

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	「認知症になっても地域の中で当たり前の暮らしを」の理念と「MIND」を各自カードで携帯、廊下にも掲示いつでも確認できるようにしている。経験の浅い職員にもかかわりの意味を理解できるようGH勉強会や法人内学習会でも一緒に学ぶ機会がある。毎日の申し送りや、月に一度のミーティングで具体的な日々のかかわりの場面の支援のあり方、言動が理念に添っているかお互いに確認したり、意識の共有を図り日々のケアに繋げている。	「認知症になっても地域の中で当たり前の暮らしを」という理念を掲げている。馴染みの関係や今までしてきた事(趣味、楽しみ、生活習慣等)を継続しながら、その人らしく暮らせる支援に取り組んでいる。法人理念は系列グループホームが集まり、全職員が参加する学習会を通じて周知されている。日々の支援が法人理念(MIND)やホーム理念に沿ったものとなっているかを毎月のミーティングにて全職員が意見を出し合い振り返っている。	
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	地域や町内の方に流しそうめんや報恩講、年末の餅つきなど事業所の行事に気軽に来て頂けられるよう、回覧板を利用しお知らせしている。利用者、スタッフ共に町の祭りや行事に参加したり、買い物に出かけた時、獲れた野菜や苗をいただいたり地域の方との協力でよい関係を築いている。又、避難訓練には町内の方にも参加していただき、緊急時には地域の方が駆けつけていただける関係も出ている。	地域の行事やいきいきサロン活動に参加している。ホーム便りや行事案内(法話、報恩講、餅つき等)を地域の回覧板を活用して参加を募っている。また野菜の差し入れやホームへの協力(苗をいただいたの畑作り、行事手伝い等)も得られている。地区の自衛消防団に加入しており、日頃の会合や訓練に参加している。またホームの避難訓練にも地域住民の参加があり協力関係を構築している。隣接する地域交流室や喫茶サロンを地域住民に利用してもらい日常的に交流している。	
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	毎年の流しそうめんや報恩講、餅つきなどの行事を地域の方に呼びかけ利用者との交流の機会を作っている。また、職員がキャラバンメイトとして「認知症サポーター養成講座」に出向き、地域の方々に認知症の人に対する理解や支援の方法を伝えている。		
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1回/2カ月利用者、ご家族、行政職員、地域住民の代表など様々な立場の方が毎回6~8名程度の参加があり、活動報告、評価、要望、助言を受ける機会を設けている。活動報告のほか、各行事への参加呼びかけ、事故報告、外部評価の結果や目標達成計画の取り組みなど、しやくなげの理解や課題、質の向上につながる意見や助言を積み上げている。会議の案内は、毎回ご家族に会議録と取り組み状況を送付し、参加できないご家族にも理解を得られるようにしている。	運営推進会議は2ヶ月毎に家族、地域住民、民生委員、行政担当者が参加し定期開催されている。ホームの活動報告や利用者の暮らしぶりをスライドショーを用いてわかりやすく紹介している。会議とホーム行事(防災訓練、報恩講など)を合わせて開催することで幅広い関係人の会議への参加を促している。地域の福祉ニーズ・情報、運営上の意見・提案等がありサービスの質の向上に活かしている。とりまとめた議事録はご家族へ送付し内容を伝えている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	行政主催の研修会、地域密着型事業者連絡会、キャラバンメイト連絡会など事業所として参加し、課題や取り組みを伝えている。また、1回/2カ月の運営推進会議には、市役所職員に構成員として参加して頂き、現場の実情や入居者の暮らしぶりを見て頂いている。ひやりはと報告・事故報告で職員へのアドバイスをいただいたり、個別のかかわりについての意見交換ができています。	行政担当者とは行政主催の研修会への参加、運営推進会議や地域密着型事業者連絡会を通じて、日頃より意見交換・情報交換を重ねて連携・協力体制を構築している。キャラバンメイト活動として、婦人会での認知症講習会の開催や小中学生の高齢者ケア体験学習会への講師派遣なども積極的に協力しており、行政と共に認知症になっても安心して暮らせる町づくりに取り組んでいる。	
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	いかなる場合においても身体拘束、行動制限は一切行わない事が法人全体の方針となっている。日中は施錠は行わずいつでも出かけられるようにしている。夜間は防災対策のため施錠を行うが早すぎる時間の施錠は行っていない。学習会やミーティング・日々の申し送りなどで言葉による拘束など、何が身体拘束や行動制限になるのかを確認している。	職員は毎年、身体拘束廃止に関する法人内研修・外部研修の受講を通じて基礎を学び意識を高めている。言葉による行動制限がないよう利用者個々の性格を考慮しながら本人が納得できる声かけ方法を工夫している。日々のケアが身体拘束や行動制限となっていないか職員間で確認し合い、身体拘束しないケアに取り組んでいる。夜間以外は玄関を施錠せずに職員の見守りや付き添いのもと利用者は自由に入出入りしている。	
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	学習会では目に見えるものだけではなく言葉によるものなど、どんなことが身体拘束や行動制限、虐待になるのかを学ぶ機会がある。常に利用者の言動、非言動に注目し、職員の何気ない行いの中に虐待・拘束には至らなくとも、要素が潜んでいるか意識を持ち、相互に指摘し合える関係をもつようにしている。		

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
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	権利擁護とは利用者一人ひとりが“自分らしく生きていく力を高めること”を支援する技術や方法であり、制度だけでなく、職員の意識やかかわりそのものが利用者の権利を擁護することにも阻害することにもつながり得ることを職員全員が学習会などで学ぶ機会を持ち理解するようにしている。ご本人に必要な支援が必要な形で保証されているか振り返りを行っている。		
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	入居前にはご本人とご家族に見学に来ていただき、理念を含めた説明を行っている。ご希望により食事や入浴、泊まりを体験して頂き、ご本人とご家族が納得していただいた上で契約を結んでいる。契約の際には、重要事項説明書、契約書を分かりやすく説明して同意を得ている。退居についてもご家族、たきの里相談員との話し合いを踏まえ、理解、納得を得た上で解約としている。		
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	苦情受付箱の設置や外部への相談窓口を掲示しており、契約時にも説明を行っている。運営推進会議で意見を述べてもらう機会を設けたり、家族の面会時や日常生活の中で要望やこだわりなど意見を伝えやすい関係づくりを心掛けている。またその意見・要望をミーティングや申し送りや他スタッフと共有し日常生活の中に反映させている。	利用者が意見・要望を気軽に表せるよう普段から個々の要望等には出来るだけ即応し信頼関係構築に取り組んでおり、利用者が安心・納得できるよう関わっている。家族とは2ヶ月に1回のホーム便り・運営推進会議の議事録の送付(電話でのフォロー説明)、来訪時は近況を話し合う機会をとらえ積極的にコミュニケーションを図っている。得られた意見や要望は情報集約し申し送りやミーティングで対応を検討して運営に反映させている。	
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	普段からミーティングや申し送りなどで職員の意見や提案を言える機会がある。当日ミーティングに参加できない職員には事前に意見や提案を書いてもらい会議の中で協議している。意見の少ない職員も、日頃の中でさりげなく言葉がけを心がけている。定期的な個別面談を行い、職員の気づきやアイデアを大切に、質の向上につながるように反映している。	毎日の申し送りや毎月のミーティングにて職員の意見・提案を聞く機会を設けている。また職員個々の性格を考慮し意見を引き出せるよう日常会話の中から意見・提案を汲み取っている。職員からの意見・提案はサービスの質の向上に活かせるよう肯定的に受け止め、意見があれば助言するなど全職員で取り組んでいる。また半年毎に個人面談を実施して、日頃話しにくい事柄(職員の生活環境等)を聞く機会を設けている。	
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	管理者は日々の運営状況、職員の勤務状況などを運営者に報告し、職員の取り組みの成果を評価している。又、運営者による定期的個人面談を行い、職員への的確なアドバイスや評価により、向上心ややりがいにつながっている。		
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	新採時研修や法人内の学習会、県・市主催の研修やGH協会主催の研修など経験に応じての各種研修を受けている。研修での学びや理解が全職員に周知できるよう、ミーティングや法人内学習会で研修報告をしている。		
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	市の事業者連絡会・講演会等に参加し交流や意見交換を行っている。グループ内のグループホーム合同で定期的に勉強会を開催したり、管理者は毎月ホーム長会議を行い質の向上やケアの振り返りを行っている。交流の中で悩みを相談したり知恵を出し合ったり、工夫しネットワーク作りや質の向上につながっている。		

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	入居される前に、ご本人やご家族に見学することを勧めし、しゃくなげの雰囲気を感じてもらっている。また、他の入居者と関わりがもてるように紹介したり、和やかで家庭的な雰囲気を作り、ご本人が安心して過ごせるように努めている。見学に来れない方にはこちらから出向きは顔を合わせ本人の思いを聞く機会を設けている。		
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	前利用サービス事業所から情報を得たり、家族のこれまでのご苦労や悩みを知り、これからの不安なこと、ご本人に対する想い、暮らしでのこだわりをしっかりと伺い、これからの暮らしに安心感を持っていただけるように、ゆったりとした雰囲気と接す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	ケアマネや地域包括支援センターと連携し、事前面接や訪問の際、本人の心身の状況を把握していくと同時に、ご家族の状況、想いやこだわり等を伺いながら意向を確認している。必要に応じて見学や食事、入浴、お泊りも含め、しゃくなげの雰囲気を体験して頂きご本人の思いを優先とする支援を見極めている。		
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	毎日の生活の中で一緒に家事をしながら、昔からの習わしや季節のお料理を教わったり、畑仕事を教わることも多い。昔の苦労話や家族・地域の話を聞いたり、職員の話を聞いてもらったりしている。職員は暮らしを共にするパートナーとして、お互いに支え合う気持ちで接している。		
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	ご家族が面会に来られた時や、電話で様子をお伝えする時に、ご本人の困っている事を相談し、取り組みの提案をしている。職員で解決するのではなく、ご家族の力をお借りして外出や外泊、受診等ご家族と共に過ごせるよう働きかけ、ご本人の暮らしを共に支えていけるよう関係を築いている。		
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	その方のこれまでに培ってきた地域との関係を把握し、これまでの行きつけの美容院、馴染みのスーパーや祭りなど地域に出掛ける支援をし懐かしい友人や知り合いに会えるような機会を設けている。お店の人から声をかけてもらったり会話する場面もある。	日頃の関わりから利用者個々の馴染みの入・場所に関する情報を収集し支援マップに集約している。友人・知人の来訪や自宅や友人宅への訪問を支援している。また行きつけの場所(商店・美容院・地域サロン・総湯・地元のお祭り等)への外出支援により馴染みの関係が継続できるよう取り組んでいる。個別に作成した年賀状の家族への送付や、家族との外出・外泊や電話、ホーム行事への参加、病院受診など家族との関わりが多くなるよう支援している。	
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	気の合う合わないの利用者同士の関係を職員は把握し、座る位置等に配慮し、お茶やお菓子を分け合うなど助け合っている場面を見守っている。気分転換に一緒にドライブに出かけたり天気の良い日には玄関先で一緒に日光浴をする機会を作ったりしている。利用者同士でお風呂を誘い合う姿もあり一緒に入浴でき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
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	利用者が退去された後も面会に出掛けたり他場所で顔を合わせた際、近況をお聞きしたり会話できる関係ができています。また、しゃくなげで生活されていた時に希望されていた事を他事業所にも情報として提供しています。		
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	本人の希望があれば、その場でどうすれば叶えることができるか職員間で話し合い、想いに添えるよう支援している。本人からの希望が少ない方には、職員から声をかけたり、思いを汲み取れるよう職員間で話し合い、その方の馴染みのある場所等に出向いている。普段からその人の視点に立って、どこへ行きたいか、何をしたいか、そして誰に会いたいかを話し合うようにしている。	利用者個々の希望・意向を引き出せるよう利用者に寄り添う関わりを大切にしている。利用者が発する日常会話・表情・仕草をそのまま記録・情報共有して職員間でその真意を考察している。毎朝、利用者と今日一日をどう過ごしたいかを相談している。また職員間でどうすれば利用者のその思い(行きたい場所、したい事、会いたい人等)を叶えられるかを話し合いながら明日に繋がる支援に取り組んでいる。	記録としてより具体的な事象(言葉・表情、反応のよかつた内容等)を残すことでより利用者の思い・意向の具体的な把握に繋がることに期待する。
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	本人のこれまでの暮らしぶりや馴染みの事など、本人・ご家族はもちろん、昔からの知人や親戚の方など面会時に話をうかがったり、前担当ケアマネや前事業所に情報の提供を求めて、センター方式に記入し職員間で共有できるようにしている。		
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	一人ひとり今日一日どう過ごすか、利用者と一緒にお茶を飲みながら話し合っている。常に本人が何をしたいのか、本人の思いや意向を考慮した暮らしを提案できるように日中の過ごし方や言動や思い、表情など申し送りで報告・相談する。その日の状況は夜勤への申し送りで共有し、明日へと繋ぐようにしている。		
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	本人がよりよく暮らしていけるプランとなるように、日常の本人の行動から思いを汲み取ったり、会話の内容をそのまま記録に残すことで他職員の共有ができ、家族の面会時に日頃の様子を伝えることができる。その上で本人や家族に希望や意見などを伺い、その時に即した介護計画を作成している。	情報を集約したセンター方式のアセスメントを基に、各担当職員がライフサポートプランの素案を作成している。利用者・家族との話し合い、カンファレンスでの職員間での検討を経て、本人の「やりたい事」「楽しいこと」を具体的に明示した介護計画を作成している。基本的に3か月に1回、プランに沿ったケアに対する反応や利用者の思いの変化を介護記録に取りまとめモニタリングを行い、職員の気づきを活かしながら計画の見直しを行っている。	
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	個別記録、センター方式には本人の思いやこだわりなど、本人の言葉で記入し、本人だけでなく家族の意見・要望、介護者の気づきや考察、地域などの資源について意識し把握できるようにしている。本人や家族の意向や要望、その他の状況の変化に応じサービス担当者会議を行い介護計画の見直しができるようにしている。		
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	受診は家族付き添いが基本であるが家族の都合により付き添えない場合や緊急の場合には職員が同行したり、入院中のお見舞いをしたり、親族に会いに送迎をしたりしている。居室で一人で眠ることが寂しい方には家族了解の上、リビング横間で就寝し職員と一緒に過ごすことが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
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	これまでの馴染みの美容院と一緒に出掛け、本人と店員さんだけで過ごす時間があったり、地域の祭りや店に出かけ地域の方とのかわりの機会を作り支援している。また毎月法話に参加したり地域のお寺の報恩講に参加することでお経を唱える習慣を継続することが出来る。		
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	入所前からのかかりつけ医との関係を大事にし、入所後にも継続して診てもらっている。疾患に応じて他病院を受診する際は、本人・家族の希望と合わせかかりつけ医に報告し、診療情報提供書を書いて頂き適切な医療を受けられるよう支援している。また、本人と家族で受診する際には、家族に状態を詳しくお伝えしこれからの医療方針についても共に考えていただく機会としている。往診可能な町の医療機関とも連携している。	利用者・家族の希望に応じて従来のかかりつけ医への継続受診、またはホーム提携医による訪問診療による受診を支援している。受診は家族同行を基本としており、状況に応じて送迎・職員同行・医師との直接連携等を支援している。グループ内の病院をかかりつけ医(認知症専門医)とする利用者も多く、普段より密接に連携している。また夜間なども柔軟に相談出来る体制もあり、適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	2回/週で訪問看護の看護師の訪問時には些細なことでも報告・相談することで着目していくべき点などアドバイスを受けたり受診に繋げたりしている。24時間のオンコール体制で夜間の指示をもらったり、常に利用者の医療的な支援を行っている。		
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。	入院中はこまめにお見舞いに行き関係の継続を図るとともに病院看護師に経過を伺い事業所ではどのように過ごしていたか伝えている。早期退院に向けて家族を交えた病院との調整を行い、しゃくなげでできないことを話し合い、退院した後の本人の負担軽減の支援ができるようにしている。		
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、事業所の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	契約時に医療連携体制の指針の説明をし同意を得ている。「重度化した場合における対応に係る指針」に基づき、ターミナルが必要となった場合は、ご家族、主治医、看護師、職員、24時間往診できる医療機関との連携を図りチームとなって取り組んでいけるようにしている。急変時には延命処置を望むかなど、必要に応じて本人・家族に意向をうかがう機会を設けている。	利用開始前にホームの方針を説明し、利用者・家族の要望に沿った重度化・終末期支援に取り組んでいる。摂食障害など重度化が進んだ時に関係者間(かかりつけ医、看護職、家族等)で話し合い、ホームとして出来る事・出来ない事を明確にして説明し、家族の意向を随時確認しながらターミナルケアに取り組んでいる。医療行為の必要性や家族の意向の変化に柔軟に対応し、病院や併設特養等への移行支援体制も整備している。支援後には職員間で事例検討し今後のケア取り組みに活かしている。	
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	急変時の応急手当や救命救急の対応は毎年、消防署員より学習会で講習を受けている。ミーティングではマニュアルをもとに全職員で確認を行い、緊急時に冷静に初期対応できるか日頃から意識している。		
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	ミーティングで緊急時対応マニュアルの周知をしている。利用者名簿一覧には主治医・緊急連絡先・生年月日・年齢が記載されており傷病者情報票と同ファイルに綴り電話台帳に備えてある。傷病者情報票には基礎疾患・薬情報が記載されており救急搬送時に使用することとなっている。緊急事態や事故が発生した場合は速やかに家族、運営者、市に報告し全体ミーティングで職員全体で状況確認、事故報告書を提出し再発防止に努めている。	状況別の緊急時対応マニュアルを整備しており、利用者個々の身体状況を把握している。年間の学習計画や消防職員による応急手当講習(心肺蘇生、AED使用方法、窒息時対応)を継続受講し職員はスキルアップを図っている。また、事故報告・ヒヤリハット事例を毎月のミーティングにて具体的に話し合っている。緊急連絡網・緊急搬送時の手順、緊急搬送時の情報提供のための個人別カード(生年月日、内服薬情報等)を整備している。行方不明時の地域協力も確保している。	

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	
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	併設特養とは日頃から相談員に事業所の相談や入居者の入退居援助相談を受けたり、行事などで行き来し、協力や連携をとっている。また、協力医療機関とも常に相談や支援できる体制が整っている。	グループ法人の病院や提携クリニック・歯科医、市民病院による医療支援体制が確保されている。母体の併設特別養護老人ホームによる様々なバックアップ体制(相談、研修、行事、緊急時・災害発生時対応など)も確保されている。		
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	利用者状況は日勤者が夜勤者に申し送りするようにしている。緊急時には、マニュアルを参照しその場に応じた対応をすることとなっている。看護師のオンコール体制がとられており、職員は緊急連絡網で24時間召集される体制をとっている。	夜間は夜勤者1名(1ユニット)の勤務体制となっている。その日の利用者状況を日勤者から夜勤者に申し送りし、利用者の状態変化に備えている。緊急時は緊急連絡網による管理者への相談体制と近隣在住職員の応援体制が整備されている。また緊急性が高い場合は、併設特養の夜勤者・宿直者による応援体制、看護職員(訪問看護)によるオンコール相談体制も確保している。		
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	災害や非常時のマニュアルを作成し保管場所を決めて備えてある。消防の立会いのもと2回/年夜間想定火災避難訓練を行い、町内の方にも参加して頂き入居者の避難後の見守りの協力をしていただいている。土砂災害や地震の避難訓練も事業所で訓練を行ない、課題について地域の方々とも共有できるよう運営推進会議を通して働きかけている。	消防立ち合いのもと火災・地震(夜間想定)の避難訓練を年2回併設特養と同日に独自に実施している。また法人全体で土砂災害を想定した避難訓練を実施している。実際に土砂災害警報を受け、法人グループ施設へ避難移動し、この経験・反省点を活かしてマニュアルを見直している(避難経路、所要時間、持ち出しリスト等)。		
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	災害時、外への避難がスムーズに出来るように避難誘導表がある。また、併設事業所へ避難する体制や非常食、飲料水等の協力体制が出来ている。併設特養では非常食や飲料水等の3日分の確保を整備している。降雪時には地域の方が大型除雪機で玄関から大通りまでの道や駐車場の除雪を協力していただき、避難経路の確保ができています。	各災害(火災・地震・土砂災害等)への対応マニュアルを策定している。地域とは運営推進会議を通じて災害発生時における協力体制(避難後の見守り等)が構築されており、緊急連絡網には地域住民も登録されている。食料・飲料水等の備蓄品はホーム独自の保管分のほか併設特養とも連携して確保している。備蓄品の内容(防災頭巾の追加準備など)とともに賞味期限・使用期限も定期的に点検している。また避難先である法人グループ施設にも備蓄品(非常食・衣類等)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	一人ひとりを敬う気持ちを大切に職員の言葉遣いや、対応を確認している。トイレへの声かけも周りに気づかれないよう案内たり声のトーンに気をつけプライドを気づけないように配慮している。個人記録については、放置せず所定の場所に保管するなどプライバシーについて職員に厳守している。	研修会(年間計画あり)を通じて法人理念にある4つの原則(利用者のベースに合わせる、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)を基に、基本的な言葉使い・接遇を全職員が学ぶ機会を設けている。利用者の呼称(希望する呼称含む)への配慮、トイレ誘導時の声掛け方法、入浴介助時の同性介助、申し送り・ミーティング時の場所やタイミングへの配慮など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	食事のメニューや衣類の選択、買い物など、一人ひとりの状態に合わせて本人が希望を言えたり、どちらがいいか選べる場面を作り働きかけている。言葉で伝えにくい方にも、本当の思いを言えたり伝えているか遠慮がないか?常に職員は表情や仕草・態度によって思いを汲み取り、心配りをしている。			
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	朝起きる時間や寝る時間も、一人ひとりのベースに合わせている。朝食にパンを食べたい方は別メニューにしたり、その日したいことや気になっていることを優先に考え、どう過ごすか本人と相談しながら実践している。申し送りの日、その日を振り返った過ごし方だけでなく、何かをしたいと思った背景やこだわりを大切に、その事が日々の暮らしに繋がっていくよう意識して、翌日に繋げているようにしている。			

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	髪型や服装などご本人の好みやこだわりを大切にしている。行きつけの美容院を利用したり、毎日の服選びや身だしなみの支援、お出かけする際には自分の好みの洋服を選んで頂いている。これまで同様に好みの化粧品を使い、ご本人が鏡に向かって出来るようにしている。		
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	食事の準備から片付けまで、それぞれが出来ること(野菜の皮むき、切る、炒める、茶わん洗い、すすぎ、拭き等)をお手伝いいただいている。職員も一緒にテーブルにつき、ゆっくり会話しながら食事をしている。ふりかけなど好みのものの提供をして一人ひとりの食べる楽しみを支援している。	毎日、利用者と食べたい物を相談しながらその日の献立を決めている。近所からのおすそ分けやホーム畑で採れた野菜も季節の食材として用いている。買い物、調理、後片付けも利用者の出来る事・やりたい事を活かして職員と一緒にやっている。家族との外食や個別外食(回転寿司、道の駅等)、お弁当を買っての外での食事等も食事が楽しみとなるよう支援している。季節に応じた柿の葉寿司・おはぎ作り等は、利用者の経験を活かして利用者から作り方・味付け等をアドバイスしてもらい職員と一緒に楽しんでいる。	
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	これまでの食事時間や嗜好、好みの味付けなど本人・家族にうかがい、アセスメントしている。水分摂取量の少ない方には好みの飲み物を勧めたりムセのある方にはトミ付で提供している。うまく噛めない方には細かく刻んだり、別のメニューを用意する、量の配慮をする等工夫をしている。食事内容も偏りのないよう記録に残し、乳製品や食物繊維を含む食材を使用し、バランスの良い食事を心がけている。		
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	毎食後のうがいや、就寝前に一人ひとりの状況に応じて口腔ケアの支援をしている。義歯の方は夜お預かりして定期的に洗浄剤に漬けて清潔の保持に努めている。虫歯や義歯調整などが必要時、歯科への受診も支援している。希望者には協力機関の歯科医の往診で口腔ケアを受けることが出来るように支援している。		
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	オムツに頼らず、できる限りトイレで排泄できるよう排泄パターンを申し送り用紙に記録し職員間で共有できるようにしている。仕草などサインも把握し、適時トイレにお誘いしている。失敗しても大丈夫ですよ、とやさしく接し、お風呂へお誘いするなど不快感や不安のないよう心掛けている。	全利用者について排泄チェック表を用いて個々の排泄パターン(排泄間隔、排泄サイン等)を把握している。利用者の必要に応じて声掛け誘導やパッド等の活用により身体状況に合わせて出来るだけ無理のないようにトイレで気持ちよく排泄できるよう支援している。職員は利用者の意欲向上に繋がるように「トイレで排泄できた事」を共に喜びあっている。夜間は利用者のその日の睡眠状況や体調面を考慮して、必要に応じた声かけ誘導やポータブルトイレ等の活用を支援している。	
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	排便日を申し送り紙・三則表に記録し、職員がすぐに把握できるようにしている。下剤に頼らず、食事も偏りのないよう乳製品や食物繊維を多く含む食材を使用したり、オリゴ糖入りの牛乳やコーヒーを飲んでいただいている。便秘の解消に散歩などにお誘いし、身体を動かしていただくようにしている。		
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	お風呂は毎日沸かし、一人ひとりの希望やこれまでの習慣に合わせている。一人は寂しいという方へは仲のいい方を一緒に誘うなど一緒に入ることが出来る支援を行っている。入浴を拒む方へ誘い方の工夫や、気分良く入れるよう浴室、脱衣場の室温にも配慮したり入浴剤や菖蒲、柚子湯など季節に合った入浴を楽しめるようにしている。	利用者毎の生活習慣(毎日入りたい、朝に/夕方に等)にあわせて最低週2回の入浴を支援している。併設特養の大浴場も利用可能で、外湯(総湯)・足湯を楽しむ支援もしている。好みの入浴用品(シャンプー・石鹸等)の使用や、入浴剤の使用、季節の変わり湯(ゆず湯・菖蒲湯等)など入浴が楽しめるよう工夫している。入浴を拒む場合は無理強いせず声掛けする職員や時間帯・曜日を変えることで気持ちよく入浴できるよう支援している。希望があれば他の良い利用者同様に、一緒に入浴できるように支援している。	

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	日中に、眠そうな方には居室にて横になって休むことを勧めたり、ソファなどに移り一日をゆっくりと過ごせるように心がけている。夜眠れない方へも原因や背景を職員間で話し合い、日中の活動を増やしたり過ごし方や就寝前の過ごし方もその方に合わせ、心地よく眠れるよう、寝具、室温にも配慮している。		
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	一人ひとり服薬内容の説明書をファイルしてあり、いつでもすぐ見られるようにしている。服薬の変更があればご家族にもお伝えし、看護記録や申し送り紙に記載して情報を共有している。服薬セットから与薬まで何重にもチェックをする体制になっている。又、状態に変化があれば、すぐに看護師・医師に報告・相談している。		
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	一人ひとりのこれまでの習慣や得意なことを本人や家族から聞き考慮し、調理の下ごしらえや野菜の皮むき、洗濯や縫物、計算問題等、その方ができることを見極め、楽しくできるよう支援したりドライブや、買い物に行って気分転換したりしている。		
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	毎日の生活の中での買い物や、天気の良い日の散歩など、利用者からの希望に添って出かけているが希望を待つだけではなく職員から提案したりして、普段行けない場所にドライブに出掛けたり外食したり支援している。家族との外出時に車椅子を貸し出すこともしている。	その日の天候や利用者の希望に応じて、買い物、散歩、日向ぼっこ、ドライブ、畑作業・収穫等、日常的に個別・少人数での外出を支援している。また地元町の祭り見学や敬老会、地域交流室での喫茶利用も支援している。利用者本人の馴染みの場所（自宅付近、図書館、総湯等）への外出や、新聞やテレビを見た場所・普段は行けない場所（桜花見、鯉のぼり、紅葉ドライブ、花火大会、足湯等）への外出も支援している。また家族との外食・外泊もあり、外出が利用者の楽しみとなっている。	
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	いつもの近所のスーパーと一緒に買い物に行き、財布から支払いをしてもらい、お釣りも確かめる場面をつくるようにしている。たきの里事務所との連携を図り通帳残高の定期的な確認をおこなったり、預金払戻請求書を本人と一緒に記入し使用目的を本人と一緒に確認している。		
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	電話を掛けたり、受けたりするお手伝いをして、ゆっくり話せるようにしている。家に電話したいと言われる方には、かけたい時にいつでも電話できるよう事前に家族に了解を得ている。毎年、家族には本人の写真入り年賀状を送ったり家族や知人からも届いている。		
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	共有空間には家庭的でさり気ない絵や写真を飾ってある。季節を感じるように玄関先には季節に応じた鉢植えを置いたりリビングには花を活けたりしている。玄関には季節ごとの暮らしぶりが写真で掲示してある。夏場には居室外によしずを立て、日差しを調整している。	共用空間の飾りつけは必要最小限としており、家庭的で自分の住まいだと感じてもらえるよう工夫している。また職員がバタバタせず利用者たちが落ち着ける雰囲気作りに取り組んでいる。リビングにはテレビが2台あり、他の利用者の移動が気にならないように動線に配慮して設置されている。ふすま・障子のある畳の間は洗濯物をたたんだり、利用者が気軽に横になれる場所となっている。縁側や中庭もあり、日向ぼっこやバーベキュー、プランターで栽培されている季節の花を楽しむ場所として活用している。ホーム玄関先は山の風景が広がっており、ベンチに座りながら四季の移り変わりを感じることができる環境となっている。	

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
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	リビングのテレビは2か所に設置し皆さんが見えやすいようにしている。テーブルの椅子とは別にソファを置き、一人で過ごしたり馴染みの方向士並んで座りゆっくり過ごせるようにしている。テレビが居間や居室(本人持)に設置しており、好きな番組を見て過ごせるようにしてある。畳間やテーブル、ソファ、居室、どこでも過ごせるようにしている。		
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	今までの使い慣れたやタンスや電化製品、仏壇など、好みや生活スタイルに合わせて持ってきていただいている。本人の好みやニーズを家族、本人と相談し、思い出の写真や人形など居心地のいい居室作りをしている。ベッドや戸の位置も自宅と同じ方向になるように工夫している。	利用者本人が安心して居心地よく生活が送れるよう、これまで自宅で使用していた馴染みの物(テレビ、電気スタンド、コタツ、珈琲ポット、毛布等)や安心できる物(家族写真、趣味の物、本・雑誌等)を自由に持ち込んでもらい居室作りを支援している。仏壇の持ち込み時は毎日のお仏飯のお供えも支援している。また利用者の身体状況に応じた簡易手すりの活用や、生活習慣(ベッドの向き等)に合わせた家具の配置について安全性に配慮して支援している。	
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	居室内に簡易手すりを設置したり、掴まって歩けるように家具の配置に配慮し転倒防止をしている。夜間でも不安なく歩けるようトイレや廊下の電燈をつけ「トイレ」「浴室」と表示し迷わず行けるようにしている。台所が高く使いづらい方にはワゴンやテーブルで一緒に調理できるよう配慮している。		