

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3か所に掲げ、理念に沿ったケアが実践できているかの確認ができるようにしている。又、職員会議の時などに皆で振り返りを行い意見交換や修正を行っている。	法人理念をもとに地域密着型のホームとして具体化した独自の理念を掲げ、職員が常に意識できるように事務所・更衣室・リビングに掲示している。年1回の職員全体会議や法人研修会、ミーティング、また日常ケアの場面で個別ケアの意味・日頃の関わり方を例に重点的に繰り返し話し合い、理念に沿ったケアが実践できているかどうか具体的な課題を抽出・検討し、理念の実現に取り組んでいる。	
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	ホーム独自の地域の方とのお楽しみ行事は継続が途切れているが特養等との合同行事には地域の方の参加があり、利用者、職員との交流がある。又、近隣の中学の職場体験、小学生、保育園児とのふれあいの機会も楽しみとなっている。	地域との交流について継続的な取り組みの中で、住所地区とあわせて隣接する松ヶ丘2丁目地区と交流している。民生委員を通じてホームの避難訓練や、併設特養との合同行事(ゆかた祭り、ふれあい介護等)を通じて利用者・職員ともに地域交流している。近隣の中学生の職場体験の受け入れやキャラバンメイト活動を通じての小学生との交流、保育園児とのふれあいの機会(ひな祭り、七夕等)も利用者の楽しみとなっている。	今後も併設特養との合同行事やホーム独自の取り組みにより、継続的・日常的に地域交流が盛んになることを期待する。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 運営推進会議、家族介護支援事業事業所は、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	運営推進会議では、認知症の人の思いや関わり方の姿勢などをホームの生活の様子などを交えて説明を行ったり、家族の体験談からの意見などを聞いている。又、学生の体験学習やふれあいの受け入れを行なっている。		
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	2ヶ月に1回開催。利用者の状況、活動の報告などの他、身体拘束等委員会も行う家族側などの立場としての意見も頂いている。地域の方の認知症の方への思いの意見は、サービス内容の参考になっている。出席していない家族には議事録を送付し内容を伝えている。	2ヶ月に1回、利用者、家族代表、福祉協力委員、民生委員(地区別に計2名)、行政担当者、他事業所の施設長、職員が参加し会議が行われている。ホームの活動報告や地域交流について意見交換が行われており、家族から認知症におけるケア方法への意見や保健師の意見等もあり、サービスの質の向上と地域交流の活性化に活かしている。とりまとめた議事録は玄関での設置とともに全家族へ送付している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議、連絡会、キャラバンメイト活動などで市職員とは関わりの機会も多い。相談しやすい関係であり専門的知識の助言などを受けながらサービスの参考にしていく。	運営推進会議や市主催の地域密着型サービス事業者連絡会、研修会、キャラバンメイト活動、家族介護支援事業の中で、日頃より市担当者と話し合う機会があり連携を図っている。困難な事例の相談や、地域に対する認知症ケアへの関心向上に取り組んでおり、市との協力関係が構築されている。	
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	身体拘束廃止に関する指針を整備し職員に周知している。運営推進会議には身体拘束等適正化検討委員会を開催している。グレーゾーンに当たる行為はないか？振り返りの機会を多く設けることにより、拘束、虐待につながらないように十分注意を払っている。転倒リスクの高い方についても安全面を配慮した上で心理的に圧迫感がないような防止策など話し合いを行っている。	年間の研修計画、毎月のミーティング時の勉強会の中で、職員は事例をもとに身体拘束の弊害、不適切ケア、グレーゾーンについて理解を深め常に意識付けしている。また言葉使い等は職員同士で気になったその場で落ち着いて注意し合っている。防犯上、夜間は施錠しているが、利用者は中庭での日光浴や畑作業など自由に活動している。外出希望など利用者の要望把握し、利用者が自ら行動しようと思ふ声かけの工夫や安全面への配慮など、利用者本位のケアに取り組んでいる。市主催の虐待についての研修にも参加している。	
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	虐待に関する勉強会の参加。日頃の関わりの中で不適切な言葉掛けや職員側の価値観の押し付けのないよう職員間でお互いに気をつけるようにしている。又、ゆとりをもったケアを行えるようフォローしあえる関係づくりを行なっている。		

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	当ホームに福祉サービス利用援助事業を利用している方がいるため「成年後見」や「権利擁護事業」制度の勉強会には興味をもち学ぶ事ができている。又、専門的知識を持つ外部の職員に相談し意見を伺うこともある。		
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	重要事項説明書に基づき、契約時に十分な時間を設けて行なっている。入居後に行き違いなどが無いよう確認をしながら説明を行っている。改定時にはその都度文書での契約を取り交わしている。		
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	運営推進会議には家族が参加し意見や感想を頂いている。3ヶ月ごとのホーム便りには個別に最近の様子の文書を添付している。又、面会時、電話などで直接話す機会が要望など、利用者とは日常的に希望や不満を聞き、実践、改善できるよう職員間で情報を共有し相談している。	運営推進会議に利用者や家族が参加し、意見交換が行われている。また、3か月毎にホーム便り「かがやき」(利用者一人ひとりを中心とする写真レイアウト、担当職員のコメントを付け利用者毎に編集)を発刊し、利用者のホームでの生活状況を伝えている。家族とは来訪時や電話で話す機会を作り、日頃より意向把握に取り組んでいる。把握できた意見や希望はミーティングの中で検討し運営に反映させている。	
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回のミーティングでは、行事などの計画、立案、利用者への対応など検討している。各職員から提案された意見を取り入れ実践することでやりがいや達成感につながっている。又、管理者が近い存在であることから日頃から不満や問題点などをすぐに相談できる体制となっている。	管理者は話しやすい雰囲気作りと個別に意見を聞く機会を設けている。また申し送りノートや毎月のミーティング、日頃の話し合いの中で意見や提案を自由に議論して、サービスの質の向上に取り組んでいる。ミーティング時は職員に事前に議題を伝え、意見を検討してもらっている。職員の提案によりお菓子作りや誕生日会の特別メニューなど、利用者の楽しみとなるよう工夫している。また全職員が企画に参加することで団結力の向上に寄与している。年1回メンタルヘルスケアを実施している。	
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	給与や労働時間等が法人本部にて管理されており、労働基準法に則った就業規則が整備されている。管理者は各職員の能力や勤務状況について把握し、報告、相談をしている。		
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	本人の希望や管理者が必要と思う職員に法人内外の研修に順次、参加できるように努めている。職員の力量に応じ介護技術や知識、利用者との関わり方など勤務の中で細かく指導している。		
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	外部研修や事業所連絡会等では、他事業所職員と共通の悩み等を相談、解決できる場として活かしている。又、キャラバンメイト活動と一緒に活動することで交流もスムーズになっている。認知症についての勉強会の機会もある。		

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	事前面談で生活や心身の状況等を、家族やCM、デイ等の職員から情報収集した上で自宅、ホーム、サービス利用先で本人の思いや不安を聞き理解するよう努めている。		
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	入居相談時、入居前にホームでの生活で希望すること、本人との関係で不安な事などの聞き取りを十分行うことで安心、納得できるよう心掛けている。		
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	見学时、本人、家族が必要としている支援を把握しホームの特色や対応できるサービスを検討している。ハード面、対応困難な医療などの問題点がある場合は他の施設等の情報提供、相談もしている。		
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	認知症が重度であっても得意とする事を見出し能力が発揮できるようにしている。役に立っているという実感がもてるよう感謝と尊敬の気持ちを常に伝えるようにしている。		
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	面会時や電話、ホーム便りなどで最近の様子を伝え、これまでの暮らしで生かせる事はないか情報を得ている。本人と家族との関係性が複雑な場合もあり双方の悩みを傾聴することで抱えていたストレスの軽減に繋がっている。可能であれば外出の付添など家族だけで過ごす時間を作ることで絆が深まるように支援している。		
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	これまで通っていた医者や理髪店などに継続して行くことの効果を実感し知り合いや近所の方に出会える機会を大切にしている。又、地域の方が出掛ける店での買い物や地域の行事などに参加することで、知り合いに会え会話も弾むことも多い。	センター方式を活用し、利用者の基本的な情報収集と日常会話からのその人の馴染みの人や場所・趣味の把握に取り組んでいる。利用者の希望により自宅や友人・知人宅への訪問や家族が入院している病院へのお見舞い、年賀状や手紙、電話、買い物、通っていた理美容店、総湯、家族との外出、他事業所への定期訪問による新たな関係作り等を支援している。得られた情報は家族にも伝え協力を得ている。	
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	利用者同士の波長や心身の状態で生じるトラブルを考慮し食事の席などを決めている。活動内容も趣向などで変え、普段はあまり会話する様子のない関係の方も歌の会では一緒に楽しめている。裁縫の得意な方が下着のゴムの入れ替えなどをしてあげるような助け合いの関係も見られる。		

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
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	長期入院で契約が終了した場合においても、退院時の調整等の相談をうけることを伝えている。入院中も職員が交代で見舞いに行き本人、家族とも不安のないように関わりを継続するようにしている。		
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	利用者の生活暦やこだわりを把握したうえで、日々思いは変化していくことも頭に入れ、言動や行動から希望や不満を汲み取っている。意思表示が困難な方に対しても生活の様子などの情報の共有を行い、思いが実現できるよう本人本位のケアに努めている。	センター方式を活用して、初期アセスメント・利用前の関わり、日常会話からの言葉や表情・仕草等から利用者のより具体的な意向・希望の把握に取り組んでいる。意思疎通が困難な場合でも、利用者がどのような場面でいい表情になったか、発言が多くなったか等を記録にまとめ、家族と話し合い利用者が望むサービスが提供できるよう取り組んでいる。	
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	入居時や家族との面会、日頃の会話などより生活歴や習慣などの情報を収集し、できるかぎり、これまでの暮らしの継続ができる方法を考え支援に努めている。		
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	利用者各々の生活リズムを把握し、休息や活動も無理なくできることを行なっていたい。関わりの中で新たに興味をもち取り組んだ内容などの情報を記録や申し送りで共有しケアに生かしている。		
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	ケース記録や申し送りで日々の変化を、又、本人、家族からの意向や情報を基にモニタリングを行い、ケア会議にて検討し介護計画を作成している。	介護記録や申し送り等で把握できた情報を職員で共有し、モニタリングを行っている。利用者の状態にあわせて、ニーズを具体的にとらえて目標を設定し、関わり方・関わる人を家族と話し合い、職員全員で検討して意向を尊重したニーズ・目標を重視したライフサポートプランを立案している。状態変化があった際は、状況に応じて随時見直しを行い、利用者の現状に即したケアプランへと更新している。	
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	利用者個別の記録を作成し、日夜を通じた心身の状態や生活の状況を記録し情報を共有することで、介護計画の見直し、その後のケア実践に活かしている。		
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	家族の付き添いが難しい場合は受診や買物の支援、かかりつけ医との情報交換などを行なっている。又、主に併設特養のOTや栄養士、相談員などの助言や協力を得ることでサービスの向上につなげている。		

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	地元の保育園児や小学生の慰問、入居前からの散髪や受診先でなじみの方との交流が継続できるように支援している。又、地域の行事に積極的に出掛け、知り合いと会える機会を作っている。		
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	入居前のかかりつけ医を優先し希望を聞き受診先を決めている。本人は昔からの先生ということで安心感がある。受診時は日頃の体調など情報を提供している。受診結果は家族に説明し治療方針等の相談をしている。	利用者の状態や希望に応じて家族の協力も得て従来からのかかりつけ医への継続受診又はホーム協力医による訪問診療での受診を支援している。受診の際には日頃の状態の伝達など協力病院やかかりつけ医との情報交換(電話や職員の同行)を行い、訪問診療の活用も含めて利用者が適切な医療を受けられるように支援している。受診結果や薬の変更等は家族に説明して方針を相談している。	
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	医療連携体制により、担当看護師が配置され情報の提供、体調の変化の相談などを行なっている。緊急時には併設特養の当日勤務の看護師の協力を得ている。		
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、心身の状態やケア上の注意を書面と口頭にて情報提供している。又、病状の説明なども家族の了解を得て同席している。入院中は面会に行き、回復状況などの確認を行い、早期退院に向けての協力・連携に努めている。		
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	契約時に看取りに関する指針の説明を行なっている。これまで看取りの実績はないが、重度化した場合、家族や医療機関と連携、相談し、本人にとって一番良い支援を提供できるようにしている。	利用開始時に看取りについてのホーム方針を説明し、利用者の状態変化(食事の摂取状態など)に応じて、段階的に利用者・家族と話し合い意向を確認している。利用者・家族の希望によりターミナルケアの実践の際は、家族・協力医療機関の医師・看護師・ホーム職員が話し合いを重ね、利用者にとって快適なケアとなるよう主治医・看護師と連携してチームで支援する仕組みとなっている。年1回職員向けにメンタルヘルスケアを実施している。	
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	体調急変や事故発生時等は、初期対応のマニュアルに従った状態の観察を行うと同時に併設特養の看護師などの応援を求めるようにしている。		
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	緊急時対応に対するマニュアルがある。初動対応と同時に併設職員にすぐに協力を求め、管理者等の責任者への連絡も行うようにしている。行方不明などの事態には法人全体の緊急連絡網の体制が整っている。離設による事故の防止の為、ホーム内での利用者の所在の確認、又、併設特養の職員に付き添いなく姿を見かけた場合には連絡が入る仕組みができていて遠方まで行き行方不明になったことはない。	職員は緊急時対応について、法人グループで作成された緊急時対応マニュアルを基に、誤嚥・窒息処置の初動対応など、症状別・状況別のテーマで研修が行われており、周知されている。また、緊急対応時は、併設特養とも連携した協力体制が整備されている。行方不明時対策についても法人全体で整備されており、利用者が一人で歩いている場面を併設事業所の職員が見かけた際は、ホームへすぐに連絡が入る体制となっている。マニュアルは実情に合わせて随時見直しを検討している。	今後も継続した定期的な研修・訓練の実施により職員の知識・スキルの向上に期待する。

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	近隣にある協力医療機関とは、定期的な受診や緊急時の受入等の協力体制ができています。管理者が併設特養の施設長を兼務していることもありホームの実情の理解も深く困り事や緊急時には迅速に対応、協力を得られる。	関係法人の協力医療機関や同一法人内の併設特養及び他の介護事業所とも支援体制が整備されており、研修や勉強会、法人行事などを通じて日常的に交流がありホームに対する理解を得て協力体制が確保されている。	
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	夜勤は1人体制ではあるが、緊急時には、併設特養当直者、夜勤者と内線電話で連絡が取れ、協力体制ができています。協力病院の他市内の救急病院も近距離にある。近隣に居住しているホーム職員も多く比較的短時間で応援に向かうことができる状況である。	夜間は1名の勤務体制であるが、緊急時は併設特養の当直者や夜勤者(計5名)の協力を得られる体制が整備されている。また、緊急搬送が可能な協力医療機関が近距離にあり、近隣に住みやすい職員への応援体制も確保されている。申し送り時に日中の利用者の様子を見て必要に応じて事前相談して管理者と対応方法を確認している。	
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回消防立会いでの併設特養と合同の避難訓練及び設備点検を実施している。避難訓練も職員が少人数の為、何度も経験している職員が多く、火災発生時の手順は理解できている。運営推進会議に出席している地域住民には災害時の役割なども理解していただいております。毎回ではないが参加がある。	年2回併設特養と合同の避難訓練を行っている。昼間・夜間帯各1回ずつホームからの出火の想定訓練を行い、避難方法や避難場所の確認や、併設特養職員との役割分担と協力体制を確認している。地域住民や民生委員の訓練参加もあり、災害発生時の避難誘導・避難後の見守りなど地域との協力関係も構築されている。またホーム独自でミニ訓練を毎月行っており職員に周知している。	
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	消防署等、関係機関との連絡や併設特養及び法人施設等の連絡網を作成し対応する体制が整っている。防災設備や防災マニュアルも整備されている。	防災マニュアルを策定し、消防署や法人内各施設への連絡体制が整備されている。また、防災設備(自動通報装置、スプリンクラー等)の設置や点検も適切に整備されている。備蓄についてもホーム独自の備蓄(食料・飲料水3日分)と法人内での備蓄もあり災害対策と協力体制が確保されている。震災時等の地域における福祉避難所としての役割も担っている。	

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	認知症が重度という今の状態像に捉われることなくその方の歩んできた人生などを理解し、排泄の失敗等に関しても他者に気付かれないような対応、自尊心を傷つけないような配慮に努めている。職員が優位に立っていると感じられる言葉掛けなどがあつた時は人生の先輩である事を再認識しあうようにしている。	認知症ケアの勉強会を通じて利用者の尊厳を損ねない対応を学んでいる。職員は利用者個別の生活習慣について理解し身体ケアは居室やトイレ等の個室で行っている。職員は個別ケアの話し合いや申し送りは事務所にて行い、プライバシー確保に配慮している。また居室のドアの開閉、排泄誘導時の声掛け方法、言葉使い、声の大きさ、利用者の呼称、同性介助の希望等に配慮し、日々職員間で注意し合い利用者の尊厳を大切にしている。	
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	職員の価値観を押し付けることなく、利用者の趣向や希望を確認している。思いを上手く伝えられない方については日頃の関わりや生活歴を考慮した選択肢を提示することで、自身で希望が言えるように工夫している。		
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、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	食事の時間など基本的な流れはあるが、各々のペースを把握し職員が暮らしの妨げにならないように気をつけ、状況、希望に応じ柔軟にしている。外出なども天候などに合わせ対応できるようにしている。		

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
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	普段や外出時など自身で服を選びおしゃれを楽しむ方もいる。支援が必要な方にはその方に合った物を選び、好みなどを聞いている。散髪はなじみの店に通い、これまでのスタイルを続けている方もいる。		
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	管理栄養士が作成した献立はあるが、利用者の希望や季節に応じ、柿の葉寿司、洋食、お好み焼き、おやつなど利用者を作ったり、外食、花見弁当、店で好物を購入し食べるなど変化をつけている。夏場は畑で収穫した作物で漬物やサラダなどを楽しんでいる。	管理栄養士が作成した食事献立はあるが、準備された食材やおすそ分け食材、畑で採れた野菜等を活かしてその日の利用者の希望・意見を聞いて献立を柔軟にアレンジするなど、利用者が食事を楽しむことができるよう工夫している。また調理や片付け等についても利用者が率先して行うなど利用者の希望に応じた役割をもって職員と一緒に個々の力を発揮している。家族・職員との外食や、利用者の経験を活かした柿の葉寿司・ゴマみそ等の季節食やお菓子作りなど、利用者の楽しみとなっている。	
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	管理栄養士と連携し、嚥下や咀嚼力に合わせ、ソフト食やミキサー食などの食事の提供もしている。又、栄養補助食品や果物、アイスなどで補食を行い、栄養のバランスがとれるようにしている。		
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、声掛けや介助により口腔ケアを行っている。口腔内の清潔を保つ為、個々の能力に応じた仕上げ磨きや義歯の管理を行っている。入居時に口臭や歯垢が目立った方も改善している。		
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	排泄チェック表で個々のパターンを把握し必要な方には声掛けや誘導を行なっている。現在は紙パンツやパットは使用しているが、全員がトイレでの排泄ができていく。夜間は希望もありポータブルトイレ使用の方もいる。	排泄チェック表を活用し利用者一人ひとりの排泄パターン(間隔、兆候等)を把握している。個別の身体状況に合わせて声かけ誘導、パットの利用によりできるだけトイレで自立排泄できるよう支援をしている。夜間は利用者と体調や睡眠状況を相談して考慮して安眠できるように必要に応じてパッドやポータブルトイレ等を活用している。継続的な取り組みの中で、利用者がトイレでの自立排泄ができるようになった改善事例や感染症対策・予防にも取り組んでいる。	
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	個々の排便状況をチェックし、体操や散歩など体を動かす機会を設けたり、水分摂取や食事などの工夫をしている。医師の指示により適切な下剤の使用で便秘を長引かせないようにしている。		
49	(21)	○入浴を楽しむことのできる支援 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	職員と1対1での入浴タイムは、清潔保持、爽快感の他、ゆっくりと思いを聞ける時間と捉えている。入浴を嫌いな利用者はいないが、認知症でその時により認識ができず拒む方に対しては気分が変わることを待ったり、日をずらすことで気分よく入浴できるようにしている。男性利用者は入浴後のノンアルビールを楽しむこともある。	入浴は毎日可能であり、最低週2回を基本として利用者の希望に応じて入浴を支援している。入浴を拒む利用者においても声かけのタイミングや相性の良い職員からの声かけ等で、気持ちよく入浴できるよう取り組んでいる。また体調や季節に応じてシャワー浴や清拭などへの変更で清潔が保持されるよう取り組んでいる。菖蒲湯・ゆず湯や入浴剤での気分転換や足湯、職員との温泉・総湯への外出など、入浴が楽しめるよう工夫をしている。	

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
50		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	夜間訴えのある方もいるがその都度安心して休めるよう話を聞いたり、室温や寝具の調整、喉の渇きに配慮し環境を整えている。生活リズムが整うよう日中は活動できることを提供している。午睡などは本人の意思に任せている。		
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	個人ファイルに薬の説明書を綴り、服用している薬を職員が周知できるようにしている。服薬時マニュアルを守り誤薬なく服薬ができるよう介助している。いつもの様子を観察し変化がある場合は看護師、医師に報告し指示を受けている。		
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	裁縫や料理、畑仕事や洗濯物たたみ、歌など各々の得意分野で力が発揮できるように場面作りをしている。朝のコーヒーや入浴後のビールなど楽しみとしてきた習慣の継続をしている。		
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	買物や外食、散髪などの外出を職員又は家族の付き添いのもと行なっている。各自のペースで楽しめるよう少人数での外出ができるようにしている。日頃の会話の中から希望や興味の聞き取りを行い行き先を考えている。	利用者の希望に応じて日常的に個別又は少人数での散歩や買い物、日向ぼっこ等の外出を積極的に支援している。また自宅や友人・知人宅への訪問、墓参、ドライブ、外食やお弁当持参でのピクニック、お花見・紅葉など季節を感じる外出、地域の祭りへの参加、温泉入浴、観劇など、個々の希望に応じて家族の協力も得ながら、普段は行けない場所へも観光気分で行けるよう支援している。	
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	買物時などに自身での支払いや財布を持つことを希望する利用者には家族了解のもと自身で持たせている。紛失のないよう本人と置き場所を決めている。買物時は見守りの元支払いを行ない、買物の内容などを把握し記録している。		
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	希望に応じて家族などには自らダイヤルし電話をかけていただいている。又、かかってきた電話をひきつぎ話をすることもある。手紙を書くことなども勧めているが、現在の利用者の中では年賀状を出す程度である。		
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	食堂からは畑、玄関からは広い芝生が見渡せて開放的な作りになっており季節の野菜や花を見ることが出来る。気候の良い日には外でお茶をして季節の移り変わりを感じている。廊下には利用者手作りの作品や外出時などの写真を掲示し、回想し楽しめるようにしている。	リビング・食堂や居室の温度・湿度・採光などが適切に管理されており、利用者にとって快適な共用空間作りがされている。テレビの音や、職員間の会話のトーンにも配慮し、利用者が自分のペースでゆったりと過ごせるよう配慮されている。生活感(食事のにおい等)・空気感を大切に、季節に応じた飾り付けや、庭での野菜作りや花の栽培、玄関先のベンチの設置など、利用者がやんわりと季節を感じるここのできるよう工夫をしている。	

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
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	リビングでは、相撲や懐メロ、動物番組などのTVや家事作業が皆で楽しめる環境となっている。廊下や庭にはソファや椅子が設置してあり、仲の良い利用者同士などが談笑したり、静かな時間をもてるようにしている。		
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	入居時には家で使っていたものなどの持ち込みをお願いしている。使い慣れた家具や愛着のある日用品に囲まれ暮らすことで安心できている方もいる。自分の部屋の認識が難しい方でも連れ添いの遺影や家族の写真を飾り気分が落ち着くこともある。又、利用者の手作りの作品などを居室に飾っている。	居室は持ち込みが自由であり、利用者・家族と相談しながら、利用者が使い慣れた馴染みの生活用品や家族写真、置物や趣味の作品など、利用者が安心して居心地よく過ごせる居室作りを支援している。また、利用者の体調に応じて温度や採光、家具の配置、模様替え等も工夫している。利用者が安全に生活できるよう動線に配慮している。	
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	歩行不安定な方も自力での移動が安全にできるよう手すりや休憩できる椅子の設置をしている。家具や老人車の設置場所も安全に過ごせるように動線などに考慮している。		