

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	我が家の家訓の[のんびり・ゆっくり・わがままに]を理念として位置付けている。利用者一人一人の自立、尊厳を重んじ、この地で安心して暮らしたり関係を保ちながら住み親しんでもらえることを柱としている。また、利用者、職員も含め家族の一員であるとの思いがあり利用者にとってわがままが言える雰囲気大切にしている。	「のんびり、ゆっくり、わがままに」の理念を家訓にし、ここが施設でなく「家」として利用者に安心して過ごして頂けるよう、毎年個人目標をたて、管理者との個別面談、カンファレンス、研修等で改めて省みる機会を設け、理念を意識しながら業務に臨めるよう取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	平成19年に町会に加入。この地の一員であることが段々広まり、地域との繋がりも強化されてきている。町会から水害時には高齢者の避難場所に当ホームを利用したいとの申し出があり、協力している。町内の回覧板、日頃の挨拶に加え、町内会各種行事(祭り、美化清掃、等)にも参加、交流している。また、当施設での行事にもボランティアで参加してもらっている。	事業所として町会や地域の商工業者会に加入し、草刈・溝掃除等の奉仕活動参加や神社寄進、祭りになれば盆踊り会場の設営補助やホームで子供神輿観覧と休憩所としても提供し、利用者とも交流して頂いている。ホームがある4階建施設は水害時の避難場所にもなっているなど、地域活性化の一端も担っている。	
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	地域振興会の会員となる。陣者の修繕費の寄付。秋祭り子ども神輿の休憩所として協力している。運営推進会議などでも認知症のミニ勉強会を開催している。		
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践、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	会議は、2か月毎に開催されている。ホーム側から前回以降の経過報告と現在の取り組み等を説明し、出席者より意見を求めている。日常の何気ない意見から介護保険に関することなど様々な話題が取り上げられている。出された意見の中でサービスの質の向上に繋がるものは早速検討し、実践の場で活かせるよう努力している。皆さんの意見を反映し防犯カメラの設置を行った。	会議は、近隣住民の方、町会長、民生委員、近隣別法人の特養職員、市または包括職員、開催案内で出席頂けた多数の家族の構成での隔月開催。入退去や行事案内等の運営報告のほか、地域情報、行政連絡、ホームへの家族からの要望等も直接聞いて頂いている。	
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取り組んでいる	地域包括支援センターでの会議や研修、金沢市事業者連絡会の参加し、市担当者との意見交換や相談、情報収集等を行い、連携してサービスの質の向上、協力関係を築くよう取り組んで知る。	市には運営推進会議にてホームの実情を伝え、行政指示や通達があれば順守し、不明点があれば確認をとるなど良好な関係維持に努めている。今年は法改正に順じ、身体拘束適正化委員会を立ち上げている。	
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	身体拘束廃止委員会を立ち上げ、管理者を中心に運営推進委員会が2か月ごとに勉強会の実施や、状況の報告を行っている。玄関の施錠は、夜間19時から翌朝7時(防犯目的に施錠)以外の時間帯は玄関や各フロアの出入り口等は施錠せず解放している。その他身体拘束もしていない。内部外部の勉強会にも参加している。	身体拘束の正しい理解は、隔月開催の年間研修計画にも毎年組み込み省みる機会を設けている。夜間以外の施錠はなく、今年は防犯や安全性を鑑み防犯カメラを設置。つい出てしまう言葉の拘束を含め、カンファレンスでもあるべき姿勢を課題にし、注意喚起を促進している。	
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	内部・外部で行われている虐待の勉強会に職員は受講している。管理者とその他の職員とのコミュニケーションを図り日々の業務の中で虐待が行われていないか確認するように努めている。(特に言葉や態度等に気を付けている)月1回のミーティングにも再確認を行うこととした。		

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	機会があれば今後講習などを通じ学びたいと考えている。当法人が運営する居宅介護支援センターば〜れぼ〜れ四十万のケアマネとも連携しながら現時点では対応している。		
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	その都度書面、または直接家族や本人に十分な説明を行い理解、了承をもらっている。		
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	運営推進会議や意見箱の設置等を行い、利用者や家族の意見に耳を傾け運営に反映させ前向きに取り組んでいる。	3ヶ月毎のホーム広報のほか毎月個別のスナップ写真と近況コメントを送付し、運営推進会議の案内も電話連絡をすることで、全家族と必ず2ヶ月に1回以上会話する機会を設けている。ホーム運営に直接関わる意見はなく個別のサービス要望が多く、真摯に応えながらホーム全体のサービス向上につなげている。	
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	年2回の賞与時に一人一人を面談し話の場を設けている。年度初めにステップアップシートを通して個人の目標や上司に対して意見を述べる事ができ、それらは前向きに反映出来るように取り組んでいる。管理者会議で各階の主任より、問題がないか確認している。	職員の気づきや提案は、ユニット会議や法人グループ管理者会議、管理者や統括所長とのステップアップシートに基づく個別面談があるが、普段も管理者が勤務シフトに加わり、直接意見や提案を聴く仕組みとなっている。今年は脱衣場の手摺り設置や水に流せるペーパータオルの導入提案で改善が図られている。	
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	年2回の賞与時と年度末の昇給時に自己評価と管理職評価を行い職員の把握に努めている。全体的なバランスをみながら昇給を行っている。その他、各部署で歓迎会などの支援も行っている。		
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	代表者は職員の介護関係の資格取得、技術の取得、サービス向上に繋がる研修、勉強会等順次参加し、その内容は回覧され全員に差配されている。資格取得の為に研修費など一部支援している。		
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	金沢市事業者連絡会には積極的に参加し、意見交換や情報収集など行っている。まほろば四十万とイベントの参加や運営推進会議の参加など交流を重ねている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	入所時に本人の要望や希望、困っていることや不安な事、悩んでいる事、及び、ご家族やケアマネからの情報をもとにケアプランを作成しホームで安心して暮らせるように支援している。その後一か月後、再度職員のミーティングに取り上げ本人の様子訴え、ご家族の希望などを交えプランを練り直している。	
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	入居時に本人や家族等現時点において、困っている事、悩んでいる事等を聞き取り、支援出来るよう努める。	
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	職員は日頃から利用者本位のベースに合わせた協働的スタイルを維持し、大切にしながら支援にあっている。過去の生活歴で好んでやってきた事や、やりたい事等、発する言葉の中からも察知し、出来るだけ本人の希望に添える支援や協力を大切にしている。人生の大先輩の知恵(料理や野菜の育て方等)、また、好みの場面の配慮など一人一人の喜怒哀楽の場面を共に感じながら過ごしている。	
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	職員は日頃から利用者本位のベースに合わせた協働的スタイルを維持し、大切にしながら支援にあっている。過去の生活歴で好んでやってきた事や、やりたい事など、発する言葉の中からも察知し、出来るだけ本人の希望に沿える支援や協力を大切にしている。一緒に暮らしていた愛犬との生活を入居後も続けたり、人生の大先輩の知恵(料理や野菜の育て方等)を教わったり、また、好みの場面作りの配慮など、一人ひとりの喜怒哀楽の場面を共に感じながら過ごしている。	
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	面会時にはなるべく家族と話す機会を設けて、職員が感じている事、家族が思っている事を互いに話し合いながら馴染みの関係を築き、本人にとって共に支援していく関係を築いていけるよう努めている。	
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	希望があれば、ご家族と共に自宅で過ごすことが出来るよう、送迎も含めて行っている。面会等いつでも立ち寄れるように支援している。毎月、入居者の近況を通信でお知らせしている。	家族とランチに出る方がおれば、家族が弁当持参でここで一緒に食べる方もいる。また施設1階の通所利用者が利用者の飼い犬に会いに来る方もおれば、一緒に学習療法を受けている方もいる。入居前からの行きつけスーパーや農協、回転寿司等に通う方々など、それぞれ本人本位の暮らしになるよう支援をしている。
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	利用者間のトラブルがないか常に把握し、何らかのトラブルがあれば職員が間に入り、解決に努めたり、それ以上関係性が悪くならないように努めている。	

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
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	必要があれば居宅介護支援事業所を通して相談に応じている。		
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	入居時に本人や家族から希望や意向を確認している。また日々のかかわりの中で本人が良く言う言葉や行動から意向の把握に努めている。困難な場合は、家族などから情報を得るようにしている。また、介護計画書の見直し時期には必ず本人や、家族に確認している。	入居時に本人情報が少ない場合は、ここでの暮らしをどう感じているのかを、外出や行事など楽しんでいる時にお聴きしている。また普段の習慣やこだわりが見られなくなった時など、その変化を察知できるよう心がけて介護記録に落とし込み、思いや意向の把握とともに介護計画に反映させ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	入居時や介護計画書作成時にアセスメントを行い過去の生活史や暮らし方などは、現在の生活に結びついている事もある為家族や本人から聞き取り把握に努めている。		
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	日常生活(普段の状態)を知る事で少しの変化にも気付き対応できている。		
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	半年後または状態が変わったと思われる時に見直しを行い、その時の状態に応じたケアを取り入れた介護計画書を作成している。	計画は、半年毎に日常生活チェックとともに夜中が不安、お尻が痛い、犬と暮らしたいなど、本人の思いを直接聴き、本人が口にした言葉を目標にして、再発予防や不安解消、したい事を具現化させている。症状悪化や困難な課題が出た場合は、カンファレンス段階から家族にも参加頂き、最善のケアにつなげている。	
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	毎日介護記録にその日の様子や状態を記入して職員は必ず目を通して状態の把握に努め、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	必要があれば鍼灸師によるリハビリを取り入れたり、訪問美容師、歯科医、皮膚科の往診など個人のニーズに沿った対応に努めている。当法人が運営する居宅介護支援事業所のケアマネの必要に応じて支援している。		

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
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	民生委員の方には運営推進会議に、消防署の方には避難訓練時に立ち会ってもらっている。警察署の方には無断離所時に捜索協力をお願いしたり、安全な生活が送れるように地域の方々と協働を図っている。		
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	今までのかかりつけ医の継続やホームの協力医、協力医療機関など本人や家族の希望で選択が可能であり、入居時に受診の希望を確認している。ホームのかかりつけ医の往診は1回/4週あり、協力医療機関以外で家族の都合で受診できない場合は代わりに受診に付き添うなど適切な医療が受けられるように支援している。また、骨折などで医療機関に入院した場合も医療機関と協力し早期に退院できるよう通院リハビリに通うなど支援している。	主治医は、入居前からのかかりつけ医でも定期訪問診療のホーム医でも本人・家族の意向に沿っているが、現在、ホーム医以外の内科、皮膚科、歯科ともに訪問診療が可能で、精神科、外科、癌治療等の外来受診には職員が付き添っている。地域の在宅支援ネットワークにも加入しており、入院前からも医療機関と連携が可能となっている。	
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	利用者の急変時や具合の悪い時は、GH職員の看護師にすぐに相談している。また不在時でもデイサービスの看護職や訪問看護師に相談し、利用者が適切な受診や看護を受けられる様支援されている。		
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。	利用者が入院した時は早期に入院先の病院に情報を提供し、安心して入院、治療が出来るよう努めている。退院時も病院側から情報をもらいホームでの生活が安心して遅れるよう努めている。病院での退院前のカンファレンスに参加して情報を収集している。		
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	入居時に看取りも対応できる事を説明し、重度化した場合の対応や終末期に対する本人あ、家族の要望を聞き話し合っている。また、重度化し食事が摂れなくなったら点滴をして欲しいとか自分で食べられなくなったらホームで看取りをしてほしいなど具体的な支援内容を家族主治医を含め話し合っている。必要時、訪問看護も利用している。	入居時に重度化、終末期の方針を本人・家族に書面をもって示し、そうなった場合も主治医からの相談・説明や家族を交えたカンファレンスを開催し、1人ひとりのケースに合わせた最善のケアを検討して臨んでいる。ホーム医との連携で褥瘡予防や医療管理に訪問看護事業所の利用も可能である。	
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	研修委員主催の勉強会などで勉強している。		
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	緊急時のマニュアルにて対応している。GH職員の看護職、デイサービスの看護師、または、主治医に指示を仰ぐなど24時間連絡体制や緊急時の往診体制も出来ている。	緊急時対応のマニュアルを備え、消防署の救命救急研修も毎年受講日を2日設け、全員習得を図っている。直接ホーム医への連絡や施設内の法人事業所職員との連携も可能で、日頃もヒヤリハット報告を回覧し注意喚起を図るとともに、重なった場合など内容によっては職員会議に提起し再発防止を図っている。	

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
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	協力医療機関とは急変時や夜間においても支援体制が整っている。介護老人福祉施設には、入居したという実績はないが連絡支援体制は確保している。	医療機関は定期訪問診療で24時間対応のホーム提携医のほか往診可能な内科、皮膚科、歯科医院があり、介護老人福祉施設も提携施設のほかに施設内の居宅支援事業所を通じ協力施設の紹介も可能である。	
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1名ずつ計3名の夜勤者を配置し緊急時には協力体制が取れるようにしている。また、緊急時対応マニュアルを作成し緊急時の連絡、応援体制も整備している。	3ユニット1名ずつ計3名夜勤者による夜間体制で、送りに万全を期し不測の事態が予想される場合は事前連絡をもって臨み、緊急時は24時間対応のホーム医や管理者、主任職員と連携する対応となっている。	「急変、危篤時対応のフローチャートマニュアル」の見直しも求められる。
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回地域住民も参加する避難訓練を行っている。地域住民の避難場所として施設を開放するなど普段から地域の人々の協力が得られるよう交流を図っている。	避難訓練を毎年消防署立ち会いと防災業者協力の年2回を実施し、利用者の屋外非常階段口までの退避や防災設備の取扱い等一連の行動を確認している。施設は耐震基準を満たしており、水害時の土壌積上げや1階から2、3階への退避等の対策も講じ、また地域住民の受け入れも町内総会で伝えている。	予定にされている利用者個別の持ち出し用情報ファイルの整備、及び防災品の見直し整備にも期待したい。
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	火災対応マニュアルや防災マニュアルに従い利用者の安全確保のための体制が整備されている。医療品懐中電灯等も準備し備蓄食料、飲料水も3日分、350食用意され毎年3月と9月に2回点検している。	ライフラインリスト記載の火災、地震、水害等の災害別マニュアルに、飲料、複数種のアルファ米、ビスケット等の備蓄品も施設全体の3日分をリスト化管理し消費期限交換を実施。懐中電灯、医療品、毛布等の防災品も整備済み。	
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	プライバシーの保護について、重要事項説明書をH20年8月に分かりやすい言葉に改定し職員もプライバシーに対する意識を高めている。実際に接する場面でもさりげない声かけや対応に配慮している。	尊厳を護る方針は重要事項説明書にわかりやすい表現で記載しており、集団生活であっても、利用者にはなるべくあきらめたり、我慢する事がないよう、いたわりの気持ちを心がけたケアに努め、職員会議やカンファレンスでも省みる機会を設けて臨んでいる。ホームページの写真掲載も本人・家族の意向に配慮している。	
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	利用者の思いや意見を聴き、それらを尊重できるように話し掛け自己決定を行ってもらっている。(入浴するか、食べたいものは何か等)		
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	朝起きられない人は、無理に起こさず食事時間を遅らせたり、寝たり起きたりして生活している人は、本人の望むように在宅での暮らしが継続しているような本人が望む生活を本人のペースで行えるよう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
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	入浴時や外出時などの着替えを自分で選んでもらうなど支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	各ユニットで食事のメニューが違い、利用者が食べたい物や季節の物を取り入れ、利用者との相談の上食事のメニューを決めたり、買い物と一緒にいたりして食べる楽しみが出来るよう工夫している。特定の利用者に関わるようになってしまい全員とはできていない。調理のお手伝いをお願いしながらコミュニケーションの場を設けている。	献立は、利用者の嗜好や咀嚼・嚥下機能、去年の今頃等を鑑み、3ユニット個別に決め、買出しは利用者馴染みのスーパー等に一緒に出向いている。調理・盛付け・片付けも出来る範囲で手伝って頂き職員も一緒に食べている。ホットプレートで囲むお好み焼きや焼き肉、クリスマスや毎月の誕生会等でも楽しまれている。	
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	自力で上手く食事や水分補給が出来ない方には1日を通して確保できるよう支援している。夜間などの水分補給も自力で行える方には、お茶のポットを渡し水分補給に努めている。		
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	一人一人の能力に応じ声かけや介助などして口腔ケアを行っている		
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	オムツ使用者の日頃のリズムやサインを見逃さず、昼夜トイレ誘導をおむつ内での排泄が減るよう支援している。	利用者全員の排泄周期を把握し、適切な時間帯に誘導しながら職員間で情報共有し、最適最善のケアになるよう努めている。自立している方は比較的間隔が長く、生活リズムが崩れぬよう牛乳やヨーグルト、薬剤等も活用し、夜間も衛生面と安眠を考慮した支援をしている。	
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	便の出にくい利用者には、毎朝牛乳を飲んでもらったり。食事には野菜を多く取り入れたメニューを提供している。ヤクルトやヨーグルトもつけるようにしている。		
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	午前から入りたい人、午後ゆっくり入りたい人、一番に入りたい人、毎日入りたい人など利用者の入浴したい日、希望する時間に合わせて支援出来るようにしている。	入浴は365日、曜日、時間帯の指定はなく、週3回の利用を目安にしているが、これまで夜間にシャワーや1日に複数回利用、毎日入る方もいた。自分専用の洗髪剤や石鹸持参の方もおり、入浴剤に加え柚子や菖蒲湯など季節湯の工夫のほか、身体機能に応じて施設1階通所にある機械浴も利用可能である。	

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
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	一人ひとりの生活のペースやその日の状態を把握し、休息したい日、落ち着いて眠りたい時など利用者一人一人に応じ支援している。		
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	注意が必要な薬や利用者にとって大切な薬であると口頭や連絡ノートに記入し職員全体が把握できるよう努めている。薬剤師からの指導や注意事項、指示がある場合注意を払っている。		
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	一日、ぼーっと過ごすことが無いよう、一人一人の能力に合わせ、塗り絵、書道、パズル、縫い物等行っている。お天気の良い日には、少人数でもドライブに行っている。また、希望者には、学習療法を継続して行っている。		
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、買い物と一緒に掛けているが、利用者の高齢化や体力低下に伴い減少してきている。なるべく閉じこもらずに出出出来るよう支援しているが、なかなか充実したものを提供できない	高齢化や身体機能低下が進む中、普段からなるべく散歩や食材買い出し等で表に出るよう心がけ、運営推進会議でも家族や地域ボランティアに協力支援をお願いしている。自宅の郵便物を見たい、久しぶりにあの店に行きたい等の個別要望にも応えており、花見や紅葉狩りの季節変わりは、車椅子も可能な通所のリフト車両を借り、職員も増員して皆で繰り出している。	
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	金銭管理のできる方にはお金を所持し、職員が買い物に行くとき欲しいものを買ってきてもらっている。また、自分で管理できない方は、職員が管理し必要な日用品等ある場合、一緒に買い物に行き購入している。		
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	本人の希望がある場合には、必ず対応している。また、部屋に電話を置き自ら家族や友人に電話を掛ける方や、家族からの電話を楽しみにしている方など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	椅子やテーブルには、家庭的な家具を使い、ゆったりとしたリビングと食堂もあり、壁には季節を感じるような手作りの飾り付けなどを行い、なるべく施設っぽくならないように工夫している。利用者が一人になったり2人になったり自分の好きな場所でくつろげる空間になっている。	各階構造は同じだが、4階はフローリング、2、3階はリビング、廊下、居室が車椅子可能な畳敷きで、36畳のリビングは温度・湿度管理、窓開け換気、手摺り・ドアノブ消毒等、安心安全な環境が保たれている。各階エレベータホールを含め、各ユニット独自の装飾で、2階ユニットでは利用者のペット犬が皆を和ませている。	

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
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	リビングのテレビの前にはソファを設置し食事時には、互いに楽しく食事が出来るようテーブルの並びや、座る位置等工夫している。		
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、テーブル筆筒等利用者が以前から使用していた馴染みの物などが持ち込まれている。特に持ち運びが困難な場合であっても今まで使用していた馴染みの物を持ち込めるように手伝う等支援し居心地良く過ごせるように工夫している。	居室は、4階がフローリング、2、3階は畳敷きで、全室ベッドと鏡付き洗面台が備付け。持ち込みは自由で、仏壇や家族写真、冷蔵庫のほか、大型重量物等の輸送搬入はホームが担い、嫁入り道具の総桐筆筒や大型テレビの持ち込みもある。ほか固定電話を引いている方やペット犬と暮らす方は犬籠を置き、職員が毎日散歩支援をしている。	
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	共同空間には手すりを設置し事故の無いように安全に自立した生活が送れるよう支援している。		