

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	地域の介護を担うグループホームとして理念を意識づけしている。各階玄関、毎日見る申し送りノートや連絡帳に理念を記載したり、合同ミーティングで話し合っている。個人のネームカードにも記載して日々の生活のケアにつなげている。	「安心と信頼の提供」「人格を大切に」「生きがいのある自立生活」「家庭生活の延長」「健康管理」の5つを柱とする理念を掲げている。理念はホーム内の掲示、職員が目にする申し送りノートや連絡帳への印字、ミーティングでの振り返り等を通じて周知を図っている。	
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人として日常的に交流している	地域住民の一人として町費を納めている。回覧板や有線放送で地域の情報を得ている。陽ららからも行事便りを配り情報の発信をしている。実際に町内の餅つきや防災訓練等に入居者と職員が参加して、なじみの関係になっている。お彼岸には職員と入居者でおはぎづくり、ご近所におすそ分けをし、ご近所からは、花や野菜等頂き入居者、職員の喜びと楽しみになっている。ボランティアを受け入れ、陽ららカフェには家族や町内の方が来て、入居者、職員と交流できる機会を設けている	地域行事(運動会、餅つき、新年会、お祭り等)への参加やホーム行事(毎月の陽ららカフェ等)への招待、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。今年度から地域のサロン活動(体操教室)の場として、ホーム1階部分を住民に活用してもらっている。開設時から地域交流を推進し、近隣住民と良好な関係(野菜・手作りのゴミ箱等の差し入れ⇄ホームで作ったおはぎのお裾分け)を構築している。	
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	地域の方が日々の関わりの中で気軽に相談ができるよう、関係作りに努めている。陽ららだよりの配布時に相談を受ける、陽ららカフェや運営推進会議などを通して情報の提供を行っている。		
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	入居状況、行事、職員の研修や外部評価の結果を報告している。町内からの要望や行事の案内、認知症の方の相談にアドバイスしている。また、アロマセラピストの方や薬剤師の方に参加してもらい、認知症と五感の関係、漢方の基本知識について講義、助言してもらっている。アロマオイルを活用した抗菌対策や、香りでの癒しも取り入れている。	家族代表、町会代表(町会長含む)、婦人会代表、民生委員、行政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・活動報告だけでなく、地域の情報を収集する場となっている。又、時には薬剤師やアロマセラピストに様々な情報を提供してもらっている。誰でも閲覧出来るよう、議事録の綴りは玄関口に備え置いている。	
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	運営推進会議に毎回出席してもらっている。また小松市GH連絡会に参加し、情報交換を行っている。他にも介護相談員の訪問を月に1回受け入れて、ホームの取り組みを入居者の立場から見てもらったり、日頃から市と連絡を取り合い協同関係を築いている。	運営推進会議やグループホーム連絡会(年4回)での情報交換を通じ、市担当者との連携強化を図っている。	
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	入社時から身体拘束をしないケアを実践していることを意識づけしている。ミーティングやリスクカンファレンスでの報告を行い、身体拘束を行わないことを確認している。自分や家族が拘束を受けたら、どんな気持ちか自分自身に置き換えて話し合っている。運営推進会議では毎回、身体拘束や不適切ケアなどを議題に取り入れ、話し合っている。	身体拘束をしないケアを前提とし、普段からその実践に取り組んでいる。外部研修への参加、毎年の内部研修を通じ、身体拘束に該当する行為(グレーゾーン、スピーチ・ドラッグロック含む)についての理解を深めている。又、運営推進会議の中で毎回、身体拘束廃止の取り組みを報告している。	

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
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	毎年研修に参加し、ミーティングでも学ぶ機会を設けて意識付けを行っている。また、何気ない言葉かけが心理的苦痛を与える恐れがあることに、日常的に注意している。		
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	毎年研修に参加し、ミーティングでも学ぶ機会を設けて意識付けを行っている。資料等は事前に準備しており、必要な時に適切に支援ができるよう努めている。		
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	お茶を飲みながら話しやすい雰囲気づくりを心掛け、ゆっくり、丁寧に行なっている。入院した場合は3週間待てること、希望されれば看取りまで行なうことを話している。認知症の症状が落ち着き、他の施設や在宅へ戻ることを希望された場合も、スムーズに事が進むよう協力することも話している。		
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	アンケートを行い、職員、ご家族や運営推進会議に結果報告し、改善している。普段の会話や玄関に意見箱を設置して、積極的に意見や要望を知る働きかけを行っている。また、外部の苦情相談者を掲示し、相談できることを知らせている。小松市の介護相談員の訪問を受け入れ、利用者の立場に立った意見や要望を頂いている。	家族の面会時に職員から必ず一声かけ、信頼関係を構築するように努めている。毎月、担当者が筆筆の手紙で利用者個々の1ヶ月の暮らしぶりを伝え、面会時・電話連絡時に家族の意見・要望を確認している。又、家族の本音を吸い上げられるよう、2年毎にアンケート調査を行い、サービスの質の向上・改善に活かしている。	
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	代表者は時々ホームを訪問して、利用者や職員に声をかけている。事務局長と管理者とでミーティングを行なっている。管理者は年2回、職員個別に面談を行い相談事や本人のやりたい事を聞いている。また、ローテーション業務も行い、日々の会話やチーム会、合同ミーティングでも一人一人の意見や要望を聞いて運営に取り入れている。	施設長は普段から職員の声に耳を傾け、意見等を述べやすい環境を整えている。毎月のユニット毎・合同ミーティング時に職員が自由に意見交換し、全体で合意形成を図る機会を設けている。又、目標管理を兼ねた個人面談(年2回)で、職員の本音を聴く機会も設けている。	
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	人事考課制度を取り入れ、自己評価や考課者の評価に基づき個々の状況を把握し、給与面での反映や個々に合わせた研修の参加を勧め、意欲向上に努めている。		
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	代表者は教育委員長を中心に、パート職員も含めた、全職員が参加できる計画的な人材育成に取り組んでいる。入社後1～3年後研修や、認知症ケア、緊急時の対応、接遇、リスク回避、感染予防等、幅広く学ぶ機会を確保している。		
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	同グループ内で、入社1～3年後研修、みらい創造研修、和楽仁塾など、交流や情報の共有、意見の交換を行える場がある。また小松市のGH連絡会に参加し、抱えている問題や取り組みを共有したり勉強会に参加したりして、サービスの質の向上とネットワーク作りを行っている。		

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	入居の相談があった時に入居体験として本人がおやつ体験を出来ることを勧め、体験してもらっている。職員はおやつやお茶を共にし、自己紹介やホームのアルバムを一緒に見て居心地の良い雰囲気づくりと、ご本人の声に耳を傾け、その人を知ろうと努めている。		
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	十分な会話と傾聴で、家族が抱えている思いを察するよう努めている。共に支援するパートナーであることを伝え、少しでも安心して次のステップに進めるようにしている。		
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	こちらから訪問したり、おやつ体験等を通してホームに来て頂いたりして、本人や家族の思い、状況、必要としている支援を見極めるよう心掛けている。また当ホームにこだわらず、他のサービスを含めた最善と思われる支援に繋ぐことができるよう努めている。		
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	昔からの風習、生活の智恵などを教えてもらったり、男も家事をする等、現在の生活スタイルを伝えたりして、互いに思い、協同しながら生活を共にしている。一緒に活動した後は、マッサージをしあったり、ねぎらいの言葉を掛けあっている。		
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	最初の段階から支援を共にするパートナーであることを伝えている。季節の衣類の要望や日用品が少なくなった事を知らせて、来て頂くよう働きかけている。また、毎月行事便りと共に近況報告を記した手紙をお渡ししている。		
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	ケアマネージャーからの情報提供や、入居後の本人や家族との会話の中から人間関係や生活歴を聴き、自宅や馴染みの理美容室等の店舗に安心して通えるよう、支援、協力を得ている。また、ホームにも馴染みの人が通いやすいよう、来た時には写真を撮って居室に飾るなど、職員は積極的に関わりを持つよう努めている。	家族・友人等の面会を歓迎し、次にも繋がるように働きかけている。携帯電話を持ちこみ、家族との繋がりを保っている例もある。又、家族の協力を得ながら親族行事(法事、葬式等)に参加したり、行きつけの理美容院・病院・喫茶店の継続利用や墓参り等を支援している。	
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	職員は入居者同士の関係を把握している。会話したり、遊んだり、助け合ったりできる環境づくりを心がけている。入居者同士で行動を共にする時には、安全に配慮した、さりげない声かけ見守りを行っている。		

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
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	入院や他の事業所に移り利用が終了した場合でも、ご家族に面会の了承を得て伺っている。ご本人やご家族の支援につながるよう、事業所間での情報提供も行っている。		
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	共に時間を過ごす中で、希望や思いを知ることができる。伝えることのできない方には、表情などから思いを察するように心掛けている。家族も共有できるように心身の情報シートを活用し、本人、家族、スタッフで話し合い、生活に反映できるよう検討している。	日常会話の中から利用者個々の思い(自分でしたい、○○してほしい、○○を食べたい等)を把握し、可能な範囲での実現に取り組んでいる。利用者の思いはセンター方式(私の姿と気持ちシート)に集約し、職員間での情報共有を図っている。意思疎通が難しい場合は表情・仕草から、その時々思いを汲み取っている。	
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	本人が自分らしく生活できるように、今までの趣味や嗜好品を大切に考えて、ご家族となじみの関係を築きながら把握している。一部センター方式を用いて個人の歴史やサービス利用などから全体像を把握している。		
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	生活習慣や出来ることの把握に努めている。また得た情報はミーティングなどで全スタッフが共有できるよう努めている。事前に「～できない」と言う情報があってもそれにとらわれず、その時々状況に応じてアプローチしている。		
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	普段からの会話や状況の中から出てくる、その時々課題やケアのあり方についてミーティング等で話し合い、それぞれにアイデアを出し合い介護計画に反映するよう心掛けている。継続したアセスメントと毎月モニタリングを行い、随時、介護計画の見直しを行っている。	利用者本人のニーズ(やりたい事)を中心に据えた介護計画を作成し、日々実践に取り組んでいる。又、家族の意向(ホーム側してほしい事)も計画に反映するようにしている。職員の意見も踏まえて、毎月のモニタリング・計画の見直し(基本、6ヶ月毎)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	個別の生活記録とは別に申し送りノートを使用し、迅速な情報の共有、実践につなげている。チーム会でも記録をもとに振り返りを行い、日々の実践や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	実現困難なニーズであっても、ご本人やご家族等と相談を重ね、実現に向けて取り組んでいる。また前例などにこだわることなく、柔軟に対応するよう心掛けている。		

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	町内会長をはじめ、民生委員や市の職員等に運営推進会議に参加して頂き、情報交換を行っている。地域やボランティアの方に協力してもらい、ご本人の楽しみが継続できるよう支援している。		
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	馴染みの医師に継続的な医療が受けられるように支援している。本人、家族の希望通りに適切な医療が受けられるように支援している。受診の付き添いや、必要に応じてご家族とも同行している。	馴染みのかかりつけ医への継続受診、又は提携医による健康管理を選べるようになっている。利便性(24時間の連携、職員が受診を支援)を考慮し、2/3は提携医を主治医としている。かかりつけ医への受診は家族に依頼し、都度必要な支援(家族を介して情報交換、医師に文書で情報提供等)を行っている。適切な健康管理・医療連携を図れるよう、現在、看護職員5名を配置している。	
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	看護師1名、准看護師が4名いる。血圧、体温、排便状況、食事の摂取状況から、いつもと違う状態を介護職は判断し、看護師に伝えて相談している。看護師はかかりつけ医に報告、相談しながら健康管理や医療支援に努めている。また芳珠記念病院の看護局長が月に2回ホームに来て生活を共にし、入居者の様子を把握している。緊急時の対応もしてくれている。		
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。	入院時には職員も付き添い、入居者、家族も安心して治療が受けられるように、サマリーのほかに情報を必要としないか確認している。入院後は家族に連絡してから見舞いに行き、医師、病棟課長や受け持ちのソーシャルワーカー等と、今後の生活についての話し合いもしている。		
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	利用開始時に看取りについて説明を行い、意向を確認している。その後も機会をみては事業所のできることを説明し、本人や家族の意向の確認、共有している。看取りの段階では職員、家族、かかりつけ医師が密に連絡を取り合い、意に沿った支援ができるよう心掛けている。	利用者・家族の「最後まで」という希望に沿い、提携医の協力(訪問診療等)を得ながら、重度化・終末期支援を実践している。重度化の状況に応じて都度、医師・家族と話し合い、今後の方向性を確認している。ホームで出来る事・出来ない事は家族に詳しく説明し、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	急変や事故発生時に、慌てずに行動がとれるように、吐物処理や口腔内の吸引訓練を行っている。事故発生時の対応方法についてひやりはつとを元にミーティングで話し合い、ケースに応じての対応方法を確認している。		
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	各マニュアルをユニット毎にファイル保管してある。速やかに対応できるよう緊急連絡網は電話付近に掲示してある。また、賠償資力として2つの保険に加入している。	事故発生時の連絡体制や緊急時対応マニュアル(症状別)を各ユニットに整備している。緊急時対応(誤嚥・窒息時、嘔吐物処理等)に関する内部研修を行い、ホーム全体のスキルアップを図っている。利用者急変時はいつでも母体病院の看護局長やホームの看護職員に連絡・相談し、指示を仰げる体制を整えている。今後、母体の総合病院との更なる連携強化を検討している。	職員個々の緊急時におけるスキルや知識を把握され、それぞれの能力に沿ってスキル等の強化、向上を図られることを期待する。

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	同法人の総合病院や地域のクリニック、歯科の協力がある。災害で一時的に陽らでの生活が困難な時は、同法人の総合病院と連携し、入居者の安全を確保できるようにしてある。	提携医(随時の相談、訪問診療等)や母体の総合病院をはじめとする法人全体のバックアップ体制を確保している。	
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名で各ユニットに1名ずついる。職員が近くに住んでおり、連絡を受ければ駆けつける事ができる。医療連携体制を整えてあり、いつでも看護師、医師にも連絡が取れるようになっている。	各ユニットに1名の夜勤者を配置し、ホーム内で計2名の複数体制となっている。又、緊急連絡網による母体病院看護局長・ホーム看護職員への相談体制や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	毎日、チェック表を用いて点検している。消火器や避難経路の整理整頓は行なっている。定期的に夜間想定避難訓練を実施している。運営推進会議では、防災について話す機会を設け、地域の方にも理解してもらい協力体制を築いている。	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。訓練は2回共、人手が少なくリスクが高い、夜間帯を想定した内容となっている。内1回は消防の立ち会いを求め、専門家の総評・助言を今後の対応に活かしている。訓練時は実際に通報装置を活用したり、消火体験を行っている。災害発生時に地域の協力が得られるよう、時には運営推進会議と併せて訓練を実施している。備蓄品はリスト化し、適切に保管・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	食料、紙皿、コップ、箸、飲料水、医薬品、ラジオ、サーチライト、ポータブルトイレなどリストに基づいて備蓄している。賞味期限の点検も行っている。自動火災報知設備と火災通報装置の連動化がされている。		

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	基本方針に示してある通り、一人ひとりの人格を大切にしている。誇りやプライバシーの確保を心掛けている。排泄の誘導には目立たずにさりげない言葉かけ、入浴時に異性のスタッフの支援に困る方には同性スタッフで対応している	利用者のプライドを損ねない言葉かけ・対応に配慮している。生活場面では「○○をお願いできませんか?」と声をかけ、利用者の意向を随時確認している。又、羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じたり、職員間での情報交換・申し送りは事務所内で行う等、プライバシーにも注意を払っている。	
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	お茶の温度(熱いお茶、ぬるめ、冷たいお茶)からも本人の決める力、希望や願いを意図的に引き出している。入浴をするタイミング、食べたいものを選ぶ時など、利用者自身が決定する場面を作っている。		
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	自室で過ごしたい方、誰かそばにいと安心する方、その方のペースに合わせている。どのように過ごしてよいか分からない方には、スタッフは話し相手になったり、野菜の皮むきや洗濯たため、パズルや読書などを勧め一緒にやっている。		

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
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	タンスの中から洋服を自分で選んで着れる方、スタッフが一緒に選ぶ方、その方に合った支援をしている。ヒゲのそり残しは入浴時にそり、爪切りも介助している。行く方は近所の理美容店と一緒にいき、行き付けの美容院に家族と行っている方もいる。行けない方には訪問してもらっている。		
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	メニューを書いたり、食事の下ごしらえ(野菜の皮をむく、切る、モヤシの根をとる)を行なっている。上手く食べられない方に傍について声掛けや食器の移動を行い、できるだけ自分で食べられるよう支援している。また食べたいものを聞いたり、旬の食材や行事食を取り入れ、楽しみなものになるよう工夫している。	地域の商店から旬の食材を納品し、職員手作りの料理を提供している。献立には利用者の要望も反映されている。家事が得意な方には下準備・後片付け時に役割を担ってもらっている。又、高齢者の経験を活かす場面(おはぎ・干し柿作り等)を設けたり、季節毎の行事食(ちらし寿司、御節料理等)を楽しむ機会、時には弁当・外食を楽しむ機会も設けている。	
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	毎食の食事の量を確認し記録している。ご飯、味噌汁、主菜、副菜、果物などがお盆に並ぶ。嚥下が困難な方には固形食も提供している。10時のおやつは牛乳とお菓子、15時のおやつはお茶とお菓子である。水分は食事を含め1500~2000mlを目安にしている。適宜、管理栄養士に相談、アドバイスを受けている。		
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	朝の洗面時に歯みがき、義歯装着、毎食後に紅茶でうがいをしている。夕食後に歯みがき、義歯の洗浄を行なっている。外出から帰ったら紅茶でうがいをしている。うがいのできない方には口腔ウェットティッシュで清拭している。		
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	9名中、紙パンツ4名、紙オムツ3名、使用している。言動や排泄表を参考にトイレの誘導をさり気なく行なっている。失敗してしまった時はご本人の気持ちを考えて、周囲に気づかれぬように対応している。トイレでの排泄を大切にしながら、オムツ類は本人に合わせて検討している。	可能な限り、「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な場合は個々の排泄間隔・サイン(仕草等)を職員間で情報共有し、適宜お誘いの声をかけている。オムツ使用者でも便座に座り、腹圧をかけることでトイレで排便できるようにサポートしている。夜間帯は身体状況に応じて、個別対応(パッドの大きさ変更、ポータブルトイレの活用等)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	排泄表を参考に排便の状態を観察している。便秘傾向の方にはバナナや牛乳などの飲食物を摂取してもらう、散歩などの軽い運動、腹部マッサージで排便を促している。水分量の少ない方には本人の好む飲み物を提供している。		
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	入浴を嫌がる方がいるが、その方には本人が納得して入れるような声かけ、対応に努めている。それでも嫌がる方には時間や日を置いてアプローチしている。浴槽に溢れるくらいの湯を希望される方には希望通りに対応している。お湯は1人ごとに入れ替えている。	毎日お風呂を沸かし、週平均2~3回程度、利用者個々の要望(湯加減、湯量、一番風呂等)に沿った入浴を支援している。全員が清潔なお湯で入浴出来るよう、一人毎に湯を張り替えている。時節には、昔ながらの季節湯(菖蒲湯、柚子湯等)を行っている。入浴を拒む場合は無理強いせず、別の時間帯・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	屋寝をする人やしない人をスタッフは把握している。入浴後やその日の体調に応じて休息が必要と思われる時は、本人の意思を確認し休んで頂いている。就寝前には安心して眠れるような声かけを心掛けている。		
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	個人別に薬剤情報をもとに把握している。血圧の降下剤を服用している人は特に血圧の値を確認している。薬が強く作用しているときは医師に報告している。認知症の薬は普段の生活や症状を見て適宜、医師に報告している。また家族にも報告をしている。		
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	洗濯物を一緒に干したり、取り込み畳んだり、掃除や料理の下ごしらえをしている。歌を唄うことが好き、会話が楽しみな方にはゆっくりと楽しめるよう、落ち着いた雰囲気作りを意識している。買い物の際に自分の好きなものを買ってくる、行けない方は家族の方から預かっている。散歩、ドライブなど気分転換ができるよう支援している。		
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	近所の散歩や日向ぼっこに出かけている。初詣やお祭、七夕奉納などの季節の行事にも出かけている。買い物やドライブなど希望に応じて外出の支援を行っている。自宅に行きたい方には家族と相談しながら希望に添えるよう努めている。	利用者の要望に沿い、日常的な外出(散歩、買い物、外気浴等)を支援している。気分転換を兼ねたドライブ(海・山方面、自宅周辺等)や季節感を味わう外出(初詣、七夕奉納等)や地域行事(お祭り等)の見学・参加も支援している。	
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	一部を自分で管理している方もいる。声かけなどの支援で支払いができる方にはスタッフが付き添い、自分で頂いている。		
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	年賀はがきや暑中見舞いを出す支援をしている。ご家族からの贈り物が届いたときは、電話や手紙を出す支援をしている。電話のやり取りも適宜対応している		
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	音には注意をはらい、光には照明やカーテンで調節している。温度計、湿度計を設置し、室温調整もしている。季節が感じられる花や飾りつけをしている。ご飯やお味噌汁の臭いを感じることができ、生活感のある空間作りにも努めている。	利用者が快適に過ごせるよう、共有空間の温度・湿度管理や臭気・音・採光等に配慮している。エアコンの風が直接利用者にあたらないように、工夫を重ねている。家庭の雰囲気を大切に、生活感のある空間づくりを心掛けている。生け花教室の作品をホーム内に飾っている。	

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	居間に畳のスペースがあり一人になれたり、他の入居者と一緒に過ごせるような場所がある。外にベンチが2脚あり、花や地域の様子を見ながらの会話や、外の空気を満喫できる場がある。		
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	家族の写真や、アルバム、自分の作品や観葉植物、使い慣れた椅子など馴染みの物がある。ベッドから起き上がる時は必要な方のみ介助レバーを使用して、安心して生活出来るようにしている。	居室で居心地良く過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、コタツ、マイ枕等)や安心出来る物(家族の写真、アルバム等)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	必要な方には食堂の座る場所に本人の好むカバーをかけ、自分で判断できるようにしてある。また、トイレや風呂場の表示、居室前に目印を付ける事でも自分で判断できるよう工夫している。		