

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
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	「優しい心と温かいふれあい、ゆっくり、じっくり、安らぎを」を理念に掲げ、日頃から職員全員で周知している。利用者一人ひとりの思いを汲み取りながらも家庭的な雰囲気の中でともに生活している。	「優しい心と温かいふれあい、ゆっくり、じっくり、安らぎを」を理念として掲げている。理念は職員会議時の唱和、事務所・フロア内の掲示、社員証裏面の印字等を通じ、職員への周知を図っている。
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	地域で開催される運動会、文化祭、芸能発表会見学、祭り見学と周辺地域の行事に参加している。季節毎の外出や、自宅の訪問を行っている。文化祭では、作品を作って展示している。	地区の公民館行事(運動会、住民交流会、文化祭への出展等)や地域の催し物への参加、法人全体での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。又、市内8ヶ所の公民館で順繰りに認知症カフェを開催(2ヶ月毎)し、認知症や介護保険サービスの啓発活動を行ったり、住民の気軽な介護相談に応じている。
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	各地域の公民館で、陽だまりサロン(認知症カフェ)を開催し、一般の方に参加して頂き認知症や介護の講習相談を行っている。年2回地域住民に広報を発行し配布している。輪島市認知症相談窓口整備事業に参加し、誰でも認知症の相談出来る体制になっている。職員も認知症対応の研修に参加している。	
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(家族、区長、民生委員、婦人会、地域包括支援センター、市役所地域生活課)は、2箇月に1回定期的に開催。研修テーマを決め勉強会や意見交換等を行い、サービスの質の向上に努めている。	家族代表、区長、民生委員、婦人会代表、市・包括担当者等をメンバーとして、年6回開催している。ホームの状況・活動報告後に毎回テーマを設け、様々な意見交換を行っている。議事録は全家族に送付し、話し合いの内容を周知している。
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	運営推進会議やサービス担当者会議にて情報交換を図っている。また、いつでも相談が出来る体制にあり連絡を取り合っている。輪島市や地域包括の研修や訓練に参加、輪島市地域密着型サービス連絡協議会を通じて市の担当者と連携を図っている。職員が輪島市認知症地域推進委員で、地域ケア会議、初期集中支援チームとしても活動している。	運営推進会議や地域密着型事業所連絡会への参加を通じ、市担当者との連携強化を図っている。市が実施する事業(認知症地域推進委員、認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議等)にもホームとして積極的に協力し、良好な関係を構築している。
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	身体拘束防止マニュアルを設置し、全職員に周知している。身体拘束委員会を3か月ごとに開催し身体拘束の研修を行い身体拘束をしない基本を勉強している。夜間のみ安全対策の為玄関を施錠している。日中は自由に出入りできる状況になっている。	身体拘束をしないケアを前提とし、日々のケアでも実践している。身体拘束廃止委員会(3ヶ月毎)の中で勉強会を行い、不適行為やグレーゾーンに対する理解を深めている。スピーチロックの廃止にも取り組み、利用者にとって待っていただく場面では理由を具体的に説明している。
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止マニュアルを設置し、全職員に周知している。職員会議で虐待防止の研修を行い、虐待を見かけた時には通報の義務がある事を伝えている。年2回の勉強会を行っている。	

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
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	外部の研修に参加し勉強を行っている。現在利用している利用者はいない。		
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	契約時、改定時には、重要事項説明書を十分に説明し、理解と納得が得られるよう努めている。 契約後も不安や疑問がある時にはいつでも相談できる体制を取っている。		
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、面会時に意見や要望を聞いたり、サービス担当者会議前に家族の要望を聞いている。苦情箱も設置し誰でも意見を入れる事が出来る。アンケート調査も実施しサービス向上に努めている。また、法人全体の苦情担当者会議を実施し、グループホームだけではなく各サービス事業ごとの苦情を第三者を交え検討している。メール活用し家族との連絡は希望者のみ行っている。	家族の意見・要望を引き出せるよう、陽だまり通信で暮らしぶりを伝えたり、面会時に近況を詳しく説明している。ケアカンファレンスに家族も参加してもらい、意見・要望を介護計画に反映している。又、家族の本音を吸い上げられるよう、毎年、無記名アンケート調査を行い、ケアの見直し・サービスの向上を図っている。	
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	職員会議等では施設長、主任を交え介護職員の意見を聞いて良いサービス提供に繋げている。サービス担当者会議には担当職員が出席し意見を述べて、介護計画書へ反映している。	職員会議時に個々の意見・提案を吸い上げる機会を設けている。主任も現場業務に従事しており、普段から職員の声に耳を傾けたり、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	就業規則を守り健康で働けるように年2回健康診断とストレスチェックを実施。個人的な希望に応じ研修会や講演会、資格試験に参加できるよう配慮している。		
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	法人内の研修、外部研修の参加の機会を作っている。研修で得た知識、情報は職員会議や復命書により、他の職員へも伝えている。また、研修費用は施設が負担している。資格試験への勤務の配慮も行っている。		
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	グループホーム協会、わじまケアネット連絡協議会、地域包括支援センター、地域密着型介護サービス事業者運営協議会、介護支援専門員協会の研修や勉強会に参加し認知症地域推進委員会議で、他事業所、他職種の連携を図っている。		

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	利用開始前に施設の見学、事前面接し本人様の状況把握し、本人様から意見や要望を聞く、また、家族、担当ケアマネから情報を得てサービス開始初期に不安の軽減を図っている。事前のアセスメントだけでは分からない事も多く、利用開始しながら、本人様の思いやニーズの確認をし、ケアプランに取り入れている。		
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	利用開始前に施設の見学、事前面接し本人様の心身状況、家族様の状況把握し家族から困っている事や意見、要望を聞く、担当ケアマネから情報を得てサービス開始初期に不安の軽減を図っている。		
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	本人様、家族様の情報や意向、担当ケアマネからの情報や意見から、グループホームでの生活が、本人様や家族様の望む生活が提供できるよう職員間で話し合う。		
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	利用者様から野菜の作り方を教わりながら収穫を共にし、調理方法や季節の行事の行い方等の知恵を教わり、洗濯物や掃除を一緒に行いながら共に生活を支えている。利用者様に出来る作業を行って頂き、感謝する事で役割を持った生活が続けられる様にしている。		
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	自宅訪問、家族と共に自宅への外出や外泊、家族宅への外泊を家族様の協力を得て行う事を、入所前の生活や家族との関わりが継続できるようにケアプランに入れ、家族の同意を得ている。		
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	希望があれば自宅訪問、友人宅訪問、親戚宅訪問を行い昔からの馴染みの関係が継続できるようにしている。また、併設の特養、ショート、デイサービスの利用の知人や親せきに会いに行ったり、会いに来れるよう、職員間で連携し希望時に実現している。	ホームでの面会を歓迎したり、ケアプランにも反映しながら、家族との繋がりが途切れないようにしている。法人内の他サービスを親戚・兄弟等が利用している場合は、お互いに行き来できるように配慮している。馴染みの場所(自宅、親戚宅等)との繋がりを、時には送迎を含めて支援している。	
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	利用者様の性格に合わせて、それぞれの心地よい関係性を継続できるよう、座る位置等の環境を考えている。利用者どうし乱暴な物の言いからになる揉め事もあるが、関係の悪化が長引かない時には、関係改善出来ることも本人様の力であると考え見守る事もある。		
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	入院し退所され、今後の事が不安になる家族様へ、他の介護サービス利用の方法や紹介をし、受け入れ先の事業所には、本人様の情報の提供をしている。		

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
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	要望の言える方には聞いて実現できるよう努め、要望の言えない方にも日頃の行動や表情を見て、望む事、望まない事を配慮している。また、気付いた事や要望があった事は職員会議やカンファレンスで取り上げ実現に向けて話し合いを行っている。	日常会話の中から、利用者個々の「思い」を把握するようにしている。利用者の「思い」(○○を食べたい、○○したい等)を聞いた場合は職員間で共有し、出来る範囲で実現するようにしている。利用者の要望は介護計画にも反映している。意思疎通が難しい場合は生活歴・表情等から、「思い」を推察している。	
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	これまでの生活歴を本人、家族、知人、担当ケアマネに聞き、これまでの生活で、本人の大切にしてきた事や、思いを情報として取り入れ施設でも続ける事が出来るようにしている。		
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	一人ひとりの生活リズムやパターン、生活の中の出来る事と出来ない事を把握し安心、安全な生活を続けていけるよう努めている。		
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	本人の思い、家族の思いを聞いてカンファレンスを行う。カンファレンスや職員会議には現状の問題の把握し、サービス計画の実行の現状を話し合い、より本人の望むものを考えている。カンファレンスには本人、地域包括の職員も参加し意見を交え本人の了承を得ている。カンファレンスに使用した資料、会議録、計画書を家族に送付し理解を頂いている。	利用者本位の介護計画となるよう、ニーズには利用者本人の言葉(○○したい)をそのまま用いている。利用者一人ひとりの「思い」「好きな事・出来る事の継続・役割」「馴染みの人との繋がり」を重視した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。担当職員が1ヶ月の支援経過記録(介護計画実践状況、健康・精神面の変化等)を取りまとめ、半年毎の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	個別に支援・介護日誌を設け日々の状況の記録と、介護計画のサービス内容の実施出来たか出来ないかを記録し、評価している。		
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	本人や家族の状況に応じて通院や自宅訪問、友人宅訪問、その他の外出の支援を行っている。利用者の必要物品の購入や衣類の直し。遠方の家族の宿泊、食事の提供、最寄りのバス停までの送迎。併設施設との連携にて医師、看護師、理学療法士、栄養士との関係が密にできている。利用者の重度化が進み、グループホームのお風呂で入浴出来なくなっている方は、特養のチェア入浴に入浴することも出来る。		

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	運営推進委員に地域の区長、民生委員、婦人会が参加しており地域公民館行事の運動会、文化祭への招待を受け参加している生活の中に目標を持って暮らす事が出来る。かかりつけの美容院、郵便局への訪問、図書館では一般会員より長い期間借りる事が出来る。消防署は防災訓練の指導を受けている。消防署、最寄りの交番、市役所地域生活課、運営推進員、町内の各公民館へ陽だまり通信を送付し利用者の現状を知って頂いている。		
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	入所時に本人、家族の同意を得て法人嘱託医を主治医とし場合、2週間に1度の訪問診療を受けている。体調の悪化が見られた時は主治医への受診や併設特養の回診時に診察、相談ができる。夜間緊急時には往診の対応も行われる。主治医の指示で併設看護師による点滴、血糖検査、採血等の医療行為が行われる。主治医以外の受診は、本人、家族の希望があればその他の病院へ受診の支援も行っている。これまでの主治医(法人嘱託医以外)の継続を希望する場合にも受診の支援、医師への情報提供を行い、これまでの治療が継続できるようにしている。	かかりつけ医への継続受診、又は法人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(24時間相談可、緊急時の往診対応可等)が高い為、殆どの方が嘱託医を主治医としている。かかりつけ医や専門医(精神科等)の受診は原則家族に依頼しているが、状況に応じて必要な支援(職員が付き添う、文書で情報交換等)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	併設施設の看護職員に、日中であれば必要時利用者の状態について相談、指導、医療的ケアを受けられる。夜間は嘱託医へ直接連絡し、支持、受診、往診を受けられる体制になっている。		
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。	入院が必要となった場合には家族との連絡、必要な情報を病院に伝えている。退院のめどがたった時には病院との連絡を行い、病院でのカンファレンスが行われる場合には参加している。施設での注意点などを聞いて早期の退院に向けて話しを進める。		
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	終末期は経管栄養や喀痰吸引の必要が発生した場合は対応が困難であることを入所時に家族に説明しているが、重度化が進んできた時点でも家族に看取りの場所の確認を取り、家族、主治医、特養看護師、職員で話し合いを行い、対応可能であればターミナケアを実施している。	嘱託医の協力を得ながら、重度化・終末期支援を実践している。利用者の重度化の状況に応じてホームで「出来る事・出来ない事」を家族に詳しく説明し、今後の方向性を話し合っている。医療行為が必要な場合は、隣接特養施設や病院への移行体制を整えている。職員には特養経験者も多く、終末期は看取りプランを作成し、可能な限りの緩和ケアを行っている。	
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	対応マニュアルを作成し日頃から急変、事故時の対応について話し合い、職員一人一人が熟知している。夜間の急変や事故発生時には、特養の介護職員の応援態勢も出来ている。		

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
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	緊急時対応マニュアル、連絡体制を整備しており併設事業所の職員との連携がいつでも可能な状態にある。	介護事故発生時の対応マニュアルを整備している。誤嚥・窒息に備え、吸引器を設置(喀痰吸引研修修了者3名在籍)している。又、法人全体のリスクマネジメント研修や救命講習(2年毎)に継続的に参加し、スキルアップを図っている。	
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	法人嘱託医とは24時間連絡が取れる体制になっており、2週間毎の回診も行われている。特養回診時に診る事も可能。理学療法士によるリハビリ指導が毎週土曜日に行われている。法人全体(特養、デイ、居宅)でバックアップ体制が出来ている。	法人嘱託医による24時間の医療支援体制を確保している。又、隣接の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1名の配置であるが、緊急時は特養夜勤者が応援に来れる体制になっている。また、夜勤者以外の職員も緊急時呼びだし可能、嘱託医の相談、往診も可能な体制になっている。	1ユニットの為、夜勤者1名の配置となっているが、隣接特養施設の夜勤者・宿直者(計6名)による応援体制が整えられている。	
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	防災マニュアルを作成。避難訓練、防災訓練を実施している。運営推進委員や併設事業所の協力も得られる。	防災マニュアルを整え、年2回、火災を想定した総合避難訓練を実施している。2回共、消防立ち会いのもとで訓練を行い、専門家の総評・助言を今後活かしている。1回は日中想定で、法人全体で訓練を実施している。もう1回は夜間想定で隣接特養施設と合同で行い、相互の連携を確認している。訓練時は水消火器や消火栓を用いて、消火体験を行っている。災害発生時に地域貢献ができるよう、母体の隣接特養施設が福祉避難所の指定を受けている。備蓄品はリスト化し、適切に保管している。	
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	安全確保として防災設備の点検の実施、緊急連絡網掲示し対応できるようにしている。備蓄品として、食料、水、布団、毛布、簡易ガスコンロ、紙オムツ、ラジオ、懐中電灯を備えている。		

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	利用者一人一人の生活歴、性格を理解し、嫌な言葉掛けや否定的な声掛けはしないようにしている。介護をする際にも他の利用者に気づかれないようにさりげない言葉掛けや対応をする等人格を尊重している。職員間の連絡も口頭でなくメモを渡して、利用者には聞こえないようにしている。	「認知症」を理解し、利用者個々の言動を受容・共感の姿勢で受け止めている。トイレ誘導時は他者に悟られないようにしたり、同性介助の希望に応じる、申し送りは利用者には聞こえない事務所で行ったり、職員間での情報交換時はメモを用いる等、プライバシーにも配慮している。	普段から疑問形で声掛けを行い、利用者の意思・自己決定を尊重する取り組みが期待される。
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	本人の思いや希望を伺ったり、希望を自分から言わない方にも表情を見て職員から声を掛けるなどして利用者の思いを知り実現出来るよう努めている。		
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	一日の生活の流れは大まかに決まっていますが、その中で本人のしたい事や出来る事を取り入れ、本人のペースに合わせた生活を支援している。		

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
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	朝替える時や入浴時には、本人の着たい衣類を準備したり、外出時衣類を購入する際には本人に選んで頂いている。馴染みの美容院へ行ったり、知り合いの美容師に施設に来て頂いている。使っていた美容液なども持って来られている。		
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	併設特養の栄養士が献立を作成し台所で作っている。食事を楽しみに行っている方が多く利用者の希望で好みの味付け、頂いた食材や畑で出来た野菜を加えて変更している。誕生会や食事会では利用者の希望や季節のメニューを出している。利用者は野菜切り皮むき、盛り付け、食器洗いを協同で行っている。外出時にはお弁当や食堂、回転寿司などで食事を摂り、いつもと違った雰囲気ですべてを楽しんでいる。	併設特養の栄養士が季節感・栄養バランスを考慮した献立を作成している。地域のスーパーから旬の食材を購入し、職員手作りの料理を提供している。ホームの畑で採れる野菜も食材として活用している。家事が得意な方には、準備・後片付け時に役割を担ってもらっている。「食事会」と称して利用者の要望に沿った料理を提供(月1回)したり、ホットプレートを用いて一緒に食事・おやつ作りを行う機会、時には外食機会を設ける等、食事を楽しむ支援を行っている。	
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	栄養士が献立を作成し、バランスの良い食事を提供している。残食量を記録し体重測定と併せて摂取カロリーの調整を行っている。脱水予防の為に水分補給も十分に行っている。		
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、うがい、歯磨きの声掛けや洗面所への誘導、説明を行っている。週に2回入れ歯洗浄剤での洗浄を行う。認知症で口腔清潔の理解が出来ない方は拒否が強く、無理強いはいしていない。		
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	排泄チェック表を基に一人一人の排泄パターンを把握し、個別に応じた下着や排せつ用品を使用している。個別で出来る事と出来ない事を把握し利用者に合わせて支援方法を行い、出来るだけトイレでの排泄を支援しているが、排泄用品を上手く使用することで本人らしく生活が送れるよう支援している。	利用者の身体状況を見極め、可能な限りトイレでの排泄を支援している。誘導が必要な方には個々の排泄パターン・サインを把握し、適宜お誘いの声をかけている。排泄用品を有効活用し、利用者の生活の質の向上を図っている。	
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	便秘傾向の有る利用者には水分、食物繊維や乳製品を多く摂るように心がけている。下剤を使用し排便を促している方も排便の形態を見ながら下剤の調整し出来るだけ少ない使用量となる様医師と連絡相談している。		
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	日曜日以外の午後に入浴を行っている。(行事等で入浴できない日があれば日曜日の入浴も行う)順番や湯の温度、入浴時間を本人の希望に沿って対応している。入浴中は職員と共に話をしたり歌を歌いながらゆっくりとくつろいで頂く。入浴を嫌がる方にはその方が入りやすいタイミングを把握し気分良く入浴できるように工夫をしている。嫌がれば無理強いはいしない。	日曜日以外はお風呂を沸かし、利用者個々の要望(一番風呂、湯加減、長湯等)に沿った入浴を支援している。昔ながらの季節湯(菖蒲湯、柚子湯、リンゴ湯等)を楽しむ機会も設けている。入浴を拒む場合は無理強いせず、別の日に改めてお誘いしている。	

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	夕食後就寝までの時間はそれぞれ好みの過ごし方をして頂き就寝時間はその日の様子を見て部屋へ誘導を行っている。眠れない方や夜間起きてくる方へは、思いを伺い眠れるまで対応している。起床時間も本人が起きたくなければ起きて来るまで休んで頂いている。昼寝の習慣のある方には希望時昼寝をして頂いています。		
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	利用者ごとの処方内容の説明書を備え確認できるようにしている。誤薬防止に服薬するまでに3回のセットの確認と、子袋付きクリアファイルに薬をセットしし確認しやすく取り取り間違いを防ぐ、内服確認表で飲み忘れを防いでいる。嘱託医回診時変化があれば状態報告を行い薬の調整変更を相談している。		
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	生活歴から得た経験により出来る力を生活の中で活用する事で役割を持ち続け、家族、友人、地域との交流を図り、張り合いのある生活が続けられるよう支援している。食べる楽しみを持たれている方が多く、食事を月に一回行い、メニューに好きな物を取り入れている。畑で野菜を作り、野菜を育て収穫を喜び、季節の手作りの食品作りでは、梅干しや干し柿、切り干し大根を作り、食べることが出来ている。		
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	利用者の希望に応じ、外出(花見、ぶどう狩り、水族館)、食事買物外出を行っている。地域行事の運動会、文化祭の参加。特養の慰問(歌や踊り、小学生の訪問)に参加。読書が好きな方の為図書館訪問や本を借りて来る支援、自宅・友人宅訪問。家族の協力を得て家族友人との外出。等希望される生活歴を続けられるよう支援している。	天気が良い日は気軽に戸外(散歩、草むしり、畑作業、ベンチでの日光浴等)に出向いている。又、公民館行事への参加や季節感を味わう外出(桜花見、ぶどう狩り、祭礼見学等)も支援している。	
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	希望の有る利用者は現金を持って頂き、孫やひ孫へお小遣いを渡されている。本人の管理の難しい方は、施設で現金を預かり、買物や美容院で支払いをして頂いている。		
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	利用者が希望した場合には電話を掛けたり、職員、家族が電話を掛けた際には利用者も電話に出て話をして頂く。家族、知人から年賀状は送られてくる。返信を希望される方は書いて頂き返信している。		

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
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	部屋、リビング、食事席など利用者の過ごしやすい場所でそれぞれ日中過ごされています。午前中は中庭から暖かな日差しが差し込む。テレビはリビングの見やすい位置に設置しテレビを見たり、歌謡曲や時代劇等のDVDを希望があれば見て過ごされています。中庭には花や野菜のプランターを置き季節の花を眺めたり、野菜を育て、畑には季節の野菜を植えて食事に添えている。リビングから台所が見え、自由に入出りでき調理の音や香りが食欲をそそる。	共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮し、冬季は加湿器を設置している。夏季は日差しが和らぐよう、グリーンカーテンを育てている。時節の花や野菜を敷地内で育て、季節の移ろいを感じられるようになっている。リビング以外の廊下奥にもイスを設置し、他者と離れて一人で寛げる空間を確保している。	
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	リビングソファは座る位置がほぼ決まっておりそれぞれに落ち着いた場所であり、仲の良い方同士ソファで並んで過ごされている。廊下にも椅子を設置し、一人で過ごせる空間も確保している。		
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	自宅から馴染みの物を持ち込み自宅にいた時のように居心地良く暮らせるように支援している。(家具、寝具、化粧台、座椅子、アルバム等)	各居室に専用の洗面台が備え付けられている。居室で居心地良く過ごせるよう、自宅で使い慣れた物(テレビ、CDラジカセ、家具、寝具等)や安心出来る物(家族の写真等)を持ちこんでもらっている。	
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	安全に歩く事が出来るよう、廊下、トイレ、浴室には手すりを設置、部屋でもベッドや家具の位置の工夫で動線で手をついて歩ける工夫をしている。自分の部屋が分かるよう表札を掲げ、見えにくい方には別に大きな物を付けて離れていても見えやすいようにしている。トイレも同様に分かりやすい案内板を設置している。		