

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	スタッフ皆で考え作った「安心・安全・愛される 温かい住まい」の理念を、玄関やフロア内、記録用紙など、目につきやすい場所に表記、掲示している。職員間で理念を共有し、実践に向け取り組んでいる。	「安心・安全・誰からも愛される温かい住まい作り」を理念として掲げ、毎日、職員の目に留まるよう玄関やリビングに掲示している。また介護記録や業務日誌等、職員が日々目にする書類にも印字し、理念を意識して仕事できる環境を作っている。認知症ケアマニュアルの学習会、毎月のミーティング、日常的な業務連絡等の話し合いの際に、提供するサービスが理念に沿ったものとなっているかを検討することで理念の周知に取り組んでいる。	
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	近隣の民生委員さんや、区長さんと、運営推進会議を通し、地域の行事や活動のことを教えて頂いており、獅子舞や文化祭など参加している。近隣の保育所、小学校、高校とも定期的に交流している。オレンジカフェやホットカフェに定期的に月1～2回、参加している。	町会に加入し所属する区での文化祭への参加や祭りの獅子舞の来訪など地域行事に参加している。また、ホーム前が小学校の通学路となっており、毎朝、通学児童達と気軽に挨拶を交わしている。近隣住民とはホームでの炊作りの協力(作業の指導や道具の貸し借り)を通じて日常的な交流があり、近隣の保育園・小学校・高校との交流もあり、ホーム職員が紙芝居や読み合わせのボランティアを行ったり、保育園・小学校の運動会や発表会の見学、畑での芋ほりを園児と楽しむ、高校生とのお菓子作り等、日常的な相互交流が図られている。	
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	運営推進会議や行事を通して、地域の方の参加を呼びかけ、GHでの活動や普段の様子を伝えることで、認知症への理解を得ることが出来るよう努めている。キャラバンメイトに登録し活動に参加している。		
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	2カ月に1回開催し、健康福祉課・民生委員・区長・家族代表・地域住民・近隣福祉施設職員の方々をお招きし、スライドショーを通して活動報告を行ったり、活動計画をお伝えし、意見、助言を頂き、ケアの向上に活かしている。	区長、民生委員、薬剤師、市担当者、家族代表、利用者代表、他事業所の管理者が参加し2ヶ月毎に定期開催されている。日々の活動、利用者の要望、職員のアイデアや意見を紹介しながら、参加者にグループホーム事業や認知症についての理解を深めてもらえるよう取り組んでいる。会議の内容は要約し全家族へ送付している。地域の情報の収集、参加者の意見交換の機会となっており、ホームのサービスの質の向上に活かしている。	
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	役場健康福祉課の職員より、PCメールで福祉関係情報を頂いたり、書類の受け渡し、運営推進会議に参加して頂いたり、密に連絡を取り合っている。キャラバンメイト活動にも参加している。また地区の区長さんより意見を頂いたり、地域行事における不明な点を相談したりしている。	行政担当者、社協ケアマネとは電話だけで用件を済ませず、機会を見つけて役場・社協に訪問する等、直接面談し最新の状況報告や連携を図っている。地域としてのキャラバンメイト活動にも積極的に協力し、職員はサポーター養成の講師役を担うなど、地域で認知症を支える啓発活動に行政とともに取り組んでいる。	
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	身体拘束マニュアル、職員に周知し、毎月の定例会議にてケアについて話し合い、特に「スピーチロック」「ワードロック」をしないよう取り組んでいる。	毎年の研修会にて身体拘束に該当する行為(言葉による拘束も含め)について職員に具体的に説明している。毎月のミーティングでも定期的に事例を基に話し合い、業務日誌の表紙に身体拘束に該当する事柄を入れ込み毎日確認することで職員へ意識付けを図っている。利用者が外出したい気持ちを尊重し、利用者の身体状況や思いを確認して、さりげない見守りや、付き添いでの外出をサポートしている。	身体拘束適正化委員会を整備さ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
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	介護記録の表紙裏に虐待に関する注意事項あり。毎月の定例会議にてケアについて話し合い、虐待行為がないことを確認し防止に努めている。		
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	定例会議を通し自立支援について話し合い、全職員が周知できるよう努めている。また成年後見人制度についても、研修へ参加し理解に努めている。		
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	入居契約時や契約変更あれば適時、入居者様やご家族の不安や疑問点をお伺いし、説明を行い、同意を得ている。入居後も不安な点ないかお伺いし対応している。		
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	面会時に、入居者の状態報告や、掲示してある写真を通して活動報告を行い、こまめに、意見・要望を伺っている。信頼関係を築き、話しやすい環境作りを行っている。	家族とは日常的に月数回の来訪や電話があり、受診報告や食材のおすすめ、簡単な挨拶、利用者の写真を無料で提供するなど、普段から気軽に相談に応じることで密なコミュニケーションを図っている。家族会では、お茶会、ビンゴ大会を行い、家族との親睦を深め、話しやすい環境作りに取り組んでいる。出てきた意見や要望は運営に反映させている。	家族アンケートの定期実施など、忌憚のない意見収集の機会を作ることに期待する。
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	定例会議や個人面談を通して、運営やケアに対しての問題点や改善点、新しい提案など、職員1人1人の意見や提案を聞き、反映できるよう努めている。	職員の意見は毎月のミーティングや日常的な話し合いにて意見を集約し、法人の施設長会議にて検討して運営に反映させている。代表者・管理者は職員の成長を重視し、職員が自分達で運営していく体制作りに取り組んでいる。職員からのアイデア・企画(利用者との畑作りや花壇作り等)は、まず実行を前提に安全面などを検討して意見を運営に反映させている。年1回の個別面談の機会もあり、職員提案のバックアップ、研修機会の確保、ストレスへの対処、有給消化等、職員の働き甲斐、モチベーションアップに取り組んでいる。	
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	資格取得や研修のための勤務調整、有給休暇の活用の促し、資格手当などの環境整備を行っています。職員個々がそれぞれの能力を活かして生き生きと働くことができるような環境づくりを心がけている。		
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	新人研修や管理者研修など職員個々の段階に応じた研修に参加している。また関連施設にて、外部から講師を招いて、介護技術や知識の向上に努めている。		
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	近隣介護施設へ用事の際に、入居者とのドライブがてら寄らせて頂いたり、またその職員さんに、運営推進会議などの際に来ていただき、施設紹介や活動報告を通して、意見交換を行っている。		

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	見学や入居希望で来所された際に、不安なことや困っていること、ケアの要望などをお伺いしている。またGHでの取り組みを説明したり、ホーム内をご案内し、安心して生活して頂けるよう配慮している。		
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	来所時に困っていること、不安なこと、要望などをお伺いし、把握に努めている。信頼関係を築くことができるよう努めている。		
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	来所時にお話を伺いし、状況確認を行っている。他のサービスの利用の必要性がある場合、連携施設のケアマネや医師等に相談し早急に柔軟に対応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	本人の好まれること(家事、畑仕事、趣味、外出、買い物等)を中心とし、職員と共に行ったり、時には教わったりし、支え合い生活している。		
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	家族の思いを受け止め、考慮しながら、本人の日頃の様子を口答で伝えたり、毎月郵送する請求書に、状態や往診内容を記載したりして伝えている。また、来所時には、GH内にてゆったりと過ごしていただけるよう配慮し、つながりを深めることができるよう支援している。		
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	友人や親類の方が自由に来所されている。近隣のイベント行事に参加したり、入居者さん本人が行きたい場所へ行き、馴染みの方と出会い談笑されることがとても多い。町主催の敬老会にも参加している。また近隣の通いなれた床屋さんを利用している。	初期アセスメントや利用者との日常会話等から従前に日常的に交流のあった人物・場所の確認をしている。家族とは繋がりが途切れないように面会の機会、電話・手紙にやりとりを多く持っていたりできるよう働きかけている。また、自宅・実家近辺へのドライブや日常的に利用していたスーパー、ドラッグストア、和菓子屋等への外出、ホーム近所の方や床屋等の新しい馴染み等、様々な交流の機会を支援している。町主催の敬老会(年1回、会場では在所毎に在席)に参加し、旧来の知人に会う機会となっている。	
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	入居者同士の関係を把握し、座席を考慮したり、職員が介入し会話の橋渡しを行い、孤立しないよう支援している。		

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	
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	入院された方には、お見舞いに行き、他施設に入所された方には様子を伺いに行くなどし、経過を見守り、把握できるようにしている。また、入所先への情報提供を行っている。			
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	自分らしく生活できるよう、個人の希望、意向の把握を本人や家族に伺い、努めている。また認知症状から、意思疎通が困難な場合でも、日頃の表情や仕草から、思いをくみ取ることができるよう努めている。	毎日の日常会話、職員からの声掛けの中から利用者のしたい事、どこに行きたいか、何を食べたいか等の思いや意向をくみ取るように取り組んでいる。利用者が本音を気軽に話せるように、居室での会話のほか、ドライブ・散歩等の外出時に会話する機会を作っている。利用者の思いや意向を聞いた時には個別のケース記録・気づきメモに記録し職員間で情報を共有している。思いや意向の表現が苦手な利用者には、趣味や生活歴、家族からの情報を活かし、答えやすい具体的な話をし、選択肢を話すことでその思いを汲み取れ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	前に利用していた施設や病院、ケアマネからの情報提供や、入居時の家族への聞き取り調査にて、経過の詳細を記載したフェイスシートをGHにて作成している。			
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	個々の1日の状態変化を記録し、全職員で共有、把握できるように努め、毎月の職員会議にて個々のモニタリング、アセスメントを行い、現状での有する力を活かすことができるよう支援している。			
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	本人・家族・医師などの意見・要望を伺い、サービス担当者会議にて、職員の意見も交え介護計画を作成している。毎月の職員会議にて個々のモニタリング、アセスメントを行い、現状に即した介護計画を作成できるよう努めている。	利用者との日常会話・職員の気づきを記録したケース記録・気づきノートを基に、サービス担当者会議を行い、モニタリングを行っている。ケアプランは、利用者が自宅にいる頃と同じように自由に好きな事や趣味(家事、畑仕事等)を継続しながら生活できることを重視している。利用者の思いに変化があった際には随時新しいプランへの変更を行い、利用者の思いを実現できるケアプランの策定に取り組んでいる。	今後も利用者の思いの変化に応じて、その思い(やりたい事、好きな事等)をより実現できるような具体的な支援内容を記載したプランを作成されることを期待する。	
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	日々の様子や変化、気づきを、なるべく詳細に記録し、職員間での情報の共有に努めている。これらの情報を、1カ月ごとに職員会議にて話し合い、介護計画作成や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	医療に関しては、医療連携体制が整っている。その他、受診や外出行事の支援など、その時々状況に応じ、職員の勤務体制を変更するなど、臨機応変に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	地域の民生委員の方にオレンジカフェに誘っていただき参加したり、ボランティアの方に畑仕事を手伝っていただいたり、ホームの行事に参加して頂いたり協力を得ている。		
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	本人、ご家族の希望に応じかかりつけ医を決めている。また24時間対応医を確保して頂いている。必要時、職員が医師と連絡をとり対応、支援している。また決まったかかりつけ医のない方には、入居の際に24時間対応の連携往診医をご案内している。	従前からのかかりつけ医への継続受診、又はホーム提携医師による訪問診療のいずれかを利用者・家族の希望に応じて支援している。ホーム提携医師は、訪問診療による健康管理(月2回)、24時間の緊急往診も可能であり、利用者・家族・職員の安心に繋がっている。定期外来受診時は家族に同行を依頼しているが、可能な限り職員が同行している。職員同行の際に医師と直接近況を話すことで、適切な医療を受けられるよう取り組んでいる。	
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	ホームと契約の訪問看護(1回/週)あり。毎週、入居者全員の状態確認して頂き、指示、助言を頂いて対応している。入院の際には担当看護師へ、フェイスシートや介護記録を通しての情報提供をこまめに行うようにしています。		
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。	上記同様、入院される医療機関にこまめに情報提供を行っています。また入院期間中、病院に行き、看護師等に状態確認を行ったり、また医師と家族との話し合いに職員も同席させていただき、現状の確認や退院について相談させていただいている。		
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	重度化に向けて、主治医と話し合い連携を取り、家族への状態報告をこまめに行い、理解を頂けるよう努めている。職員間で担当者会議などを通して、支援方法を共有している。また、現状にあった施設を紹介し入所までの支援をさせて頂いている。	現在は終末期・看取りの支援は実施しない方針であり、入居時に利用者・家族へホームの方針を説明している。口から食べる事が難しくなった場合や、重度化が進みホームでの支援が利用者にとって身体的に負担になる場合などは、早めにかかりつけ医・家族・ケアマネと繰り返し十分に協議し、必要に応じて特養や病院へのスムーズな移行をサポートしている。ただし、他施設や病院の空き状況によっては、移行できるまでの間はホームで出来る限りの支援を行っている。職員はターミナルケアマニュアルを基に学習会を行っている。	
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	緊急時のマニュアルを用意しており、職員に周知している。ヒヤリハット、事故報告書を活用し、毎月の会議にて見直しを行い、再発防止に努めている。		
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	緊急対応のマニュアルを用意しており、職員が目につく場所(台所、日報ファイル)に、家族連絡先や連携医療機関連絡先と共に、貼付してある。緊急時のヘルプなど、同系列のGHとの連携体制も整備されている。	職員は定期的な研修会・実地訓練(AED、吸痰器等)を通じて緊急時対応のスキルを身につけている。また、「転倒・けが・窒息」等の事例毎の対応マニュアル、緊急連絡網を整備して業務日誌の表紙に差し込み毎日職員が目につくようにしている。行方不明時に備え、玄関に利用者の写真を備え付け、近所の方の協力を得られるよう体制作りをしている。ホーム提携医師との24時間の連絡・相談・指示体制の構築、「転倒・けが」などに関するヒヤリハット分析による再発防止策も策定している。	

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
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	協力医療機関や介護老人福祉施設との支援体制が確保されており、入居者が医療が必要な状態や重度化した際に、相談し、対応して頂いている。24時間対応の看護、医療支援体制を確保している。	ホーム提携医師や地域の公立病院による365日24時間の医療支援体制、歯科医との提携体制が確保されている。介護老人福祉施設とは契約により支援体制が確保されている。介護老人福祉施設とは、運営推進会議への参加や、普段からの重度化対応の協力、施設行事(夏祭りなど)での交流も図っている。関連法人運営のグループホーム2事業所もあり、緊急時の応援体制や合同での研修会等、バックアップ体制が整備されている。	
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となっている	現在1ユニットのため、夜間は夜勤者1名での勤務に加え、緊急時の連絡体制(緊急連絡網あり)、24時間対応医師も確保できており、対応策(夜間緊急時の対応表あり)確保できている。	1ユニットのため夜勤職員は1名体制であるが、緊急連絡網による近隣在住の職員の応援体制、関連法人の最寄りのグループホーム夜勤者との連携・応援体制が確保されている。また、ホーム提携医師の24時間365日の支援体制もある。申し送り時にその日の状況や注意事項を確認し、緊急時は慌てずに連絡できるよう、電話の傍らに対応方法を明示している。	
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回の消防避難訓練、年1回の災害避難訓練を実施し、避難時の入居者の様子を把握し、課題を話合っている。緊急時、同一法人施設との応援体制が整っている。また運営推進会議を通し町会に働きかけ、応援体制を確立できるように心がけている。	火災・地震・台風・水災に対応するマニュアルを整備している。年2回火災発生を想定した避難訓練(夜間想定)、年1回の津波・洪水・地震災害の防災訓練を実施している。訓練では職員の役割分担を定め、ホーム内での避難場所や利用者の避難能力・身体状況を確認している。火災避難訓練のうち1回は消防立ち合いで行われ、通報訓練・消火訓練の实地訓練を行っている。	
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	消防への通報装置の完備。また、非常災害用の備蓄も確保している(水、ジュース、缶詰、懐中電灯など)。ハザードマップにて地震津波災害や被爆災害時の避難場所、避難ルートを把握している。また同一法人施設が高台にあり避難場所を確保できている。約10～15分で他施設からの応援が可能。	スプリンクラー、自動通報装置、自動火災報知設備等の火災発生に対応した設備があり定期点検が実施されている。備蓄(飲料水・食料、衛生用品、毛布、懐中電灯、利用者別の薬手帳など)も準備されており、今後もリスト化を行い内容を充実させていく予定である。また志賀原発における災害発生時の緊急避難場所として近隣の二ツ屋病院を確保している。	
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	個々に合わせてケアの内容を変えたり、尊厳を大切にしながら対応している。尊厳、プライバシーに配慮した対応ができるよう職員間で話し合い、努力している。個人情報取扱いについても気を付けている。	職員は利用者プライバシーについての研修会、毎月のミーティングでの言葉使い・接遇対応の指導を通じて、親しみを大切にしながらも慣れ合いにならない対応に取り組んでいる。家族の了承を得た呼称、トイレ誘導時の他者に分からないようさげない声掛け方法、入浴介助時の同性介助の希望の有無、洗濯物干し(下着など)の居室での支援、居室への入室時のノック、利用者が一人になれる場所や時間を作ること等、職員は自分が相手の立場であったらどう感じるかという「気づき」を通じて、利用者のプライバシーと尊厳を守る支援に取り組んでいる。	
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	1人1人の思いや希望を伺い、自己決定ができるよう働きかけている。意思表示が難しい方に対しては、表情や反応を注意深く受け止め、対応している。		
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	個々のペースで自由にのんびりと過ごして頂いている。家事や畑、趣味や外出など、その時々入居者の要望に対し、極力すぐに対応できるよう努めている。		

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
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	ご家族に季節に合わせた衣類を持参して頂いており、その中から好きな洋服を選んでいただいている。髭剃り、耳掃除、爪切り等を適時行っている。また散髪はご家族と馴染みの所へ行かれたり、GHから地域の理容美容店を利用したりしている。		
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	入居者と協力して、下ごしらえ、味付け、盛り付け、配膳、下膳、食器洗いを行っている。好き嫌いや食事能力も考慮し、個々に合わせ工夫し対応している。お寿司や定食、スイーツを食べに行ったりと定期的に外食したりしている。	昼食は冷蔵庫の食材やホームの畑で採れた食材、家族・近所からのおすそ分け食材を利用者に見てもらい、利用者・職員が相談してメニューを決めている。利用者は得意な事・やりたい事を活かし、調理・配膳・後片付けを職員と一緒にしている。誕生日の時はケーキやプレゼントを用意して誕生会を行っている。プロの料理人に依頼し季節の旬の食材を使った料理を提供することも行っている。また利用者の馴染みの店でのお食や和菓子の買い物、ケーキ作り等、利用者が楽しめる食事支援している。歯科医とも連携し食事を楽しめる口腔ケアにも取り組んでいる。	
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	毎食の食事量をチェックしている。食事量、水分量の少ない方には、本人の好きなものを提供(補食)したりしている。月2回の体重測定を行っている。		
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	個々の状態、能力に応じ、毎食後、口腔ケアを行っている。自分で行える方には声かけ見守り、介助が必要な方にも能力を活かせるような支援を行い、口腔内の清潔を保っている。		
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	個々の排泄パターンや兆候を把握し、トイレ誘導し、排泄を促す支援を行っている。羞恥心、自尊心に十分配慮し行っている。	利用者の身体状況・精神面を考慮しつつ基本的にトイレでの自立排泄を支援している。利用者別の排泄チェック表にて日頃の排泄状況を確認して、タイミングやサイン(ソフソフする等)を把握し、利用者の持っている力を活かして、見守りや介助が必要な部分のみを支援(声掛けや用品交換)している。夜間も利用者の身体状況や睡眠状況に配慮して、おむつやパッド等の用品の使用の検討や声かけ誘導を支援している。	
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	排便チェック表を活用し、個々の排便状況の把握に努めている。水分補給や散歩やレクリエーションでの適度な運動を心がけている。排便が滞っている方には、主治医の指示のもと、下剤、座薬を使用している。		
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	入浴日は特に決めず、入りたいときに入浴して頂けるよう努めている。その時々々の状態や気分に合わせて入浴を促している。	入浴は利用者の希望に応じて「シャワーのみで」「入浴剤を入りたい」「週に3~4回」等、入浴したい思いを尊重して支援している。また、利用者の希望により個別に外部温泉施設(志雄・古墳の湯等)への入浴、足湯への外出等も支援している。入浴を拒否する利用者については入浴チェック表を活用して、無理強いせず、声かけするタイミングや職員を替たり、楽しそうに機嫌のよい時にお誘いする等、職員は利用者が楽しく心地よく入浴できるよう工夫している。浴室前の脱衣所には利用者別のロッカーもありプライバシーにも配慮されている。	

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
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	個々の生活リズムを把握し、その日の状態を考慮しながら、日中の活動を促し、夜間の安眠につなげている。また、表情やバイタル等から体調変化に注意し、必要な場合は昼寝やソファでの静養を促している。		
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	服薬説明書をファイルし、個々の薬についての把握に努め、受診記録を通し、状態変化の把握に努めている。未薬、誤薬の起こらないようヒヤリハットや事故報告書を活用。何かあればすぐ主治医に上申し確認対応している。		
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	職員と共に、家事や炊事、掃除など、個々の得意な事を活かし、役割ある活気ある生活を送れるよう支援している。また普段より、レクリエーションやぬり絵、書道、畑仕事など参加促し楽しく過ごせるよう努めている。		
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	散歩、畑仕事、水やり、ドライブ、買い物など、天候の良い日は必ずと言えるほどの頻度で外出支援している。車イスの方でも移乗し車でのドライブを頻回に行っている。地元巡り、季節イベント、近隣イベント、カラオケ、オレンジカフェなど、入居者さんの笑顔が見られるよう、たくさんのお出掛けを計画し支援している。	1ユニットの少人数であることを活かし、利用者個々の希望に沿った外出を積極的に支援している。日常的に畑作業や花への水やり、日向ぼっこ、買い物等を支援している。また、家族との法事・墓参り・自宅への外出、普段は行けない場所への外出(気多大社等へのドライブ)も支援している。個別の希望によりカラオケや外食にも職員と一緒にいくこともあり、利用者の楽しみや心身の健康、職員のやりがいにつながっている。	
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	家族と相談を行い、個別に対応している。できる方には自分で所持して頂いている。生活用品の購入に関しては、ほとんどの方がGHの立替払いを利用されている。		
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	本人希望時、家族や知人に自由に電話をかけることができるよう支援している。電話に関して、事前に、ご家族へ了承も頂いている。県外のご家族とのながきのやりとりの支援も行っている。		
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	季節の花を飾ったり、壁飾りを入居者さんと作ったり、置物などで、GH内で季節を感じていただけるようにしている。また、不快な音や光に配慮し、温度、湿度の調整も行っている。居心地よく過ごせるよう清潔な環境作りも行っている。	共用空間は、暖かみのある空間となるよう採光や自然な緑が感じられるよう配慮している。ホームでの活動写真や季節毎の折り紙の掲示、近所で摘んできた花を飾る等も利用者にとって季節感のあるアットホームな雰囲気作りに取り組んでいる。またリビング以外にも、利用者が思い思いの場所一人になって寛げるソファの設置や、仲の良い利用者同士で過ごせる部屋が設けられている。中庭はフラットなウッドデッキとなっており、プランターで野菜を育てたり、車イスの利用者でも自由に日向ぼっこができる場所が作られている。	

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
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	リビング内にゆっくり休める長ソファが2か所あり、玄関にも休めるイスや座るための段あり、好きな時に、気の合う方や、来所された方と会話を楽しむことができるような空間作りに配慮している。		
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、本人が使用していた馴染みの物(湯呑、コップ、箸、カバン、家具など)を、ご家族と相談しながら持参して頂いている。本人が安心して過ごして頂けるような居室作りを支援している。	利用者本人が安心して居心地よく生活できるよう、自宅で使用していた使い慣れたもの(毛布、時計、机、ソファ、趣味の道具等)をできるだけ持ち込み使用している。また、車イスや歩行等の動線、安全性に配慮した家具配置にも工夫しており、利用者・家族の希望にそって居室作りを支援している。	
59		○一人ひとりの方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	廊下、浴室、トイレ、居室に手すり設置されており手すり歩行で施設内回れるようになっている。トイレや部屋のわかりやすい位置に、目印や名札があり、安全に自立した生活を行うことができるように工夫している。		