

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	毎月のミーティングや朝の申し送り時に理念に触れ毎日の生活の中で職員と確認し合っている。また連絡ノートを活用し小さな気づきを全職員が共有し細部にわたって理念に沿った実践ができるよう努めている。理念はパンフレットに明記し玄関や居間に大きな字で訪れた人にもわかりやすく掲げている。	「心やすらぐ暮らしの中で自分らしく」を理念として掲げ、利用者一人ひとりの思いに沿った支援に取り組んでいる。理念は玄関・居間での掲示や毎朝の唱和を通じ、職員への周知が図られている。	
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	開所時より町内会に入り、回覧板を持って近所の方が出入りされる。時々野菜・鮮魚等頂いている。春と秋のお彼岸には利用者さんと共に作ったオハギをお隣さんにも配ったりする。ホーム前のベンチには近所の方が座り入居者と世間話をしている。また、保育所、公民館とも交流があり、保育所とは合同で避難訓練を毎年実施している。	代表者の在住地域でもある為、近隣住民とは一般的な近所づきあいの関係を構築している。町内行事(祭礼時の巫女舞招待等)や公民館行事(作品の出版・見学)への参加、近隣保育園児との密な交流(慰問、合同避難訓練等)を通じ、地域との繋がりを深めている。又、昨年度より地域の回覧版にホーム便りを添付してもらうことで、より住民のホーム・認知症に対する理解が深まっている。	
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	公民館の作品展に利用者の作品を出展したり、認知症の掲示物で理解を発信している。		
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ヶ月ごとに開催している。活動報告、利用者の状態、職員採用等、地域交流、家族との関わり、食事面、医療体制、サービス評価等の説明等、様々な内容が話し合われている。	同グループの小規模多機能ホームと合同での会議を多様なメンバー(近隣3区長、複数の民生委員、社協職員、町会議員、利用者・家族代表、町担当者等)で年6回開催している。ホームの活動は写真を用いて分かりやすく説明している。ホームの事例を紹介して参加者の助言を得たり、メンバーが気軽に質疑応答・意見交換できる場、家族・地域との繋がりを深める場として有意義な会議となっている。	運営推進会議で話し合った内容を全家族に周知する取り組み(議事録の送付、広報誌での要点記載等)が期待される。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	町担当職員とは運営推進会議、医療福祉連絡協議会に参加し、会議や懇親会を通じて町担当者との交流を図っている。	運営推進会議や医療福祉連絡協議会・グループホーム連絡協議会での情報交換し、町担当者とは顔馴染みの関係を構築している。運営上・制度上の疑問点があれば気軽に相談し、必要な助言を得ている。	
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	日中鍵をかけない、ベット柵で囲まない、利用者が外出する時は必ず職員がつく体制が出来ており、日々の申し送りやミーティングで身体拘束をしない実践に取り組んでいる。	今年度より身体拘束防止委員会を発足し、マニュアルの再整備・職員への内容周知を図っている。虐待防止(身体拘束内容含む)に関する自己点検シートの活用やミーティング時の事例検討等を通じ、グレーゾーンに関する理解を深めている。	
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	3ヶ月に1度虐待防止委員会を実施している。身体的虐待、心理的虐待についてミーティングや毎日の申し送り時でも意見を出し合っている。県や団体が実施している研修会や講習会に積極的に職員を受講させ、全職員で共有している。		

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	権利擁護に関する制度についての研修に参加し、情報を職員で共有している。		
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	契約時は重要事項説明を必ず行い、重度化した時の希望も聞いている。経費の増額する場合は、そのつど家族に連絡し文書説明を行い同意を得ている。退所される場合は、利用者や家族の不安がないよう十分に説明し、納得して頂いている。		
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	自分の思いや意見を上手に表出出来ない利用者に対しては、本人の行動や言葉から本人の意向を見つけ出し、ミーティング等で話し合い利用者主体の運営に努力している。また家族等には面会時や運営推進会議、いるかの里食事会で家族や地域の方に来ていただき意見、要望を聞く機会を設けている。	面会時等に家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、毎月のお便り(1ヶ月の様子)や年4回の広報誌(写真メイン)で利用者個々の暮らしぶりを伝えている。又、運営推進会議や家族との食事会(年8回程度)の中でも、気軽に意見・要望を言える環境を整えている。	
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	毎月のミーティングでの意見や毎日の勤務時のリーダー、スタッフの意見、提案はよく話を聞き、仕事に反映させている。また会社の運営方法や利用者の受け入れ等は代表者、管理者、職員等に相談の場を設け職員の意見やアイデアを生かしている。	毎月のミーティング時に個々の提案を吸い上げ、職員全員で意見交換・合意形成する機会を設けている。職員の意見・提案はホームの運営(ハードの修繕、利用者の支援方法等)に積極的に活かしている。	
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	会社の就業規則はあり、健康診断も年2回行っている。経営者は現場にも出て、各職員の得意とする分野、努力や成果等を把握、評価し、意欲をもって働いてもらうように努力している。		
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	介護技術研修会を8月に実施、高齢者虐待防止、介護実務者(基礎)等研修にはケアの統一性を保つ為、可能な限り全職員が、平等に参加できるよう配慮している。介護実務者リーダー研修に1名参加している		
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	介護技術講習会を母体であるケアホームいるか乃里で行い勉強会を実施している。また他の事業所職員で研修会を実施し、スキルアップの向上、情報交換、事業所交流で職員同士の親睦の場にもなっている。		

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	入居の申し込みがあると出向いて面接し、利用者の気持ちや、不安を受け止め、安心してもらえるようにお話している。		
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	入居前に家族が施設見学をしたり、介護に対する思いや考え等、または家族自身の精神的不安等について相談に乗りながら信頼関係を築き入所にいたる。		
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	外からの相談にはグループホームに入所しなくても、自宅で充分見られると助言した事もあり、他のサービス利用の話や、介護保険制度の説明等もしている。		
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	入居者、職員が自ら助け合う家族的な雰囲気大切にしている。入居者は、豊かな人生経験、知識を多く持ち、職員が教えられる事も多い。また、職員の身体をきずかってやさしい言葉をかけてくれる場面も見られる。		
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	ご家族の事情や状態が重度化して自宅へ外出しても対応が難しい場合等、ご家族にお便りやお電話等でお知らせ、ご案内し、ご本人とご家族の交流を支援している。		
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	在所のなじみの方や同級生が数人で面会に来られる場合もある。家族との外出時には本人の状態に合わせ必要なら車いすを貸し出したり、介護の方法を教え、良い家族関係が続くよう支援している。	馴染みの人間関係(家族、友人等)が継続出来るよう、ホームでの面会を歓迎している。ホーム在住地域の利用者も多く、ご近所さんが気軽に訪れている。自宅の様子が気になる方には職員が同行し、本人に納得・安心してもらえるように配慮している。	
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	利用者同士、できる人は歩行時に声をかけたり、手を貸してくれる方や、トイレの場所を教えあったり、食事の時になると、「ご飯やよー」と声をかけたりして、孤立しないようにささえ合っ、生活されている。トラブルが生じた場合は何が原因かを追求し、二人の関係が悪化しないように努力している。		

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	状態低下のため医療機関に行かれ利用者家族から連絡をいただいたり、またはこちらから様子を見に行ったりと支援に努めている。		
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	言葉や態度、表情、座る姿勢等一人ひとりに関心を寄せ、思いや意向の把握に努めている。把握した思いは申し送り時や連絡ノート等で情報の共有を計り、本人が望む暮らしにつながる様に取り扱っている。	日常生活の中で利用者に寄り添い、会話の中から個々の「思い」を把握するようにしている。担当者を中心にセンター方式のシート(私の姿と気持ち、暮らしの情報、出来る事・出来ない事)を3ヶ月毎に更新し、利用者への理解を深めている。意思疎通が難しい方には職員側から働きかけ、その際の表情・反応から「思い」を汲み取っている。	
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	入居年数が長い方や4～5年の方はホームでの生活にも慣れ親しんでいる。入居1年から1年未満の方についてはこれまでの暮らしを本人や家族よりできるだけ聞いてホームの生活に生かしている。情報はミーティングや毎日の申し送り時に伝えている。		
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	朝、夕の申し送り、一人一人のケース記録、バイタル、排泄等、心身の状態を確認し、1日の変化等を把握している。トイレに行きたくても、行けない方等に定期的チェック以外にも必要に応じ排泄パターン、シート等の利用やバイタルの確認を絶えず行っている。		
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	生活援助計画を作成し、毎月のスタッフ会議で、アセスメント、モニタリングを行っている。センター方式についても、利用活用し、利用者の状態把握につながっている。それらは、介護保険更新時や急変時の見直し等でも介護援助計画作成に生かしている。	「本人の好きな事・得意な事」「健康管理」の視点を大切に介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。毎月のミーティング時に職員全体でモニタリングを行い、計画内容が現状に即しているかを確認している。	
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	日々の気づきをメモや連絡ノート、ケース記録に記載している。ミーティングにも共有し、介護計画に活かしている。		
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	法事や診察、通院のサービス等、気に入った散髪店、本人や家族の希望を、できる限り取り入れた形での生活支援を行っている。買い物等希望があればスタッフとともに出かけている。		

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
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	公民館活動に参加したり、保育所とも交流し、またボランティアの方の受け入れや、民生委員、区長、ご近所、駐在所にも相談や協力をいただいている。		
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	入居時の希望により殆どの方が、協力医療機関を受診している。認知症専門医の受診や、歯科の検診等の受診介助の支援も行い、主治医には2週間の頻度で往診を御願ひしており、利用者の状態変化の対応を図っている。家族へはその都度電話や、月に1度、「私の12ヶ月」でホームでの状態や様子をお知らせしている。	ホーム提携医療機関による訪問診療(月2回)中心の健康管理体制を整えている。ホーム提携医とは24時間の相談・連携体制を構築している。専門医の受診時は原則家族に依頼しているが、状況に応じて職員が送迎・同行している。又、医療連携体制を整え、週1回、看護職員による健康チェックを実施している。	
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	協力病院と24時間通じて、医療連携が出来ており、看護師さんは週一回の頻度で出向してきており、日常の健康管理をしている。状況に応じてホームで点滴してもらったり、協力病院へ点滴に通ったりしている。		
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。	入院する際には本人に関する情報提供を行い、一日も早く退院出来る様に、こまめにお見舞いに行つて洗濯物の入れ替え等をしたり、声を掛けて元気づけをしている。		
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	これまでに数名の看取り介護を経験し、その体験をもとに利用者の状態低下が見られた場合は定期的に家族に連絡し、意向を確認し主治医とも相談しできるだけ本人に家族の意思に沿ったケアに取り組んでいる。	最後まで利用者・家族の「思い」に沿えるよう、提携医療機関・訪問看護事業所によるバックアップを得ながら、ホームでの重度化・終末期支援を実践している。状態変化の都度、医師・家族と話し合い、今後の方向性を定めている。終末期支援の際は揺れ動く家族の思いも十分に受け止め、出来る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	年に1回の頻度で消防署員から緊急時の対応の仕方を職員全員で学習している。本年度は6月期に防火訓練し、応急手当等の講習を受けている。10月末には合同避難訓練を予定している。必要時損害賠償の保険も講じている。		
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	緊急網は整備され、緊急時の対応について職員全員が学習し万が一の場合の対応に備えている。また週1回健康チェックに来ている看護師に緊急時の対応方法を質問、相談等を受けてもらい随時研修している。	応急テキスト・119番への通報手順を整えている。毎年、町の出前講座を活用し、消防職員指導の下、緊急時対応(誤嚥・窒息時、AEDの使用方法等)について学習する機会(ロールプレイ訓練含む)を設けている。	

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
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	利用者のかかりつけ医となり、定期的な受診を行っている協力医療機関とは24時間対応可能な支援体制が確保されている。	ホーム提携医療機関や訪問看護事業所による医療支援体制を確保している。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、同グループのケアホームによる様々なバックアップ(職員研修、行事等)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	夜間の緊急連絡体制が整備されており、夜勤者は利用者の状況変化に応じて管理者と連絡を取り合っている。また、近距離に居住する職員が数名いて緊急時に対応できる体制になっている。職員の移動に伴い連絡体制の変更等も行い利用者の状況の把握も積極的に行っている。	1ユニット=夜勤者1名で対応しているが、ホーム在住地域の職員(代表者含む)も多く、緊急連絡網による迅速な応援体制が整えられている。	
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	消防署員立会いの下、火災想定避難訓練と地震想定自主避難訓練の2回行っている。今年度においては「ケアホーム保育所とともに合同で地震想定訓練を行う予定である。	防災マニュアルを整備し、年2回、総合避難訓練を実施している。内1回は近隣住民の協力を得ながら、夜間帯の火災を想定した訓練を行っている。もう1回は近隣の保育所・同グループのケアホームと合同で、大規模な地震・津波を想定した避難訓練を実施している。備蓄品・非常持ち出し袋(利用者の内服情報他)を整備し、年2回、内容点検を行っている。	ホームの立地を勘案し、もらい火を想定した訓練の実施が期待される。
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	害時対応はフローチャートで手順を図示した物と地震マニュアルを整備している。非常持ち出し袋に備品を揃え食品・水等の備蓄があり、備蓄品はリスト化による管理を定期的確認し入れ替えている。災害時マニュアルは火災・地震の他に台風・水害(立地的に高潮・津波等)・大雪等の整備している。		
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	職員は利用者尊重について、言葉かけ・言葉づかい・関わり方等に配慮するよう心がけている。個人情報の扱いは研修で周知を図り、写真等の掲示も了解を得て行っている。	人生の先輩に対し、丁寧な対応(目線を合わせる、ゆっくり話す等)を心掛けている。安心して穏やかに過ごせるよう、利用者の言動は否定せず、一旦は受け止めて対応している。又、トイレ誘導は他者に悟られないようにしたり、職員間の情報交換・申し送りは利用者から見えない場所で行う等、プライバシーについて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	一人一人のリズムや、その人に合った役割を作って頂いている。言えない人には、職員が代弁し、その人の希望に沿って支援している。		
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	入居者が希望を言いやすい雰囲気を日頃より作るよう心がけている。何をたべたいかきき、いっしょに(おはぎやホットケーキ、巻きずし等)作っている。また野外へは花見や散歩、買い物等に出かけている。本人の希望で家族と行くこともある。		

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	整容の乱れをさりげなくおしている。また、髪が伸びてくると気にされるので、近くの理容、美容院を利用している。遠くの理容店にも、本人の希望であれば車で出向いたり、ホームまで来ていただくこともある。本人の希望で家族と行くこともある。		
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	利用者の状況に応じて、買い物や下準備・味見等出来ることを出来る方と一緒にいき、食事づくりの場面で利用者の力が発揮できるように取り組んでいる。地元の食材や山菜等季節の食材や新鮮な魚貝類を用い、昔ながらの料理で食を楽しむ支援をしている。	地元の新鮮な食材(魚介類、野菜、山菜等)を用い、季節感ある手料理を提供している。家事が得意な方には下ごしらえや後片付け時に役割を担ってもらっている。利用者の知恵・経験を活かし、一緒におはぎ・梅干しを作る機会を設けている。又、食事が楽しみとなるよう、季節毎の行事食(祭り御膳等)や家族との食事会、ケアホームでのカレーパーティー、外食の機会等も設けている。	
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	月に一回体重を量り、カロリーバランスを把握し、水分量が不足にならないように、夜も居室に置くようにしている。又個々の必要性に応じて水分、食事の摂取量の記録を行っている。		
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	毎食後歯磨きやうがいは、職員の介助の元習慣的にされ、口腔内のチェックもしている。必要があれば往診お願いしたり、歯科へも受診している		
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	職員は排泄介助が必要な利用者の行動パターンを把握し、申し送り等で情報の共有を図っている。利用者の気配を察知し行きたい時にトイレに行けるよう支援している。また、オムツはずしを心得ていて、日中はトイレに行って頂き、失禁されてもさりげなく交換している。その他、夜間のみポータブルトイレを使用し、気持ちよく排泄が出来るように心がけている。	日中は「トイレでの排泄」を基本とし、ハード面での配慮(背もたれ・可動式手すりの設置)も施されている。排泄の自立に繋がるよう、必要最小限の介助・排泄備品の使用を心掛けている。誘導が必要な方には個々の排泄間隔・サインを把握し、適宜お誘いの声をかけている。安眠優先の方には夜間帯のみ、オムツやポータブルトイレも活用している。	
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	一人ひとりの排便チェック表を記入し、便秘予防に向け、運動、水分補給、食事等に取り組む、自然排便を促すようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	できるだけ希望に沿った入浴支援を行っているが入浴嫌いな方には気長にかかわり支援している。長年続けている温泉入浴については利用者さんの状態低下等でなかなかいけなくなったが状況を見ていける時に行きたいと考えている。こだわりのある方については本人と相談し曜日と時間を決めて入浴していただいている。	毎日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯温、こだわりの石鹸・シャンプーの使用等)に沿った入浴を支援している。時節には昔ながらの季節湯(菖蒲湯、柚子湯等)も行っている。お風呂嫌いの方には無理強いないせず、声掛けの工夫・入浴日の変更等に対応している。現在は中断しているが、今後、外部温泉施設での入浴支援の再開も検討している。	

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
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	日中はお天気や、その方の状態によって、散歩、日向ぼっこ、体操、レクリエーション、手工芸等に参加してもらう。夜間、安眠できない時も眠剤等は使わず、主治医と相談し、ご本人の気持ちに沿った対応に心がけている。		
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	薬の処方箋は、職員が見られる所に保管し、医師の指示通り、服薬の支援を行っている。体の状態に応じ主治医や専門医と相談しながら調整を行っている。変更した時には連絡ノートにすぐ記載し、周知に努めている。		
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	入居者の趣味(料理、縫い物、手工芸等)を、日頃から支援している。その作品を毎年、公民館の作品展に出展している。定期的に温泉利用や花見、山遊び、ドライブ等を楽しんで過ごされている。		
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	花見・温泉利用・栗拾い等季節ごとの行事や日々の買い物等利用者の状況に応じて外出支援を行っている。野山への外出時には、ポータブルトイレを持参し排泄対策も工夫している。外出状況をおでかけノートに記載し反省等を次回の外出支援に活かしている。お気に入りの理容店に出掛ける個人的な支援も行っている。	天気が良い日は気分転換に繋がるよう、散歩、買い物、玄関先ベンチでの外気浴等、日常的な外出を支援している。又、同グループケアホームのイベント参加や地域のイベント(とも旗祭り、イカ釣り漁船の出航等)鑑賞、季節感を味わう外出(花見、紅葉狩り、植物公園、菜の花畑・キリシマツツジ鑑賞)等も積極的に支援している。	
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	お金の管理は家族がしている。本人に欲しいものがあれば家族の了解をもらい、スタッフと一緒に買い物に行き後で家族から代金をいただいている。		
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	自宅に電話をしたいと言われればつないであげたり、電話がかかって来た時は、静かな場所でコールして頂いたり、配慮している。手紙のやり取りも出来るように、葉書を置いてすぐ書けるように、準備している。		
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	玄関前に花を置き、先のベンチに座り花を見たり鳥やセミの声を聴き、季節感を感じて頂いている。職員も明るく入居者に接するように心がけ、パタパタ走って仕事をしないように気をつけている。	日本家屋を改修した建物は生活感のある空間となっている。ホーム玄関先で育てている季節の花や近隣住民が差し入れてくれる花をホーム内に飾っている。心やすらぐ空間となるよう、温度・湿度に配慮したり、職員自身の動作にも気を配っている。	

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	木造民家型で畳みや障子戸がある共有空間は利用者にとって自宅と変わらない心安らぐ場所となっている。居間には神様棚があり、テレビがあり、それぞれに手作りの置台を前にソファーに座ってもらっている。玄関前には1年中季節の鉢花等利用者が楽しめるようになっている。		
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	自宅からタンスや布団、時計等本人のなじみの使い慣れた身の回り品が持ち込まれ、部屋の壁やタンスの上には家族や孫の結婚式、成人式等の写真が飾ってある。また、利用者さんが日々手工芸等、楽しみながら作られた作品も部屋の壁に飾ってある。	入居時に慣れ親しんだ物(時計、布団類等)や安心出来る物(家族の写真、趣味道具等)を持ちこんでもらっている。入居後に自身で作った作品や家族と一緒に撮った写真等も飾っている。	
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	本人の状態を把握し、入所時になじみの枕や、身の回り品を持ってきてもらっている。また、寝起きが困難な方にはベット又は簡易式ベット等使用している。		