

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1791700105		
法人名	社会福祉法人 能輝人		
事業所名	グループホーム タ凧		
所在地	石川県鳳珠郡能登町字藤波21字7番地1		
自己評価作成日	令和2年12月24日	評価結果市町村受理日	令和3年2月16日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエイ研究所
所在地	金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和3年1月17日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

認知症ケアはもちろんだが、終末期ケアにおける連携が、協力医療機関、地域の関連機関からも評価されている。全ての職員が、ケアは大変でも、終末期を支えることができる喜びと使命感をしっかりと持ち、入居者はもちろん、離れて暮らす家族も安心して生活できるホームを築いていきたい。また、事業所単独というよりも、同じ地域のグループホーム、小規模多機能ホームと連携体制を取り、情報を共有し、合同での研修会や交流会を定期的に行い、共同で地域の課題と向き合うことで、私たち事業所が中心となり、地域全体で認知症高齢者の暮らしを支える仕組みの構築を図っている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

当ホームは「自分らしい自由な暮らし」「穏やかで安らぎのある暮らし」「楽しみのある暮らし」「仲間と一緒に暮らす」「外に開かれた暮らし」(要約)を柱とする理念を掲げている。又、計画的な研修計画に沿った1ヶ月毎の目標も明示し、日々の実践に繋げている。日常生活場面ではセンター方式によるアセスメントも活かし、「出来る事の継続」「生活の中の楽しみ」「健康管理」の視点を重視した介護計画を作成し、その実践に取り組んでいる。医療面では協力病院による24時間のバックアップが確保されており、職員・利用者・家族の安心に繋がっている。又、ホームでは利用者・家族の希望(慣れた場所で最後まで)に沿い、重度化・終末期の支援にも取り組んでいる。家族との繋がりが大切にしており、公式ラインで職員・家族が気軽に意見交換出来る仕組みを整えたり、コロナ禍でも利用者・家族がビデオ面会出来るように整備している。管理者は自事業所の運営だけでなく、地域の事業所間のネットワーク作りにも尽力している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
60	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	67	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
61	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,42)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	68	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	69	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
63	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:40,41)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	70	職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
64	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:53)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	71	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
65	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	72	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
66	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

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]

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	それぞれの生活習慣を大切に考え、住み慣れた自分の家に出来るだけ近いように、また使い慣れた言葉で日常を過せるように理念を掲げ、長期にわたり支援を続けている。開設当初より管理者は職員との理念共有に向け、常日頃から日常の介護場面において理念的支援ができるよう言葉と行動を持って取り組んでいる。	「自分らしい自由な暮らし」「穏やかで安らぎのある暮らし」「楽しみのある暮らし」「仲間と一緒に暮らし」「外に開かれた暮らし」(要約)を柱とする理念を掲げている。理念はホーム内の掲示、毎朝の唱和、理念を明示したカードの配布を通じ、職員への周知が図られている。又、研修計画に沿った1ヶ月毎の目標を明示し、日々の実践に取り組んでいる。	
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	開設当初から地元の人々にグループホームが受け入れられるような地域の住民との話し合いがもたれ、運営推進会議などを通して継続的に交流を続けている。	平時は地域行事(カフェサロン等)に参加するようにしている。又、開設時より毎月、地域の回覧板でホームの便り・活動を近隣住民に周知している。ホームへの理解も深まっており、防災訓練時にも地域住民の参加が得られている。	
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	町の各委員の研修やボランティアの見学等を受け入れている。できている「私達のめざすケア」と題した運営理念を目の届くところに掲示し、ことあるごとに、家族や地域の人々に説明している。また、毎月地域の回覧板に、事業所の行事や活動をお便りの形で掲示してもらっている。		
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	運営推進会議において事業所の取り組み内容が報告されていて、運営推進会議の参加メンバーからの質問にもしっかり答えている。今後はそれをいかにサービスの向上に結びつけるかを工夫している。	平時は利用者・家族代表、区長、民生委員、地域福祉推進員、社協職員、町担当者等をメンバーとし、意見交換を行っている。今年度は書面でホームの状況・活動をメンバーに報告している。	
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	開設当初より町との交流は良くあり、管理者が町にある7ヶ所のグループホームの交流研修会を立ち上げたことがあるが、現在は活動を休止している。	運営推進会議や医療・福祉連携会議を通じ、町担当者との連携強化を図っている。管理者は地域の事業所間のネットワーク作りにも尽力している。	
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	創設以来、もっとも重要なこととして取り組んできたが、更に意識を統一するために明文化し、職員倫理規定に基づく行動指針、身体拘束廃止の為の取り組み、緊急やむを得ない場合の対応を作成し、職員に徹底化している。また、管理者、介護主任を中心に身体拘束廃止委員会を設置し、取り組みを強化している。	身体拘束廃止委員会の中で事例検討やグレーゾーン(スピーチロック、ベッド柵等)の確認を行い、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。委員会で話し合った内容は運営推進会議にも報告している。	

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	創設以来、もっとも重要なこととして取り組んできたが、更に意識を統一するために明文化し、職員倫理規定に基づく行動指針、身体拘束廃止の為の取り組み、緊急やむを得ない場合の対応を作成し、職員に徹底化している。同時に毎月の全職員ミーティングを開催し、意識向上に努めている。		
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	外部研修に参加した職員を中心に、内部でも研修を実施し、勉強会を行い、制度に関する理解を深めるよう努めている。		
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	そのようにしている。		
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	家族が意見や不満、苦情の言いやすい関係づくりを意識し、面会時にはじっくりとお話を聴くようにしている。また、ホームページ内にもご意見フォームを設置している。	面会時に家族の意見・要望を引き出せるよう、毎月、利用者個別の便りで暮らしぶりを伝えている。又、ホームの公式ラインを開設し、家族と気軽に意見交換出来る仕組みを整えている。	
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	管理者は、年に2回職員一人一人と個別面談をし、意見や提案を聞く機会を設け、運営に反映できるように心掛けている。	介護主任が職員個々の意見・要望を集約し、管理者に必要な提案を行っている。管理者は年2回、個別面談を通じて職員の本音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	そのように努めている。		
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	主任の他、各職員も研修に行き、そこで学んだことを日常の会話の中でも話題にしている。月に1回ホーム長、主任を含むミーティングを行い、その内容も常に職員に報告されている。		
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	町の職員、当管理者が中心になり、同業者との交流会を立ち上げ管理者の交流が始まった。これからは職員の交流勉強会、相互訪問などを計画している。		

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
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	環境に慣れるまでの初期は、特にコミュニケーションを多くとるよう心掛け、お互いの信頼関係が築けるよう努めている。		
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	来訪されたご家族には、かならず顔を合わせ、会話を通し不安や要望を伺えるよう、よりよい関係づくりに努めている。		
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	管理者や職員は来訪されたご家族に不安なことや要望を聞き、他のサービスの利用も含めた対応に努めている。		
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	自分でできることは自分ですと自覚できる利用者が少なくなってきたが、できる範囲で生活におけるそれぞれの役割を持っている。		
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	ホーム長や職員は本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていけるよう家族との関係を大切にしている。		
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	馴染みの場所に外出できる方は少なくなってきたが、馴染みの方が自由に訪問できるよう開放している。今年度よりオンラインによる面会を開始し、感染症の時期に面会を制限せざるを得ない期間にもオンラインによる面会ができるよう考慮している。	平時は家族・友人等の面会を歓迎したり、馴染みの人・場所との繋がり(家族との外食、行きつけの理美容院の利用、墓参り等)を支援している。コロナ禍においてもビデオ面会を通じ、家族との繋がりを支援している。	
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	他利用者とのコミュニケーションが苦手な利用者には、職員が間に入ることで、関わり合いが持てるような支援に努めている。		
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	管理者は退所先に必ず訪問し、病院や施設もしくはその後担当するケアマネまたは家族とコミュニケーションを取り、相談や支援を継続するように努めている。		

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
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	日常の会話、あるいは家族や近所の友人との会話の中から、利用者の希望を捉え、本人の希望、意向に沿ったケアができるよう意識している。	普段の日常会話や1:1の場面(入浴時等)で、利用者個々の思いを聴くようにしている。意思疎通が難しい場合は表情等から、思いを探るようにしている。利用者の思いはセンター方式(私の姿と気持ちシート)に集約している。	
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	そのように努めている。		
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	そのように努めている。		
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	本人の日常会話や関わりの中から得られる情報をもとに、家族、友人、主治医の意見を取り入れ、プランに反映できるよう意識している。	センター方式のアセスメントを活かし、「出来る事の継続」「生活の中の楽しみ」「健康管理」の視点を重視した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。現状に即した内容となるよう、職員の意見も踏まえながら3ヶ月毎に見直しを行っている。	
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	そのように努めている。		
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	そのように努めている。		
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	そのように努めている。		
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	利用者、家族が希望する医師、病院への受診のための送迎や情報の提供について、家族と協力し、情報共有しながら支援を継続している。	かかりつけ医への継続受診、又は協力病院による訪問診療を自由に選べるようになっている。協力病院とは24時間の連携体制を整えている。専門医への受診はホーム側で支援しており、各主治医と密な連携を図っている。	

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
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	医療連携として、2週間に1回の往診と、週1回の看護師の派遣をしてもらっている。また、24時間365日連絡体制をとっているため、急変時の対応や、長期のターミナルケアにも対応している。		
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。	医療連携をし、主治医と綿密に連携して定期的な往診と健診、入院に対する相談や退院後のケア等についてもその都度、連絡を細かく取り合っている。また、管理者は年2回開催される能登町医療介護連絡会に参加し、医師や看護師、医療関係者との関係づくりも意識している。		
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	利用開始時から本人、家族、かかりつけ医と話し合い、本人、家族の意向を定期的に確認し、ターミナルケアに関する同意書を交わした後も、随時家族の意向を確認しながら、主治医と連携し取り組んでいる。	協力病院のバックアップを得ながら、重度化・看取りの支援に取り組んでいる。利用者の状態変化の都度、家族・主治医と話し合い、今後の方向性を定めている。看取りの際はホームで可能な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	職員全体が対応できるよう、日頃から意識向上、実践力向上に努め、かかりつけ医とも連携しながら迅速な対応ができるよう努めている。		
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	マニュアルや緊急時の連絡体制を整備し、職員が緊急時スムーズに対応できるよう努めている。	症状別（転倒、誤嚥・窒息等）の対応マニュアルや緊急時の連絡先一覧を整えている。利用者の心肺停止に備え、事務所内にAEDを設置している。	生命にかかわる緊急時（誤嚥・窒息時、意識消失等）を想定した定期的・継続的なロールプレイ訓練の実施が期待される。
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	協力医療機関として、医療連携の取れる病院はもちろん、地域の公立病院とも契約を交わしている。また、地域の介護施設とも協力機関としての契約を交わしている。	協力病院による24時間の医療支援体制を整えている。地域の介護老人福祉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との連携・協力体制も整備されている。	
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のとなっている	夜間の勤務は1人だが、併設する小規模多機能の夜勤者とも連携できる体制である。また、職員に地元の人が多く、5分程度で駆けつけることができ、医療連携をしている病院とは24時間365日連絡、相談ができる体制をとっている。	1ユニット＝夜勤者1名で対応しているが、併設の小規模夜勤者1名を含め、建物内に2名の複数体制となっている。又、緊急連絡網による近隣在住職員（管理者含む）の応援体制も整えられている。	

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
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回の防災訓練を実施し、その都度地域の方にも情報を提供している。また、災害の際には地域の介護施設とも協力し合える体制をとっている。	非常災害対策計画を整え、年2回、日中の火災を想定した総合避難訓練を実施している。平時は消防職員の立ち会いの下で訓練を行い、総評・助言を今後活かしている。訓練時は実際に通報装置を使用したり、水消火器で消火体験を行っている。訓練時には地域住民(区長、民生委員等)の参加・協力も得ている。又、シェイクアウトにも継続して参加し、地震対応の意識づけを図っている。非常食は3日分、確保している。	人手が少なくリスクの高い、夜間想定中心の訓練の実施が期待される。又、備蓄品のリスト化・充実(水、カセットコンロ等)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	災害時にも常に3日分の食料は確保している。また、協力機関とも定期的に連絡を取り合っている。		
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	利用者が傷ついたり、あからさまに不快と感じるようなケアは避け、理念に基づき尊厳を大切にしたいコミュニケーションを心がけている。	年長者に対し、敬意をもって接するように心掛けている。又、トイレ誘導時は他者に悟られないようにしたり、申し送りは名前を伏せて行う、写真掲載時は予め家族の同意を得る等、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	利用者本人、家族に十分説明の上、利用者自身が選択の機会を持てるよう努めている。また、思いを表現しにくい利用者には、その思いに添えるよう努め、職員にも行動指針を示して意識を統一している。		
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	一日の過ごし方に対する要望はほとんどないが、どんな小さいことにも耳を傾けるよう努めている。また、食事、入浴などの生活面ではもちろんのこと、体操やレクリエーションを提案する際にも、希望に沿った支援ができるよう努めている。		
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	行きつけの美容院に行く等の支援を行っている。特に要望のない場合にも定期的に美容室に出かける機会を作っている。		
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	箸を並べたり食事の後食器を重ねたり、自分の前のテーブルを拭いたりしている。一人で食べられない利用者には個別に食事介助をする等、一人ひとりに応じた対応をしている。	業者が季節感を考慮した献立を作成している。ご飯とみそ汁はホーム内で作り、湯煎調理を用いている。家事が好きな方には、下ごしらえに参加してもらっている。季節毎の行事食や定期的に利用者のリクエストに沿った特別メニューを楽しむ機会を設けている。	
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	バランスの取れた食事が1日を通してできるよう、外部委託による食事提供を導入している。		

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
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	入れ歯の付け置きや歯みがきの介助を行っている。また、うがいが困難な利用者には、専用のウェットティッシュなどを用い、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	ひとりひとりのパターンに合わせ、トイレ誘導や声かけを行い、ご自身でできることはできるだけしてもらえよう支援している。	利用者の持てる力を活かしながら、可能な限り「トイレでの排泄」を支援している。現状、声かけが必要な方が多く、利用者個々の排泄間隔・サインを掴み、さりげなくサポートを行っている。	
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	排泄票を記録し、便秘傾向がみられる場合は水分摂取量の調整や運動への働きかけをし、必要であれば主治医と相談し服薬による排便コントロールも行っている。		
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	入浴時間帯の希望はほとんどないが、体調に注意し、安全に入浴できるよう配慮している。入浴希望の有無によっては強制はせず、個々にそった支援をしている。	週に4日お風呂を沸かし、利用者個々の要望（湯温、長湯等）に沿った入浴を支援している。3種類の入浴剤を用い、お湯の変化を楽しめるようにしている。入浴を拒む場合は無理強いせず、別の日に改めてお声かけしている。	
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	日々の睡眠状況や生活リズムを把握し、一人一人に合わせた支援を考慮している。		
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	一人ひとりの服薬内容を個人毎にファイリングし、目的や副作用、用法や用量をいつでも職員が確認できるようにしている。		
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	個々の趣向、意欲に応じ、好みに合った活動ができるよう意識している。その他、若い頃の生活についての話題を聞き出し、会話を楽しめるよう心掛けている。		

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
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	敷地内の散歩や、美容室、ショッピングセンターなどに外出する機会を設けている。また、家族の協力を受け、外出を計画したり、祭りや行楽行事等には車いすを使用して、地域住民の協力も得ながら、無理なく参加できるよう配慮している。	散歩、日向ぼっこ、ドライブ等、日常的な外出を支援している。ホーム敷地内に散歩コースが設けられており、畑や海を眺めて一息つける場所を設けている。平時は季節感を味わう外出(花見ドライブ等)や地域行事への参加(祭礼見学等)も支援している。	
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	現金を使う機会はほとんどなく、所持されていない。		
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	要望がある場合には支援しているが、現在はほとんどない。		
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	共用空間にて季節感のある飾りつけ、居室やホールの窓から見える景色で季節を感じてもらえる。	共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮している。小上がりの畳コーナーはテレビを見たり、ごろ寝をする場として活用している。リビング以外の窓際もイスを設け、他者と離れて寛げる空間を確保している。	
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	居室と居間を自由に行き来でき、ホールでもだれでも座れるソファや、畳敷きの場所があり、いつでも自由に好きなところにいられるように配慮している。		
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	生活用品には本人の使い慣れたものをできるだけ使用してもらったり、居室にも家族の写真や思い出の品などを飾っていただいている。	入居時に身の回りの品や安心出来る物(家族の写真等)を持ち込んでもらっている。利用者個々の動線に配慮し、ベッド・家具の場所を整えている。	
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	入居者の高齢化、介護の重度化に合わせ、完全にバリアフリーの建物で、歩行ができるうちはなるべく車いす等を使用せずに、安全に介助をし歩行器、シルバーカー、手引き歩行で対応している。		