、認知症について改めて勉強する機会となっている。代表者は、中学校で介護事業者として「認知症介護」の講演も行っている。		
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	2か月に1度の運営推進会議では活動報告を行い、現状や取り組み状況等を報告し意見交換を行っている。地域の方々ならではの貴重なご意見もあり、運営やサービス向上に活かしている。	運営推進会議は、町会長・民生委員・地域住民・家族・行政担当者が参加して2ヶ月毎に定期開催している。開催案内は全家族へ毎月の近況お知らせとともに案内し、出来る限りの家族の出席を促している。会議ではホームの近況や取り組み、事故・ヒヤリハット事例を報告し、地域情報とともに参加者からの意見や質問について話し合っている。出された意見は検討のうえサービスの質の向上に活かしている。	様々な意見を運営により活かすために、参加者を増やす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に取り組んでいる	金沢市との担当者とは、常に電話で連絡をとったり直接窓口に向くなどして、事業所の現状について報告や相談をシェアパスをいただくなど協力関係を築いている。代表者は金沢市グループホーム部会の役員をしており、連携も密にできている。	行政担当者の運営推進会議への出席のほか、代表者は金沢市グループホーム部会の役員、認知症施策推進委員会のメンバーを担っており、日頃より行政担当者との情報交換と連携を図っている。また行政への提出書類がある時は、役所へ書類を持参してその都度担当者へホームの実情報告と困難事例を相談しており、密な連携・協力体制が構築できるよう取り組んでいる。	
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	身体拘束をしないケアについて施設内研修を実施し、全職員が参加して正しく理解している。玄関や各フロア入り口の鍵は夜間以外施錠しておらず、離脱する方がいても鍵はかけずに行動を共にするなどして取り組んでいる。	外部研修への参加や毎月の合同職員会議での勉強会を通じて身体拘束について職員の理解を深めている。日頃の言葉使いとケア方法、声かけ方法について、行動制限に該当するか否かを職員間で話し合い、気づきがあった際はその場で注意し合い、職員会議・フロア会議での話し合いやグループワークを重ね、身体拘束しないケアに取り組んでいる。身体の安全面に配慮しつつ、外出等も職員が連携して見守りや同行外出にて対応している。	

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
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	高齢者虐待防止に関する施設内研修を実施し、全職員が順次参加し学んでいる。特に日々の業務内で「不適切なケア」がないかを職員同士で振り返り話し合うことで、小さなことから意識し虐待防止に努めている。		
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援している	職員は随時、権利擁護や成年後見制度等についての研修に参加しており、職員会議等でも皆で学ぶ機会を設けている。利用者の状況に応じて制度の利用について家族等に説明し、活用できるよう支援している。		
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	契約時は時間をかけて契約書の説明を行っており、家族からの疑問や質問には十分説明をし、納得をしていただいた上で契約している。改定等においても、事前に十分説明を行い理解を得ている。		
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	利用者とは日頃コミュニケーションを取る中で、本人の思いや要望を汲み取っている。家族が来所時は日々の生活の詳細を報告し、意見や要望等を聞いているほか、年に1回家族会を開催しており、意見交換やアンケートを行いそれらを運営に反映させている。また、玄関に意見箱を設置し、忌憚のない投書が出来る環境を整えている。	家族との面会・電話時や家族懇談会(年1回)にて意見や要望を聞けるよう取り組んでいる。また家族から意見・要望が出やすいように代表者・担当職員がまとめた「家族通信」を毎月送付し利用者の近況を伝え、家族と双方向のやり取りを行っている。家族懇談会では学習会や意見交換があり、出された意見・要望は職員で検討してサービスの質の向上・確保に繋げている。また検討結果は家族へフィードバックしている。	
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	毎月各フロアごとの会議や全体の職員会議を行い、運営についての疑問や意見、提案ができる機会を設けている。また、代表者が年1回職員一人ひとりと面接し意見しやすい状況を作っており、それらを運営に反映させている。	代表者・管理者は、サービスの質の向上・確保のために職員の「心身の調子を整える」ことを重視しており、毎月の合同職員会議・ユニット会議・主任会議・日常会話や個人面談の際に職員の意見や考え方を聞く機会を設けている。個人面談の際は職員の個人目標や生活環境・悩み等を聞く機会になっている。また年に数回は職員が集まる食事会を開催して何でも話しやすい関係作りを図っている。職員からの意見や提案は職員会議で検討して運営に反映させている。	
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	代表者は、各職員の勤務の実績や状況を把握・考慮し、資格等の手当や時間外労働の賃金を支給している。有給休暇や季節休暇も職員の希望に沿って取得出来ている。健康診断は年2回実施し、健康管理にも十分留意している。		
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	代表者は、職員の立場や経験等に応じて、必要な研修を計画的に受講させている。研修案内が回覧され、一人につき年1回研修費の補助が受けられるなど受講しやすい環境になっている。研修後は職員会議で研修報告を行い、職員全員で内容を共有している。		
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	各種研修に参加させることで、同業者と交流やネットワーク作りが出来る機会を作っている。また、認知症介護実践者研修等の訪問研修の受け入れを積極的に行っており、同業者と交流や意見交換をすることでサービスの質の向上を図っている。		

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
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	相談を受けた後、本人との面談を行い、本人の思いや不安を受け止めながら十分傾聴し、安心と信頼の関係作りに努めている。		
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	家族等が相談に訪れた時は時間をかけて話を聞いている。困っていることや不安に感じていることなど思いに寄り添いながら傾聴し、信頼関係を築くよう努めている。		
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	相談を受けた段階で、可能な限り本人や家族にホームを訪れていただきグループホームの雰囲気を知っていただき、その時の様子から今後必要とされる支援を見極めている。また、入所に不安を感じている方には体験入所も可能であることを伝え、徐々に馴染める環境を作っている。		
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	利用者の好きな事、得意な事を会話の中で探り、日々の暮らしの中で自然にそれらを発揮できるよう職員がさりげなくサポートしている。職員は利用者から生活の知恵やアドバイスをいただき、共に支え合う関係を築いている。		
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	家族とは日頃から密に連絡を取り、本人の様子を伝えたり情報交換をしている。本人と家族の関係性を理解した上で、本人の思いに出来る限り添えるよう協力をいただき、共に本人を支えていく関係を築いている。		
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	本人や家族からこれまでの生活習慣や馴染みの人、場所などを随時聞き取り、知人に面会に来ていただいたり馴染みの場所に出かけるなど、入所後もこれまでの生活が継続できるように支援している。カトリック信者の利用者には神父と教会関係者が毎月訪れ、一緒にお祈りを続けられるよう協力いただくなど支援に努めている。	利用者・家族・友人から利用者の生活習慣や馴染みの人間関係・場所をヒアリングして、これまでの馴染みの関係を把握している。また日常会話から聞けた情報を家族と共有している。家族・友人との電話・手紙・来訪面会、自宅や出身地、教会への外出、馴染みの理美容院や商店・喫茶店の利用など、これまでの間系が途切れないように支援している。	
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	利用者同士の関係は常に把握しており、職員がちょっとした変化に気づきサポートすることで良好関係が築けている。利用者の顔ぶれが長い間変わっていないこともあり、利用者同士が助け合い支えあっている場面がよくあり会話も非常に多い。		

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	新しい入所先の関係者に対して、本人の状況や習慣、ケアの工夫などの情報を詳しく伝え、環境や暮らし方が継続されるよう連携を図っている。退所後に面会に行き様子を見に行ったり、家族や入所先からの相談に応じるなど支援に努めている。		
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	個々の思いを十分に汲み取れるよう、寄り添いながら時間をかけて傾聴している。うまく表現できない方には日々の行動や表情から汲み取り、職員間で話し合いながら本人本位に検討し、意向の把握に努めている。	日常関わる時間を長く持つことで利用者との会話の中から利用者本人が「何をしたいか」「どのように暮らしたいか」「これまでの生活歴」等の思い・要望の把握に取り組んでいる。食事の時間や入浴時間、就寝前やドライブ時など利用者とゆっくり会話できる時間を持ち、利用者から発せられる言葉をそのまま記録に残し、会話が困難な場合でもその反応を記録して職員間で話し合い検討して意向の把握に取り組んでいる。	
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	入所前に本人や家族等から、生活歴やこれまでの暮らし方などできるだけ多くの情報を聞き取り把握するようにしている。入所後は、日々の会話の中でこれまでの暮らし方がわかるような話題作りをしたり、家族や知人等の面会時にどんな小さな事柄でも情報を伝えてもらい、それらを蓄積しながら本人の全体像を知るよう努めている。		
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	一人ひとりの生活リズムを大切にしており、起床時間や食事時間などは本人の状況に合わせている。できる限り1対1で関わりが持てるようにし、その中で本人の出来ることやわかることをチームで把握し、本人が自信を持って生活できるように支援している。		
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	利用者や家族等と話し合い、要望を十分に取り入れ、利用者本位の介護計画を作成している。3ヶ月に1回のモニタリングのほか、月に1度ケア会議を行い現状について確認している。本人に変化が見られた場合はその都度カンファレンスを行い、計画の見直しを行っている。	利用者本人の「何をしたいか」「どのように暮らしたいか」等の意向を基に本人・家族と話し合い、ケア会議で検討を重ねて計画作成担当者が介護計画を立案している。必要な場合は主治医の意見も取り入れて、利用者主体の暮らしが実現できるよう計画に反映させている。毎月のケア会議にて現状を確認して3か月毎又は状況変化時にモニタリングを行い計画を見直している。	本人のしたい事や出来る事を重視してニーズを具体的に目標として設定したケア内容のプラン作成に期待する。
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	職員は業務前に全ての記録に目を通している。個々の経過記録は介護計画に沿った記録になるよう努めており、本人の言葉や状況のほか、そこから考えられることや気づきを記録し、職員間で情報を共有しながらケアの実践について評価を行っている。		
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	本人や家族の状況に応じて外出や通院介助など、その時の希望に添えるように職員が協力して対応している。個別の外出も積極的に支援しており、時には職員を増員するなどして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	近くの美容院、喫茶店、飲料販売店等を利用し顔なじみになっている。また、地域行事（盆踊り）等にも参加し、地域住民と交流を図ると共に楽しく暮らせるよう支援している。近隣を散歩することで利用者の顔を覚えていただいております。地域の方から気軽に声を掛けていただくなど楽しく交流できている。		
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	入所後も今までのかかりつけ医に受診できるよう、家族の都合がつかない場合は職員が受診同行するなど支援している。体調不良時はかかりつけ医に連絡し指示を仰いでいる。利用者により協力医療機関の月1回の往診や在宅診療を利用しているほか、眼科、皮膚科、歯科の往診依頼も可能であり、家族の負担軽減にもなっている。	利用者・家族の希望に応じてこれまでのかかりつけ医への継続受診を支援している。また協力医療機関は月1回の往診があり、利用開始時や身体状況によっては訪問診療専門医への受診切り替えの相談・手配も支援している。受診の際は基本的に家族が付き添い、皮膚科・眼科・歯科は利用者の状態に応じて適宜往診対応している。受診や往診の結果は全て「医療ノート」に記録されており、医師・家族・ホーム間で情報共有している。	
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	訪問看護師が週3回状態観察に訪れており、その都度利用者の近況や気づきを伝え相談している。訪問看護ステーションとは24時間電話相談できるようになっており、緊急時の対応にも的確なアドバイスをもらうなど連携がとれている。月に1回理学療法士による全体リハビリも行っている。		
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。	入院時は、利用者の普段の様子やケアの工夫等を医療機関に伝え、利用者が安心して治療を受けられるよう情報交換に努めている。また、管理者等が随時病院を訪れ、利用者の状態を見ながら病院関係者や家族と話し合い、できるだけ早期退院ができるよう努めている。必要に応じて病院でのカンファレンスにも出席し、病院関係者との関係づくりを構築している。		
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	入所契約時、重度化した場合のホームの指針を家族に説明しており、できるだけ早い段階で家族懇談会を設けて、本人、家族の希望を確認し話し合いを行っている。終末期ケアについては、訪問看護ステーション、在宅診療ができる医師と連携体制ができており、職員と情報を共有しながらチームで支援に取り組んでいる。	利用契約時に利用者・家族に明文化した「重度化した場合の対応に係る指針」を説明している。24時間体制の訪問看護ステーションとの連携体制があり、利用者の状態変化があった際はその都度、かかりつけ医や協力医療機関とも連携して、家族の希望やホームとして対応できる支援内容を話し合い確認して重度化・看取り支援に取り組んでいる。家族懇談会においても終末期ケアの勉強会や事例報告を行い理解を得ている。また職員は事例振り返りにより経験の共有や、医師・訪問看護を交えた勉強会に参加している。	
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	職員は順次、消防署の救急講習を受け、応急処置やAED等の訓練を行っている。また、看護師から急変時の対応等のアドバイスを受けており、職員会議等で振り返りを行うなど勉強会も行っている。		
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	緊急時対応マニュアルがあり、職員は日頃から目を通し対応できるようにしている。訪問看護ステーションとは24時間電話相談でき、緊急時場合によっては訪問するなど体制が整備されている。また、行方不明時には警察の「おかえりねっと」の活用のほか、玄関の防犯カメラの設置、GPS内臓のシューズを利用するなど、緊急事態に備えた対応ができている。	緊急時対応マニュアルを整備し、事故・ヒヤリハット事例を基に定期的に勉強会を行っている。また全職員が消防署の救命救急講習を受講している。職員は訪問看護師が作成した急変ハンドブックを携行しており、訪問看護（週3回）からの指示を確認して夜間等の人出が少ない時の対応方法の周知を図っている。主治医や協力医療機関、訪問看護師との24時間の相談・指示体制を整備しており、緊急時はその指示のもと対応している。行方不明発生時は警察・地域の協力や「お年寄りお帰リネット」を利用し対応している。	

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
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	協力医療機関、かかりつけ医とは定期受診や往診等で交流があり、状態変化時は相談できる体制になっている。訪問看護ステーションとは週3回の訪問のほか、24時間の連携体制がある。ホームでの生活が困難になった場合の受け入れ先として、介護老人福祉施設との支援体制が確保されている。	協力医療機関・かかりつけ医・訪問診療専門医とは定期受診等を機会に日常的に情報交換や交流があり、病状や状態変化時の相談・指示体制が確保されている。また訪問看護ステーションとは、処置・解除方法等の講習会を通じて、職員と定期的に交流があり連携体制が整備されている。介護老人福祉施設とは病状・状態変化によりホームでの生活が困難になった場合の受け入れ先として連携が確保されている。	
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	夜間は各フロア1名ずつ、計3名が勤務しており、緊急時は応援体制が取れている。職員の距離順の連絡網があり、緊急時には管理者はもちろん、近距離の職員から順次駆けつけるようになっている。	夜間は各ユニット1名ずつの計3名の夜勤体制となっている。緊急時には各ユニット夜勤者間で協力して対応している。また住まいの近い職員順に緊急連絡網が作成されており、緊急時には近い職員から順次応援に駆け付けられる体制となっている。協力医療機関や訪問看護ステーションとの相談体制も確保されており、その指示に従って対応している。	
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	各フロアに防災対策マニュアルがあり、火災・地震・風水害時の対応ができるよう周知徹底し、定期的に見直しもしている。また年2回消防訓練を実施し、消火や避難誘導など全員が身につけられるよう繰り返し訓練している。運営推進会議等で地域に協力を呼び掛けており、訓練の様子を見ていただくなど協力体制を築いている。	年2回消防立ち合いのもと夜間の火災発生を想定した防災訓練（避難誘導、消火、通報等）を実施している。運営推進会議や町会の総会・新年会を通じて防災訓練への参加を呼びかけ、訓練実施時には地域住民の参加協力を得ている。職員・地域住民ともに避難場所や避難経路を確認し避難誘導・見守り等の役割分担を確認している。	
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	防災対策マニュアルには緊急連絡先のほか「救護用利用者一覧」も整備されており、薬剤情報等もファイルされ非常時に持ち出せるようになっている。非常時の備蓄品はリストに基づいて各フロアに準備しており、定期的に点検を行い入れ替えしている。また、停電に備えて石油ストーブや毛布等も別館に準備している。ホーム駐車場は地域の一時避難所となっている。	各種災害を想定した災害時対応マニュアルを策定し職員へ周知している。マニュアルは防災訓練を通じて定期的に見直ししている。非常時の備蓄品はリストに基づいて各フロアに準備しており、定期的に点検入れ替えしている。またホーム駐車場が地域の一次避難場所（指定避難場所は地区公民館）となっており、敷地内の別建物にも食料・飲料水・毛布・アルミシート・石油ストーブ等を準備している。	
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	利用者には日頃から誠意をもって接し、プライドを傷つけないよう十分気をつけている。職員全員が参加し「高齢者虐待防止について」の施設内研修を実施しているほか、職員の普段の言動が不適切ケアにあたらないかなど職員間で話し合い再確認している。	職員会議等で権利擁護や接遇、虐待防止について話し合い、日常的にも声かけ方法・ケア方法等について職員間で注意し合い、人格尊重とプライバシー保護の意識を高めている。常に利用者主体で選択できる言葉使い、トイレ誘導時の声かけ方法、入浴介助時の同性介助、呼称（家族の了承あり）への配慮、居室への入室時の声かけ確認、申し送り時は他者に聞こえない場所でのやり取り等、利用者の誇りやプライバシーを損ねないよう対応している。	
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	利用者が自分の思いや希望が言えるような環境作りを心がけており、職員はスピーチロックすることなく傾聴し、個々の能力に合わせて自己決定できるよう働きかけている。意思表示が困難な方には、表情や仕草などから思いを汲み取るようにしている。		
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	利用者が一人一人のペースで自由に生活できるよう、起床時間や食事時間などは本人に任せており、職員はその時々で希望に添って支援している。散歩や買い物の希望があれば職員を調整し、行きたいときに出かけられるよう心掛けている。また、週に1回移動スーパーの訪問があり、利用者が自由に買い物を楽しめ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
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	なじみの訪問美容や近隣美容院を定期的に利用し、自分の好みを伝えて散髪してもらっている。外出の際はどの服がいいのか相談しながら、自分で選べるよう支援している。また化粧品会社のボランティア訪問もあり、普段できないようなお化粧をして楽しむ機会も作っている。		
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	日々の会話の中で利用者の好みを聞いたり、献立や毎月の外食の際は利用者の食べたいものを聞きながら希望を取り入れるようにしている。また希望があれば、個別で外食に出かけたりコーヒーを飲みに行くなど、それぞれに食事を楽しめるよう支援している。毎日の食事準備は、一人一人の能力に応じて準備や片づけを一緒に行っており、利用者の生きがいにもなっている。	各ユニット毎に利用者と一緒に一週間分の献立を作成している。食材は利用者と一緒に買い物に出かけ、家族や地域からのおすそ分け食材も使って調理している。利用者の出来る事・やりたい事を活かして準備・調理・片付け等を職員と一緒にやっている。利用者一人ひとりの好き嫌いや食べれない物を台所の目立たない場所に掲示して、形状も利用者の状態に合わせて対応している。毎月の外食や喫茶店への外出、季節毎の行事食や誕生会の特別食、家族との外食、出前やお弁当、おやつ作り等、食事が楽しめるよう支援している。	
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	毎食後、全利用者の食事摂取量を記録しており、食事が進まない方には食べたいもので補食する工夫をしている。水分は小まめに提供しているが、なかなか飲まない方にはゼリー状のものや好みの味のものを提供するなど、一人一人の状態に応じた支援をしている。食事形態も本人の状態に合わせて工夫している。		
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	食事前には緑茶でうがいしてもらっている。毎食後は各利用者に合わせて口腔ケアを行い、歯磨きや義歯洗浄など必要に応じて介助し、口腔内に残渣物が残らないよう清潔保持に努めている。口腔内に異状が見られた場合は、早めに歯科受診に繋げるなど対応している。		
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	個々の排泄パターンや言動を把握し、各利用者に応じたトイレ誘導や排泄介助を行っている。トイレの場所がわからない方のために、トイレの扉に和式トイレの絵を貼るなど工夫している。夜間のみポータブルトイレを使用したり、紙パンツやパットは本人の状態に応じて昼と夜で使い分けるなど、快適に過ごせるよう支援している。	必要な利用者については排泄チェック表を活用して個別の排泄パターン(健康状態、間隔、サイン等)を把握して、トイレでの排泄を支援している。必要に応じて、声かけ誘導や身体状況によっては本人の意向を確認の上でパッドを使用する等、個別に支援している。また夜間においても睡眠状況や希望による声かけ誘導、ポータブルトイレの使用等、本人の心身状態に合わせた対応を支援している。	
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	朝食時やおやつ時に牛乳や乳飲料を提供したり、食事は食物繊維が多く摂れるよう献立を工夫している。毎日のラジオ体操や近隣への散歩など適度な運動ができるよう心掛けている。排便が滞っている時は、看護師が腹部の状態観察をしたり下剤の調整を行うなど、個々の状態に合わせて便秘の予防に努めている。		
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	入浴は各利用者の希望やタイミングで行っており、曜日や時間は決めておらず柔軟に対応している。入浴を拒む方には無理強いをせず、時間をおいたり場面をかえるなど、チームで協力しながら気分が乗るよう工夫している。	お風呂は毎日沸かしており、利用者の希望に応じていつでも入浴できるよう支援している。好みの入浴剤やシャンプー等の用品の使用など、入浴が楽しみとなるよう工夫している。希望があれば温泉・銭湯などの外湯での入浴(家族・職員と一緒に)も支援している。入浴を拒む人には無理強いをせず、タイミングや場面をかえての声かけや家族や他の利用者に声かけしてもらい、職員も一緒に入る等の工夫をしている。	

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	家事や入浴の後など、日中の個別の疲れ具合にあわせて適宜休んでいただいている。夜間不眠気味の方については、生活習慣や日中の活動量等を把握し、生活リズムを整えて質のよい睡眠がと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	各利用者の薬剤情報書をファイルしており、職員全員が目を通し内容を把握している。利用者の状態に変化が生じた場合は医師に報告し、状態に応じて薬の変更の指示をもらっている。		
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力を活かして、食事の準備や後片付け、洗濯物干し等を自分の役割として生き生きと取り組めるよう支援している。また、食後のコーヒーや歌のDVDの視聴、カラオケなどを楽しめるよう支援している。		
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	近所への散歩、買い物、美容院など希望に応じて外出している。普段行けないような場所でも職員を増員するなどして、マンツーマンで外出支援している。また、家族の協力を得て、自宅への外出、外泊、冠婚葬祭などへの外出支援も行っている。	日常的にゴミ出しや散歩、買い物、美容院等への外出を支援している。またその日の利用者の希望に応じて個別外出も支援している。ドライブやお弁当持参での外出、地域行事(祭りや文化祭等)にも参加している。家族の協力も得て、馴染みの場所(自宅や親戚宅等)への外出や外泊、墓参りや法事、孫の結婚式、同窓会への参加等の個別外出も支援している。家族との利用者の生まれ故郷訪問、友人・知人との利用者旦那さんの実家への墓参り等、遠方への外出についても家族・友人・知人に介助方法をアドバイスすることで実現につなげている。	
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	本人の希望があれば家族と相談し、少額のお金を所持していただいている。後見人からある程度のお金を財布に入れていただいている利用者については、本人の了解のもとこちらで保管し、買い物の際は本人に渡して自分で支払いができるよう見守りしている。		
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	電話の希望があれば、本人自ら電話できる番号を押すなどサポートしている。知人や友人からの電話は必ず本人に繋ぎ、ゆっくり話せるよう支援している。年賀状の購入や、本人の希望で代筆も行っており、大切な方との交流が続くよう支援している。		
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	玄関には季節の花が生けて有り、リビングには季節ごとにタペストリーや造花を飾るなど季節を感じられるよう工夫している。居室やフロアは床暖房となっており、共用空間には加湿・空気清浄器を設置しているほか、冬場は脱衣場やトイレにも暖房を設置して温度差がないよう配慮している。	廊下やリビング等の共用空間には季節毎に利用者が作成したちぎり絵や書道作品、行事や誕生日会の写真等が飾ってある。冬場は床暖房を使用しており、各フロアには加湿器を設置して快適な温度・湿度に配慮している。また定時に窓を開けて換気しており乾燥や空気の淀みに気を配っている。冬場は浴室・脱衣場やトイレについても暖房を設置して温度差がないように注意している。リビングのソファや椅子、玄関先のベンチ等、利用者が一人でも居心地よく思い思いの場所で過ごせるよう工夫している。	

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	リビングのテレビ前にL字型にソファが置いてあるほか、ソファと背中合わせに椅子が並べてあり、思い思いに過ごせるよう工夫してある。また、玄関にも長椅子があり、一人で外を眺めて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	居室の家具などは、可能な限り使い慣れたものや本人が好むものを持ち込んでいただいている。家族の写真や本人の好む置物、ぬいぐるみ、カレンダー等を飾り、その人らしい居心地の良い部屋になるよう工夫している。	居室にはベッドとタンスが備え付けられている。利用者はそれぞれ自宅で使っていた物(茶碗、箸、どんぶり等)や馴染みの物(テレビ、タンス、鏡台、仏壇等)を持ち込んでもらい、利用者にとって居心地よく安心できる居室作りを支援している。また利用者の身体状況や動線に考慮した安全な家具の配置にも気配りしている。	
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	建物内部には随所に手すりが設置しており、トイレや浴室には利用者の状況に応じて動かせる手すりもある。個々の身体状況に合わせて杖や歩行器、車椅子などを使用し、安全かつできるだけ自立した生活が送れるよう工夫している。		