

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各ユニットに掲示し、理念にある「その人らしい毎日」の実現に向け、個々のニーズを大切にしながらケアを行っている。また、ケアプランの作成にあたり、全職員で理念を共有し、サービスに反映されるように取り組んでいる。	ホーム理念「その人らしい毎日」は、利用者の暮らしが家庭で暮らす普通の毎日と変わらぬよう、本人がしたいこと、したくない気持ちを尊重し、口にされたことは直ぐ対応するよう取り組みながら、法人理念「満足度重視(要約)」が浸透するようケアサービスの充実を図っている。	
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	2ヶ月に1度運営推進会議を開催し、民生委員と町会の方に出席を仰ぎ、情報交換を行っている。町内行事に参加する事は少なく、地域との繋がりが密であるとは言えないが、散歩時など近隣の方と触れ合う場では、声掛けを行い交流が深まるよう努めている。	スーパーやドラッグストア等、近隣の商店利用や公園への散歩で、地域と関わりを持つようにしている。今後は保育園や小・中学校との交流や地域貢献できる事などを、運営推進会議を通じて情報や助言を頂き、利用者が着実に地域と交流できるよう取り組む姿勢である。	文化祭や体育祭、運動会、防災訓練への参加など、地域との交流構築に向け計画的に実行される事を期待したい。
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	運営推進会議時に、事業所ならではの支援方法や対応策を報告しているが、地域貢献できる状態には至っておらず、地域の為に事業所が力を発揮できる事を探って行きたい。また、隣接している公園には当苑にAED設置の案内板がある。		
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度、町会の代表者や地域包括支援センターや市役所の職員、家族、利用者の参加にて推進会議を開催している。それぞれが情報を発信し、相互の情報を交換しながら、利用者へより良いケアに繋がるよう意見を取り入れている。	会議は、町会長、民生委員、市と包括職員の交替参加、毎回案内を出し参加を得られた家族の構成で隔月開催をしている。入退去、行事案内等の業務報告を主体にホームの実情を伝え、参加者から地域や運営に関わる情報・助言等を頂き、議事録は玄関に常置している。	
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	サービスの在り方や入居者の状況など、行政上解らない事は介護福祉課に相談したり、推進会議時に担当者に直接指導を仰ぎ、協力関係の構築に取り組んでいる。	市担当課には運営推進会議にて、ホームの運営状況や取り組みを伝え、適正な事業運営につなげている。今年は制度改正で身体拘束適正化委員会も立ち上げている。	
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「介指針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	玄関に「身体拘束禁止宣言」を掲げ、身体拘束廃止に関する指針をファイルし、職員間で身体拘束しないケアを意識づけている。直接の身体拘束は行っておらず、ユニット玄関の施錠も行っていない。	身体拘束適正化委員会設立に伴い改めて指針を直し、正しい理解に向け内部研修会も実施。顧客満足度重視の企業理念により、利用者の意向を優先するサービスに取り組んでいる。無断外出傾向の方も把握しており、兆候が見受けられたり、職員が手薄になる時以外はユニット出入り扉の施錠はしていない。	
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・職員は順次研修に参加し学んでおり、参加者の報告と資料を各ユニットにて回覧し話し合いを行っている。また、更衣時や入浴時に虐待の跡がないかを確認している。		

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
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	事業所内で権利擁護に関して学ぶ機会を設けていないが、後見人制度を利用されている方がいる為、話し合いの機会を設けている。必要性のある方には個別に家族や利用者の方との話し合いを設けている。		
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	運営者と責任者・管理者を中心に、利用契約書や重要事項説明書に基いた説明を行っている。その際、利用者や家族が不安に思う事や疑問点が無い確認を行い、理解を得ている。		
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	玄関に意見箱を設置したり、運営推進会議の参加のお知らせに意見や要望の記入もお願いしている。また、直接意見が言えない場合、第三者機関へ申し出が可能である旨もお伝えしている。日頃からコミュニケーションを取り意見、要望を伺い反映させている。	家族からは日頃の電話連絡や来訪時、運営推進会議の開催案内書、意見箱、外部評価受審時アンケート等にて意見や要望を求め、実際に頂く事もあり、利用者個別対応やホーム全体のサービス向上に活かしている。また歌の会やフルーツ会食等の参加型イベントは、家族同士の交流の場にもなっている。	
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	ミーティングにて各ユニットで話し合った意見や提案を、随時管理者に報告し代表者に報告している。また、事業所パソコンに代表者との共有ソフトがあり、現場の職員の意見が反映される機会を設けている。	移動販売車や体操ボランティアの受け入れ、フラワーアレンジメント等多種にわたる毎月開催の参加型イベントの発案をはじめ、業務や運営に関わる職員からの意見は常時管理者が受け付け、担当者を決めたり、会議開催や法人本部に提議等をし、適宜に対応している。また事務所のネットワークパソコンから代表者も含め、法人全体の情報共有化が図られている。	就労意欲や資質向上に向け、内部研修を含め研修体制をより充足・充実化される事を期待したい。
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	より良い職場環境となるよう、日頃から職員とコミュニケーションを取り、現場の状況や変化を把握するよう努めている。また、就業規則があり労働条件を整えている。		
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	外部研修については積極的に参加できるように対応している。新規採用者についてはオリエンテーションにて内部研修を行い、スキル向上に繋がる取り組みを行っている。		
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	同法人内での交流があり、サービスの質の向上に取り組んでいる。法人外の事業所とは、研修を通じて相互の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	入居時に本人から要望や困っていることを確認し、これまでの生活歴や現在の状況を把握している。入居後も日々の関わりの中で耳を傾け本人と対話し、信頼関係を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	入居時に家族の要望や困っていることを確認している。入居後間もない段階では日頃の様子をこまめに伝え、不安や要望等が話し易い雰囲気になるよう努めている。			
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	本人や家族がまず何を必要としているかしっかりアセスメントを取り、そこに基いたケアプランを作成し、必要な支援や他のサービスの利用を検討しながら、日々のケアに活かしている。			
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	これまでの経験や知識を引き出せるようアセスメントを行い、本人の持っている力を発揮できる場面を作り家事や仕事を分担している。お互いに助け合いながら役割を見つけられるよう生活している。			
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	面会時やその時々に応じて家族に連絡を行い、本人の状況や要望を伝え情報を共有し、本人が喜ばれる支援(面会、買い物等)を行っている。家族からの要望もお聞きし、共に本人を支えて行け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	定期的に温泉へ行かれ外泊されたり、行きつけの美容院に通われたり、それまでの関係が継続するよう個々に支援を行っている。また、家族・友人の面会時には、自室にて過ごして頂き、ゆっくり寛いで頂ける環境を整えている。	家族と行きつけ美容室に通っている方、ご子息と温泉や外食に定期的に出向いている方、家族への電話は職員が事前承諾を取り、携帯電話の操作も手伝っているなど、本人が慣れ親しんでいる習慣や外出を続けられるよう支援している。家族・親戚以外に自宅近所の友人の来訪のある方もおり、ゆっくりと寛いで頂いている。		
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	共有スペースでは孤立せず、気の合う利用者同士が隣り合うよう座席の配置をしている。また、意思の疎通が難しい方に対しては、職員が間に入り、お互いに良好な関係が築けるよう支援している。			

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	退居後新しい居住先に介護サマリー等の情報を提供し、本人の習慣や生活状態を報告している。サービス利用終了後でも必要があれば、情報の提供に応じている。		
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	利用者一人ひとりが希望に沿った生活が送れるよう、コミュニケーションを取り、意向の把握に努めている。ミーティングで話し合ったり、ケアプランを活用しながらその都度検討を行っている。	普段の会話から思いや意向の把握に努めており、参加型イベントに参加するもしないも、食事や入浴、就寝時間もなるべく本人の意向を優先し、本人本位の暮らしぶりとなるよう取り組んでいる。なかなか眠れぬ利用者に夜勤者がリビングソファで一緒にテレビを見ながら就寝してもらうケースもある。	
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	入居時に本人や家族から話しを伺ったり、以前サービスを受けていた事業所や病院からの介護サマリーの情報提供書を元に、一人ひとりの暮らしの把握に努めている。また、自室に馴染みの家具などを設置し、環境整備している。		
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	日々のアセスメントや職員間でのやり取りから、一人ひとりの状態の把握に努めている。また、気づいた事を話し合いケアプランに反映させ、その人の状態に応じたケアを行っている。		
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・家族にホームで暮らしていくにあたっての要望をお聞きし、利用者一人ひとりに合った介護計画を作成している。作成した介護計画に沿って支援を行い、状態が変わった時や変更の要望があった時は、その都度内容を見直し、その状態に応じた介護計画を作成している。	介護計画は、3ヶ月毎のモニタリングと半年毎の更新サイクルで、見直しの際は家族にも来訪頂き説明と承認を取っている。また入院や症状変化等必要に応じて随時見直しも実施。本人と家族の意向をもと、現在の身体機能が少しでも長く維持できるよう健康面と日常生活の向上を目指した内容となっている。	健康維持や日常生活向上に加え、本人のしたい事ややりたい事も目標に位置付けられる事を期待したい。
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	毎日出勤時に個人記録に目を通し、他職員より申し送りを聞いている。日報・介護記録・連絡ノートに記録し、職員間で情報を共有しながら、ケアの工夫に活かしている。		
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	個々のニーズに合わせて柔軟にケア出来るよう、職員間で連携を取り対応している。体操や三味線、移動販売など受け入れ、参加型のイベントの多様化に強化している。		

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	近所の公園へ散歩に出掛けたり、スーパーに買い物へ行き、地域の方と交流を図っている。民生委員や町会の方から地域活動の状況を教えて頂いているが、充分活用しきれていない。		
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	本人・家族の意向を確認し、協力医療機関をかかりつけ医にしている。専門医への受診も本人・家族が納得のいくかかりつけ医にて、適切な医療を受けられるよう支援している。	主治医は、入居前からの継続でも24時間対応で月2回訪問診療のホーム提携医でも本人・家族の意向で決まり、また訪問看護事業所とも提携しており、毎週訪問で全利用者の健康管理を充足している。提携医以外の受診や内科以外の外来診療は家族付き添いで、提携医の紹介状や症状概要書を渡している。	
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	週1回訪問看護があり、個々の状態を報告・相談している。特変時は24時間オンコールで随時相談し、医師への報告や受診の支援を行っている。		
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。	入院が必要になった場合は、かかりつけ医や入院先の病院と連携を取り、安心して治療に専念できるよう努めている。入院中も病院や家族と連絡を取り合ったり、お見舞いに行く等して、担当者から症状の説明を受け情報交換している。		
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	本人に状態変化がみられた際、家族及びかかりつけ医に状態報告を行い、早期より方針を話し合い、今後の体制を整えている。出来る事と出来ない事を明確にし、今後のあり方や活用できるサービスが無いかをかかりつけ医・家族に相談しながら、チームとして支援に取り組んでいる。	入居時に重度化した場合や終末期に向けてのホームとしての方針や体制を説明し、そうなった場合も主治医と家族との話し合い結果を踏まえ、本人・家族の要望に応えられるよう臨んでいる。これまで訪問看護事業所との連携や家族もホームに泊り込んで見送った事例もある。	
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	マニュアルを作成しているが、定期的な訓練は行っていない。急変時は他ユニットに応援や相談を行う事とし、1人で判断をしないようにしている。全ての職員が実践力を身に付けられるよう、随時普通救命講習に参加している。		
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	マニュアルを作成し、すぐに確認出来るよう綴っている。また、AEDが導入され、使用訓練があった。振り返りを行いながら、緊急時に対応出来るよう整備している。	提携医監修の急変時対応マニュアルと緊急職員連絡網を備え、ユニット事務スペースに掲示している。またヒヤリハット報告や事故報告書は職員間で回覧し、内容如何で緊急会議を開催するなど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	協力医療機関においては、月2回の往診と週1回の訪問看護があり、支援体制が確保されている。老人保健施設については、事業所近くに同法人の施設があり、連携をとっている。	医療機関には月2回訪問診療と24時間対応の提携医療機関に加え毎週訪問の訪問看護事業所があり、福祉施設には緊急時受入れ契約締結の老人保健施設の他に同法人経営の老人ホームが近郊にある。	
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	緊急時マニュアルがあり、見やすい場所に掲示してある。夜間特変の有無が無いか内線し、他ユニット同士とも連携をとっている。また、緊急時には提携医・責任者に報告し指示を仰ぎ、職員全員にも連絡が回るよう緊急連絡網を作成している。	両ユニット1名ずつ計2名の夜勤者で、21時、24時、3時の定時連絡をはじめ互いに連携する夜間体制となっている。提携医監修の急変時対応マニュアルや職員連絡網を備え、訪問看護事業所とも連携が可能。提携医療機関とは24時間いつでも助言や指導を受けられる。	
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	様々な状況を想定した避難訓練を行っている。運営推進会議等で地域との協力を話し合っているが、地域との連携が充分取れているとは言えない。	避難訓練は、消防署員立会いと水害や地震等火災以外を想定したホーム独自の訓練の年2回実施し、防災設備の操作や役割分担を確認し、天候がよければ利用者が戸外退避し、落ち着いた対応ができるよう図っている。	避難訓練時の地域住民の参加、地域の防災訓練参加、防災品の充実化等、災害時における利用者の安全確保に向け、さらなる現実的な取り組みに着手されることを期待したい。
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	非常持ち出し袋(食料・飲料水・緊急連絡先)を用意し、災害時1階廊下のロッカーより持ち出せるようにしている。同じ場所に防災マップも掲示している。	ライフラインリストをはじめ地震・水害・火災等の防災マニュアルを整え、飲料水、乾パン等の備蓄品と非常用持ち出し袋及び利用者個別ファイルを1階のロッカーに配備している。	
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	利用者個々に合わせて、本人の意思や自尊心に配慮した言葉かけを心掛けている。職員の配慮に欠けた関わりの場面を見た時は、職員同士で指摘し合うなどし、意識を促している。	苗字での声掛けや、トイレや入浴介助時のプライバシーへの配慮の徹底に努め、利用者も職員も気分よく過ごす毎日となるよう努めている。利用者の日常生活が本人本位となるよう努め、必要以上にでしゃばらない姿勢で、1人ひとりに応じたケアサービスに取り組んでいる。	
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	利用者の自由と意思を尊重したケアを心がけるよう努めている。言葉だけでなく、表情やジェスチャーなどからも想いを汲み取り、自己決定に繋がる働きかけを行っている。		
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	一人ひとりのペースを大切にし、職員の都合を優先せず、出来る限り希望に沿った支援を行えるよう努めている。利用者の高齢化に伴い、介護に時間を要する事が増えている為、入浴や食事と言った業務はホームのペースで対応していることがある。		

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
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	洋服を一緒に選んだり、整髪時に髪形の希望をお聞きするなど、本人の好みや意向を尊重し、それぞれ持っている力に応じて支援を行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	配膳やお茶入れや食器洗い等、利用者の力量に合わせて共に行っている。また、定期的に出張調理が催され、目の前で調理して頂き、季節の食材を取り入れた料理を楽しまれ、いつもと違った雰囲気を感じてもらえるよう支援している。	系列法人から食事が配送され、2次調理や準備を利用者にも手伝って頂いている。嫌いな惣菜がある場合は冷凍食品を活用するなど臨機応変に対応している。また隔月毎に料理人が訪れここで調理する出張料理や家族を招いてのフルーツ会や誕生会、外食などのイベント企画もある。	
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	嚥下しやすいよう刻んで出食したり、スプーンを使う習慣が無い方には箸を用いたり、一人ひとりの食べる量や好みを把握し、食べ易い形態を考え提供している。水分摂取量が少ない場合は、特記欄に記録し必要量が確保出来るよう支援している。		
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	声掛けを行い、毎食後口腔ケアを行っている。夕食後は、洗浄薬剤を使用し、義歯の清潔を保持している。		
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	落ち着きが見られなくなればトイレの声掛けを行うなど、利用者個別の排泄パターンを把握している。尿量に合わせてパットの種類を変更したり、排泄の間隔を計算しながら声を掛け、失敗の減少を図っている。	排泄状況を都度介護経過記録に残し、3ヶ月毎のモニタリングや申し送り等で情報共有を図るとともに、1人ひとり異なる排泄兆候の仕草や特徴を把握し、トイレでの排泄を維持できるよう取り組んでいる。重度頻尿の方に根気よく本人の気持ちに寄り添い、家族や主治医と相談を重ねながら改善に至った事例もある。	
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	水分摂取を意識的に促したり、運動不足の解消になるよう体操や散歩の働きかけを行っている。また、入浴にて身体を温める事で、スムーズに排便が見られている。便秘が慢性化している場合は、かかりつけ医と相談し、下剤を服用し便秘の解消に努めている。		
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	入浴は1日3名週2回入るローテーションになっている。利用者の体調や希望で入浴されない場合は、別の日や時間をずらし声を掛け、無理強いしない対応をしている。	入浴時間帯は日曜以外の午前中で、週2回以上を目安に利用して頂いているが、要望があれば午後も対応している。入浴剤や柚子湯もあり、自分専用の洗髪剤や液体石鹸使用の方もおり、出来るだけ個々の生活習慣に合わせてられるよう努めている。	

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
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	日々の様子を見ながら、眠気が見られた時は声掛けを行い、横になってもらうよう支援している。今までの生活習慣を考慮し、個々に合わせ休息を摂って頂いている。		
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	個人ファイルに薬剤情報提供書を保管し、職員各自薬の目的や副作用の理解に努めている。また、薬の変更や追加があれば、記録用紙及び口頭にて申し送りを行い、経過を見守り変化の発見に努めている。		
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	役割として家事の分担を行い、それぞれの得意分野で活躍出来る場面を作っている。利用者個々の趣味や関心事を交えながら、笑顔を引き出す為の関わりを行えるよう支援している。		
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	ゴミ捨てや散歩へ出掛け、外気に触れる機会を作っているが、全利用者に対して充分行えているとは言えない。ご家族の協力を得ながら、外出の機会が増えるよう心掛けている。	普段の暮らしの中でスーパーやドラッグストア等に出向いたり、体調が良かったり、また落ち着かないそぶりが伺える時なども公園などホーム周辺の散歩に出かけている。毎年の春先にはバスを借りて、利用者・家族・職員と一緒に花見に繰り出す企画もある。	利用者の個別要望に応じた外出支援にも期待したい。
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	入居時に金銭所持についての説明を行った上で、可能な方については自己管理を行っている。移動販売時などに買物支援を行い、お金を使う機会を設けている。		
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、職員の介助にて電話の取り継ぎをしている。手紙も希望があれば対応できる体制である。アセスメントを図りながら、通信手段を活用して行きたい。		
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、	折り紙で壁飾りを作り、季節毎に装飾を変え、季節感を味わえるように工夫している。利用者の意見を伺いながら、室内の温度管理や空気の入れ替えを行い、快適に過ごせるよう支援している。	毎朝、食事前に共用空間を清掃し、食事中は全居室の窓開け換気をし、清潔な生活環境維持が図られている。参加型イベントのフラワーアレンジメント作品も季節を感じさせたり大人が住む落ち着いた雰囲気を作っている。	

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	共有空間では、気の合う利用者同士で過ごせるように、配置換えを行うなど工夫をしている。独りになりたい場合は、自室にて過ごされる事が多く、その時々で思い思いに過ごして頂いている。		
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	入居時に使い慣れた家具や好みの物を持ち込めることを説明し、希望のある方は、馴染みの家具や家族の写真など持って来られており、居心地がよく過ごせるよう配慮している。	全室洋室で、ベッド、クローゼット、タンスが備付けとなっている。小型テレビや家族写真、小タンス、ぬいぐるみなど、それぞれ馴染みの物や使い慣れた物を持ち込まれ、居心地よく過ごせされている。	
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	トイレに張り紙を貼るなどして、場所の認識がし易いよう工夫している。また、タンスや椅子・テーブルの配置を変え、環境整備を行い安全に配慮し、自立に繋がる生活が送れるよう工夫している。		