

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	理念研修や毎月のユニット会議等で法人、ぐるーぷほーむの理念を共有している。またその月毎、目標を定めその目標に対しての振り返りを行っている。その人らしさを尊重し満足していただけるよう努力している。	「仁・人・和」を法人理念として、「地域の中で人としての生きる力を発揮できるケアの実践」をホーム理念として掲げている。理念は定期的な勉強会(理事長からの詳しい説明)を通じて職員への周知が図られており、物事を判断する際の指標となっている。又、各月毎のユニット目標を職員間で定め、日々の支援に繋げている。	
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	地区の行事(草刈り、盆踊り、運動会等)に参加したり、地域のふれあい祭りに出店したりして地域とのつながりを大切にしている。公園のトイレ掃除も週に1回以上のペースで行っている。またバレンタインデー等にはお世話になった方々へ手作りチョコなどを配っている。	町内・地域行事(総会、奉仕作業、盆踊り、地区ふれあい祭り、RUN伴石川等)への積極的な参加や祭礼時の獅子舞招待、利用者による公園トイレの清掃(毎日)、普段のご近所付き合い等を通じ、地域とは良好な関係を構築している。又、地域づくりの一環として、認知症カフェを4地区(お寺、会館等)で開催し、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	地域の行事に利用者様と参加することで認知症を理解していただけるようにしている。げんざいは4ヶ所で認知症カフェを実施している。		
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	2か月に1度、ご家族・地域の民生委員・婦人会・老人会・行政職員の方々に参加していただき、ほーむでの出来事を報告し日々の生活をDVDや通信を見させていただきご意見や要望をお聞きしています。	多くの地域住民(地区連合会長、町会長、老人会代表、民生委員)、家族代表、行政担当者の参加・協力を得て、年6回開催している。ホームの活動内容はDVD・ホーム通信(写真添付)等を活用し、参加者に分かりやすく報告している。ホーム側の事だけでなく、「地域づくり」についても話し合い、第三者の助言・要望等をサービス向上に反映している。議事録は誰でも閲覧できるよう、ホーム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に取り組んでいる	キャラバンメイト、運営推進会議、地域密着型事業者連絡会等で交流がある。	運営推進会議、地域密着型事業所連絡会、キャラバンメイト活動等を通じ、市担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問点・困難事例が生じた場合は、市担当課や地域包括支援センターに相談し、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	外部での研修に参加しその後ほーむ内で勉強会を行って周知徹底に努めている。言葉による拘束を含めた身体拘束や不適切ケアにならないよう管理者・スタッフ間で確認しあってケアを行っている。	「身体拘束廃止宣言」を玄関に掲示し、身体拘束をしないケアの実践(グレーゾーン、スピーチロック含む)に取り組んでいる。身体拘束廃止委員会を開催し、話し合いの内容をユニット会議で周知している。ホーム独自の自己チェックシートを通じて意識づけを図ったり、利用者に待っていただく場面では理由を説明して了承を得るようにしている。	

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	外部研修に参加したりほむで勉強会を行ったりしている。管理者・リーダーは虐待が行われていないかに注意している。また利用者様の身体や精神面の変化にも気を配っている。		
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	外部研修等で学ぶ機会があるが全スタッフが理解できるまでにはいたっていない。げんざい、成年後見制度を利用されている利用者様がいつらしゃるの研修に参加し理解に努めたい。		
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	ご利用前にはほむの見学をしていただいております。契約に関しては管理者が行っています。		
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	ご家族の面会や来所時に日々の生活や健康面等をお伝えしながら要望や意見の言いやすい関係作りに心掛けています。	家族が何でも気軽に話せる関係・雰囲気づくりを心掛けている。又、家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、面会時に近況を詳しく説明したり、日頃の暮らしぶりを毎月のホーム通信+担当職員直筆の手紙で伝えている。家族の意見・要望(〇〇してほしい等)は日々の支援に迅速に反映している。	家族の本音を汲み取れるよう、以前行っていた家族アンケートの再開(継続的な実施)が期待される。
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	ユニット会議や個人面談にてスタッフの意見や提案を管理者に伝えています。	毎朝のミーティング・ミニカンファレンス・ユニット会議時等に個々の意見・提案を吸い上げ、職員全体で自由に意見交換出来るようにしている。ホーム長・ユニットリーダーは理念に基づいた職員の「気づき」をホームの運営(利用者サービスの向上等)に活かしている。又、個人面談を通じ、職員の声(個人目標、悩み等)を聴く機会を設けている。	
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	代表者はスタッフ個々の努力や実績を把握しておられ向上心を持って働けるような声掛けや様々な研修へも参加できるように配慮してくださっている。		
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	代表者は職員の能力に合わせた研修に参加する機会を与えてくださっている。また法人内では勉強会やリーダー研修も設けられている。		
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	代表者が地域部会の会長をされており市内で開催される研修や交流会に職員を積極的に参加させている。		

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
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	サービス開始前に管理者がご本人にお会いし困りごと、不安なこと等をお聞きし、それを職員にフィードバックすることでサービス開始時には統一した対応をすることで安心感を持っていただけ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	話しやすい雰囲気を中心掛け、ほ一むでの希望を叶えられるよう努力ご家族との信頼関係を築けるようにしている。		
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	初期対応の見極めと支援は管理者がケアマネジャーやソーシャルワーカーと連携し対応している。		
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	利用者様それぞれの有する力を発揮していただけるように出来る事、得意な事等は教えて頂き協力合って生活している。		
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	日頃からちいきの行事等と一緒に参加していただけるように声掛けをしたり、ご家族の意向に合わせた外出支援等にも取り組み、共に支えていく関係を築けるようにしている。		
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	ご本人やご家族との日頃の会話を大切にしその中から情報を得ることで馴染みの店や場所、地元の行事、墓参り、初詣などに行っている。	普段の会話の中から馴染みの関係を把握(支援マップに集約)し、「会いたい人」や「行きつけの場所(理美容院、商店等)」との繋がりが途切れないように支援している。出身地区の集いの場に出向き、馴染みの人間関係を保っている例もある。	
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	利用者同士の関係性や相性、性格などを配慮しより良い関係が保てるように支援することでお互いにとわたりあう場面も見受けられる。またトラブル時にはスタッフが間に入り対応し、その後管理者やスタッフで話し合い対応を考えている。		

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	入院される方にはこれまでの関係性が続くようにお見舞いに行ったりしている。看取り後には通夜や告別式に参列したりしている。		
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	日頃の関わりの中から希望や意向を把握しチームで話し合いを行っている。また希望や意向についてはご家族に了解を頂いています。	ホーム全体で利用者の「思い」を叶える支援＝ライフサポートワークに取り組んでいる。普段の会話・かかわりの中で利用者が発した言葉を日々の記録に残し、「思い(〇〇したい、〇〇に行きたい等)」を聞いた場合は出来る限り即応するように心掛けている。実現が難しい場合でも職員間で協力し、「思い」の実現を図ることで利用者の生活意欲の向上に繋げている。意思疎通が難しい場合は家族の情報を基に職員側から働きかけ、表情・仕草から「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	ご本人、ご家族、兄弟姉妹、親戚、ケアマネなどから情報をお聞きしている。		
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	毎日の申し送りや介護記録で心身状態を確認し共有して日々の変化に対応している。		
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	ライフサポートワークを取り入れご本人の発した言葉により思いを知り計画を立案している。ご家族にもご本人の思いを伝え、理解していただき協力を得られるようにしている。	利用者本位の支援となるよう、ライフサポートプラン(個々の「思い・願い」中心の目標設定+介護者の具体丁寧な支援)を作成し、日々の実践に取り組んでいる。変化する利用者の「思い」に対応出来るよう、短期目標中心の内容となっている。プランの素案作成・モニタリングは担当職員が担い、利用者一人ひとりへの理解を深めている。又、プランを実現することで、利用者・職員が共に達成感を味わえる内容となっている。	
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	日々の活動や言葉などを記録しスタッフ間で情報を共有している。またケアの実践から考察を挙げて話し合い支援につなげている		
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	病院の受診、美容院、冠婚葬祭、日常の買い物などその時々ニーズに合わせて対応している。		

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
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	公園のトイレ掃除、お祭りなどで力を発揮している週に一回ほむにヤクルトさん、パン屋さんが来られ好みのものを購入している。市の図書館を利用したり、近所の鮮魚店に刺身を取りに行っている。毎月発行している福の神通信を市役所、消防署、派出所、学校等に利用者様と一緒に届けに行っている。		
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	これまでのかかりつけ医への受診を継続して頂いてご家族にはできる限り付き添いをしていただいています。日々の状態は情報提供書で医師にお伝えしています。	馴染みのかかりつけ医への継続受診を基本とし、家族の協力を得ている。各主治医・専門医(精神科等)と連携を図れるよう、都度必要に応じた支援(文書で情報提供、職員の付き添い等)を行っている。受診が難しい場合は、提携医療機関(2ヶ所)による訪問診療体制も整えられている。	
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	二名の看護師が両ユニットを把握し急な状態変化があった時にはすぐに連絡、相談が出来る体制になっており介護職と看護職が常に体調等の状態を共有するようにしている。介護職も受診に付き添っている。		
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。	入院時には病院に情報提供を行い入院中は経過、状態を把握するようにしている。退院時には診療情報提供書等で情報を頂いている。ソーシャルワーカーと連絡を取り合い医師、看護師から注意点などのアドバイスや相談にのって頂いている。		
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、事業所です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	ご本人、ご家族の意向をお聞きし意思を交えて十分に話し合いを行っている。	利用者・家族の「思い」に最後まで応えられるよう、ハード面(リフト浴の設置等)や提携医によるバックアップを整え、重度化・終末期支援を実践している。重度化が進行した場合は状態変化の都度、医師を交えて家族との話し合いを重ねている。終末期は揺れ動く家族の「思い」を十分に受け止め、ホームで出来る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	ほむないでは看護師による勉強会を行っている。救命講習に参加している。		
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	緊急事態に備えマニュアルを所定の場所に、緊急連絡網を目に付くところに掲示してある。夜勤帯で不安な時には管理者・看護師に相談できるような体制をとっている。また他のユニットやたきの一ほむのスタッフと連携を対応している。近隣に住んでいるスタッフにも応援要請できるようにしている。	緊急時の対応マニュアルを整備し、職員の目につきやすい場所に掲示している。毎年、看護職員が講師役となり、緊急時対応に関するホーム内研修を積み重ねている。又、ホーム長・看護職員・提携医にいつでも相談し、指示を仰げる体制を整えている。	

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	かかりつけ医名との協力医療機関に相談・連携できる体制になっています。急な状態の変化にも早急に対応していただいています。	地域の提携医による医療支援体制を確保している。老健施設・特養施設とは契約で支援体制を確保している。又、併設の小規模多機能ホームをはじめとする法人全体の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のとなっている	各ユニットに1名ずつの夜勤者を配置、併設のたきの一ぼ一むにも1名の夜勤者がおり、連携が取れるようになっています。緊急時には管理者・リーダーが駆け付けられる体制となっています。常時、看護師と連絡が取れるようになっています。	各ユニット1名の夜勤者＝計2名＋併設の小規模夜勤者を含め、建物内で計3名の複数体制となっている。ホームは平屋で隣接しており、普段から互いに協力し合っている。又、緊急連絡網による近隣在住職員（ホーム長含む複数名）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	定期的に避難訓練を行っている。その際地域の方にも参加していただいている。	災害時の対応マニュアルを整え、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。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、消火体験を行っている。又、訓練時にはご近所さんや運営推進会議のメンバーにも声をかけ、参加・協力を得ている。地域の防災訓練にも継続的に参加し、地域との連携強化を図っている。備蓄品（水・食料・防災グッズ等）はリスト化し保管・点検している。	専門家の視点・助言を活かせるよう、年1回は消防立ち会いの下での訓練の実施が期待される。
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	スタッフ各々が日頃から慌てず行動ができるようにイメージトレーニングを利用者様の安全確保に努めている。また、緊急連絡網があり災害時には要請したいおうにあたるようになっている。		
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	居室に入る際はノックをしたり声掛けをしたり了承を得てからにしている。プライバシーに配慮しご本人が不快な思いをしないように言葉遣いや声の大きさ、トーンに注意している。	日常生活場面では疑問形での声掛けを心掛け、利用者本人の意思決定を尊重している。基本名字でお呼びしているが、下の名前・本人の希望で愛称等でお呼びする場合は、家族の了承を得ている。又、トイレ誘導は耳元で行ったり、居室入室時は必ずノックする、同性介助の希望があれば快く応じる、申し送りは小声で行う等、プライバシーについて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	常に利用者様の意思を尊重しご本人が決定できるようにしています。また一人ひとりの表情やしぐさ、態度などから思いや好みをくみ取ったりしています。		
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	その日、どうしたいかなどを確認している。一人ひとりのペースに合わせて可能な限り希望に沿った支援ができるように努めています。		

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
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	ご自身で着たい衣服を選んでいただいています。整容にも気を配りさりげなくお手伝いさせていただいています。馴染みの理美容院へ行けるように支援している。		
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	ほぼ毎日利用者様と買い物に出かけ、食べたいもの・季節のものを購入しています。下ごしらえ・調理・味付け・盛り付け・後片付けなどもコミュニケーションをとりながら行い利用者様が持つ力を発揮していただいています。	地域のスーパーに利用者と共に買い物に出向いて旬の食材を購入し、季節感ある手料理を提供している。ホームの畑で利用者と共に栽培・収穫した農作物も食材として活用している。利用者の希望・嗜好に応じ、2ユニット別々の献立となっている。家事が得意な方には下準備・調理・後片付け時に役割りを担ってもらっている。利用者の知恵・経験を活かし、梅干しやかぶら寿司と一緒に作っている。又、食の楽しみに繋がるよう、毎昼食時に新鮮な刺身(夏季以外)を提供したり、個別の夕食支援を行っている。	
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	個々に合わせた分量、形状にしてお出ししています。また摂取量を記録しています。		
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	起床時と就寝時など一人ひとりの習慣に歯磨きや義歯洗浄、うがいをいただいています。		
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	一人ひとりの排泄パターンを知り、プライバシーに配慮した声掛けを行い排泄の支援をしています。	日中は「トイレでの排泄」を基本としている。利用者個々の排泄パターンを掴み、適切にトイレにお誘いすることで、排泄備品の使用も必要最小限となっている。紙パンツを使用していた方でもホームの支援により、布パンツへと改善している例も多数ある。夜間帯は利用者の希望・状況等を考慮し、個別対応(夜のみ紙パンツ使用、パッド交換、ポータブルトイレ活用等)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	便秘の原因や病態を知り自然排便が出来るように献立を考えたり、水分に乳酸飲料や牛乳などを飲んでいただいたりしている。		
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	ご本人様が入りたいときや希望に合わせて声掛けをした入浴していただいています。また体調不良時には清拭、陰部洗浄、足浴などを行っています。	毎日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯温、時間帯、毎日入りたい、シャワー浴等)に沿った入浴を支援している。時には季節湯(柚子湯)を楽しんだり、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。入浴を拒む方には無理強いせず、その理由・背景を職員間で考察したり、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	起床、昼寝、就寝の時間は一人ひとりのペースや体調に合わせて臨機応変に対応しています。		
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	服薬情報はファイリングし保管されている。服薬の変更があった時には口頭での申し送りやノートに記載し情報共有をしている。		
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	一人ひとりにあった役割(食事作り、盛り付け、畑仕事、梅干作りなど)やドライブ、買い物、歌や将棋など趣味にあった支援をしています。		
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	利用者様の希望に応じて行きたい場所や四季に合わせた花見、お墓参り、地元のお祭りなどに出掛けている。行先や内容によってはご家族と協力して外出しています。	利用者の「その日・その時」の思い(○○に行きたい、○○に会いたい、○○を食べたい等)に沿い、個別対応中心の外出を支援している。又、小グループで季節感を味わう外出や普段行けない場所、昔懐かしい場所への外出も積極的に支援している。外出は利用者と職員が「楽しみ」を共有する機会に、又、「思い」に沿った外出は利用者の笑顔・生活意欲を引き出す支援となっている。	
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	お小遣いをお預かりし好きなもの、必要なものを購入していますが支払いはスタッフがすることがほとんどです。		
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	希望する方がいらっしゃればご家族さまに協力をお願いしています。		
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	全体が和風をイメージした空間になっています。居間や居室からは周囲の田園や山、中庭が眺められるようになっています。またろうかにもソファーがあり一休みできるようにしてあります。	ホーム内は「和」(障子、襖、縁側)を基調とし、落ち着いた過ごせる大人の空間となっている。居間・座敷を設け、利用者個々が居場所を選べるようになっている。畳敷き廊下の所々にもイスを設置し、他者と離れて一人で寛いだり、職員とゆっくりおしゃべりを楽しむ場となっている。神棚・仏壇を設け、生活習慣が継続出来るように配慮している。冬季は普通のコタツ・椅子に座り入れるリビングコタツも活用している。	

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	共用スペースはひとつであるがテーブルが三ヶ所に分かれており各々自由に気の合った方向士が過ごせるようになっています。またこたつやソファなどで横になったりしてくつろげるようになっています。		
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	ご自宅で使用していた家具などを持ち込んでいただき、ご本人様、ご家族様と相談しながら置き場所を工夫しています。	自宅で使い慣れた物(ベッド・マットレス以外の寝具一式、テレビ、ラジカセ、タンス等)や安心出来る物(趣味道具、愛用品、孫の写真等)を出来るだけ持ちこんでもらえるよう、家族に働きかけている。	
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	必要な場所には手摺りを設置してあります。浴室にも手摺りがあり安全に使用できるようになっています。居室、浴室、トイレに呼び出しベルがあり必要な時にはスタッフが駆け付けられるように配慮されています。		