

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	法人の理念である「基本的な人権の尊重」「安心・安全の実現」「満足の高いサービスの提供」を基本とし、事業所の理念である「一緒に笑いあえる時間を大切に、ぬくもりある生活を支えます」という事業所の理念をつくり、毎朝職員一同で唱和し確認している。ぬくもりある生活とは、ご利用者、家族、職員、地域すべてを含むことも再確認している。	法人理念の下、「一緒に笑い合える生活を大切に、ぬくもりある生活を支えます」をホームの理念として、又、ケア方針として「本人のありのままの生活を大切にします」「家族と本人のいきいきとしたぬくもりある暮らし」を掲げている。法人理念、ホームの理念・ケア方針は毎朝の唱和を通じ、職員への周知が図られている。	
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	地域住民の一員として町会に加入し、地域の行事を運営推進会議の時に町内会長から確認し、参加している。日常の中で散歩に出かけたときの近所の方への挨拶や、畑作業中に声を掛け合う等気軽に立ち寄れる雰囲気作りが心がけている。	町内行事(懇親会、もちつき大会等)への参加や散歩時の挨拶、住民ボランティアの受け入れ等を通じ、地域との交流を図っている。併設施設合同での夏祭りの際は、地域の子どもの会への参加・協力を得ている。開設時より地域との交流を推進した成果が実り、大雪の際は近隣住民が自発的に除雪を行ったり、誠意による寄付(タオル等)も増えている。	
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	地域の方や他の施設などの紹介で「施設内を見学させてほしい」と施設内を案内したり、老人会の訪問があり、施設について説明することがある。また、ご利用者への理解が深まるよう職場体験の希望があれば受け入れている。		
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ヶ月ごとの運営推進会議では、入居状況や待機状況、行事報告、事故報告、研修報告、今後の予定について報告している。その中で、ご利用者やその家族の要望、市職員や町内会長、第三者委員から意見を頂いたりしながら、意見交換を行い、サービスの向上に努めている。	利用者・家族代表、町会長、第三者委員、行政担当者をメンバーとし、年6回開催している。ホームの状況・活動を報告だけでなく、利用者・家族の意見・要望を吸い上げたり、地域の情報を収集し繋がりを深める場ともなっている。議事録は玄関に備え置き、誰もが閲覧できるようになっている。	
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	運営推進会議には市長寿介護課の方と地域包括支援センター職員に参加していただきながら、助言を求めている。その中で、他の施設の事例等も頂きながらより良いサービス提供につながるよう努めている。また、書類申請等で市の窓口に出向きながら、関係が築けるよう取り組んでいる。	運営推進会議・市担当課窓口に出向いた際の情報交換等を通じ、行政との連携強化を図っている。運営上の疑問点が生じた場合は随時担当課に相談し、必要な助言を得ている。	
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	身体拘束については毎月職員会議の中で身体拘束廃止委員会を開催し、拘束について全職員で学びを深めながら、身体拘束を行わないケアを実践している。玄関は日中は開錠し、自由に職員が見守りの元、外に出られるようにしている。夜間は防犯上のため、20時以降に施錠している。	毎月の職員会議の中で身体拘束廃止について検討・振り返る機会を設けている。言葉で利用者の行動を制限しないよう、「スピーチロック」をテーマとする勉強会を行ったり、利用者のその時々「思い」を受け止めるようにしている。夜間以外は玄関は施錠せず、外に出たい場合は都度必要な支援(傾聴、付き添い)を行っている。	

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
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	高齢者虐待防止の外部研修へ参加し、職員研修を行っている。また、職員のストレスがたまると無意識のうちに言葉がきつくなることも予測されるため、職員同士が声を掛け合い、管理者は職員のメンタルケアについても意識している。		
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	実際に成年後見制度を利用している入居者が2名いることから、権利擁護についての学びを深めるため、内部研修を実施している。また、外部での研修にも出向き、他職員に伝達することで学びを深めている。		
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	契約の際は、利用者及び家族に時間を要することを事前に伝えながら、契約書及び重要事項説明書に沿って、丁寧な説明を心がけている。その中で、利用者や家族の望む生活を確認しながら、ケア方針についても確認している。		
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	利用者の思いは日常の関わりから確認し、家族からは意見が出やすいよう面会時に積極的な関わりを持つよう心がけている。運営推進会議にはご利用者と家族も参加しながら、意見・要望を確認し、検討している。またGHで検討が必要な内容については月1回の職員会議の場で話し合っている。	面会時・運営推進会議の際に家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、毎月、利用者個別の便り(1ヶ月の様子・写真添付)を送付している。家族の要望を日々の支援に反映出来るよう、出来るだけ担当者会議に参加してもらっている。契約時に電話だけでなく、メール等でも意見・情報交換できる旨を伝えている。	
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回の職員会議には管理者及び施設長が出席し、職員の日々の思いや業務改善案などの意見交換を行っている。日頃より職員に声をかけコミュニケーションを図るように努めている。	管理者も現場業務に従事しており、普段から職員とコミュニケーションを図っている。毎月の職員会議の議題を職員からも募ったり、全体で合意形成した意見を業務改善や利用者サービスの向上に活かしている。	
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	年1回の自己評価を行うことで職員の自己啓発につながるよう努めている。その後の面談では良い部分を伸ばせるようモチベーションが上がるような声かけをしている。それ以外にも、必要に応じて個人面談を行い、個々のメンタルケアに努めている。また、年2回の健康診断を実施し、心身の健康にも配慮する体制を整えている。		
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	月1回の職員会議及び併設している小規模特養と合同で教育訓練を実施している。また、随時、外部研修案内を行いながら、興味のあるものに参加できるよう配慮している。管理者が個人のスキルを把握し、適切な研修への参加を呼びかけ参加することでスキルアップに努めている。		
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	3ヶ月ごとの白山市の地域密着型事業所連絡会に参加するなど、交流を図っている。また、併設されている小規模特養と合同で行事を行ったり、勉強会を開催しながら、交流を図り、意見交換を行っている。		

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	サービス開始前に自宅や入所先等を訪問し、直接不安や要望を確認している。サービスを利用することを不安に思う方も多いため、時間をかけて気持ちが表現できるよう配慮を行い、関係づくりを大切にしている。		
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	入居申し込みを希望する段階で、ご家族や本人には一度見学に来ていただき、現在の心配や不安、要望を確認している。家族のみの見学の場合には本人の状況や家族の要望を確認し、意向等に違いがないのか確認し、両者との関係が築けるよう努めている。		
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	入居申し込みの段階で、見学に来ていただくことで、グループホームでの生活や役割についても話をしている。「興味があるけれどいざ入居となると」と心配される方には体験が可能であることを伝えている。その時々希望しているサービスがどのようなものかを見極めながら対応している。		
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	家事（料理、掃除、洗濯等）を共に行うことで、共に支えあいながら生活している。家事についてはそれぞれの利用者が役割を持って実施していることが多い。身体状況に変化があった場合にも希望される場合はこれまでの役割が継続できるよう職員がフォローし、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	これまでの家族と利用者の関係を確認しながら、入居後も、関係が継続していけるよう配慮している。事情により家族が疎遠になっている場合には、月1回の写真入りのお手紙で近況を伝えたり、担当者会議への参加を呼びかけながら、支える関係が築けるよう取り組んでいる。		
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	ご家族の協力を得ながら、行きつけの美容院に出かけたり、自宅に外出・外泊を行い馴染みの人と馴染みの場所で過ごせるよう調整している。また、友人等の面会時は畳コーナーや居室に案内しゆっくりと水いらずで過ごせるよう環境を整えている。	馴染みの人間関係が継続出来るよう、ホームでの面会（家族・友人）を歓迎したり、併設の小規模特養施設に移られた方との相互交流を支援している。これまでの生活習慣が継続出来るよう、行きつけの理美容院の利用や月命日のお参り等は家族の協力を得て支援している。又、馴染みの場所（馴染みの和菓子屋、銭湯等）との繋がりも支援している。	
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	職員は利用者同士の関係を把握しながら、コミュニケーションが図れるよう環境づくりを行っている。横に2ユニットのグループホームであるため、自由に出入りできるようにし、好きな場所で、好きな方と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
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・他施設入所等により退所した場合においても、面会に出向いたり、必要な情報共有を行いながら支援している。一旦退所した場合にも、状態や空き状況に応じて再入所が可能であることや、他施設の案内等を行って支援している。		
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	日々の関わりの中で、特に1対1の場面においては利用者もリラックスされていることが多いため、望む暮らしや意向の確認を行っている。利用者の言葉だけでなく、表情や仕草、これまでの生き方・暮らし方にも視点を向けるよう配慮している。	日常生活での何気ない会話や1:1の場面(入浴時、夜間帯等)での会話の中から、利用者個々の「思い」を把握するようにしている。ケアマネジャーも利用者の「思い・要望」を吸い上げ、可能な限り実現出来るように働きかけている。	利用者の「思い」(〇〇したい、〇〇に行きたい等)が込められた言葉をより積極的に拾い上げて日々の記録に残し、介護計画に繋げる仕組みが期待される。
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	入所前には本人や家族、担当の介護支援専門員や施設の職員などから情報収集を行い、生活歴や現在の暮らしについて確認している。また日々の暮らしの中でも馴染みの生活や生活習慣について情報を得ながら、これからの生活に取り入れるようにしている。		
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	生活の様子はケース記録に残し、情報の共有ができるよう申し送りを行うことで職員同士が継続的に統一したケアができるよう努めている。毎日利用者に寄り添う時間を作ることで、その時の「できること」に目を向けるようにしている。		
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	計画作成は、本人・家族、職員と話し合い、意向に沿った介護計画となるよう工夫している。場合によっては、担当者会議後に再度介護計画を作成し、本人・家族に同意を得ている。介護職員は毎月介護計画の評価を行い、利用者の意向を確認したり、心身の状態に変化があれば適宜担当者会議を行い、計画の見直しを行っている。	「利用者本人のしたい事・出来る事」「健康管理」の視点を大切に介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。利用者本位の内容となるよう、ニーズ欄には利用者本人の言葉を用いている。家族の意見も反映出来るよう、担当者会議への参加を依頼している。モニタリング(毎月)は居室担当者、評価(3ヶ月毎)は計画作成担当者が担い、計画内容の更新・見直しに活かしている。	
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	利用者の様子やケアの実施内容は利用者個人の記録に残し、重要事項は口頭での申し送りも行うことで情報共有に努めている。記録は介護計画に沿って記入することとなっているが、日常的な評価の記入にまでは至らないこともある。職員間では申し送りノートを活用しながら、スムーズなケアにつなげられるよう工夫している。		
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	その時々々のニーズにどのように対応していくか家族や職員間で相談しながら、柔軟な対応に心がけている。特に外出希望のニーズについては実現に向けて取り組んでいる。		

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	地域社会との関わりが継続できるよう、地域の神社や駅周辺をほぼ毎日散歩している。また、地域の理髪店やスーパーを利用したり、外食に出かけるなど社会資源を活用しながらの生活支援を行っている。		
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	入居前に、かかりつけ医は馴染みの病院で差支えないこと、その場合は家族の受診協力を得たいことを説明している。小規模特養が併設していることから、嘱託医の往診も可能であることも説明し、かかりつけ医は、本人または家族で決定している。外部に受診する場合にも現状を伝えながら適切な医療が受けられるよう必要事項を報告している。	馴染みのかかりつけ医への継続受診、又は嘱託医による訪問診療を自由に選べるようになっている。利便性の観点から、現在は嘱託医による健康管理が中心となっている。嘱託医とは密な連携(ほぼ毎日訪問、24時間の相談可)を図っている為、利用者・家族の安心に繋がっている。外部専門医への受診に関しては原則家族に依頼し、都度必要な支援(嘱託医による紹介状、文書での情報提供等)を行っている。	
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	利用者一人ひとりに毎身体調確認を行い、心身の状況に変化があった場合は、看護師に報告し、必要に応じて主治医に報告、場合によっては受診の支援を行っている。夜間は365日オンコール体制を整え、異常の早期発見・対応に努めている。		
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。	入院した際は医療機関に情報提供しながら、スムーズな医療が提供できるよう協力している。また、入院先を見舞ったり、担当の病院関係者と連絡を取り合い、情報交換を行いながら現状把握に努め、積極的な連携とスムーズな入退院の支援につながるよう関係づくりに努めている。		
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	入所契約時に家族には、重度化した場合や終末期の思いを確認している。また、実際に重度化した時点で再度本人及び家族の思いを再確認し、その中でホームとして「できること」を伝え、主治医の方針も確認しながら対応について相談している。	嘱託医・併設小規模特養施設によるバックアップを得て、可能な限りの重度化支援を実践している。利用者の状態変化・重度化の状況に応じて都度、医師・家族を交えて今後の方向性(病院での入院治療、併設小規模特養への移行等)を協議している。	終末期支援に対するホームの方針を確立し、家族・職員と共有する取り組みが期待される。
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	急変時の対応や連絡網を整備し、急変や事故発生時に的確な対応が出来るように、職員会議の時に看護師が資料に基づいて職員に説明を行った。		
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	緊急時のマニュアルと連絡網を作成し、全職員が確認できるようにしている。散歩に出ることも多いことから職員は外出時には携帯電話を持参し迅速に対応できるようにしている。また、単独外出につながるケースもあるため、各利用者のプロフィールファイルを作成し、迅速な対応が取れるよう備えている。	症状別の急変時対応マニュアルを整備し、電話の傍に掲示している。管理者(看護資格所有)が講師役となり、「緊急時の対応」をテーマとするホーム内研修を実施し、職員への周知を図っている。行方不明対策として、予め利用者の情報(顔写真等)を集約したファイルを整備している。	

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	協力医療機関である嘱託医との連携が確保されており、緊急時のバックアップが可能となっている。同一敷地内の介護老人福祉施設および同一法人の施設との意見交換の場も確保されているため、交流を図る機会がある。	嘱託医による医療支援・健康管理体制を整えている。又、併設の小規模特養施設をはじめとする法人全体の十分なバックアップ体制も整えられている。	
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となっている	夜間は1ユニット1名の職員を配置しており、2ユニットが隣りにあるため、いつでも協力できる体制となっている。また、同一建物内のバックアップ施設にも2名の夜勤職員と宿直職員の配置があり、緊急時に協力できる体制となっている。また、昼夜問わず、管理者がオンコール体制をとっており、緊急時の職員の補充も迅速に行われている。	夜間帯はホームで2名、併設特養夜勤者2名、宿直者1名で建物内に計5名の複数体制となっている。職員は両ユニットを兼務し、全利用者の状態を把握している。2ユニットは平面的に隣り合っている為、普段から互いに協力し合っている。又、オンコールによる管理者への相談体制や緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制も整えられている。	
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、消防設備の方の協力を得て火災訓練を予定し、介護老人福祉施設と共に実施している。防災について運営推進会議で地域の避難場所の中心となれるよう話を進めている。	防災マニュアルを整備し、年2回、昼・夜の火災を想定した総合避難訓練を実施している。2回共、併設施設合同で訓練(出火想定場所は都度変更)を行い、互いの連携体制を確認している。訓練は防災設備業者立ち会いの下で行い、実際に通報装置を使用したり、消火体験等も行っている。運営推進会議を通じ、地域との相互協力体制の構築(地域住民の避難所として場所提供⇔施設での災害発生時の協力等)を図っている。備蓄品は施設全体としてリスト化・保管し、併設施設の管理栄養士が内容点検を行っている。	
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	防災マニュアルを整備し全職員が確認・行動できるよう指導している。災害時にも緊急連絡網を使用し、職員が駆けつけられる体制を整えている。併設の施設と共同で食料品、飲料水を備蓄し、備蓄リストを作成し、定期的に点検を行っている。		
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	敬意を持ちながら接することを意識し、特に声かけは自尊心や人権に配慮し、ゆっくりとおこなうよう留意している。居室の訪室の声かけやノック、入浴・排泄時のプライバシーにも配慮している。	法人理念にも「基本的人権の尊重」を明示し、人生の先輩に敬意を持って接する事を心掛けている。認知症の方に対して専門的な対応が出来るよう、「ユマニチュード」のケア・コミュニケーション技法を学び、日々の支援に活かしている。又、プライバシー保護マニュアルを整え、入浴時・排泄時の羞恥心に配慮している。ホームのお便りに写真を用いる場合は予め、家族の同意を得ている。	
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	毎日の関わりや会話の中で、本人の思いや希望を引き出し、自己決定の機会が増えるよう支援している。また、毎日接しているからこそ分かる利用者の表情やしぐさを見逃さないよう努めている。		
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	1日の中で、日課として毎日行っていることはあるが、起床時から就寝まで、可能な限り一人ひとりのペースで自由に過ごせるよう配慮している。その時々によりやりたいことを確認し、当日の希望を確認して散歩やドライブに出掛けることが特に多い。		

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
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	身だしなみは基本的には本人に任せながら、季節にあったおしゃれが楽しめるよう職員が確認している。また、月1回近所の理容店の出張理髪サービスを利用したり、家族の協力も得ながら、行きつけの美容院を利用したりとそれぞれが自由におしゃれを楽しんでいる。		
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	野菜の皮むきや切り出し、盛り付け、米とぎなど、一人ひとりができることを見極めながら、食事が楽しみとなるよう利用者とともに準備や片づけを行っている。職員は会話を楽しみながら一緒に食事をしている。また、外食に出かけ、好きな食事やおやつを選択し楽しむことがある。	ご飯・汁物はホームで準備し、おかず類は湯煎調理法を活用している。家事が得意な方には、下準備・盛り付け・後片付け時に役割を担ってもらっている。ホームの畑で利用者と共に栽培・収穫した農作物を、食事の一品やおやつ作りに活用している。又、食事が楽しみとなるよう、イベント食(サンドイッチ作り、恵方巻き、ケーキバイキング等)や個別・小グループでの喫茶・外食機会を設けている。	
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	管理栄養士が確認したメニューを基本としながら調理を行い、栄養バランスに配慮している。食事量、水分量は毎食後に確認しながら、必要な栄養の確保に努めている。また、個人の嚥下状態によって食事形態を考えながら、安全で、食べやすい食事提供に努めている。		
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	食後は口腔ケアの声かけを行い、必要な方についてはお手伝いしている。また、本人や家族から希望があれば、歯科医や歯科衛生士から口腔ケアの指導を受けながら清潔保持ができるよう配慮している。		
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	排泄チェック表を活用しながら、一人ひとりに合わせた排泄パターンを確認し、適宜声かけを行いトイレに案内している。夜間は睡眠を優先しながら、目が覚めたタイミングでトイレ排泄できるよう支援している。	可能な限り、日中は「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な方には個々の排泄間隔を把握し、適宜お誘いの声をかけている。排泄の自立に繋がるよう、必要最小限の介助を心掛けている。安眠を優先したい方には夜間帯のみオムツを使用する等、利用者の状況に応じて排泄備品も適切に活用している。	
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	排泄チェック表を活用しながら、排便確認を行っている。便秘予防のため水分チェックを行い、水分摂取のこまめな声かけと飲める方には牛乳を提供している。また、体操や散歩を日常に取り入れ便秘予防に努めている。頑固な便秘の方には、下剤で対処している。		
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	お風呂は朝から沸いており、朝一の入浴を希望する方が、いつでも入浴できるよう準備している。また、一人ひとりの体調を確認しながら好みの曜日と時間に入浴できるよう配慮している。	各ユニットで週に4日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(一番風呂、長湯等)に沿った入浴を支援している。各々の好みに応じて、入浴用品(シャンプー等)は個人で用意してもらっている。昔ながらの季節湯(柚子湯等)を行ったり、利用者の希望に応じて外部温泉施設での入浴を支援している。お風呂嫌いの方には無理強いせず、声かけの工夫で対応している。	

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
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	就寝時間は決めずに一人ひとりの生活習慣に合わせて休めるようにしている。入眠出来ない時は職員とともに過ごしなが、安心して休めるよう環境を整えている。		
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	一人ひとりの薬剤情報を準備し、すぐに薬の内容を確認できるようにしている。薬剤準備は看護師が行い、薬の処方があれば薬剤情報も更新し、内容に変更があった場合は申し送っている。服薬介助には細心の注意を払い、声に出して名前・日にち・用法を確認し、飲み込みの最終確認を行っている。		
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	家事手伝いを中心としながら、これまで行ってきた馴染みある生活が継続できるよう支援している。家事の中でそれぞれが役割を持ち、日課として行っていることが多い。また、趣味の一環として、外の一角にある畑で野菜や花を利用者・家族、職員共同で育て収穫し、食することが楽しみとなっている。		
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	一人ひとり外出の希望があれば、実現できるよう計画し、実施している。これまでも、銭湯や、花見、足湯などの希望があり、親しい他利用者を誘って出かけたことがある。また、墓参りなど、職員での対応が困難な場合にも、家族の協力を得ながら希望が叶うよう調整している。	天気が良い日は気分転換を兼ね、日常的な外出(散歩、畑作業、外気浴、気軽なドライブ等)を支援している。又、利用者のイキイキとした笑顔を引き出せるよう、季節感を味わう外出(椿館、美川漁港、桜花見、紅葉狩り等)や普段行けない場所(白山比咩神社、海浜公園、道の駅等)への外出、個別・小グループでの喫茶・外食等を支援している。	
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	小口現金を預かっており、必要物品の購入や外出時欲しい物の購入や外食などの支払い、残金の確認を利用者とともにやっている。		
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	希望があれば、ホームの電話からいつでも家族へ連絡できる体制を整えている。数名は携帯電話を持ち込み、好きな時に家族と話をしている。また、手紙の希望があれば代筆や切手の購入、郵送などを行い外部と交流できるよう説明している。		
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	天候や季節を確認しながら、明かりや温湿度の調整を行っている。また、季節が感じられるよう畑で育てた花を室内に飾ったり、季節の置物等を利用しながら、居心地のよい空間作りを努めている。	利用者が快適に過ごせるよう、共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮している。冬季は湿度管理・感染症対策として加湿器を設置している。季節感が味わえるよう、ホームの畑で育てた花を飾っている。置コーナーは利用者が一休みしたり、洗濯物を置く場所として活用している。	

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	共有空間にソファや畳コーナーを設置し、自由に過ごせるよう配慮している。また、2ユニット間の出入りができるようになっており、静かに過ごせる場所を見つけて休んでいる方もいるため、ユニットを超えて安心して過ごせるよう見守っている。		
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	居室は、これまで使用していた馴染みの家具などを持ち込み、自由に部屋を作り過ごしてほしいことを伝えている。また、居室の配置で転倒等のリスクがあれば、本人・家族と相談し部屋の模様替えを行い、心地よい空間で安心して生活できるよう工夫している。	入居時に自宅で使い慣れた物(テレビ、パソコン、2人掛けのソファ、テーブル等)や安心出来る物(ミニ仏壇、家族の写真等)を持ち込んでもらっている。各居室は外からも鍵をかけれる造りとなっている。	
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	食堂を中心に居室があり、身体機能を見極めながら、テーブル席を決定するなど、安全に過ごせるよう配慮している。また、死角となる場所で利用者が過ごしていることを確認した場合には、特に気を配りながら見守っている。		