

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	ホームの理念を目につきやすい場所に掲げ、意識づけをしている。日頃のケアにおいて理念に沿った関わりが実践できているかを照らし合わせ定期的にミーティングで具体例を挙げながら振り返りを行っている。	法人理念をもとに地域密着型のホームとして具体化した独自の理念を掲げ、職員が常に意識できるように事務所・更衣室・リビングに掲示している。ミーティングや日常ケアの場面で個別ケアの意味・日頃の関わり方を例に重点的に繰り返し話し合い、理念に沿ったケアが実践できているか具体的な課題を抽出・検討し、理念の実現に取り組んでいる。	
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	地域の方とお楽しみ行事などを継続し行なうことで、利用者と職員とも顔なじみになってきている地域の方も徐々に増えてきている。又、地域のイベントなどに参加することで知り合いに会え交流ができることも多い。	地域との交流について継続的な取り組みの中で、住所地区とあわせて隣接する松ヶ丘2丁目地区と交流している。民生委員を通じて事業所の避難訓練や、年3～4回ホーム主催の認知症・看取りをテーマにしたDVD上演会、お花見ドライブ、お茶会等にも同地域に住まいする老夫婦・一人暮らし高齢者に声かけし参加いただき、利用者及び職員は日常的に地域交流している。小中学生の職場体験の受け入れもしている。	今後もホーム独自の取り組みにより、継続的・日常的に地域交流が盛んになることを期待する。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 運営推進会議、家族介護支援事業事業所は、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	運営推進会議や地域の方とお楽しみ行事等の中で認知症の方の思いを知ってもらい理解を働きかけている。又、様々な施設のある法人の特徴を生かし、介護保険の見学や説明などをわかりやすく行なっている。		
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践、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ヶ月に1回開催。少なかつた家族の参加も働きかけにより定着してきた。議題の活動の報告などの他、出席者の体験などの話から家族や地域の方の思いが活発に議論され、勉強会のテーマやサービス内容の参考になっている。出席していない家族にも議事録を送付し内容を伝えている。	2ヶ月に1回、利用者、家族代表、民生委員(地区別に計2名)、地域住民代表、市担当者、地域包括、併設特養施設長、他事業所の施設長、職員が参加し会議が行われている。ホームの活動報告や地域交流について意見交換が行われており、サービスの質の向上と地域交流の活性化に活かしている。とりまとめた議事録は全家族へ送付している。	ホーム独自の取り組み発信や、地域交流の機会創出など、家族や地域・ボランティアの関係者など、様々な方が会議に参加することによって、より活発な会議となることに期待する。
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	運営推進会議、連絡会、キャラバンメイト活動などで市職員とは関わりも多く、相談なども気軽にできる関係性ができている。事故発生時の再防止策や専門的知識の助言などで協力を得ている。	運営推進会議や市主催の地域密着型サービス事業者連絡会、研修会、キャラバンメイト活動の中で、日頃より市担当者と話し合う機会があり連携を図っている。困難な事例の相談や、地域に対する認知症ケアへの関心向上に取り組んでおり、市との協力関係が構築されている。	
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	ホーム内外での勉強会の中で、身体拘束による弊害を理解している。又、利用者が入院中に行なわれた抑制で精神症状が著しく悪化した例も体験したことでより理解が深まった。又、月1回のミーティングの中で、具体例の話し合いや自己チェックを行い意識を高めている。	年間の研修計画、毎月のミーティング時の勉強会の中で、職員は事例をもとに身体拘束の弊害について理解を深め常に意識付けしている。また言葉使い等できなくなった場面では、職員同士その場で落ち着いて注意し合っている。防犯上、夜間は施錠しているが、利用者は中庭での日光浴や畑作業など自由に活動している。外出希望など利用者の要望把握し、利用者が自ら行動しようと思う声かけの工夫や安全面への配慮など、利用者本位のケアに取り組んでいる。	
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	虐待に関する勉強会を実施するとともに、何気ない言葉かけや対応の場面において、相手の立場であればどう思うだろうという視点を常に心掛けることでグレーゾーンである虐待に関しての防止に努めている。		

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	当ホームに福祉サービス利用援助事業を利用している方がいるため「成年後見」や「権利擁護事業」制度の勉強会には興味をもち学ぶ事ができている。		
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、契約時に十分な時間を設けて行なっている。疑問点の確認を行い、入居後の不安や行き違いがないように努めている。改定時にはその都度文書での契約を取り交わしている。		
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	運営推進会議には家族が参加し意見や感想を頂いている。3ヶ月ごとに写真入りのホーム便りを発刊し、ホームの生活の様子を伝える他、個別のコメントで細かく日々の様子や変化を伝えている。又、面会時、電話などで直接話す機会で見聞を頂いている。利用者とは個別に話を聞く機会を設けている。	運営推進会議に利用者や家族が参加し、意見交換が行われている。また、3か月毎にホーム便り「かがやき」を発刊し、利用者のホームでの生活状況を職員がコメントを付けて伝えている。家族とは来訪時や電話で話す機会を作り、日頃より意向把握に取り組んでいる。把握できた意見や希望はミーティングの中で検討し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	月1回のミーティングでは、行事などの立案や利用者への対応などあらかじめ検討する議題について考えた意見を持ち寄り交換している。又、小単位の体制により日頃から不満や問題点などをすぐに相談できる雰囲気となっている。	管理者は話しやすい雰囲気作りと個別に意見を聞く機会を設けている。また申し送りノートや毎月のミーティング、日頃の話し合いの中で意見や提案を自由に議論して、サービスの質の向上に取り組んでいる。ミーティング時は職員に事前に議題を伝え、意見を検討してもらっている。職員の提案によりお菓子作りや誕生日会の特別メニューなど、利用者の楽しみとなるよう工夫している。また全職員が企画に参加することで団結力の向上に寄与している。	
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	給与や労働時間等が法人本部にて管理されており、労働基準法に則った就業規則が整備されている。管理者は各職員の能力や勤務状況について把握し、報告、相談をしている。		
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	当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。研修後に学んだ内容を報告し日々の業務に照らし合わせながら理解を深めるように努めている。又、資格取得に必要な研修の確保のため勤務の配慮を行なっている。今年度、介護福祉士資格を2名取得した。		
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	外部研修や事業所連絡会等では、同業であることで共通の悩み等を相談、解決できる場として活かしている。又、キャラバンメイト活動を通じ、近隣の事業所とのネットワーク作りもできており、互いにイベント行事などの案内を行なっている。		

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
<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	本人が納得しないままでの入居がある場合も利用前に何度か事前面接を行い、困り事や希望、家族への思い等を傾聴し、職員の顔を覚えて頂くことで、入居時も自然にホームの生活に入っていけるようになることも多い。		
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	ホームでの生活に望むことや家族の不安材料等の確認を初期段階や入居後の面会時等、継続して行い、本人の状況の変化とともに、家族の心理面での変化の理解に努めている。		
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	相談時に担当ケアマネジャー、利用している事業所職員等の意見も交えながら本人、家族と共に適切なサービスの利用を考えている。ホームでは対応困難な医療サービスが必要な場合などは他の方法も一緒に考えている。		
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	能力、個性に応じた役割を見出している。実際に行うことで自信や意欲が向上し、感謝の気持ちを伝えることでホームで必要とされているという実感がもてるような関わりに努めている。		
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	面会時や電話、ホーム便りなどで最近の様子を伝え、これまでの暮らしで生かせる事はないか情報を得ている。本人と家族との関係性が複雑な場合もあり双方の悩みを傾聴することで抱えていたストレスの軽減に繋がっている。可能であれば外出の付添など家族だけで過ごす時間を作ることで絆が深まるように支援している。		
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	本人や家族の情報からこれまで通っていた医者や理髪店などに継続して行くことで、知り合いと会う機会ができていく。そこで会うことが、面会などにも繋がっている。又、なじみである場所へドライブや買物に行くことで会話が弾み新たな情報を得ることもある。	センター方式を活用し、利用者の基本的な情報と日常会話からその人の馴染みの人や場所・趣味の把握に取り組んでいる。利用者の希望により自宅や友人・知人宅への訪問や家族が入院している病院へのお見舞い、年賀状や手紙、電話、買い物、通っていた総湯、家族との外出、他事業所への定期訪問による新たな関係作り等を支援している。得られた情報は家族にも伝え協力を得ている。	
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	利用者同士の相性や関係性を日頃の生活の中で把握し、落ち着いて過ごしやすい空間作りを提供している。又、自分からはあまり話すことが少ない利用者に対しては職員が間に入る事により会話を楽したり他ともコミュニケーションがとれ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
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	長期入院で契約が終了した場合においても、退院時の調整等の相談をうけることを伝えている。入院中も本人が慣れない環境にとまどわないよう職員が交代で時々様子を見にいっている。		
<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	利用者の生活歴やこだわりを理解し、希望や不満を汲み取っている。意思表示が困難な方に対してもセンター方式や日頃の表情、反応などから思いが実現できるよう職員間での情報共有で本人本位のケアに努めている。	センター方式を活用して、初期アセスメント・利用前の関わり、日常会話からの言葉や表情・仕草等から利用者のより具体的な意向・希望の把握に取り組んでいる。意思疎通が困難な場合でも、利用者がどのような場面でいい表情になったか、発言が多くなったか等を記録にまとめ、家族と話し合い利用者が望むサービスが提供できるよう取り組んでいる。	
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	入居時や家族との面会、日頃の会話などより生活歴などの情報を収集し、できるかぎり、これまでの暮らしの継続ができる方法を考え支援に努めている。		
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	今、できている事が続けていけるように、身体、心身の状況を観察しながら、残存機能の活かせるような支援をしている。本人のやりたいことの意味が表せるように言葉掛けを行なっている。		
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	日頃の関わり、変化の中から把握した本人や家族の意向を、モニタリングを基にケース会議で職員間で話し合い、利用者の現状に沿った介護計画を作成している。	介護記録や申し送り等で把握できた情報を職員で共有し、モニタリングを行っている。利用者の状態にあわせて、ニーズを具体的にとらえて目標を設定し、関わり方・関わる人を家族と話し合い、職員全員で検討して意向を尊重したケアプランを立案している。状態変化があった際は、状況に応じて随時見直しを行い、利用者の現状に即したケアプランへと更新している。	
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作成し、個々のその日の心身の状態や生活の状況を記録し情報を共有することで、介護計画の見直し、その後のケア実践に活かしている。		
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	家族では対応の難しい受診や買物の支援、又、かかりつけ医との情報交換などを行なっている。法人の特性を生かし、ホーム内だけでは対応が難しい事柄についても、併設特養をはじめ、各事業所職員の協力を得て、医療面、行事、外出等の支援を行なっている。		

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
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	保育園児や小学生の慰問や地域の方を交えた行事の計画や併設施設の季節の行事への参加、地域の事業所への茶話会の参加を行なうことで外部やなじみの方との交流が継続できるように支援している。		
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	できるだけ入居前からのかかりつけ医を大切にしながら、家族と相談し受診先を決めている。日頃の情報はこまめに提供している。受診結果は家族に説明し治療方針等の相談をしている。	利用者の状態や希望に応じて家族の協力も得てかかりつけ医への定期受診又は協力医による訪問診療での受診を支援している。受診の際には日頃の状態の伝達など協力病院やかかりつけ医との情報交換(電話や職員の同行)を行い、訪問診療の活用も含めて利用者が適切な医療を受けられるように支援している。	
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	医療連携体制により、担当看護師が配置されている他、体調不良や緊急時には当日勤務の看護師の協力が得る事ができている。		
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、早急に心身の状態やケア上の注意を口頭及び書面にて情報提供している。入院中はできるだけ面会に行き、回復状況などの確認を行い、早期退院に向けての協力・連携に努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に看取りに関する指針の説明を行なっている。これまで対象者はおらず看取りの実績はないが、体調の状態変化に応じ、利用者、家族の意向の確認を行なうようにしている。	利用開始時に看取りについてのホーム方針を説明し、利用者の状態変化(食事の摂取状態など)に応じて、段階的に利用者・家族と話し合い意向を確認している。利用者・家族の希望によりターミナルケアの実践の際は、家族・協力医療機関の医師・看護師・ホーム職員が話し合いを重ね、利用者にとって快適なケアとなるよう連携してチームで支援する仕組みとなっている。	
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	マニュアルはあるが実際の場面での経験が少ない職員が多く実践力は身につけていない。細かな観察事項や医師への報告など実際に対応した時に確実にこなすことがあった。日頃からの情報収集や的確な伝え方を心がけ実践につなげていきたい。		
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	緊急時対応に対するマニュアルはあり勉強会でも取り上げている。初動対応を習得すると同時に併設施設職員の協力をすぐに求めるよう周知している。行方不明者などの事態には法人全体の緊急連絡網が活用されるが、遠方まで行き事故につながるのを未然に防げるよう併設施設職員は利用者が1人で歩いている時はホームにすぐに連絡が入る体制ができている。	職員は緊急時対応について、法人グループで作成された緊急時対応マニュアルを基に、誤嚥・窒息処置の初動対応など、症状別・状況別のテーマで研修が行われており、周知されている。また、緊急対応時は、併設特養とも連携した協力体制が整備されている。行方不明時対策についても法人全体で整備されており、利用者が一人で歩いている場面を併設事業所の職員が見かけた際は、ホームへすぐに連絡が入る体制となっている。マニュアルは実情に合わせて随時見直しを検討している。	

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	協力医療機関とは、定期的な受診の他、緊急時は休日、時間外の受入等の協力体制ができています。併設の特養とは日常的に交流があり、ホームの実情や利用者との関わりなどもあり、協力を得やすい状況となっている。	関係法人の協力医療機関や同一法人内の併設特養及び他の介護事業所とも支援体制が整備されており、研修や勉強会、法人的事など日常的に交流がありホームに対する理解を得て協力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	夜勤は1人体制ではあるが、緊急時には、併設特養当直者、夜勤者と内線電話で連絡が取れ、協力体制ができています。救急搬送が可能な協力病院も近距離にあり、ホーム職員も近距離に居住しており応援体制が確保されている。	夜間は1名の勤務体制であるが、緊急時は併設特養の当直者や夜勤者(計5名)の協力を得られる体制が整備されている。また、緊急搬送が可能な協力医療機関が近距離にあり、近隣に住まいする職員の応援体制も確保されている。	
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	年2回消防防衛会での併設特養と合同の避難訓練及び設備点検を実施している。その他ホーム内でも全職員が通報や誘導、防火設備が理解できるよう定期的にシミュレーションや説明を行なっている。地域住民には災害時の役割なども理解していただくよう会議などで伝えている。	年2回併設特養と合同の避難訓練を行っている。夜間帯やホームからの出火の想定訓練を行い、避難方法や避難場所の確認や、併設特養職員との役割分担と協力体制が整備されている。地域住民や民生委員の訓練参加もあり、災害発生時の避難誘導・避難後の見守りなど地域との協力関係も構築されている。またホーム独自でミニ訓練を毎月行っており職員に周知している。	
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	消防署等、関係機関との連絡や併設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。また防災マニュアルに基づき備蓄に関しても法人内で協力体制が確立されている。	防災マニュアルを策定し、消防署や法人内各施設への連絡体制が整備されている。また、防災設備(自動通報装置、スプリンクラー等)の設置や点検も適切に整備されている。備蓄についてもホーム独自の備蓄(食料・飲料水3日分)と法人内での備蓄もあり災害対策と協力体制が確保されている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	羞恥心の伴う行動の声掛けには、他の利用者に気づかれないように行なうようにしている。排泄の失敗についても自尊心を傷つけることのないよう十分配慮した対応をしている。人生の先輩として尊敬することが対応の丁寧さに繋がることを伝えている。	利用者個別の生活習慣を理解し、身体ケアは居室やトイレ等の個室で行っている。職員は個別ケアの話し合いや申し送りは事務所にて行い、プライバシー確保に配慮している。また居室のドアの開閉、排泄誘導時の声掛け方法、言葉使い、声の大きさ、利用者の呼称、同性介助の希望等に配慮し、日々職員間で注意し合い利用者の尊厳を大切にしている。	
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	職員の価値観を押し付けることなく、利用者の趣向や希望を確認している。思いを上手く伝えられない方については日頃の関わりや生活暦を考慮した選択肢を提示することで、自身で希望が言えるように工夫している。		
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	基本の食事時間などの生活スタイルは一応決まっているものの、利用者の状況、希望に応じ柔軟に対応している。外出の希望などできるだけ、その日に対応できるように努めてはいるが、すぐに対応できない日はきちんと理由を説明している。		

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	それぞれのお気に入りの服や趣味を尊重し、季節に応じた服装をできるようにしている。買物で服や靴下など職員と一緒に選び購入することも楽しみのひとつになっている。散髪の際も好みの髪型などを伝える方もいて、こだわりを大事にしている。		
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	季節毎の行事に関連した献立を組み入れたり、外食などで特別感を感じることや、好物の物を購入し食べることで食の楽しみが得られるようにしている。又、ホームの畑や家族が作った野菜などを利用し、話題の提供をしている。利用者の能力に応じ配膳、味付けなどの手伝いに参加していただいている。	管理栄養士が作成した食事献立はあるが、準備された食材やおすそ分け、畑で採れた野菜等を活用してその日の利用者の希望・意見に応じて献立を柔軟にアレンジするなど、利用者が食事を楽しむことができるよう工夫している。また調理や片付け等についても利用者が率先して行うなど利用者の希望に応じた役割をもって職員と一緒に個々の力を発揮している。家族・職員との外食や、利用者の経験を活かした柿の葉寿司・コマみそ等の季節食など、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	管理栄養士と連携し、嚥下や咀嚼力の低下している利用者にも食べやすい形態の食事の提供をしている。又、栄養補助食品や果物、アイスなどで補食を行い、栄養のバランスがとれるようにしている。		
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	毎食後、声掛けや介助により口腔ケアを行っている。状態に合わせて、うがいやブラッシングの他、口腔用のシートなども利用している。又、仕上げ磨きのチェックをしている方もいる。		
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を把握しトイレの声掛け、誘導を行ない、トイレで排泄できるように支援している。介護度の高い方でも便座に座ることで残尿を減らし尿路感染などの予防を行なっている。	排泄チェック表を活用し利用者一人ひとりの排泄パターン(間隔、サイン等)を把握している。個別の身体状況に合わせて声かけ誘導、バットの利用によりできるだけトイレで自立排泄できるよう支援をしている。夜間は体調や睡眠状況を考慮して安眠できるよう必要に応じてパッドやポータブルトイレ等を活用している。継続的な取り組みの中で、利用者がトイレでの自立排泄ができるようになった改善事例や感染症対策・予防にも取り組んでいる。	
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	個々の排便状況を把握し、生活のなかで体を動かす機会を設けたり、できるだけ水分摂取や繊維質の食事などで調整できるようにしている。又、医師の指示により適切な下剤の使用で便秘を長引かせないようにしている。		
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	清潔保持以外にも、1対1で会話ができる関わりの場として大切にじっくり時間をとっている。季節毎にゆず湯や菖蒲湯なども取り入れている。	入浴は毎日可能であり、利用者の希望に応じて最低週2回の入浴を支援している。入浴を拒む利用者においても声かけのタイミングや相性の良い職員からの声かけ等で、気持ちよく入浴できるよう取り組んでいる。またシャワー浴や清拭などへの変更で清潔が保持されるよう取り組んでいる。菖蒲湯・ゆず湯や入浴剤での気分転換や足湯、職員との温泉・総湯への外出など、入浴が楽しめるよう工夫をしている。	

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	夜間訴えのある方には安心して休めるよう職員が話し相手になったり室温調節や喉の渇きに注意し環境を整えている。生活リズムが整うよう日中は外気浴や家事などの活動に誘い無理なくできる事を工夫している。		
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	個人ファイルに薬の説明書を綴り、服用している薬を職員が周知できるようにしている。服薬時マニュアルを守り確実に服薬ができるよう介助している。いつもの様子を観察し変化がある場合は看護師、医師に報告し指示を受けている。		
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	個々の特性にあった家事や草むしり、畑仕事などを行なう事で役割が確認でき張り合いを持つことができている。これまでできていたことが次第にできなくなってきた方も手芸や将棋、塗り絵などの趣味を続けていけるよう支援をしている。		
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支援している	希望に沿い行きたい店での買物や食事、散髪などの外出を職員又は家族が行なっている。季節を感じられるようなドライブや観光気分を味わえるような場所など会話に中からも興味のあるものを探り行き先を考えている。	利用者の希望に応じて日常的に個別又は少人数での散歩や買い物、日向ぼっこ等の外出を支援している。また、自宅や友人・知人宅への訪問、墓参、ドライブ、外食やお弁当持参でのピクニック、お花見・紅葉など季節を感じる外出、地域の祭りへの参加、温泉入浴、観劇など、個々の希望に応じて家族の協力も得ながら、普段は行けない場所へも観光気分でお出かけられるよう支援している。	
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	手元にお金を持っていることで安心感を得られる方には家族了解のもと自身で持っていたがいている。紛失のないよう本人と置き場所を決めている。店では店員との関わりがもてるよう商品選びや支払いを見守りのもとで行なっている。		
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	携帯電話を所持し自由に家族や友人に連絡をしている方は2名いる。その他の方は希望時にホームの電話からかけたり、かかってきた電話に出てもらったりしている。手紙は勤めても書く方はいないが、年賀状はなじみが深いので家族などに送る方に支援をしている。		
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	食堂からは畑、玄関からは広い芝生が見渡せて開放的な作りになっており季節の野菜や花を見ることが出来る。気候の良い日には外でお茶をして季節の移り変わりを感じている。場面や時間に応じテレビの音量などにも配慮し生活にメリハリがもてるようにしている。耳の聞こえの悪い方が多いのでニュースや相撲、歌番組では職員が間に入りより楽しめるよう工夫している。	リビング・食堂や居室の温度・湿度・採光などが適切に管理されており、利用者にとって快適な共用空間作りがされている。テレビの音や、職員間の会話のトーンにも配慮し、利用者が自分のペースでゆったりと過ごせるよう配慮されている。生活感(食事のにおい等)・空気感を大切に、季節に応じた飾り付けや、庭での野菜作りや花の栽培など、利用者がやんわりと季節を感じることをできるよう工夫をしている。	

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
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のソファでは相撲や、時代劇、歌謡番組等を皆で談笑しながら観たり、家事の手伝いをする等賑やかに過ごせる環境となっている。廊下に設置してある長椅子では気の合った方同士でゆったりとできる空間づくりをしている。		
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	入居時には家で使っていたものなどの持ち込みをお願いしている。使い慣れた家具や愛着のある日用品に囲まれ暮らすことで安心できている方もいる。荷物が多すぎる方には出し入れがわかりやすく本人と整理を行なっている。家族の写真や、利用者の手作りの作品などを居室に飾っている。	居室は持ち込みが自由であり、利用者・家族と相談しながら、利用者が使い慣れた馴染みの生活用品や家族写真、置物や趣味の作品など、利用者が安心して居心地よく過ごせる居室作りを支援している。また、利用者の体調に応じて温度や採光、家具の配置、模様替え等も工夫している。	
59		○一人ひとりの力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	手すりの設置や移動中でも休めるよう椅子の配置を多くしている。又、老人車や車椅子が使用しやすいよう廊下の幅や段差解消に留意している。又場所の認識が難しい方に目印になるよう表示などを行っている。家具の配置などの際にも居室内で安全に過ごせるよう配慮している。		