

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況	実践状況	
<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	ホームの理念を玄関、事務所にかけている。ミーティング時・勤務時等に確認し合い、理念に基づいて行動している。理念の実践を行うため、職員全員で「理想の介護」を考え、情報の共有を図った。入居者の気持ちで物事を考える事ができる様、日々話し合いを持っている。	日々、理念に沿った介護を目指してケアを行っている。「このホームに入って良かった」と利用者や家族が思ってくれる「理想の介護」を達成するために日々職員全員が意識し勉強会やミーティングで話し合っている。	
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	認知症カフェ、認知症キャラバン、キッズサポーター等を通して、地域とのつきあいを深めている。カフェでは、中能登町に関係のある事を中心に催し物を開催。保育園児達との相互交流。一青区、中能登町の敬老会参加や獅子舞の招待、マラソン大会の応援、一青のお寺へのお参り、イルミネーション点灯式等を通して、地域とつながりを持っている。子供110番の家に登録。一青便りを作成し(2ヶ月に1回)、区や近隣の福祉施設に配布している。	地域の行事への参加やホームの行事への招待、保育園児との交流等を通じて地域との交流を行っている。また、認知症カフェやキャラバンメイト活動、おいで祭りの行列の招待など、地域貢献活動にも積極的に取り組んでいる。	
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	「認知症カフェ」「認知症キャラバン」等を通して、地域とのつきあいを深めている。キッズサポーターを通して、小学校とも繋がりを深めている。ホームでの慰問等を地域の方にお知らせし、慰問へ参加してもらっている。毎年、ホーム横にイルミネーションを設置し、子ども会と点灯式を行うなど、地域の方に楽しんでもらっている。		
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	ホームでの生活やホームでの取り組み、身体拘束、入退去の状況等を報告し、話し合いを行っている。その結果を職員で共有し、サービス向上に活かしている。家族代表者に会議に出席してもらい、会議録を家族に送付している。会議出席者。家族代表、区長、医師、役場職員。	会議には、家族、区長、医師、町担当者が出席している。「一青便り」を使ってホームの活動報告をしている。そこで出された意見、提案、助言等はサービスの向上に活かしている。議事録は全家族に送付し、周知を図っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	一青便りに関係機関に持参し、理解を広げながら指導もいただいている。運営推進会議、地域密着会議等を通して、ホーム活動の報告等を行っている。介護認定審査会の委員の派遣。認知症カフェ(認知症地域支援推進員)、認知症キャラバンの講師派遣、キャラバン連絡会の開催、あじさい会での交流など、顔の見える関係で中能登町との連携を取り合っている。福祉課以外にも企画課との交流も行っている。	町担当者とは良好な関係が構築されている。認知症カフェ、認知症キャラバンの活動、キャラバン連絡会、あじさい会の交流等を通じて連携が図られている。	
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	身体拘束の無いケアに取り組んでいる。玄関の施錠は夜間のみ行っている。「ダメ」等のスピーチロックに気をつけている。身体拘束委員会を3ヶ月毎に開催。認知症の知識を深める事で、身体拘束防止に繋げている。平成30年4月、身体拘束マニュアルを見直した。	身体拘束廃止委員会を3ヶ月毎に開催し、認知症の理解や知識を高め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。特に、スピーチロックについては気を付けるようにしている。身体拘束マニュアルの見直しもを行い、ケアの質を向上させている。	

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	厚生労働省発表の虐待調査等を参考にホーム内研修を行っている。 入居者に小さなアザがあれば、いつ出来たものかを確認し合い、日頃から注意している。アザが出来ないように移乗方法について再確認を行った。虐待の発生要因。(教育、知識、介護技術に関する問題。ストレス、感情のコントロール、性格)傾向(寝たきり、認知症の重度の人に多い)等について話し合った。		
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	成年後見人の研修会に参加。 地域包括支援センターを通じ、ホームで成年後見人制度を利用している。 成年後見人制度について、中能登町とも連絡している。		
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	ホームの見学時や入居の際には、十分な説明を行い、理解を得ている。 家族だけでなく、本人にも入居前に見学に来てもらえるよう促し、不安解消に努めている。 一青の家を分かりやすく説明するために、パンフレットを新しく作成した。		
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	家族面会時、ケアプラン作成時等に意見・要望等を確認している。 意見箱を設置し、毎年 家族アンケートを実施している。 ホームでのアンケート、他施設のアンケートも参考にしながら、家族の意見を考える機会を設ける。掲示板に「職員紹介」を掲示。運営推進会議の家族代表を1～2人の複数人で参加してもらい、意見を出しやすいように図っている。 アンケートにあった「スリッパ」の交換を行った。	面会時やケアプラン作成時に家族の意見要望等を確認している。毎年、家族アンケートを実施し、家族の本音を出来るだけ引き出し、その意見等をサービスの改善に繋げている。	ホーム便りに担当職員の簡単なコメントを載せることを検討されることを期待する。
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	毎月ミーティングを行い、意見交換を行っている。どの職員も発言する機会を持ち、意見が言えるように配慮している。 職員が「理想とする介護」を話し合い、意識向上を図った。	毎月のミーティングで職員の意見を聞いている。また、管理者は現場業務にも従事しており、普段から適宜職員と意見交換を行っている。	
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	職員の個人的な勤務事情を考慮し、勤務表を作っている。理由に応じて、数ヶ月の長期休暇。夜勤なし。早番なし等。 「やりがい」を持てるよう、理想とする介護を話し合った。ホームとの提携業者との物品購入を職員個人でも行っている。		
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	県、町が開催している研修に参加したり、職員が必要に応じて資格取得に取り組んでいる。 資格取得に関係する研修等に参加しやすいように勤務の配慮をしている。 外部研修に参加できない職員のためにも、ホーム内研修の充実を図っている。中能登町の現状、運転免許証返納制度、障がい、バリアフリー等、幅広い知識を得るように努めている。		
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	地域密着会議(役場、グループホーム、小規模多機能)や、あじさい会(中能登町での医療・福祉関係)に参加しており、定期交流や研修等に参加している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況	実践状況	
<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	本人から話をよく聞き入れ、気持ちの整理に努めている。本人、家族、ケアマネ、主治医意見書等、多方面からの情報収集に努めている。 生活歴を知り、会話に取り入れる事で「知っている人」=安心できる人と認識してもらえるように努めている。		
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	相談や利用申し込みに来られた場合は、お話や訴えをじっくりと聴くように努めている。 入居する事が決まった時に、再度話し合いを持ち、入居後の面会時等にも適宜、声をかけている。		
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	他のサービス支援は行っていない。その時の状況により、他施設でのサービス利用等を進める事はある。 社会資源マップを通して、他施設の情報提供を図っている。		
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	野菜の育て方・収穫、料理の味付け、かき餅作りの助言や裁縫を教えてもらったりしている。 「入居者、職員」という関係性より、「入居者とパートナー」という関係性に気をつけている。		
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	利用者の定期診察や、ホームでの行事参加の声かけ、季節毎の衣類の入替え、お盆・正月の外泊・お祭りの参加等を通して、共に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	面会は快く受け入れ、職員が付き添って友人を訪ねる事もある。家族が遠方にいる場合は、職員が自宅・実家へ行き、仏壇参りやお墓参りも行っている。家族に友人等の面会をお願いしている。 家族の作品展示、歌謡ショー、井田のお滝さん。お寺、お饅頭屋さん、学校、藤棚等に行き、家族との触れあいが出来るように努めている。地元の新聞記事、広報等があれば、見てもらえるように配慮している。	友人、知人の来訪を歓迎したり、職員が付き添って友人を訪ねている。今まで利用していた理美容院やお店、お寺、良く行っていた催し物や名所等に出かけ、馴染みの関係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	耳の遠い利用者には職員が仲介し、利用者同士の意思疎通を図っている。 レクリエーション時には、利用者がカルタを読み、利用者が取る。利用者同士のコミュニケーションも図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況	実践状況	
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	病院に入院した方の面会。折り鶴、千羽鶴の作成。家族へ連絡する等の相談・支援に努めている。病院入院により退去となった方でも、家族が遠方にいる場合は入院後の支援も行っている。特養等へ入居した際も、相手方と情報交換しやすい環境(顔の見える関係)を作っている。		
<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	利用者の気持ちに近づきながら、意思や希望を見極めている。認知症のため、利用者の希望、意向が把握出来ない場合があるが、その時の表情・笑顔等から判断している。定期的に暮らし方の希望等を聞いている。「本人・家族の希望表」を作り、普段から「思い」に気を付けている。	日々の関わりの中での何気ない会話の中から利用者個々の「思い」や「意向」の把握を行っている。ケアマネを中心に利用者の「思い」を聞いた場合は、出来る限り即応するようにしている。意思疎通が難しい場合は、家族等からの情報や本人の表情の変化等から推察するようにしている。	
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	利用者のこれまでの暮らしや生活歴を詳しく知るために、フェースシートを記入していただいている。在宅のケアマネージャーに自宅での情報等を聞いている。主治医意見書からも情報を得ている。		
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	1人1人の状態観察を行いながら、状態把握に努め、毎日の記録を行っている。畑仕事、調理、読書、創作活動等、それぞれの得意とする分野で活動してもらっている。		
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	本人、家族の希望に沿って、介護計画を作成している。入退院、レベルの変化等の状態変化に応じて、現状に即したケアプランを再作成するように努めている。毎月、ミーティング時に入居者の状態や対応について話し合っている。ケアマネをユニット毎に配置し、各職員の担当制を取っている。	利用者個々の「思い」を大切にしたいニーズ中心の具体的な内容のケアプランを作成し、日々その支援に取り組んでいる。担当者職員、ケアマネを中心にモニタリングを行い、計画内容が現状に即しているか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	毎日の様子を個別の記録に残している。特記事項は別紙に記録し、要点のみ記録している。また、ミーティング等で利用者の情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	職員が付き添って外出したり、歯ブラシ等の必要物品が足りない場合には、職員が買い物支援や代わりに購入している。家族の代わりに、介護認定の代理申請等を行っている。傾聴ボランティアの協力を得ている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況	実践状況	
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	慰問の受入れ、お花見やお寺、神社、図書館等の地域資源を利用し、暮らしを楽しむ事が出来るように支援している。 「認知症カフェ」に地域の方を講師として招き、交流を図っている。		
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	かかりつけ医の選択は本人や家族が行う。ホーム入居前のかかりつけ医の継続。また、協力医はいつでも相談を受けて入れられる。6医療機関の往診、受診を行っている(歯科医師の往診含む)。訪問看護も行っている。	今までのかかりつけ医、又はホーム提携医による訪問診療を選択できるようになっている。かかりつけ医への定期受診は家族にお願いし、主治医とは文書、電話を通じて必要な連携を図っている。ホーム提携医とは24時間の相談、連絡体制が出来ている。	
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	ゆったりユニットに看護師が勤務しており、日常の健康管理や相談を行っている。		
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。	家族、主治医、入院先との連絡の橋渡しや、医療関係者との情報交換を密に行い、状態把握のために面会を行なっている。		
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	家族や主治医、運営者で相談し、希望に添えるようにその時の状態に応じて対応している。 支援として、本人の歩行状態にあった老人車の購入。座位が難しい人用のシャワーチェア等の購入。食事摂取量が減った人用の高カロリー食の用意等、ホームに出来る事を行っている。 医師会の公開講座でパネラーとして出席し、看取り事例の発表を行った。	ホーム提携医や地域の医療機関の協力を得ながら、重度化、終末期支援を行っている。看取りの場合は、ホームで出来る事、出来ない事を医師、家族、職員で確認し、主治医から具体的な支援方法について説明を受け、職員間で情報を共有している。 医師会の公開講座でパネラーとして看取り事例を発表した。	看取りについては、家族の意向が最優先されるのは仕方ないのですが、本人の意向についても、適当な時期に把握されることを期待する。
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	定期的に救命救急講習を受講。 利用者の急変時の対応を確認し、ミーティング等で急変時の対応の再確認を行なっている。		
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	緊急時には、近所の運営者が対応する体制が取られている。 行方不明に関して、一青区、警察等に協力を依頼している。救急車要請、行方不明マニュアルの作成・周知を行い、ミーティングで職員の意思統一を図っている。	利用者の急変に備え、緊急時の対応マニュアル、救急車要請マニュアルを整備している。異変が生じた場合は、看護職員がその都度具体的な対応方法を職員に周知している。行方不明についても、マニュアルで職員に周知を図っている。	誤嚥窒息に対する初期対応を適切に行うためにも、定期的な実技訓練の継続研修を期待する。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況	実践状況	
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	ホームの協力医療機関は近くにあり、支援体制を築きながら、ホームの便りを届けている。協力医には、運営推進会議にも参加してもらっている。 老人福祉施設への夏祭りの参加、在宅・施設ケアマネ等を通して、交流を図っている。	協力医療機関や介護老人福祉施設等との支援体制は確保されている。	
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	夜勤者は2人である。 緊急時には、近所の運営者が対応する体制が取られている。	各ユニット1名の夜勤者を配置している。緊急時には2名で協力しながら、近所の運営者が対応する体制が出来ている。	
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	マニュアルを作成し、ホームでの防災訓練(1年に2回、1回は消防署立会い)、シェイクアウトを行っている。事務室に避難経路図を掲示。原子力防災計画を作成。火災報知機を「感知器と運動式」に改修し、訓練を実施している。 ホーム長が一青区総会に議長として出席。大雨対策等の意見交換を行っている。	防災マニュアルを整備し、年2回夜間を想定した避難訓練を実施している。1回は消防職員の立ち合いで行い、専門家の意見、助言を今後に生かしている。毎月、ホーム独自で消防設備の自己点検を行い、防災に対する職員の意識付けを図っている。	
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	緊急連絡網で職員や区民が協力出来る体制になっている。運営推進委員会で、区長に応援依頼を行っている。消防署の立会い検査を受け、助言・指導を頂いている。毎月、消防設備の自己点検。半年毎に、業者による設備点検を行っている。 災害時の対応についてミーティングで話し合い、理解を深めている。備蓄品の整理を行っている。	地震については、シェイクアウトに毎年参加している。運営者の在住地域であるため、災害発生時には区長を始め区民の協力が得られる体制になっている。備蓄品は整備保管されている。	

#### 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	馴れ馴れしくならないように、言葉かけには注意している。普段からの気持ち、気遣いに配慮できるよう、「介護される側の気持ち。職員の気持ち」の部分にも気をつけて研修(笑顔になるために、気づきの共有。オムツ、車椅子の使用。トロミ食。)を行っている。仕事上、知り得た情報は守秘義務である事を職員間で徹底している。パンフレットにも記載してある事を再確認している。	「理想の介護」の基本は利用者に対して不適切な対応をしないかどうかである。そのために、勉強会やミーティングを通じて職員の意識付けを図っている。また、プライバシーを損ねない言葉かけや対応にも気を付けるようにしている。	
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	1人1人の暮らしの中で、納得しながら暮らせるように支援している。 「好きなカレーライスを食べたい」「どのお菓子を食べるか」等、自己決定が出来るように配慮している。		
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	それぞれの1日の生活リズムを大切にしながら、支援している。 運動・散歩が好きな人、創作活動が好きな人、新聞を読みたい。その人のペースを大切に、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
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	日常においては一緒に服を選び、整髪については、本人・家族の希望があれば当ホームで整えている。 職員が理容資格を持っており、散髪して欲しい時、定期的に散髪している。	
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	利用者1人1人の得意な家事参加が出来るように支援している。 お米の精米、お米とぎ、野菜の収穫、野菜の皮むき、調理、盛り付け等、役割分担を行う。お魚を見て、捌いて料理する等、食事に関わり・興味を持てるように配慮している。「保育園児とのさつま芋」を通して、食べ物、畑について関心を持てるように配慮している。	ホームの畑で採れる野菜や住民からの差し入れ等も活用し、季節感のあるメニューを提供している。利用者の得意な事、好きな事で、食事の準備や後片付け等に参加してもらっている。利用者によるプリの解体も行っている。利用者と一緒におやつを作ったり、外食の機会も設けている。
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	食事量を記載し、定期的に水分提供も行っている。体重の増減にも注意している。 主治医に食事量、摂取動作、体重等の報告も行っている。食事量が少ない人には、高カロリー食やゼリー、アイス等を提供。歯科医師に義歯の調節や口腔内の診察を依頼している。	
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に、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、口腔ケアを実施。口臭のある方は適宜、うがいをすすめている。義歯使用者は入れ歯洗浄剤にて洗浄している。 歯科受診・往診をすすめている。	
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	排泄チェック表に排泄状況を記載し、トイレ誘導を行う等の排泄支援を行っている。 入居時におむつを使用している。「本当に必要なのか？」様子を見て、 unnecessaryな場合は普通のパンツを使っている。 トイレでの排泄のためにも、居室にポータブルトイレを置かないように、家族に説明している。	排泄チェック表を用い、「トイレでの排泄」を支援している。利用者一人ひとりの能力や状況を把握し、必要最小限の排泄用品の使用に配慮している。誘導が必要な方には、個々の排泄間隔やタイミングを見計らい適宜声をかけている。
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	バランスの良い食事を提供したり、水分補給調整や運動、腹部マッサージ等を行なっている。 水分補給の工夫として、飲み物の配膳時間を早くした。前にお茶があると、飲んでくれる。	
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	週6日が入浴日。利用者の入浴順番はローテーションで行っているが、その時の状況に応じて柔軟に対応。希望者はほぼ毎日入浴できるように配慮している。入浴者以外は、足浴を行っている。足の状態に応じて、足浴のバケツを変更している。ゆず湯、ゆず足湯を行っている。 座位保持が難しい人は、専用のシャワーチェアを使用。	週に6日お風呂を沸かし、利用者個々の要望に沿った入浴を支援している。入浴剤や柚子湯、菖蒲湯も行っている。入浴を拒む場合は無理強いをせず、言葉かけを工夫したり、別の日にお誘いしている。足浴も行い、水虫やむくみの改善を図っている。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
			実践状況	実践状況	
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	日常の活動を支援しながら、その人に応じた働きかけを行っている。 出来るだけ日中に活動してもらっているが、お昼寝を希望される方等、その人の生活習慣に配慮している。天気の良い日は布団を干している。		
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	利用者の薬剤情報を職員で共有し、支援している。 内服薬の変更があった場合は、状態に変化が無いかに注意深く観察している。 薬剤師の研修会に参加し、薬について理解を深めた。		
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	洗濯物干し・たたみ、料理等、小物作り等その人の役割りを持って過ごしてもらう。ホーム外の雰囲気味わいながらの外食やドライブ等、楽しみや気分転換の出来る様に支援している。		
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	散歩(お寺や神社、公園)、ドライブや外食等を通して、外に出かけられるように支援している。道の駅への外出。思いつくお店、家族の作品展示への外出支援等を行った。車椅子の方は外出頻度が少なくなりやすいので、近所の散歩へ行くように心掛けている。 今年は雪が少ないので、天気の良い日はお寺等へ散歩へかけている。	天気が良い日は、気軽に散歩やドライブ、カフェ、外食等に出かけている。また、地域の行事への参加や昔懐かしい場所、季節感を味わう外出を行い、生活のハリに繋げている。	
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	金銭管理の出来る利用者は、自分でお金を所持し家族・職員等との外出時に使用している。		
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	電話希望の方は、日中に電話をかけている。 また、家族からの電話を取り次いでいる。 電話機の子機を使用して、居室でゆっくりお話ができるように配慮している。		
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	ホーム天井の梁を利用しながらのホーム構造や、季節の花(生け花教室)や造花、装飾品作り等を通して季節感を感じ、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 居室前に季節の花(造花)を飾っている。食事の時に民謡等の音楽を流している。また、母校(小学校)の校歌も流している。	共用空間の温度や湿度、換気に配慮している。庭に咲いている季節の花や畑の様子、また、リビングからも自然の風景が眺められ、季節感を十分に感じる事ができる造りとなっている。	

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	利用者の個室で独りになれたり、気の合った利用者でテーブルを囲んでの雑談会。 居室にて二人でお話をする等、思い思いに過ごしている。		
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	本人の使い慣れた道具や写真を持って入居される。また、本人・家族に自宅にある物を持って来てくれるように依頼している。居心地良く過ごせるように、思い出作り(個人アルバム)を作成している。家族写真は、撮ったその場で写真にして、本人・家族に渡している。 お誕生日、家族の写真を貼る等、居心地よく過ごせるよう配慮している。	利用者一人ひとりが居心地よく過ごせるよう、使い慣れた物や安心できる物、電化製品等を入居時に持ち込んでもらっている。	
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	ホーム内に手すりが設置され、老人車が通過出来るスペースの確保を行なっている。生活しやすいようにテーブルやソファの移動を行い、安全に自立した生活が出来るように工夫している。		