

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	ホーム独自の理念を掲げ、玄関、リビングなどに掲示している。また、利用者への支援で理念が生かされていくよう社内会議での意識づけを図っている。	「楽志一家春」を理念として掲げ、「楽しく笑いのある家庭」を意識した支援に取り組んでいる。理念はホーム玄関・各ユニット内の掲示、社内会議での振り返り等を通じ、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	利用者が参加可能な町会行事へ参加させていただいている。日頃から交流のある町の人達をホーム行事にお誘いしている。	町内行事(奉仕作業、納涼祭等)に参加したり、普段から交流がある方(老人会の方等)をホーム行事(夏祭り、クリスマス会等)に招待し、地域住民との交流を図っている。	
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	一般の実習生や、介護福祉士を目指す学生などの実習及びボランティアの方を受け入れ、認知症高齢者との関わり方について学ぶ機会を提供している。また、地域の方の介護の悩み相談に対して可能な範囲での助言をしている。		
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	運営推進会議は、2ヶ月に一回行っており、毎回地域の方や行政の方の参加があります。会議では、町内行事や施設行事で交流できる事を話し合ったり、外部評価の結果を報告し、メンバーからの率直な意見を聞かせていただき、サービスの向上に活かしている。	利用者代表、町会長、民生委員、福祉推進員、市担当者等をメンバーとし、年6回開催している。様々な内容(困難事例紹介、地域交流、防災対策等)で気軽な意見交換を行い、第三者の助言をサービスの向上に活かしている。	家族の関心・会議への参加が得られるよう、以前行っていた全家族への議事録送付の再開が期待される。
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	市町村担当者とは、七尾市介護保険事業者連絡会などで、適宜連携をとっている。運営推進会議においても市の職員が必ず参加して下さるので何かと相談しやすい関係性を築いている。	運営推進会議や事業所連絡会等を通じ、市担当者との連携強化を図っている。運営面に関して疑問点があれば市担当課に出向き、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	ホームでは、身体拘束は行なわない方針を掲げ、全職員が「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」を理解して、ケアを行っている。	「身体拘束をしないケア」を前提とし、身体拘束廃止委員会(3ヶ月毎)を通じて意識づけを図っている。委員会の中で利用者個々へのより良い対応・具体的な改善策について職員全体で検討する機会を設けている。ホーム長を中心に、スピーチロックの改善にも取り組んでいる。	
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	管理者は身体拘束等の勉強会を行うと同時に虐待行為に値するような間違った介護をしていないかなどヒヤリングを行い確認している。また、現場に出向き虐待に繋がるような行為が行われていないかなど注意を払って防止に努めている。		

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	権利擁護に関する制度研修などはここ近年受講していないため、知識としては不十分である。研修会などがあれば定期的に参加していきたいと考えております。		
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	契約時には重要事項を丁寧に説明し、不安や疑問点が無いかなど尋ねている。特にトラブルになりやすいと考えられる事項(例えば、事故のリスク、契約解除のこと、個人情報、金銭管理など)については、詳しく方針などを説明し納得を得ている。契約の改定を行う際は、先に文書で通達し、補足説明を十分に行った後、同意をいただいている。		
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	意見や要望、苦情などを含めた対応窓口を設置している。直接窓口での申し出が出来なくても、玄関に意見箱を設置したり、FAXやメールでも意見などを受け付けるようにしている。利用者とは、1:1の散歩の時や外出時や入浴時の2人きりの 場面で思いを汲み取る努力をしている。	家族が気軽に何でも話せる関係づくりに配慮している。面会時や介護計画の作成・更新時に家族の意見・要望を引き出し、日頃の支援に反映している。家族の希望時は、メールやFAXでも意見交換できるようにしている。	
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	社内会議を開催し職員と意見交換をしている。会議以外でも日頃から個別に職員の提案を聞き、様々な場面で意見を活かしている。	ホーム長は物事を決める際は、職員全体の声を聴くようにしている。又、随時のミニ会議やカンファレンス、社内会議(年2回程度)の際に職員が自由に意見交換出来る環境を整えている。	各ユニットでの定期的な会議の開催が期待される。
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	職員は、利用者の健康管理及び身体機能の低下予防、感染症の予防、栄養管理、年間行事の運営、地域交流、利用者及び家族との信頼関係の構築などに日々努めており、代表者はその努力や成果を把握している。その努力の成果で利益が発生した際には職員処遇へ繋げている。また、介護職員処遇改善加算を毎年申請し、処遇改善に努めている。		
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	各種研修や講習会などの案内が届いたときには職員に回覧したり、掲示などして参加者を募っている。また、新人の方には毎年県が開催している認知症初任者研修を受けていただくようにしている。		
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	七尾市介護保険事業者連絡会へ積極的に参加し、同業者と交流する機会を作っている。この会議では全体会議の後に各分科会が行われており、サービスの質の向上に繋がる話して議論されている		

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	サービス導入前に本人と面会し、グループホームの概要説明を行った上で、本人の意思や要望などを聴取している。本人の望むことや困っていること、不安なことを教えていただき、在宅時の生活リズムや環境に近い暮らしを提供できるよう相談に応じている。必要であれば、体験入所なども行っている。		
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	入所の申込みの時に面会し、現状での困りごとやご家族の心理的悩みなどの相談に応じている。実際の居室空き情報をご連絡した後に、再度現状に変化があるかどうかをお聞きし、悩みや要望などがあればお聞きして、入所後にご家族の負担の軽減に繋がるように対応させていただいている。		
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	サービス導入に関しては、不安、要望に応えられることは実行し、その後の状況を把握しながら方策を考えている。また、導入時には「お試し体験入所」を実施して、馴染めそうか、否かの判断をしている。		
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	その人の出来ることを見つけ、又その日の体調を確認しながら決めつけではなく無理のない役割を持っていただき、出来る人が出来ない人を助けながら共同生活を営む仲間としての繋がりと思いやりの気持ちをもって生活できるよう支援しています。		
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	本人の生活状況を度々家族に報告し、必要に応じて面会に来ていただくようお願いしている。利用者の中には家族に会えないことでストレスを感じる方もいるので面会や電話での会話を楽しんだり、時には家族と一緒に外食、外泊することがある。介護者では心のケアに限界を感じることもあるので、そういう時は家族にご協力をお願いしている。		
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	本人が会いたい人、行ってみたい場所などを日常の会話から把握し、家族に報告している。家族と相談しながら本人の希望が叶うよう協力して支援している。事業所で連れて行ける場所は車で付添い送迎をしている。	家族・親戚・友人の面会を歓迎し、次にも繋がるように働きかけている。家族との繋がりを大切にし、共にホーム行事を楽しむ機会を設けたり、家族と一緒に馴染みの場所(自宅、かかりつけ病院、地元の祭り、墓参り等)に外出する事を推奨している。行きつけの理美容院の継続利用も支援(送迎含む)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	出来るだけ居間にお誘いし、皆で会話を楽しんだり、お茶を飲んだり、レクリエーションなど声かけし、孤立しないように支援しています。また、2ユニットの特性を活かしユニット同士での交流も行っている。		

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	退所が決まってからも困ったことがあれば相談に応じることを伝え、他の医療機関や施設へ移動になった場合でもサマリーや介護経過をまとめた書類を作成し情報を提供している。			
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	日頃のコミュニケーションから本人の意向、希望の把握に努め、ケアマネを中心に職員の意見を含めてサービス計画を作成している。また、認知度が高く意思疎通が困難な方の意向、希望の把握は、日頃の表情の変化や態度・行動などに注目しながら汲み取る努力をしている。	普段の世間話や1:1の場面(散歩、入浴時等)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。利用者の「思い」を聞いた場合は申し送りを通じて職員間で情報を共有したり、センター方式(=私の姿と気持ちシート)に記録している。意思疎通が難しい場合は家族の意向も考慮し、本人の表情・仕草から「思い」を汲み取るようにしている。		
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	生活歴は、入所前の段階で本人や家族と面談し、ある程度の必要な情報を収集し把握している。入所後より時間をかけて信頼関係を築きながら、本人及び家族とのコミュニケーションをとおし今まで知らなかった利用者の背景を知ることもある。把握した情報は、センター方式の「暮らしの情報」シートに記入し情報共有している。			
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	一人ひとりの一日の過ごし方を記載した記録用紙を使って心身状態から介護者の気づきまで色々な情報を網羅できるよう記録している。			
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	介護計画及びモニタリングは、本人、家族の要望に応じたものとなっている。計画は設定期間を定めて行っているが、変化が生じた場合は話し合いの上で見直しを図っている。	利用者が楽しく暮らせるよう、「ホームでの役割」や「本人のやりたい事」+日常生活上の具体的な支援を明示した介護計画を作成し、その実践に取り組んでいる。日々の介護記録に計画内容を印字し、職員への周知を図っている。目標設定期間終了後は全職員の意見も踏まえたモニタリングを行い、内容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	当ホームは、日々の介護経過記録に生活の様子、事実を記入し、特に大事な気づきや工夫、案などは申し送り時に共有する為、申し送り帳を活用している。モニタリングや計画の見直しをする際にこの記録を参考にしながらケアの改善に努めている。ただし、記録の様式や記入方法は現場で生かせるものをと随時見直しを行っている。			
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	訪問診療、居宅療養管理指導、訪問看護、外出の付き添い、買い物代行、各種契約時の立会い、インフォーマルサービスの利用支援など、本人の都合や家族の状況に応じて柔軟に対応している。			

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	本人の趣味、職歴や地域交流に関する情報を事前に把握し、ホームに入所しても人的関係を保ち、引き続き地域関係者との交流が途切れないよう支援している。行きつけのお店や、馴染の人との関係も途切れないよう支援している。			
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	基本的に、受診する医療機関は自由です。事情があつてかかりつけ医を変更する際は、本人または家族の意思を確認し、医師からの紹介状を変更先の医療機関に送付するなど十分な引継ぎを行なった上で変更しております。	入居前からのかかりつけ医への継続受診を基本とし、定期受診の際は家族の協力を得ている。かかりつけ医・専門医と適切な連携を図れるよう、都度ホーム側で必要な支援(文書での情報提供、送迎・付き添い等)も行っている。受診が難しい場合は、ホーム提携医による訪問診療の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	当ホームは非常勤の正看護師が週に2日利用者の健康チェック等を行うため出勤している。看護師が休みの間、利用者に関する気づきや状態の変化があれば看護師に電話やメールなどで報告して指示を受けている。			
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、病院には最近の様子(ADL)や既往歴がわかるような情報書類を提供している。また、ホームと利用者の契約上の事情なども含め、早期退院に向け、医師やソーシャルワーカーの方と家族を含め十分な話し合いを行っている。			
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	身体機能の著しい低下や認知度の重度化により共同生活が困難になってくる場合がある。その時は、家族や担当医師等と何度も相談を繰り返し、今後の支援をどうすべきか決めていきます。事業所としても精一杯のお世話をしているが、限界を感じた時は医師に相談し、入院治療による身体機能の回復を試みたり、他施設への移動を検討するなどしている。	「終末期支援は行わない」方針を契約時に家族に説明し、同意を得ている。利用者の重度化(要介護3以上、医療の必要性等)の状況に応じて医師・家族を交えて話し合う場を設け、今後の方向性(特養施設や提携病院への移行等)を確認している。移行が完了するまでは、ホームで可能な限りの重度化支援を行っている。		
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	職員は消防署員の指導を受け、救急救命法(心臓マッサージ、人口呼吸、AED、のど詰まり対処法)を学ぶ機会をもち、慌てず対応できるよう訓練している。			
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	大怪我、窒息、意識不明時の対応マニュアルは整えているが、緊急時は基本的に救急車を呼ぶこととしており、応急処置などの訓練は年に一回程度しか行っていない。ただし、救急車が到着するまでの間に介護職が出来ることもあると思うので看護師などと勉強会を開いて学ぶ機会を提供したいと考えている。	緊急事態に備え、対応マニュアル・ホーム看護職員への相談体制を整えている。職員は順次、救命講習に参加し、緊急時の対応について学ぶ機会を設けている。行方不明対策については運営推進会議の中で、地域住民・行政職員も交えながら検討を重ねている。	生命に関わる緊急時に全職員が迅速・適切に対応出来るよう、ホーム内での計画的・継続的な研修(ロールプレイ訓練含む)が期待される。	

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	協力医療機関とは、往診、健康診断などを通じて利用者の支援体制を確保している。その他、福祉施設とは介護保険事業者連絡会などを通じて、交流、連携が保たれており利用者の支援について相談、協力をしていただいている。	ホーム提携医による医療支援体制が確保されている。又、提携医の系列施設(病院・特養等)による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	深夜勤務はユニット毎に一人を配置、緊急時には一人が利用者に付き添い対応できる体制になっている。ホームから車で5分以内の距離に職員が数名住まいしており、緊急時すぐに応援に駆けつける事が出来る。また、協力医療機関との間で夜間の緊急時に対応していただけるよう日頃から医師、看護師に協力の呼びかけを行っている。	1ユニット1名の夜勤者を配置＝ホーム内で計2名の複数体制となっている。平屋建ての利点を活かし、互いに協力し合っている。職員は両ユニットを兼務し、利用者全員の状況を把握している。緊急連絡網によるホーム長への相談体制や近隣在住職員(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	避難訓練を年2回以上行い、非常食、水も常時備蓄している。また、火災の場合の一時避難所として隣の分遣所に待機させていただけるようお願いしている。地震・風水害については運営推進会議を通して話し合いが行われており、避難場所が確保されている。災害の通報先には地域の協力者の番号が登録されており、訓練時には一緒に参加していただいている。	災害発生時の対応マニュアルを整え、年2回、地震・火災を想定した総合避難訓練を実施している。内1回は人手が少ない夜間を想定した内容としている。又、1回は消防立ち会いのもとで訓練を行い、専門家の視点・助言を今後活かしている。火災想定時は消火・通報体験を行ったり、地震想定時は指定避難場所へのルートを確認している。災害発生時に地域の協力が得られるよう、運営推進会議と併せて訓練を実施したり、町会長を通じて消防団との連携強化を図っている。備蓄品はリスト化し、適切に保管・点検している。	
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	災害時のマニュアルがあり、緊急連絡先、避難経路などが記載されている。また、志賀原発から放射線が洩れた場合の避難先を原発から30km圏外に確保している。		
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	日頃から、生活の一部をお手伝いさせていただいているという気持ちで、過剰な介護にならないように利用者の生活ペースに合わせた対応を行っている。パット交換なども人目に触れないようさり気なくトイレや居室に誘導し、持ち運びはポケットに入れたり、新聞などで包む等している。	人生の先輩として敬意・教わる気持ちをもって接するように心掛けている。利用者の持てる力を活かし、過介護とならないように配慮している。又、トイレ誘導時は他者に悟られないようにしたり、申し送り時は内容が聞こえないように事務所内で行う等、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	職員は、利用者とのコミュニケーションをとおして、希望や嗜好を把握しており、買い物や散歩に行くこと、床屋に行くことなど、その時々々の希望に応じて対応している。家に帰りたいという方は、家族に相談し、外出や外泊などしていただいている。		
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	基本となる食事時間や入浴時間などはあるが、必ずしもその時間に合わせていただく必要はなく、都度利用者の意向を聞きながら一日を自由に過ごしています。そのため、朝起きる時間や寝る時間もそれぞれバラバラ、お風呂に入る入らないも自由です。テレビを見る人、散歩する人、ゲームをする人、家事を手伝う人、様々な過ごし方をしております。		

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	衣類は本人のお気に入りのものを着用していただいている。 新しい衣類を購入する場合でも本人に直接お店で選んでいただく場合もあるし、好みを聞いて買ってくる場合もある。髪の毛も定期的に行きつけの美容室や床屋に通っており、お洒落心を忘れず清潔を保持している。		
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	利用者の好みの飲食物やアレルギー等は事前にヒヤリングで把握しており、献立に盛り込んでいる。基本的に献立はケアマネが作成するが、利用者から食べたい物のリクエストがあれば都度献立を変更している。食事の仕込みや片付けは出来る人をお願いし、皆で協力しながら楽しく食事をしている。	利用者の要望も考慮しながら地域のスーパーで旬の食材を購入し、職員手作りの料理を提供している。家事が得意な方には下準備・後片付け時に役割りを、書道が得意な方には献立記載の役割を担ってもらっている。中庭で作る夏野菜や畑で収穫した農作物も食材として活用している。季節に応じた行事食や皆でおやつ作り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	利用者の食事の好みは日頃の残食の量や内容を見て把握している。従って、1日全体を通して、その人に適した食事量で提供し、栄養の偏りや水分不足にならないよう献立に気をつけ、医師からの指示なども含め体重の増減などにも注意しています。		
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	職員は口腔ケアの必要性を理解しており、毎食後に口腔ケアの誘導と介助をしている。認知症の進行により入れ歯の管理ができない方に限り、職員が預かって管理している。また、毎晩入れ歯洗浄剤に浸けて殺菌もしている。		
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	排泄は表をつけてパターンの把握に努めている。服薬で排尿・排便を調整している方もいるが、医師との連携で薬の量を調整したりしながら排泄の失敗を減らしている。紙パンツやパットをやむなく使用している方でも尿意がある方には声かけて、トイレで排泄していただくように支援している。また、尿意があってもなくても歩行の困難な方もいるので、そういう方はある程度の時間刻みでトイレに誘導し、排泄を促している。	立位が可能な限り、「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な場合は排泄チェック表を活用し、個々の排泄間隔に応じて適宜お誘いしている。職員の適切な支援により、排泄備品(パッド類、紙パンツ等)の使用枚数を最小限に留めるようにしている。	
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	便秘を予防するために水分補給をこまめにし、ラジオ体操やレクリエーションを取り入れ軽い運動をしていただいております。また、献立には食物繊維を含んだ食材を取り入れたり、おやつにヨーグルトのような乳酸菌を含むものを提供したりしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的にお風呂はほぼ毎日入れるよう2ユニットの特性を生かしてユニットごとに交互に沸かしております。沸かす時間は午後からですが、利用者に入る意思を確認しながら入浴を楽しんでいただいております。	ユニット毎に交互にお風呂を沸かし、利用者個々の要望・こだわり(順番、温度、仲の良い人と一緒に等)に沿った入浴を支援している。お湯の変化を楽しめるよう様々な入浴剤を用いたり、時には昔ながらの季節湯(柚子湯等)を行っている。入浴を拒む場合は無理強いせず、時間帯や曜日を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	利用者の睡眠時間を理解し、そのリズムが崩れないよう支援しています。数日眠れていないような方は、状態をわかりつけ医に相談し、身体及び精神的に治療の必要がないかどうかを診断していただいている。また、日中の過ごし方を改善することで気持ちよく眠っていたけよう支援している。		
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	薬は薬剤情報書を都度確認し、用法や副作用について確認している。服薬後の症状変化については勤務の職員が状態を常に観察し、記録、申し送りなどを通じて全職員が把握できるように努めている。		
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	例えば、畑作業や物作りなどの趣味を持った方には継続できるよう場所や材料を準備して一緒に行ったり、家事が好きな方には掃除や洗濯を手伝っていただく等している。その他、お酒やたばこも基本的に許可しているが、薬を服用している方は医師の許可を得て飲酒や喫煙をしていただくことにしている。		
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支援している	その日のコミュニケーションの中で利用者からの外出希望があれば付添って出かけるようにしている。またはホームで付添いが出来ない場合は家族に連絡し、連れて出かけるようお願いしている。特に正月、お盆、GWなど四季折々の催し事を楽しみとしている方も多いため、御家族には外出や外泊を呼びかけている。	散歩、ベンチでの日向ぼっこ、畑仕事等、日常的な外出を支援している。天気が良い日は気分転換を兼ね、気軽なドライブにも出向いている。ホーム側の支援だけでなく、家族と一緒に外出(自宅、故郷、祭礼、温泉旅行等)し、楽しい時を過ごすことも推奨している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	家族や本人に聞いて、金銭管理の出来る方かどうかの判断をした上で、出来る方には通帳や現金の所持をしてもらっている。出来ないと判断した方にはホームの責任者が預かって管理することを伝え、希望に応じて必要な金額を渡している。買い物をする際の支払いが自分で出来る方にははしていただくように支援している。		
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	希望があれば、家族や知人との連絡の支援をしています。手紙も郵便転送をして、ホームに届けている方もいます。携帯電話も所持することを許可しています。年末には年賀状を出すことのお手伝いもさせていただきます。		
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	共有空間は生活感あふれる雰囲気になっており、利用者一人一人が必要な物品を思い思いの場所に置き自由に使っている。壁に掛けられている装飾品は利用者と共に作り、季節に応じて花を飾ったり人形を置くなど工夫している。	過度な飾りつけは控え、「家庭」を意識した空間づくりに配慮している。リビングの以外の場所(=玄関ホール)にもソファを配置し、他者と離れて寛げる空間を設けている。リビングの大きな窓から中庭の様子(畑の生育状況、夏季はグリーンカーテン等)が眺められるようになっている。職員や家族が差し入れてくれる季節の花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	リビングには畳の間があり、座テーブルを配置して雑談ができるようになっている。その他、ソファコーナーとダイニングテーブルコーナーも設置しており、気の合う方が集える場となっている。その他、リビング以外にもイスやテーブルを置くスペースを確保しており、お客様と会話したり、一人でくつろげるような空間を設けている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には、本人の使い慣れた物や好みの物を置くことが大切であることを家族に伝え、出来る限りの協力を得ながら居室作りをしている。大きな家具などは無くても、家族の写真やお気に入りの壁掛け、アルバム、その他ラジオや趣味の道具、日用品などを持ち込んで、居心地良い居室になるよう支援している。	利用者が居心地良く暮らせるよう、入居時に使い慣れた物(テレビ、ラジオ、寝具類等)や自室に飾っていた物(賞状、時計、家族の新聞記事等)、本人が安心出来る物(人形、趣味道具、家族の写真等)を持ちこんでもらっている。	
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	建物内部は一人一人の身体機能に合わせて自立した生活が出来る様工夫している。廊下やトイレ、浴槽には手すりを設け、且つ床は段差を無くしジュウタンを敷いて滑らないよう工夫している。		