

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	「私たちはあなたのありのままを認め、これまでの生活を大切に、これからもあなたらしい生活が続けられるよう支えます」を理念とし玄関に掲げてある。理念について系列のグループホーム全体の勉強会で学習する機会がある。ホーム内でも理念について毎月のスタッフ会議で振り返り、日頃のケアの振り返りの機会	ホーム理念は職員・利用者・家族の目につきやすいように玄関に掲示している。系列のグループホームが集まる勉強会で学ぶ機会がある。また職員は理念を記載した携行カードを常日頃携帯し支援に携わっている。理念と共に行動指針である4つの原則(ペースを合わせる、やさしく触れ合う、ダメと言わない、同じ目の高さで接する)を策定しており、毎月のスタッフ会議で確認している。	
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人として日常的に交流している	地区や町内の行事に参加している(文化祭、町内会総会など)。町内会に入っているので回覧板をまわしたり、ごみ収集所の掃除当番をするなど協力している。近所のスーパーや美容院を利用し、なじみの関係を築いている。また、毎月のお便りを地区会館や小学校、保育所に配布し、町内の回覧板で紹介してもらい、ホームの様子を発信している。	町会の一人として清掃活動・総会出席・防災訓練・文化祭への参加等、日常的に交流している。ホーム便りを町内回覧板にのせ、また地区会館への掲示、保育所へも配布しており、ホームの近況・行事(お花祭り、流しそうめん等)を地域へ発信している。保育所での行事(夏祭り、運動会等)に利用者も役割(園児への景品渡し等)をもらい参加しており利用者の楽しみな交流機会となっている。散歩している利用者を近所の方がホームまで連れてきてくれる等、日常的な協力関係が深耕している。	
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	介護110番の事業所として相談を受ける体制を作っており、キャラバンメイトとしても活動している。地域の小学校の総合学習の授業の場を通して認知症への理解を深める活動を行っている。		
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	会議ではホームの活動状況を報告し理解を深めながら、その時々議題について意見をいただいている。また事業所として解決できない事も力を借りて協力しあえる機会としている。ご家族には面会時やお便りを通して参加の声かけをしている。	運営推進会議は2ヶ月毎に定期開催されている。会議には家族、地域住民、民生委員、公民館長、行政担当者、駐在所員、隣接事業所長、系列法人統括管理者が参加している。ホームの近況報告・行事報告やヒヤリハット事例等の議題について意見をもとめて話し合っており、そこでの意見・アドバイスをサービスの質の向上に活かしている。また会議録を全家族に送付して会議内容を家族にフィードバックしている。	
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	運営推進会議を通して連絡や相談体制ができており、加賀市の取り組み「認知症ケアパス」についての報告の場を提供した。市主催の地域密着型事業所連絡会にも事業所として積極的に参加している。	市担当者とは運営推進会議への出席の他にも、市主催の地域密着型事業所連絡会(意見交換、勉強会、事例研究等)や研修会への参加を通じて日頃の事業所の実情を伝え協力関係を築いている。また、キャラバンメイト活動(講師派遣等)、家族介護支援事業への取り組みにより市との連携体制で地域への認知症理解の啓蒙活動を推進している。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関の施設は夜間のみ防犯のため行っている。身体拘束については毎年法人での権利擁護として学習会があり、全スタッフが参加している。日常の関わりの中で、身体拘束について職員同士で考え共有し合っており、毎月の会議で	全職員が法人の研修会や外部研修を受講しており、名札ケースに身体拘束に関わる4つの原則を携帯して身体拘束への正しい理解の周知と意識付けを図っている。言葉による行動制限について毎月のスタッフ会議にて職員同士で話し合い該当事例がないか確認している。外出傾向の利用者には日頃より地域の協力もあり見守り・付き添い外出に取り組んでいる。	
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逃ごされることがないように注意を払い、防止	毎年必ず法人内で学習会があり、全職員が参加している。また県や市への研修にも出来る限り参加し意識を高めるようにしている。		

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
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	権利擁護についての学習会がある。制度の利用を希望される利用者様については、加賀市及び社会福祉協議会と連携し、対応するようにしている。		
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	重要事項説明書に基づき説明している。時間をかけて説明し、納得していただいている。重要事項変更の都度、利用者様及びご家族に説明し、同意を得ている。		
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	面会の時や電話、メールなどで普段から連絡をとり日頃の様子を伝え要望や意見がないか伺っている。また何でも言える関係を作るよう努めており、要望や意見はスタッフ間で話し合い、利用者に反映している。また年に1回満足度アンケートをご家族、利用者様に向け実施している。	利用者とは日頃の関わりから何でも要望を言える信頼関係作りに取り組んでいる。利用者の要望について対応できない場合は本人の納得がいくよう理由を説明している。家族とは来訪、電話、メール、プラン説明時、受診時の機会をとらえて意見・要望を聞いている。また毎年の利用者・家族それぞれへの満足度調査を実施しており、結果は全家族にフィードバックしている。法人の家族会もあり系列の他ホームの家族の意見を聞く機会もある	
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	日常の申し送りや毎月のスタッフ会議で話し合う機会をもっている。気づいた事や提案はその場で話し合ったり、申し送りノートに記入し、質の向上に努めている。	職員の意見や提案は、日常的な意見交換や申し送り、スタッフ会議の中で聞いている。また年2回、管理者との個人面談があり目標設定や日頃の悩み・希望・生活環境等を話す機会を設けている。毎月の行事計画は、その時の担当職員が中心となり全職員が一丸となって取り組むことでチームケアの結束力強化に繋がっている。	
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	年に2回管理者と職員との個人面談を行っている。個人の状況を把握すると共に評価も行っている。また管理者に対して職員が何でも言い合える環境、関係作りに努めている。		
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	個々の経験などを元に外部の研修に参加している(初任者研修や実践者研修など)。参加後は研修報告書を提出し、スタッフ全員が閲覧できるようになっている。		

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
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	他のグループホームや地域密着型サービス事業所連絡会の研修会に参加し学習すると共に、他事業所の方との交流を図っている。またキャラバンメイト活動を通して周辺地域の他介護事業所との交流、ネットワーク作りを大切にしている。		
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	入居時は特に気を配り、思いや要望を聞いており、初回のケアプランは短期間で作成、モニタリングを行っている。 入居後もきちんとお話を聞き、不安が解消されるよう努めている。		
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	見学にはいつでも応じている。困りごとや生活に対する意向などを確認し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、会話の機会を増やし、思いや要望を聞く姿勢を持つよう努めている。		
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	ご本人とご家族から話を聞き、困っている事は何か、どんなサービスが必要なのかをケアマネージャーや相談員とも相談しながら見極めている。		
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	同じ目線に立ち、日常の中でコミュニケーションを多く持つことに努め職員の思いが押し付けにならないようご本人の意思を大切にしている。日常生活の場面でもご本人の能力を活かすようアプローチする。利用者様の言葉をよく聞き、感謝と敬いの気持ちを持ちながら支援している。		
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	ご家族も一緒に支援するチームの一員であり細かな情報を伝え、意向や思いを確認している。 病院への受診や外出の際も協力していただき、ご本人との関係を大切にしている。日頃か		
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	ご本人の希望に添って行きつけの理容店やなじみのスーパーなど地域に出掛ける支援をしている。 知人や親戚が面会に来た際はゆっくりと自室などで過ごしていただけるよう配慮している。	継続的なアセスメントや利用者との日常会話・外出時での気づきを基に利用者の馴染みの人・場所(自宅、友人宅、行きつけの美容室、うどん屋等)の情報をとりまとめて支援マップを作成している。友人の来訪、家族との電話・手紙・年賀状・外出等、利用者の要望を家族に伝えて協力を得て馴染みの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	気の合う方同士で座っていただくようにしたり、場所にこだわりのある方が周囲と衝突しないように配慮している。耳の遠い方にも職員が間に入ってコミュニケーションをとっている。		

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
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伺ったり、病院からのケアの相談にのるなどのサポートを行い、これまでの関係性の継続を図るように努めている。状況を把握しながら本人や家族の相談や支援に努めている。		
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	センター方式を用いてアセスメントを行っている。またカンファレンスシートにも考察の欄を設け再アセスメントをしっかりと行っている。日々の生活の中で、利用者との会話や表情から思いをくみ取るよう努力し、職員全体で共有を図り、支援に活かせるよう努めている。	職員は常に利用者の思いや意向を把握しようとする意識のもと、日常会話においても職員からの声掛けや具体的な事柄の話題で会話するよう取り組んでいる。寝たきりの利用者や介護度が高く会話が困難な利用者とは長年の暮らしぶりや気心を知る職員がその思いを汲み取れるよう支援している。得られた情報・気づきを基にカンファレンスシート(考察欄)を活用して利用者の思い・意向を検討している。	利用者の思い・意向により関心を持ち、利用者の発した言葉や行動について、より具体的な記録を残し、その思い・意向を検討する取組に期待する。
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	ご本人とご家族、外出時や面会時の友人や、ご本人に関わりのあるケアマネージャー、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などを用い把握に努めている。		
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	センター方式を利用して、日々の生活の中で関わりを深めながら、ご本人を理解するよう努めている。また日々の記録の際に本人の言葉を記載するなどの工夫を行っている。		
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	ご本人、ご家族にはケアプランを作成する際、意見や意向を確認しながらプランに活かしている。また状態が著しく変化した場合など、プランの変更や追加を行い、より良い支援ができるようにしている。	介護計画(ライフサポートプラン)は、毎月のカンファレンスの結果をふまえ、担当職員が素案を作成しスタッフ会議で検討して家族の意見も参考にして立案している。担当職員は利用者本人の出来る事・やりたい事を具体的な目標として設定しサポート体制(家族、地域、ホームの役割)を策定している。3か月毎のモニタリングや状況の変化時にプランを随時に見直している。	
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	個人記録にご本人の言葉を生かしながら記入している。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	定期受診の付き添いなど必要時にはご家族と同行している。また法人内外の事業所に協力を依頼しながら柔軟な支援が行え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	近所の美容院やなじみのスーパーなどを利用して、地域の方のかかわりの場を作り、地域の方にも支援していただいている。また毎月の法話には地域の僧侶に来て頂きお参りの時間を大切にしている。ホームで作るお便りは回覧板でまわしホームでの取り組みを発信している。		
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	それぞれ主治医を持ち、受診している。ご家族のみで受診に行かれた場合は、ご本人の状態を詳しくお伝えし、帰宅された時に診察の内容を聞いている。個人記録にも残すが、申し送りノートに詳しく記入し、全職員で情報を共有している。かかりつけ医とは連携しながら病状の把握、薬	利用者・家族の希望に応じて従来からのかかりつけ医への継続受診を支援している。受診は家族付き添いを基本としており、急変や家族の都合がつかない場合は職員が同行受診を支援している。法人の訪問看護事業所による毎週の健康チェックや、高齢で外来受診が困難となった場合は近隣のクリニックを紹介してもらい往診に切り替える等、利用者が適切な医療を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	訪問看護ステーションと連携している。定期的に(週1回)訪問を受けて健康管理をしているが、急な体調の変化にも対応してもらっている。また、日常的に相談したり、医療機関との連携を取ってもらっている。		
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。	入院時にはサマリーを提供し、入院までの経過及びホームでの暮らしぶりを伝えている。入院中も様子を伺いに行き、家族から経過を聞いている。病院の地域連携室とも協力して退院のタイミングなどについて話し合っている。退院時には、医師、家族、訪問看護師らと共にカンファレン		
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	ターミナルケアの指針があり、ご家族にはホームの方針を伝えてある。必要時にはカンファレンスを行い、医師や看護師、ご家族、事業所が共にチームで取り組めるように努めている。	利用契約時にホームとしての重度化・終末期対応の方針を説明している。状態の変化があった際にカンファレンスを行い、改めて家族の意向と関係医療機関の総合的な意見を基に検討を重ねて、重度化・終末期のケア方針を取りまとめている。職員はターミナルケアについての研修(職員のメンタルケア含む)の受講や講演会への出席、また系列の他グループホームでの事例検討会に参加し経験を共有している。	
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、消防から救急救命、心肺蘇生の方法やAEDの使用方法を学んでいる。避難訓練は毎月、地震、火災、風水害等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	マニュアルは作成されており、定期的に見直しを行っている。訪問看護、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おり、所在不明時の捜索については年に1回模擬訓練を実施している。	緊急時対応マニュアルを策定しており事例に基づいて定期的に見直している。毎年3月・10月のスタッフ会議時に看護職員による誤嚥・窒息時の対応について勉強会を行っている。また法人内研修にてAEDの使用法、心肺蘇生の実技訓練を行っている。行方不明についても年1回、地域の協力・系列法人でホーム近隣在住の職員(連絡網整備)、駐在所員も参加し捜索模擬訓練を実施している。個別の情報ファイルを整備し救急搬送時や行方不明時に備えている。	

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
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	バックアップ施設には同一法人の介護老人保健施設と協力病院があり、緊急時には支援が得られている。介護老人保健施設の学習会や委員会に参加協力しており、日頃から交流があり相談できる体制になっている。長久グループのグループホーム管理者間で定期的に意見交換会を行い、状況報告や事例へのアドバイス等を行い連携体制が整っている	協力病院と介護老人保健施設のバックアップ機関の支援体制を確保している。同一法人グループ内の他グループホーム事業所の管理者が集まった毎月の意見交換会があり、日頃より各グループホームの状況や事例への意見・アドバイスもあって連携体制が整備されている。	
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	夜勤者は1名であるが、緊急時には車で5分ほどの介護老人保健施設からの支援が得られる。また、10分以内に駆けつけられる職員が複数いる。	夜間は1名の勤務体制であるが、緊急時には同一法人の介護老人保健施設からの応援・バックアップ体制が確保されている。また管理者・訪問看護のオンコール体制と近隣在住の職員の応援体制もある。夜勤時の申し送りの際にその日の利用者の状態を的確に伝達することで急な対応の回避に取り組んでいる。	
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	避難訓練は消防立ち合いの下年2回行っており、ホーム独自の避難訓練も月1回行っている。緊急時の連絡先として近所の方の協力を得ている。運営推進会議において議題に挙げ、協力体制の確認を行っている。	避難訓練は年2回(夜間想定)、隣接の障害者グループホームと合同で消防立ち合いのもと実施している。うち1回は運営推進会議を同時開催し地域住民の協力(避難後の見守り)を得て災害発生時の役割分担を確認している。また地域住民に利用者の状態を知ってもらえる機会にもなっている。毎月スタッフ会議にてミニ防災訓練を行っており職員も防災に対する意識を高めている。	
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	災害時のマニュアルがある。非常食の準備もしており、定期的に見直している。グループ施設と協働して防災委員会を立ち上げ、毎月委員会を開催し、連絡網の整備と備蓄品の確認などを行っている。	スプリンクラーや自動火災報知器等の防災設備機器を定期点検している。法人全体の防災委員会が毎月開催されており、職員連絡網の見直しやライン等の関係機関連絡先の整備、飲料水・食料・ガスコンロ等の備蓄品もリスト化し確保している。利用者の緊急避難先(他施設)が定められており、避難時の持ち出し備品も準備されている。	
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	常日頃から一人一人を敬う気持ちを大切に、目上の人ということを忘れずに、言葉遣いにも気をつけている。トイレへの案内も周りの人に気づかれないように配慮しており、扉もきちんと閉めて介助している。	職員は系列法人の研修会・サービス部会や市主催の接遇研修を受講している。利用者一人ひとりの性格を考慮してプライドを損ねないよう日々支援している。言葉使いや声掛け方法、入浴時の同性介助、呼称への配慮、申し送り時の場所や声の大きさ等への配慮などプライバシー保護や権利擁護に対応したケアを実践している。	
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	洗濯物たたみや食事作りなどでも、こちらから押し付けるのではなく、必ずご本人に確認してから行っている。言葉で伝えにくい方には本当の思いを言えたり伝えているか、遠慮がないか、常に表情やしぐさ、態度などを職員は見ながら、思いをくみ取り心配りしている。		
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	1日の日課はなく、その日のその人のペースで生活して頂いている。その日にしたい事や気になっていることを優先に考え、本人の希望することを申し送り、相談しながら実践している。その日にしたいと思った背景やこだわりを大切に、日々の暮らしに繋げていけるようにしている。		

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	髪型や服装などその人のおしゃれを大切にしている。一人一人の希望に応じて行きつけの理容院や美容院を利用されている。お出かけする際は自分好みの洋服を選んでいただいている。		
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	職員と一緒に下ごしらえ(ジャガイモの皮むき、豆のスジ取り、魚のわた取りなど)をして頂いている。調理法や味付けも相談しながら行っている。ミキサー食と刻み食の人の食事について、初めから全部ミキサーにしてしまうのではなく、なるべく見た目や味に配慮して物によっては刻むだけにしたたり、つぶしながら介助したりしている。後片付けもしてくださる方がいるので、感謝の言葉をかけながら職員が手伝って	献立は毎日、冷蔵庫の中の食材やスーパーのチラシ、家族や近所住民からのおすそ分け・自家菜園の食材を見て利用者と相談しながら決めている。利用者の好き嫌いを把握して、栄養面は系列法人の管理栄養士に相談している。食事の調理や後片付け等も利用者の出来る事・やりたい事を職員と一緒に楽しみながら行っている。個別での外食(うどん、寿司等)や季節の行事食(地域住民が参加しての流しそうめん、柿の葉寿司等)、おやつ作り等も利用者の楽しみとなっている。	
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	お茶の時間を決めて飲んでいただき水分が不足しないように心がけている。お茶は決まった時間だけではなく、いつでも飲めるよう台所のテーブルに置いてある。食べる量に変化が見られる時は記録に残し、看護師や医師に具体的に伝えられるようにしている。2か月に1度の体重測定で体重の推移を見ながら、必要時に栄養補助食品も活用している。		
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	歯磨きが出来ない方には、食後にお茶を飲んだ後、口腔ガーゼで口腔内の清拭を行っている。その他、ハミングットや歯ブラシやぐるりーなブラシなどその人に合った物を使用し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	職員間でその方の排泄パターンを把握し、しぐさなどをサインとして共有している。失禁していてもなかなかトイレへの声かけに応じてくれない方には、その人が立ち上がった時を見計らって案内している。無理せず、その人その人に合わせて対応し、トイレには看板を掛けず、トイレとわかるような声かけをしないように配慮している。	排泄チェック表を活用して利用者毎の排泄パターン(間隔、サイン、体調等)を把握している。身体状況など利用者の必要に応じた声掛け誘導や、利用者本人と相談の上で用品(パッド、ポータブルトイレ等)の使用によりトイレでの排泄を支援している。食事内容の工夫により最小限の服薬で済むように支援に取り組んでいる。夜間は利用者の希望や睡眠状況を考慮して、必要に応じて声かけ誘導支援している。	
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	ヨーグルトや寒天を食べて頂いたり、繊維の多い野菜を使うようにしており、買い物や外出の機会を動かしていただけるような環境作りに努めている。排便のチェックをし、必要時には主治医や訪問看護師に相談している。		
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ず、個々にそった支援をしている	お風呂は毎日沸かし利用者様の入りたい日、入りたい時間に合わせている。入浴を楽しむごとにしたいので、無理やり入浴していただくのではなく、ご本人が希望する時に対応できるように支援している。季節によっては菖蒲湯やゆず湯なども用意し、季節感を味わっていただけるようにしている。	入浴は利用者の希望に応じていつでも可能であり毎日でも入浴支援している。入浴を嫌がる利用者には無理強いせず、時間帯や声掛けする職員を変え利用者が気持ちよく入浴できるよう促している。季節の変わり湯(ゆず湯、菖蒲湯等)や入浴剤の使用、好みの入浴用品(シャンプー等)の使用、足湯への外出、足浴、総湯への外出入浴等、利用者の楽しみとなるよう工夫し入浴支援している。	

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	その人の体調や昨夜の睡眠の様子、当日の活動の状況を考え、午睡を勧めたり早く就寝するよう助言している。居室の室温や換気に気を配り、エアコンや加湿器を適時使用している。冬には就寝時になじみの暖房器具(あんか、こたつなど)を自宅より持参され使用されている方もおり、温度に目配りしている。		
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	一人一人の内服薬等について、薬剤の情報票をファイルし、いつでも見られるようにしている。内服の変更は申し送りノートに記入、共有している。内服変更時は状態に変化があれば、すぐに訪問看護師や医師、かかりつけ薬局に報告、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	花見、七夕、紅葉狩りなど、季節に応じた行事を行っている。一人一人のこれまでの習慣や得意なことを考慮し、調理の下ごしらえや野菜の皮むき等その方ができることを見極め支援している。歌が好きな方には、その方が好きな歌手のCDやDVDを提供している。		
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	買い物のほかにも、自宅に帰ったり、なじみの商店に行ったり、その人の希望に沿って支援している。天候を見ながら散歩や日向ぼっこもして頂いている。地域行事にも積極的に参加し、地域との交流も図っている。	利用者個別の希望に沿って出来る限り即応し外出支援している。その時に外出支援できない場合は、利用者に理由を説明して翌日に対応する等で納得がいくよう取り組んでいる。日常的に散歩、買い物、美容院、自宅等への個別外出を支援している。また小学生の登下校時のふれあいパトロールに参加しており、利用者にとって毎日が楽しい外出機会となっている。家族の協力による外出・外食もあり、季節によってコスモス畑や菖蒲園等への外出も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	現金はホームで預かっているが、自分で管理できる方については現金を所持していただいている。そのお金を持って買い物に行き、支払ができるように、見守ったり出来ないところを手伝ったりしている。		
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	電話は自由にかけられる。番号を読み上げたり、ダイヤルしたり、その人の出来ない事を手伝っている。耳の遠い方の場合には、職員が代わって話す事もある。また希望があれば手紙の返事を一緒に書いたりしている。		
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	民家改修型のホームで玄関、茶の間、台所の広さに限界はあるが、玄関には季節を感じ取れる花や創作物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。	民家改修型のホームで防火強化の改装工事も行われている。食堂やリビング等の共用空間は、アットホームで落ち着いた雰囲気の間となっている。温度や湿度、匂いや衛生面に気配りされており、利用者が居心地のよく毎日の生活が送れるよう工夫している。玄関先にベンチを設置して、利用者が自由気ままに日向ぼっこを楽しんでいる。	

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
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場を提供したり、お一人お一人の好まれる場所を把握し安心していただけるような雰囲気づくりをしている。		
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筆筒や鏡台や仏壇など好みの生活やスタイルに合わせて持ってきていただいております、その人らしい環境作りを行っている。	居室は1階の7室、2階2室で全室和室でありベッドと押入れが備え付けられている。利用者の身体状況によっては2階を使用せず1階の居室を二人部屋として使用するなど柔軟に対応している。利用者はテレビ、冷蔵庫、仏壇、タンス、鏡台、置物、写真など好みの物や使い慣れた物を持ち込み安心して居心地よく生活できるような居室作りを支援している。家具の配置は行動線や自宅部屋での配置を考慮して安全・安心に過ごせるよう工夫している。	
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	転倒の多い方には、その人に合わせたところに手すりを設置している。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転倒防止に配慮している。車いすを使用される方も増えてきたが、本人に伺いながら歩行や足を使った動作をして頂けるよう努めている。		