

自己評価および外部評価結果

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	毎朝、就業前に理念を唱和し、意識を高めている。理念に基づき、私達のあるべき姿の目標を職員で意見を出し合い、立て、毎朝、就業前に唱和している。	事業所理念とともに毎年職員全員で話し合って作るあるべき姿の目標を掲げ、折に触れその在り方に立ち戻りながら、職員は日々実践に取り組んでいる。入社時に理念等を説明し、その後も毎朝の唱和や掲示を通じて、継続的な意識付けが行われている。	
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	近所の衣料品店へ買い物外出したり、地域の図書館や祭りに出かけたり、町会の文化祭に参加したり、毎月、大安寺さんのお参り、傾聴ボランティア、書道ボランティア、随時、カラオケなどの地域のボランティアを受け入れ、交流している。自施設で催し物を行うときは、地域の方にも声かけを行っている。	事業所理念にも掲げ、日々の外出や地域の行事、イベントへの参加、協力、お寺の住職の来訪、各種ボランティアの受け入れ等を通じて、地域住民との交流を図っている。事業所で実施する研修会や避難訓練等に老人会や消防団、地域住民の参加を呼び掛ける案内も随時行っている。	
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	外部講師を招いて研修会を開き、地域の方に参加を呼びかけて、認知症の理解向上に努めている。ぼたんだよりを発行したり、運営推進会議を開催し、伝えている。		
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度開催し、御家族や委員の方を招いて報告、意見交換を行ったり、ヒヤリハット、事故の報告を行った。また、消防訓練の様子を見て頂き評価、ご指導を頂けた。	2ヶ月に1回、名称を「地域交流会」と称し、多数の家族、老人会会長、民生委員、介護相談員、包括職員、市担当者等が参加し会議を開催している。会議にあわせ、研修会や避難訓練を開催したり、土曜日に開催する等の工夫も、より多くの参加を促している。会議では、事業所からの報告、意見交換が行われ、会議後の議事録は玄関に置かれている。	
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	3カ月に1度、白山市グループホーム連絡会にて担当者と意見交換を行ったり、運営推進会議に年2回参加して頂き、協力関係を築けている。	運営推進会議や市内グループホーム連絡会での意見交換等を通じて、市担当者との連携、協力関係の構築に努めている。普段から運営上必要な連絡等は随時行っている。	
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	年4回会議時に、身体拘束の検討会を行っている。内部・外部研修にて身体拘束の内容とその弊害について繰り返し学んでいる。居室にセンサーマットを設置する際は該当利用者様、その御家族には、使用開始時に説明し、納得して頂いた上で署名を頂き、2か月ごとに同意書にも署名を頂いている。また、週に1度、外せないか検討を行っている。日中の施錠は行っていない。入社時にまず、身体拘束についての指導をしている。	3ヶ月毎に実施する身体拘束等適正化検討委員会や職員個々の日々の振り返り、共有、内部・外部での研修参加等を通じて、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。家族が望むような場合でも、検討委員会等への参加を通じて身体拘束をしないケアの実践への理解を促している。現在、2名の入居者がセンサーマットを使用しているが、事前の説明、継続的な見直しを続けている。	

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
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・外部研修にて高齢者虐待について繰り返し、学び、職員同士で声掛けや対応の注意を行っている。会議時には自施設での不適切ケアについて話し合った。		
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	学ぶ機会を持っている。現在、成年後見制度を活用されている利用者がいて、十分に成年後見人と連携が取れている。		
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	御家族の負担が増えないように工夫、相談し、意見を常に頂くようにしている。契約の改定時は時間を設け、書面、口頭にて説明し、理解を図っている。		
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	利用者本人の思いを日々の記録に、面会時や担当者会議の際には、家人の思いを聞き、家族シートに記録し、ケアに活かしている。運営推進会議に御家族、利用者様にも出席を呼びかけ、意見を外部の方に伝える場を作っている。また、運営推進会議のたびにアンケートをとり、運営に反映させている。苦情がでた場合は速やかに検討し、対応している。年1回、家族アンケートを実施し、意見を頂いている。玄関にはアンケートボックスを設置している。	面会時や運営推進会議の際に、職員は家族の思いや意見等を聴くようにしている。その他、定期的にホーム便りを送付し、普段の暮らしや活動の様子を伝たり、運営推進会議後のアンケート、2年毎の家族アンケートを実施する等もして、家族の意見等を運営や日頃の支援に反映できるよう取り組んでいる。	
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	日頃や毎月の職員会議にて意見を聞いたり、アンケートを実施し、提案された事はすぐに検討し、活かしている。今年度は、業務改善に取り組んでいる。	職員は活発に意見や提案を行っており、管理者は普段の業務の中や職員会議の場で、職員の話聞いています。今年度は様々な意見を聞くためアンケートも実施し、現在、検討、協議、報告を行っている。	
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	就業規則やキャリアパスによる給与体制・研修体制が定められている。夜勤勤務者は年に2回、健康診断も行っている。研修後、報告書の提出と実際のケアの力量を見ている。		
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	併施設との内部研修や外部研修を受ける機会の確保に力を入れている。パート職員も内部研修を受けている。研修報告書を提出し、全職員が共有している。年度末には年度始めに各自立てた目標についての評価を行い面談し、次年度へのステップアップにつなげて		

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
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	3カ月に1度、白山市グループホーム連絡会にて、情報交換、研修、交流会を設け、サービスの向上に取り組んでいる。他施設の情報収集し、サービスの向上に努めている。		
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	サービス開始時に担当者会議を開き本人の思い、困っている事、不安な事を聞き、話し合い、ケアプランに盛り込みセンター方式の事前情報シートを利用し、サービスに活かしたり、今までの暮らしを大切に、関係作りに努めている。		
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	御家族の要望・意見やセンター方式の情報シートによる生活歴などを積極的に聞けるよう事務所にて、ゆっくりとお聞きしている。		
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	サービス開始前に本人、御家族に見学して頂き、お話し、柔軟な対応に努めている。併設施設の紹介もしている。また、訪問回診や、訪問歯科の案内、ご利用もして頂いている。		
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	家庭的な環境の中、暮らしのパートナーとして掃除、洗濯、食器洗いを共にして頂いている。また、野菜を育てる際にアドバイスを頂いたり、本人の能力を活かして頂けるサービスを提供している。		
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	日頃から密に御家族に相談し、決定して頂いている。各御家族と本人の関係、距離を把握し、家族に協力を頂いている。道の駅めぐみ白山外出や、如来寺石仏群散策外出時は家族にも協力して頂き外出を行った。		
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	地元の祭りに行ったり、行きつけの美容院へ行っていただいたりし、支援に努めている。また、日頃の会話から、大切な人や、場所の把握に努めている。	地元のお祭りの見物に出向き、知人との再会を楽しんだり、馴染みの美容室に家族とともに出かけたりしている。また、日々の会話の中で、初詣に行きたい、○のお饅頭が好きだった、よく花見に出かけていた場所がある等と聴けば、その実現にも取り組んでいる。友人等の面会があれば、ゆっくりと過ごせるよう配慮している。	

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
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	座席は常々、利用者様同士の間関係配慮し工夫をしている。状況に応じて席替えを行っている。馴染みの方と交流出来るよう、双方のフロアーや居室へお誘いしている。自ら輪に入って行けない利用者様には職員が間に入り、交流を提供している。利用者様同士が協力し合えるようなサービス(利用者様同士、又は職員と利用者様が一緒に出来るような作業など)の提供に努めている。		
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	入院時には介護サマリーを渡し、本人の生活の流れ、ケアの工夫などを情報提供している。退所された方へ色紙にメッセージを書いたり、お見舞いに行き、関係を大切にしている。グリーフケアも行っている。		
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	日々、利用者様からお聞きした事や行動や表情を記録し、職員全員に周知し、思い、意向、希望の把握に努め、ケアに活かしている。	日々の会話の中での本人の思いや希望は、記録に残し、職員間での共有を図り、より理解を深めながら、その実現を支援している。上手く伝えることが困難な場合でも、家族からの情報やこれまでの様子等から理解し、把握するように努めている。	
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	入所前には事前情報、センター方式による情報、本人、御家族からお聞きした情報を元にこれまでの暮らしの把握に努めている。		
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	毎日、検温し、身体状態を確認し、水分、食事、排泄、睡眠などを記録し、日々の状態、夜間の状態の把握に努めている。その日の体調に合わせ無理のない範囲でケアプランに沿って行動して頂き、現状の把握に努め、申し送りを行っている。		
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	利用者様、御家族からの意見を記録した家族シート、日々の生活を記録した介護記録などを元に担当者会議を開催し、アセスメントシート、サービス計画書に反映している。御家族の面会時に現状をお伝えし、一緒に考えて頂いたり、状況変化があれば御家族や職員で検討し、ケアに活かしている。	本人の「〇〇したい」等の思いや発言、日々の記録、家族の意向等から、ニーズを整理し、職員全員で話し合いを行い、計画を作成している。日々の記録や定期的なモニタリングを通じて、随時見直し等も行っている。	今後の計画作成において、より具体的な支援内容の記載、達成感のある目標の策定に期待したい。

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
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	介護計画に沿ったケア、様子、気づきを情報として介護記録に記録し、送り時や、担当者会議の時に話し合い、見直しに活かしている。特筆すべき事項は送りノートを使用し、全職員に周知している。		
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	訪問歯科を提案し、利用して頂いたり、介護用品の紹介をしたり、利用者様、御家族の要望に応じて提供している。物品依頼を行うときは、家族の状況を個別に考慮し、電話だけでなく、faxなどで対応したり、頻度なども細かく対応を行っている。		
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	地域の神社、図書館、店などを活用している。地域の祭りに出かけている。地域の文化祭に作品を出品し、毎年出かけている。地域の、書道ボランティア、傾聴ボランティア、カラオケボランティアの方に月1回来て頂いている。		
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	入所時に希望をお聞きし、強制はしていないが本人、家族の同意を得て、かかりつけ医は新村病院へ変更される方が多い。月2回の訪問診察や24時間の往診・病院からの送迎による受診可能となっている。御家族の協力により馴染みの歯科、眼科、耳鼻科、認知症の専門医などの受診もされ、結果報告もして頂いている。	入居時に話し合いを行い、本人・家族が希望するかかりつけ医への受診を支援している。結果として、月2回の訪問診察、24時間体制での支援が整っているホーム協力医療機関を希望するケースが多いが、その他の医療機関の受診においても、文章での情報提供や結果の確認等を行い、適切な医療の継続を支援している。	
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	看護師に24時間連絡が取れ、日々の気づきは細目に報告し、指示を受けている。かかりつけ医の在宅総合医療管理体制を導入し、状態変化時には医師、看護師に24時間連絡出来、医療を受けられる。		
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。	入院時にはサマリーをお渡しし、利用者様のADLや特徴などの情報を提供している。早期に退院出来るように病院と密に連絡を取っている。		

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
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	入所時に書面にて説明し、同意を頂き、全職員が周知している。重度化・終末期になられた時もその都度様態変化ごとに説明し、同意を得て、全職員で把握し、ケアしている。	入居時に、希望があれば、ホームでの看取りを実施する方針であることを説明している。状態の変化が見られ、医師の判断があれば、改めて家族への説明を行い、意向を確認し、同意を得たうえで、医師、看護師の協力のもと終末期の支援を実施している。	
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	全職員が定期的に救命講習を受け急変時の対応を実践的に訓練し、身に付けている。年に1回は急変時や、事故発生時の対応研修を行っている。		
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	緊急時のけが、転倒、窒息の対応は24時間体制で、ナース、医療機関と連絡体制が整っている。加えて、行方不明時の緊急連絡網も用意し、夜間の自宅待機職員も配置している。緊急時対応マニュアルも掲示している。	症状、状態別のマニュアルと緊急連絡網を整備し、外部講師を招いての緊急時対応研修も実施している。協力医療機関との24時間体制での連絡、協力体制を整備し、さらに夜間の自宅待機職員も配置して、緊急時の対応に備えている。	
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	新村病院と特養のあじさいの郷と日頃より関わりを持ち、バックアップ体制が整っており、緊急時の対応も応じて下さる。	協力医療機関による医療支援体制を確保している。協力医療機関系列の特別養護老人ホームや地域の介護老人保健施設によるバックアップ体制も確保している。また、併設する有料老人ホームとの連携も図られている。	
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	夜勤体制を2名配置し、自宅待機職員1名確保し、緊急時には対応する事となっている。24時間看護師の指示を仰いだり出来、新村病院の往診・受診体制も整っている。	各ユニット1名ずつの夜勤者を配置し、全体で2名の複数体制となっている。また、夜間帯の緊急時に備え毎日、自宅待機者1名を確保し、併設施設からの応援、近隣居住職員による応援体制も確保されている。	
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	防災マニュアルと緊急連絡網が整備され、役割分担されている。年に2回、日中想定と、夜間想定での避難訓練を行っている。運営推進委員会にて、避難訓練を実施し、地域の消防団や、地域の方にも、評価、指導を頂き、協力体制を築いている。	年に2回、昼間想定と夜間想定での避難訓練、通報訓練を実施している。2回のうち1回は消防署員、もう1回は地元消防団員が立ち会い、訓練に参加している。また、運営推進会議とあわせて実施する際には、訓練後に家族や地域住民との意見交換も行っている。地域との協力体制が確保されている。	
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	年に1回は消防署との協力体制を築いている。防災マニュアルが作成されており、緊急時の役割分担も決められていて安全確保のための体制がとられている。また、定期的に消火設備や、通報装置などの点検を行っている。	火災や地震、水害の発生を想定した防災マニュアルを整備し、水や缶詰等の備蓄、カセットコンロ等の防災用品の整備も行われている。定期的に消火設備や通報装置の点検も行われている。	

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
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	訪問診察時に事務所にてプライバシー空間を作り、ひとり一人診察して頂いている。排泄の声掛けも他者に聞こえないよう工夫している。プライバシーについての研修を受け学ぶ機会も持てた。	入居者の名前は名字にさん付けで呼び、トイレ誘導の場面では、周囲に悟られないようその場では直接的な表現を用いず、「ちょっとお願いします」等の声かけを行っている。職員の申し送りや訪問診察等も共用スペースで行うのではなく、事務所で行う等の配慮をしている。職員への接遇やプライバシーについての研修も実施されている。	
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	外出や、レクリエーションへの参加など自己決定できるよう、声かけに工夫をしている。		
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し、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	体調や生活リズムを考慮しながら、利用者の希望に沿った支援をしている。外出の希望など柔軟に対応している。		
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	訪問カットでは、本人、御家族の希望をお聞き、カットしている。御家族の協力により理美容院に行き、カットをされる方もおられる。化粧品を自己管理出来ない方はお預かりし、希望時や入浴後に提供している。近所の衣料品店にて、好きな服を選んで頂き、購入して頂いている。		
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	食事、片づけも一緒に行っている。刻み食やペースト食にも対応している。出来る限り自分で食べて頂けるよう食器も持ちやすいものに個別に対応し支援している。施設の畑で収穫した野菜で、おやつ作りや、カレー作り、笹寿司作りを行っている。	毎日の食事は、管理栄養士が献立を作り、食べやすく、残さずにおいしく食べることができる食事を、併設施設にて手作りで調理している。ごはんのみそ汁の調理、料理の盛りつけはホームで行うが、入居者も食器洗いやテーブル拭き、配下膳を手伝っている。畑で収穫した野菜を使ったおやつ作りや行事食、外食等も楽しんでいる。	
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	御飯・副食の量、味噌汁の濃度、水分摂取量をひとり一人に応じた細かな支援をしている。水分摂取量が少ない方には御家族の協力により、コーヒーやジュースなど飲んで頂いている。習慣に応じて、個別に、食事以外の間食を取り入れている。		

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
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	毎食後の口腔ケアを習慣とし、利用者に応じた声かけの工夫や介助を必ず行っている。うがいや歯磨きなどできない方には、口腔ケア用スポンジなどを利用したり、ガーゼなども活用し、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	排泄パターンは介護記録により把握に努め、トイレで排泄できるよう個別ケアを行っている。利用者様の状態に応じ、日中、夜間の紙パンツ、パットを見直し、使い分けている。トイレの使用法など表示をしている。	日々の記録を通じて、一人ひとりの排泄パターンを把握し、日中は、全員がトイレでの排泄を継続できるように支援している。排泄用品の使用についても状況の変化等にあわせ、随時見直しを行っている。トイレ誘導の際の声かけの配慮も行っている。	
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	腹部マッサージをしたり、運動を促すなど、ケアをしている。毎朝、トイレへ誘導している。水分摂取量にも気を配っている。		
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	週2回の入浴日は決まっているはいるが、本人の希望を聞き、支援している。入浴中も自立支援を意識しながら介助者の関わり方も本人の希望をお聞きしている。入浴を拒否された方には声かけの工夫や介助職員を交代したりしている。時期にはゆず湯などを行い、楽しんで頂けるよう工夫している。	金曜日以外は毎日お風呂を沸かしており、一人あたり週2回を目安に、本人の希望にそった入浴を支援している。入浴を拒むような場合でも、無理強いすることなく、声かけの内容やタイミングの工夫をしたり、曜日の変更をする等して、柔軟に対応している。ゆず湯を楽しむ機会等も提供している。	
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	昼夜を問わず、ひとり一人の生活リズムや体調に応じて居室で休息して頂いている。ひとり一人の体感温度や体質に応じて、布団の調整や、エアコンを使用している。日中の活動を増やしたり、傾聴したり、習慣のラジオを聴いていただいたりして安心して気持ちよく眠れるように支援している。		
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	ひとり一人の薬剤情報を確認し、周知している。新しく薬を服薬する時は、様子や症状を詳しく記録している。症状に変化があれば、直ぐに看護師に報告し、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	家事など役割を通し、張り合いや喜びを提供したり、1人ひとりの生活歴や力を踏まえ、歌、裁縫などを楽しんで頂いている。気分転換にドライブ、買い物外出などを支援している。御家族の協力により嗜好品のお菓子、ジュースなどをお出ししている。		

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
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	道の駅白山めぐみ外出や、如来寺外出家族の協力を得て、外出された方もおられる。花見や、祭りを見に行きたいという希望に沿って支援している。	気候の良い時期には、中庭で畑作業に取り組んで過ごす入居者や家族とともに外食や美容室に出かける者もいる。事業所としては、お花見や地域のお祭り見物、道の駅、寺院等への外出等、普段行けないような場所への外出も支援している。	今後、個別での外出や小グループでの外出の実施についても検討されることを期待したい。
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	お金の所持の希望がある方は御家族の同意・協力を得て、所持して頂き、買い物外出の時に使って頂いている。		
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	御家族の意向もお聞きしながら、希望があれば電話させて頂いている。携帯電話を使用している利用者様は何時でも自由に電話されている。字が書ける方には、毎年家族に年賀状を書いて頂き、郵送する支援をしている。		
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	共有空間には季節の花や利用者様の作品を飾っているが、無縁、不要な飾りにならないように気を付けている。物品に対して混乱されそうな物は片付けている。室温、湿度に配慮したり、外の空気や光を取り入れたり、空調を調整している。	一人ひとりが快適に過ごすことができるよう、共用空間の温度や湿度の管理、採光、換気に留意している。また、過度な飾りつけは控え、年齢に相応しい装飾、落ち着いた空間づくりにも努めている。	
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	共有空間のテーブル、椅子、ソファ、ベンチの配置を工夫し、思い思いの場所で過ごせるような配慮をしている。両フロアを行き来し、気の合う方同士でフロアや居室で会話出来るように座席配置などで支援している。		
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	家具(鏡台、仏壇)寝具(枕、クッション、毛布)衣服、箸、湯飲み、御家族の写真、御家族からの誕生日メッセージなどをお持ち頂き、自宅の延長のような環境作りを工夫している。	各居室にはベッドとエアコンが備えつけられている。それ以外の家具等は自由に持ち込んでもらっており、レイアウトも含め、自由に各自が居心地よく過ごすことができる空間づくりを行っている。	
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	手すりを利用し、安全に歩行できるように動線を考えたベットの配置をしている。混乱なく、自力で使用できるようにそれぞれの場所に応じた説明書きを掲示するなどの工夫をしている。		