

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
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	「笑顔」をモットーに一人ひとりに寄り添ったサービスの支援を理念に挙げて日々生活できる様に個々の思いを尊重しその人らしさを大切にしている。	「お一人ひとりに寄り添って、笑顔でいっぱいホームを目指します」を理念として掲げている。毎回の申し送り時に「今日も一日“笑顔”で“言葉遣い”に気を付けて頑張りましょう」を唱和している。ケア会議で事例を基に反省会を実施し、ホーム理念と利用者への笑顔での関わりを職員に周知している。
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	管理者・利用者は町内の行事や市の行事にはできる限り参加をし交流に努めている。(防火訓練・ふれあい福祉交流会・いきいきサロン・お祭)月一回、認知症カフェを開設、地元町会のご協力もあり、奇数月は町会集会所・偶数月は当施設内で認証症カフェを開いている。	回覧板より地域情報を得て、町内行事(総会、奉仕活動、防災訓練等)に参加している。また町集会所で毎月ある「いきいきサロン」や「のみ活倶楽部」にて地域住民と交流している。中学生インターンシップ、ボランティア(民話、アロママッサージ等)の受け入れや、秋祭り・お宮さんの清掃等を通じて、地域との繋がりを深めている。町集会所にて認知症カフェの開催(隔月)し、地域住民への啓発活動にも積極的に取り組んでいる。
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	運営推進会議に参加、日々の施設の活動を報告、又、色々相談を受けている。	
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	町会長・市職員・地区民生委員の方々・各ホームのご家族様と意見交換をし、サービス向上に努めている。又、推進会議の場を借り身体拘束適正委員会を開き各ホームの取り組みを発表している。	町会長、民生委員、家族代表、市・包括担当者等が参加し、同一敷地内施設と合同で定期開催(年6回)している。ホームの利用状況・活動を報告後・身体拘束廃止への取り組み、質疑応答・意見交換を行い、助言等をサービスの向上に活かしている。また家族の要望の吸い上げや、地域交流を推進する場ともなっている。議事録は全家族に送付し、内容を周知している。
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取り組んでいる	GH連絡会が年4回あり市職員の方も参加し情報の共有を図っている。色々な問題事案等を相談したり高齢者支援センターへの直接相談や助言を頂いている。	運営推進会議時やグループホーム連絡協議会やキャラバンメイト活動への参加を通じ、市担当者との連携強化を図っている。
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	1階玄関は、他の施設との併用の為、出入りはボタン式の開閉になっている。21時以降は防犯の為施錠となっている。2階ホームの出入り口は自由に行き来が可能である。身体拘束についてはホームで年間目標を決め実践、毎月ケア会での振り返りも実施している。	年間研修計画の中で、身体拘束廃止(身体、薬、言葉、ケアプログラム)に関するホーム内研修を実施し職員へ周知を図っている。また外部研修の受講後にホーム内での事例に照らし合わせ検討している。不適切事例やグレーゾーンへの対応方法について、ケア会議の中で利用者個々のリスク・対応策を話し合い、工夫を重ねながら身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる。グループ全体では身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回開催している。

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	身体拘束適正委員会を2か月に1回、開催。各ホームの身体拘束に対する取り組みを発表している。又、施設内外の研修にも参加している。		
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	社内・外の研修で「後見人制度」について知識を深めた。ホームにも以前、後見制度をご利用の利用者様がいた為、身近に学ぶ事ができた。		
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	契約に関しては、事前に必ず職員2人(ホーム管理者・他ホーム管理者)で説明し了解を頂いている。今回、消費税増税に際し価格改定の通知の際には、説明会を開き理解を頂いている。		
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	管理者は常日頃よりご家族様との連携を図り(面会時に時間の許す限り様子をお伝えしたり、往診時の主治医の話・メールでのコミュニケーション等)、話しやすい関係作りに努めている。又、運営推進会議での意見交換やアンケートなど実施し貴重なご意見を頂き、推進会議の報告書・議事録を送付させて頂いている。	家族との信頼関係が構築できるよう、利用者の毎日の暮らしぶりを毎月ホーム便り(写真・個別のコメント添付)を送付している。またブログでも利用者の日々の生活の様子を伝えている。管理者が中心となり、面会時・電話・メールで必要に応じて利用者の状況をこまめに報告し、情報・意見を交換して、家族の意見・要望を引き出している。出された意見や要望はケア会議にて検討の上、運営に反映させている。	
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	代表者は、ホームでの月1・2回の利用者・職員と昼食を共にし意見や提案を傾聴するよう努めている。又、個々に面談の機会も設けている。管理者は、不定期(年2回)だが必ず個々の職員に対し業務等への思いを聞くようにしている。	職員個々の視点をホームの運営(業務改善、利用者の支援方法等)に活かせるよう、管理者は職員の意見・提案を「一旦それでやってみよう」と肯定的に捉えて、その後も改善を繰り返している。職員は日々の会話やケア会議で自由に意見交換している。代表者とも個人面談(年2回)があり、職員の本音を聴く機会が設けられている。	
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	代表者は、職員の実態を把握できるよう常日頃から管理者に状態を聞き環境整備を実施し、日々の成果が形として得られるように努めている。		
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	代表者は、内外の研修に参加出来るように管理者に指示している。介護福祉士・介護支援専門員の受験に模擬試験を提供し、勉強して資格を取ることを推奨している。又、社内にて初任者研修をスタートさせている。		

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
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	GH連絡会に各管理者が参加し他施設との交流を図り、共にサービス向上の為に連携している。他施設で開かれている認知症カフェに参加するよう努めている。又、昨年3月より、自施設内・地元町会集会所にて「認知症カフェ」を月1回開催しており、交流にも努めている。		
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	見学申し込み時より状態を詳しく聞き取り、サービス導入にはしっかりと話を聴き、不安な思いを汲み取って信頼をして頂けるように努力している。		
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	入所され環境の変化に心配をされているご家族様に、日々の状態を電話・メールでお伝えしている。		
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	申し込みに来所された時点で、ご本人様・ご家族様の意向を聞き、最も必要なサービスを見極め、医療連携も考慮し対応している。		
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	時には、ご本人の思いを尊重のあまり過保護な支援になっている時がある。ご本人の機能を見極め、出来る事はして頂き出来ない事は支援させて頂く、温かい目で見守っている。		
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	ご本人が不調の時等は、メールや面会時に、随時状態報告をさせて頂き、往診や受診等、これまでの絆を大切にしながらご本人を支えている。		
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	利用者様のこれまでのかかりつけ医を継続できる様にしている。又、家族・親戚・近所の方・友人等、面会時には継続的にご面会が出来る様お願いをしている。	馴染みの人間関係(家族、親戚、自宅近所の知人等)が継続できるよう、ホームでの面会を歓迎している。また家族の協力を得ながら馴染みの場所(自宅、行きつけの美容室等)との繋がりを支援している。また希望者には、地域の活動(いきいきサロン、のみ活倶楽部)に継続的に出向き、新たな馴染みの関係作りにつながるよう取り組んでいる。	
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	利用者様の方々が共に支え合う関係を構築するよう、居場所の確保や声掛け等でスムーズな関係作りにスタッフが関わりあえばと心がけている。		

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
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	退所となられてからも、必要に応じて色々な相談援助をしている。(入院時の面会・退院後の相談)		
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	個々の思いに寄り添える過し方をして頂けるよう配慮している。(家族への連絡・個別レク・行事食・地域行事参加・体操・ドライブ・外食)	利用者に寄り添いテレビを観ながらの思いで話や、日常会話の中から利用者個々の「思い」が把握できるように取り組んでいる。利用者の「思い」の把握・推察につながる言葉・行動について、介護記録で情報共有している。意思疎通が困難な利用者については、家族や友人からの情報を基にして、職員からの声かけ等の働きかけによりその表情や反応から「思い」を推察して、利用者本位に検討している。	利用者と職員が接する時間を長く持つことで会話や一緒に過ごす機会を増やし、より具体的な利用者の「思い」の把握に繋がる言葉・行動を引き出す取り組みに期待する。また介護記録が利用者の「思い」「意向」の把握につながるような記載方法の検討に期待する。
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	個々の方々の生活歴・好み・思い・家庭環境等情報を収集し、その人らしさの把握に努め支援に生かしている。		
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	毎日、食事摂取量・バイタル・排泄の状態を記録し、心身状態の変化・注意点等を業務記録に記録し申し送りしている。又、ケア会議でケアの確認・ケアの見直しをしている。		
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	本人や家族・医療関係者から意見を聞き、ケア会議で状態の変化・問題等意見を出してもらい、現状に沿った計画を立案している。又、急激な状態の変化には、迅速に対応している。	ケア会議で検討した職員の意見や気づきを活かし、家族・主治医の意見を考慮して、「出来る事の継続」「役割」の視点を重視した介護計画を立案している。3ヶ月毎にモニタリングを実施して、半年毎または必要に応じて随時ケアプランを見直ししている。	利用者の笑顔を引き出せるよう、より利用者本位(個々の思い、好きな事、出来る事)の視点を重視した具体的な目標設定が期待される。またモニタリングしやすいように、支援内容はより具体的な明示が期待される。
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	個人ファイルに日々の様子や気づき等を記入し業務日誌や申し送りで情報を共有し実践に反映する様に努めている。		
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	個人の預かり金を金銭管理し日用品や欲しいものの購入に当てている。又、助成の申請等必要な方や受診付き添いの必要な方には代行もしている。		

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	許す限り地域の祭りや運動会・行事に参加し交流を深めている。又、自施設で催している「認知症カフェ」も奇数月に集会所を提供して頂き開催している。		
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	ご本人・ご家族が希望されているかかりつけ医を継続できる様にしている。又、体調の変化に応じて医療連携し迅速な対応に努めている。	従来からのかかりつけ医・ホーム提携医による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。専門医（眼科、皮膚科等）は原則家族付き添いを依頼し、都度必要な支援（主治医に紹介状依頼、送迎・付き添い等）を行っている。精神科への受診は管理者が行い、主治医と密な連携を図っている。処方箋が変わった場合は、薬事情報・服薬内容を家族に説明している。	
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	体調の変化にいち早く気づき看護職に報告し指示を仰ぎ対応している。		
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。	入所時に急変時の病院搬送先を確認している。又、入院時には、かかりつけ医からの情報提供をもらい病院との連携に努めている。入院されてからの状態経過などを確認し安心して退院が出来る様支援している。		
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	入所時にターミナルケアについて話をさせた頂いている。重症化された場合、ホームの方針を理解してもらった上で書類に署名・捺印を頂いている。看取りケアに入った場合、刻々と変化する状況をご家族様・かかりつけ医・ホーム看護師・管理者・介護職員が都度話し合いケアを実施していく。	ホーム利用開始時に利用者・家族に重度化・終末期に関するホームの方針を説明し、利用者・家族の意向を確認している。利用者の状態変化に応じて、主治医の意見・判断、家族の意向を確認している。またホームにて出来る限りの対応（食事、入浴等）を説明し、家族・主治医・ホーム看護師・管理者・介護職員が話し合いチームでケアに取り組んでいる。ホームでの対応が難しい場合は、他施設（老健、特養等）へのスムーズな移行をサポート支援している。	
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	1～2年に1度、全ての職員に対し救命救急の講習を受け実践に備えている。		
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	マニュアルの元、連絡網を作り緊急事態に対応し体制を整えている。	緊急時に備え「緊急連絡網」を整え、ホーム内での掲示・職員全員への配布を通じて周知を図っている。年1回、ホーム内研修を実施し対応マニュアルの確認を行っている。同一敷地内施設全体でAEDを備え、年1回消防による救命救急講習を職員が数名受講し、AEDの使用方法を繰り返し学ぶ機会を設けている。また敷地内の看護職員による応援体制も整えられている。行方不明時の対応マニュアルと地域協力体制の構築も図られている。	職員の緊急時対応のスキルアップへの継続的取り組みと、職員個々のスキル・能力の把握が望まれる。

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	利用者さんをご紹介頂いたり、転所先として介護老人施設や協力医療機関と連携している。今後も、関係を深めるよう努めている。	地域の医療機関やホーム提携医による医療支援体制を確保している。また介護老人保健施設とは契約で、支援体制を確保している。同一敷地内のグループ施設全体のバックアップ体制も整備している。	
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	夜間の緊急時には、連絡網を作成してある。又、近くに管理者も住まいしており早急な対応が出来る様になっている。	1ユニットのため夜勤者1名の夜勤体制となっている。また同一敷地内施設の夜勤者(3名)との相互協力体制と緊急連絡網による管理者への相談体制、近隣在住職員(施設長含む)の応援体制を整備している。夜勤時の申し送りでは懸念事項を確認し、緊急時の体制を事前に整えている。	
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	地域の一員として町内の防災訓練には必ず協力体制を築ける様努めている。	年2回、敷地内施設と合同にて総合避難訓練を実施している。うち1回は消防立ち合いのもと火災避難訓練(利用者含む)と消火訓練を実施し、避難場所と避難経路を確認している。うち1回はホーム独自で水災発生時の避難訓練を実施している。また町内会の防災訓練(震災想定)に継続参加し、当ホームでの防災訓練にも地域住民代表(町会長、民生委員)の参加を得ている。	
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	2階ホームなので非常階段にすべり台と脱出シューターを設置してある。	災害時対応マニュアルを策定している。ホーム内のスプリンクラーや避難器具は定期的に検査し、災害時の安全確保に取り組んでいる。備蓄品(食料、飲料水、救急衛生用具、オムツ、布団、カセットコンロ、ラジオ等)をリスト化して保管し、定期的に内容を点検(賞味期限含む)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	個々の人格を尊重しプライバシーを守れる様に心掛けてはいるものの、急いでいる時等十分でない時があり、ケア会議等で確認し合っている。スピーチロックにならない様、言葉使いが荒くならない様、職員同士で注意し合える関係作り心掛けている。	「接遇(傾聴・共感での接し方、言葉遣い、馴れ合い防止等)」テーマとするホーム内研修を毎年実施し、職員に利用者の尊厳とプライバシー保護の周知を図っている。また認知症を理解し、利用者の言動を否定せず利用者本位で物事を考える対応に取り組んでいる。羞恥心に配慮したトイレ誘導・介助時の声かけ方法、利用者の前での業務に関する情報交換は控える、ブログ等での写真利用の際は同意を得る等、尊厳やプライバシー保護について注意を払っている。	
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	入浴時には着替えを一緒に準備したり散髪等希望に応じて対応している。自立支援として、出来る方には「米とぎ」「調理補助」等をお手伝いして頂きたいのですが、現在、難しい状態の方が多いため現実です。個別レクにも思いに添ったものを工夫して提供している。		

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
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	出来るだけ個々の方の思いに添ったペースを配慮し過して頂いている。		
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	入浴時には着替えを一緒に準備したり整容・散髪等希望に応じて対応している。サービス提供時には、本人に聞いてから実施している。個別レクにも思いに添ったものを工夫して提供している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	配色や盛り付けに留意し、季節感が味わえる食材にも配慮している。もやし根取りなどのお手伝いをお願いしている。おやつ作りも果実切り・盛り合わせ等をお願いしている。	業者が献立を作成・食材を納品し、家族・職員からのおすそ分け食材も活かして、職員が利用者の好みに応じて調理法をアレンジしながら手作りの料理を提供している。利用者の得意な事、できる事、やりたい事を見極め、食事の準備・後片付けを職員と一緒にやっている。おやつ作り、季節毎(正月、花見等)の行事食、誕生日でのリクエストメニュー提供、個別・少人数での外食(ファミレス、寿司屋、カレー等)も利用者の楽しみとなっている。	
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	個々の身体・機能又は医師の指示の元、食材・形態・食事量を決め提供している。又、脱水防止の為、起床時のポカリ飲水は四季を問わず実施・夏季はポカリゼリー・お茶ゼリーを作り水分摂取に工夫した。		
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、口腔ケアを実施している。個々に対し、出来ない方には介助をしている。		
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	排泄チェック表で個々のパターンを把握し声掛け誘導を実施している。不快にならない様、気持ちよく出来る様努めている。毎朝、起床時のトイレ時には、温かなタオルで陰部清拭を行っている。利用者様からは好評を得ています。	全利用者について排泄チェック表を作成し、本人の持っている能力を活かし、日中は基本的に「トイレでの自立した排泄」を支援している。夜間においては声掛け誘導、ポータブルトイレ、パッドやオムツ等の排泄用品の使用は、利用者の出来る事の必要に応じて最低限にとどめている。トイレへの誘導が必要な場合には、個々の排泄間隔や前兆の仕草・行動等のパターンを把握し、他者に気づかれないような声かけ方法を工夫して誘導支援している。	
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	日内の活動量のアップ(歩行練習)や食材にも食物繊維が多いものを使用するよう努めている。		

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
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	入浴がお好きな方には提供を多くしている。時間帯・曜日は固定していない。入浴の嫌いな方には無理じいはしていない。	基本的には週5日(2日は予備日)お風呂を沸かし、利用者個々の要望(回数、湯量、時間等)に沿った入浴を支援している。袖子や菰蒲を使った季節湯や入浴剤の使用、利用者が好きな保湿用品の使用も利用者の楽しみとなっている。また職員との足湯への外出や家族との銭湯での入浴も支援している。入浴に気が進まない場合は無理強いせず、仲の良い利用者に声をかけてもらったり、職員が声かけ・対応を工夫している。	
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	個々の状態に応じた休息が取れるよう配慮している。		
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	クスリに関しては、各職員、共有できるよう個人ファイルに資料が綴じ込みされている。ケア会議では、服薬の支援について変化があれば経過確認・主治医に報告・相談している。		
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	個別レクではゲーム感覚で楽しめるもの・音楽に合わせて体を動かす・壁紙づくり(パーツを担当)・頭の体操など職員が知恵を出して考えて提供。嗜好品は、お好みのものを提供している。生活レクとして、洗濯物畳み・テーブル拭き・茶碗拭きなど役割が持てる様支援している。		
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	気候の良い時は、体調をみながら散歩にお誘いしている。季節毎に外出を計画・外食も実施している。	天候が良い日は散歩・ベンチでの外気浴・草むしり等、日常的な外出を支援している。また少人数でのドライブや季節感を味わう外出、地域行事(いきいきサロン、のみ活倶楽部等)への参加や外食等も支援している。家族の協力を得て外部温泉施設での入浴も支援している。	
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	金銭に関しては、個人は所持せずホームでお預かりしている。		
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	希望があれば、電話をかけた家族様等とお話をして頂いている。		

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
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	季節感を感じて頂ける様な壁飾りの作成、リビングに飾ってある。利用者が職員と共に作成した貼り絵の大作も(季節を感じる物)飾ってある。冬季は、居室・リビングが床暖房になっており快適に過して頂いている。壁は漆喰になっており冬季は加湿にも怠らず十分配慮している。	利用者が快適に過ごせるよう、ハード面(天井には珪藻土、壁にはエコカラット、床には脱臭剤を使用)に配慮している。また冬季でも暖かく過ごせるように床暖房を完備し、温度・湿度・換気・採光を管理している。季節感が味わえるよう、職員が差し入れてくれる季節の花をホーム内に飾っている。	共用空間は大人が生活する場とした装飾への配慮が望まれる。
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	リビングでは手すり付き椅子やソファ等入り混ぜて配置、居心地の良い場所として活用している。利用者様はソファがお気に入りの方が多く、終日、利用されている。		
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	なるべく使い慣れた物を持って来て頂く様にはしている。	居心地よく過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、座椅子、毛布など)を自由に持ち込んでもらっている。また安心感が得られるよう、自分の作品や家族の写真を飾っている。居室内を利用者が安全に移動できるよう、家具の配置や手すり等の動線の確保にも配慮している。	
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	館内はバリアフリーとなっており、手すりを各所に取り付けてベッドから立位が不安定な方へは介助バーを使用頂いて安全に移乗出来る様にしている。		