

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	ホームの理念を各フロア入り口、休憩室に提示している。職員会議で理念にそった話し合いを行って、理念の持つ意義を確認しながら、介護者としての心構えを振り返り実践につなげる努力をしている。毎年ごとにフロア理念を職員で話し合い見直している。	①入居者様の喜び・満足・生きがい ②地域福祉の向上 ③ホームが居心地良い場所に(要約)を理念として掲げている。理念は各ユニットの掲示、ケース記録への印字、職員会議での具体的な話し合いを通じ、職員への周知を図っている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町会に加入し、町会の行事に職員と利用者共に参加している。いきいきサロンや秋祭り、文化祭には出展を行い、毎月第三木曜日に認知症カフェを公民館で開催して地域の方と積極的に交流している。地域ボランティア(アロママッサージや歌謡)の交流も定期で行っている。地域の防災訓練が実施され参加をしている。	町内・公民館行事(いきいきサロン、祭礼行事、文化祭の出展等)や地域の催し物(福祉運動会等)への参加、住民ボランティアの受け入れを通じ、地域との交流を図っている。又、毎月、地域の公民館で認知症カフェを開催(町内の回覧版・有線放送で案内)し、住民との繋がりを深めながら地域福祉の向上に取り組んでいる。	
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	地域の方々に認知症という病気の理解がえられるように、毎月1回認知症カフェの開催や積極的に町内行事や活動に参加するとともに、中学生の訪問学習の受け入れやキャラバンメイトの活動を通して地域に貢献している。		
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ヶ月に一度、地域の方々(町会長・市職員)、利用者とその家族、施設職員の出席で活動の報告、意見交換を行っている。議事録は職員間で回覧するとともに利用者家族にも配布している。地域福祉委員として防災訓練に利用者に参加したり、認知症カフェの開催で施設の役割や認知症の理解を広める場が作れて会議での意見も活かしていると思う。	利用者代表、家族代表、町会長、民生委員、市・包括担当者等をメンバーとして、年6回開催している。ホームの活動報告だけでなく、利用者・家族の要望を吸い上げたり、地域の情報収集+つながりを深める場として有意義な会議となっている。議事録を全家族に送付し、話し合いの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に取り組んでいる	運営推進会議の担当が地域担当職員という形態に変わり、又、別で能美市職員の参加が増えた為、顔の見える関係が以前より出来てきており、利用者を支えるための話し合いや相談など積極的な協力関係を築くことができる。	運営推進会議時の情報交換を通じ、市担当者との連携強化を図っている。制度・運営上の疑問点があれば随時相談出来る関係を構築している。又、認知症カフェの実施やキャラバンメイトへの協力等、行政と共に認知症の啓発活動にも取り組んでいる。	
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	玄関の戸は開いているが、大通りに面しているので安全の為フロアのドアは時間帯や利用者の状態によって施錠している時間がある。戸の開閉時に気づけるような音になる工夫を行なっている。職員の言葉使いや行動による拘束が無いようその都度注意すると共に外部研修や勉強会にて理解と意識を高める取り組みをしている。	身体拘束廃止(グレーゾーン含む)に関するホーム内での勉強会を毎年行い、職員への周知を図っている。大通りに面している立地上、各フロア入り口を施錠しているが、利用者が外に出たい場合は都度、一緒に戸外に出向いている。又、管理者を中心にスピーチロックの改善にも取り組んでいる。	
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	勉強会や外部研修で学ぶ機会を設けている。入浴時や更衣時に身体観察を行い、又利用者の声・様子から変化を見逃さないよう努めている。言葉使いにも注意を払うよう指導している。個別指導を行い防止に努めている。		

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
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	個々の必要性については関係者と話し合い活用できるよう支援している。外部研修の参加も行なっているが、まだ職員全体での理解は十分ではなく勉強会や学ぶ機会を積極的に設けていく必要がある。		
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	契約時や改定などの際は文書と口頭で説明しており、十分な説明を行って家族の理解や納得も得られている。また家族によって再確認する機会も行なっている。		
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	家族からの意見や希望を面会時や電話にて積極的に情報交換するようにしている。運営推進会議で外部の人にも意見や苦情を話せる機会を設けており、あがった意見や要望、苦情は職員間で報告、話し合いされ迅速に対応している。毎月お便りとして一言メッセージを添えている。日々の利用者の発言や行動から希望に添える努力をしている。	家族との信頼関係を構築し、気軽に要望・相談を表せるよう、日頃から利用者の状況をこまめに報告したり、ホームの活動・暮らしぶりを紹介する「ゆうゆう通信(写真＋一言メッセージ添付)」を毎月送付している。又、運営推進会議の際にも家族の意見・要望を吸い上げ、第三者の“気付き”をホームの運営に反映している。	
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	職員会議やフロア会議で、毎月意見交換の機会を設けている。ほかに代表者や管理者による個別面接を行ない、職員の意見を聞いている。日常的に代表者や管理者に意見や提案が出来る環境や関係が出来ている。	職員会議とフロア会議を交互に隔月毎に開催し、職員間で意見交換・合意形成を図る機会を設けている。代表者・管理者は普段から職員が意見・提案を言いやすい環境を整え、ホームの運営(物品購入、ケアサービスの改善・統一化等)に職員の声を活かしている。	
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	勤務体制(時間など)に配慮し、職員の希望の休日や有給の確保と急な勤務交代の対応をしている。また、職員が向上心を持って働けるよう外部研修や資格取得の協力も行って環境整備に努めている。		
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	二ヶ月に一度職員が決めたテーマで勉強会を行っている。また、外部から講師を招きケアの実践を学んだり、初任者研修、認知症研修など職員それぞれに合った各種の外部研修に参加し、その内容を全職員に発表し共有している。ケアの力量は、日々管理者、主任、職員で話し合い、気になることやケアの統一が出来るとトレーニングしたり、指導をおこなっている。		
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	外部研修による同業者との交流や相互訪問研修などの活動を通じて、サービスの質の向上に取り組んでいる。また、外部研修時に得たネットワークも活用しながら取り組んでいる。同業者主催の研修やカフェへの参加を行なっている。		

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	入居前の面会時より本人の要望などを聞く姿勢を忘れずに、生活習慣や生活リズムが継続できるような配慮で、戸惑いや不安が軽減するよう努めている。 入居時は今まで生活してきた環境や病歴、家族構成を把握した上で本人と同じ目線で、困っていること不安な事を軽減していき、不安なく信頼できる関係づくりに努めている。		
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	家族からの要望は出来る限り受けいれるよう努めるとともに、家族の抱えている問題や状態にも配慮して家族へのケアにも努めている。入居間もない頃は特に状態報告や連絡を密に取るように心がけている。		
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	本人や家族の要望や悩みを傾聴しフロア全体でどう支援していくかを話し合い、本人のやりたい事や必要な支援を見極めて、本人と家族にとって穏やかに生活できるような支援ができるよう心がけている。		
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	利用者自身の希望や職員からの促しなどで、個別に料理、洗濯、掃除などできる事は共に行い、できない事を支援している。又 利用者同士で支えあっている場面もみられる。		
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	毎月一言メッセージやゆうゆう通信で日頃の状況や希望をお知らせしている。面会時や電話にて状態や相談を行なうとともに、家族の状況もくみ取りながら、困っていることなど相談し合い共に支えていく関係が築けている。家族の協力を得ながら本人との関わりが継続でき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	いきいきサロンや地域の行事に参加したり、お買い物や外出、散歩などで地域との関係が途切れないようにしている。ユニット間で馴染みの利用者同士交流する機会も設けている。遠方の家族には手紙や電話で関係が途切れないような支援をしている。	馴染みの人間関係が途切れないよう、ホームでの面会を歓迎したり、手紙(代筆含む)や電話でのつながりをサポートしている。又、利用者の馴染みの場所(公民館でのいきいきサロン・昔からあるスーパー等)や思い出の場所(行きつけの飲食店・喫茶店等)に出向き、昔話に花を咲かせている。	
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	誕生会やレクリエーションに参加し、日常の家事などお互いに支えあえる関係ができています。又、日頃からユニット間で昔からの友達や顔見知りの方との交流もある。時には職員が利用者間に入り関係を築ける支援をしている。		

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	退居された方の病院や施設に面会に行ったり、家族との交流もあり相談など支援に努めている。		
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	一人ひとりの思いを引き出す工夫を個々に行い、希望や意向に添うように努め、日々の生活や行事などに取り入れられたり、早期に対応するように心がけている。困難な方は、日頃の会話の中や行動、表情も見ながら、思いや意向に気づき、近づいた支援ができるように努めている。	日頃の会話・かかわりの中から、利用者個々の「思い」を把握するようにしている。その際は言葉の表面だけにとらわれず、本音を探るように配慮している。又、意思疎通が難しい方にも「思いがあるはず」と考え、家族の情報をもとに働きかけた際の反応から「思い」を汲みとるようにしている。	利用者の「思い」が込められた言葉をより積極的に拾い上げて日々の記録に残し、適切に介護計画に繋げる仕組みが期待される。
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	生活歴や馴染みの暮らし方、環境など近いもの(家事、趣味など)をホームでできる限り支援できるよう努めている。馴染みの地域行事の参加なども行っている。これまでのサービス利用の経過を踏まえて施設での生活に反映している。		
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	一人ひとりの生活リズムを把握し、運動や生活リハビリ、能力が発揮できる機会を設けている。日々記録と情報を共有し、状態の変化や有する力の気づきにつながる努力をしている。		
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、家族の要望も組み込んだ内容で、担当者会議(3か月毎及び特変時)、フロア会議(二か月毎)を行い見直しや変更の話し合いを行っている。計画作成担当と看護師の配置により、多様な意見と本人の思いを反映させた介護計画を作成している。個別の課題をチームとして取り組んでいる。	「生活の中の楽しみ・役割」「健康管理」「リスクマネジメント」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。介護計画に沿った記録を書く事で、計画内容が職員に周知されている。本人・家族の要望、全職員の意見を踏まえ、3ヶ月毎にモニタリング・6ヶ月毎に内容の見直しを行っている。	理念に沿い、介護計画は本人の「喜び・満足・生きがい」の視点を重視し、よりポジティブな内容とされる事を期待する。又、本人本位となるよう、目標には本人の言葉(〇〇したい等)をそのまま明示されることを期待する。
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	毎日の出来事を個別に記録し申し送りで情報の共有を行っている。ちょっとした変化にも気づく姿勢と、気になることや問題点があるときは、その都度職員間で情報を共有し実践につなげている。個別の特徴や傾向を記録の中から再認識や今後の課題とし、状態にあったケアに心がけている。		
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	日々の関わりの中で、利用者に応じて接し方や対応を変え、サービスに捉われない、その時々で問題や希望に添えるよう取り組んでいる。外出や外泊、メニューの希望に添えるよう努めている。内容によって家族の協力を得ながら対応している。		

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	いきいきサロンやボランティアによる地域の方との交流が保てるよう、また馴染みのストアや公共施設の活用で刺激も交えながら楽しむことができるよう支援している。季節にそった地域の行事や外出の機会も設けている。		
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	主治医の往診(週1回)を行っており、年2回の基本健診の他、緊急時にも対応してもらっている。必要に応じて医師より直接家族との話し合いの場も設け、他医療機関受診時は家族の協力をお願いし、情報の共有をしている。入居前からの主治医継続の要望のある方は、家族との相談や状態報告を密に行ない適切な医療が受けられる支援をしている。	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。ホーム提携とは24時間365日の医療連携(随時の相談、急変時に指示を仰ぐ等)を構築している。入居前からのかかりつけ医や専門医の受診は原則家族に依頼しているが、都度必要な支援(管理者が同行、文書で情報提供等)を行っている。	
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2日看護師を配置し近況の状態報告や相談、個別の処置も行っている。また主治医の往診時の対応や、職員会議、フロア会議、担当者会議の参加で看護職の意見をいただき、日々気になることに対しては気軽に相談できる関係も築けている。緊急時には連絡し指示を仰いで早期対応ができています。主治医の医院看護師との協力体制も出来ている。		
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。	主治医をはじめ、地域の医療機関との連携が図られ連絡も密に行なっている。入院時は情報提供、情報交換を行ないスムーズに退院やその後のケアが出来るよう連絡を密に行なっている。定期的に面会や近況の状態確認も行なっている。		
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	必要時には、主治医を交えて家族・職員との話し合いが行なわれている。「重度化した場合の対応に係る指針」を明文化している。家族の要望に添えるような支援を主治医と状態報告を密にしながら行うように努めている。チームとして職員会議やフロア会議、勉強会などで看取りケアを学ぶ機会を設けている。	現在まで看取りの事例はないが、ホーム提携医による医療面でのサポートを確保しながら、可能な限りの重度化・終末期支援を実践している。利用者の状態変化の都度、提携医から状況を詳しく説明してもらい、家族の意向を確認している。入浴が難しい場合、医療依存度が高い場合は他施設(病院、特養等)への移行を支援している。	
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	消防署による救急救命講習を実施している。定期(年一回)の実施を行ったり、勉強会などで再確認の機会を設けている。		
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	緊急時のマニュアルを整備しており、職員に周知している。医療・消防・警察への連絡網も整備している。損害賠償保険にも加入している。職員は消防署の応急手当講習やAED(自動体外式除細動器)使用方法を毎年受講している。施設に有線の設置も行ない、町内に協力できる体制も整えている。	緊急時対応マニュアルや急変時にはホーム提携医に24時間相談出来る体制を整えている。消防職員の指導の下、職員全員が定期的(2~3年毎)に緊急時の初期対応(AED使用方法、心肺蘇生法、誤嚥・窒息時等)を学ぶ機会を設けている。又、行方不明に備え、町会の協力(有線放送の活用、地域の見守り体制等)が得られている。	

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
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	主治医とは往診や24時間連絡がとれ迅速な対応がとれるようになっている。協力医療機関で総合病院や介護老人福祉施設とも車椅子利用者の体重測定や利用者の支援体制等で交流ができています。	ホーム提携医や市総合病院による医療支援体制を確保している。又、地域の介護老人保健施設とは契約で支援体制を確保している。	
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	夜間は各ユニット1名ずつの2名の体制となっている為、緊急時には施設内で職員間の協力や主治医、管理者、主任、近隣職員が対応する体制ができています。	夜間帯は各ユニット1名ずつ(計2名)の複数体制となっている。又、緊急連絡網による管理者への相談体制や近隣在住職員の応援体制も整えられている。	
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	災害時に対応できるように、年2回避難訓練を施設全体で行ない、夜間や地震による火災や停電など想定訓練も実施している。災害時、近隣住民の協力体制が確保できている。地域住民の自衛消防の協力要請の了承を得ており、施設情報のファイルを作成し協力しやすい体制をとっている。山口町自主防災組織の一員として、山口町の避難訓練に利用者として参加している。	災害マニュアル・防災設備一式(スプリンクラー等)を整備し、年2回、夜間帯での地震・火災想定中心の総合避難訓練を実施している。内1回は消防立ち会いの下で訓練を行い、専門家の助言を今後活かしている。災害発生時に自衛消防団の協力が得られるよう、町会にホーム内部の情報(間取り等)を提供している。又、地域の防災訓練に参加し、地域との連携強化を図っている。備蓄品はリスト化し、適切に保管・点検されている。	
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	災害時マニュアルを作成、スプリンクラー設置もされている。地域の避難協力施設とされている。また防災設備機器や自動通報装置等の定期点検を行なっている。非常用の非常食(米・飲料水・菓子類)やポータブルトイレ、防寒用毛布も準備され利用者の安全確保のための体制が整備されている。		
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	利用者の誇りやプライバシーを傷つけることのないよう態度・言葉使い、声の大きさや口調にも配慮し、気をつけながら支援している。排泄介助時の扉開閉や他者に気づかれない汚物処理など他利用者の視線も配慮した対応を行なうようにしている。個人ファイルの保管や置き方などに注意している。徹底されていない場面が見られた時はその都度指導し会議で話し合う等、個別指導を行ない実践につなげられるようにしている。顔写真掲載の承諾を事前に頂き個人情報の管理に対応している。	対人援助・接遇マニュアルを整え、入職時に詳しく説明したり、繰り返し振り返る機会を設けている。職員の何気ない言葉が利用者のプライドを損なわないよう、管理者が都度注意喚起している。又、トイレ誘導は他者に悟られないようにしたり、申し送りは声の大きさ・トーンにも配慮して行う等、プライバシーの遵守についても意識付けを図っている。	
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	日常生活の中で本人とのコミュニケーションの機会を持つ事で思いや希望を引き出し、また興味あることから思いを表しやすいような声掛けや工夫をしている。また自己決定していただけるような声かけの工夫や促す支援を心がけている。		
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	利用者の状態、希望により対応している。生活リハビリやレクリエーション等の参加も声かけ促しは行なうが本人の希望、意思を尊重している。日課となる過ごし方を尊重し支援している。「今」を大事に思いに添え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
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	洋服や装飾品などの身につけるものは出来る限り本人の趣向で決めていただいている。2ヶ月に一度理髪店の訪問がある。日々の髭剃り、爪切りや季節に合った衣服など身だしなみに気を配っている。		
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	職員は利用者と共に、下ごしらえ、盛り付け、後片付けなどを行ない日課となっている。献立と食材は業者に委託しているが、月ごとの誕生会やその他の行事の時には特別な献立を考え、買い物や調理を楽しんでいる。一人ひとりの摂食機能に合わせた配慮(お粥、副食のキザミ、誤嚥防止のトロミ剤など)や食事量の少ない利用者にはドリンクなどの補食の提供や、手作りおやつを取り入れ一緒に作る楽しみもしている。職員と利用者は同じ食卓を囲みながら、和やかに会話し、介助が必要な利用者への声掛けや支援をさりげなく行っている。個人の嗜好を預かり、希望時に提供している。地域料理(柿の葉寿司)を利用者と一緒に作ったり、誕生月には好みの物の外食や全体での外食、祝い事でのお弁当など楽しむ機会を設けている。	献立・食材は業者に委託し、手作りの食事を提供している。家族・地域住民からの差し入れやプランターで採れる野菜も食材として活用している。家事が得意な方には食事の準備・後片付けに参加してもらっている。又、利用者の知恵・経験を活かせる場面(柿の葉寿司・おはぎ作り等)や毎月の行事食・弁当・外食等を楽しむ機会も設けている。	
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	食事制限のある方へは、主治医と話し合い食事量や食材の変更、塩分も調整し対応している。その他の方もその人の状態や趣向に応じた支援に努めている。水分量は、一人ひとりが十分に摂取できる工夫(好みや種類)を昼夜通して行っている。必要に応じて水分摂取一覧や目安量の明記で意識づけと統一ケアに努めている。		
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	毎食後の口腔ケアは欠かさず行ない、夕食後は義歯を預かり義歯洗浄剤で洗浄している。個々の能力に合わせて声掛け、誘導、移動介助などで安全にできるように支援している。		
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	チェック表で個々の排泄習慣や状況、パターンを把握しており、一人ひとりの心身状態に配慮しながら誘導または確認するようにしている。排泄の失敗や不快感が少ないように努め、立位可能であれば介助にてトイレでの自力排泄を勧め、状態に応じて無理なく個々の状態にあった自立ができるように支援している。場所の確認がしやすい工夫や声掛けを日々行っている。介護用品の使用は本人の希望や状態をフロアで話し合い支援している。	日中は「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な方にはチェック表で個々の排泄間隔を把握し、適宜お誘いの声をかけている。夜間帯も利用者の身体状況(立位が難しく転倒リスクが高い、安眠優先等)に応じて、必要な個別対応(紙オムツ・ポータブルトイレも活用)を図っている。	
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	排便状況を常に把握し、ヨーグルトや牛乳などの水分摂取、運動やマッサージを促し便秘の予防に努めている。主治医の指示のもと負担の少ないような下剤調整を状態に応じて対応している。		

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
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	入浴は基本的に週2回(フロアにより曜日の設定あり)午前中に予定されているが、その日によって外出予定がある場合は個々のスケジュールにも沿えるようにしており、夏季はシャワー浴も追加している。入浴を拒む利用者には人を変えたり、時間を空けたり、声かけにも工夫し、清拭に変更するなどしている。また、季節の湯を準備したり、入浴順番の配慮も行ない気分良く入浴できるように支援している。入浴時は羞恥心や恐怖心、不安などを職員は理解し利用者にくつろいだ気分で入浴できるよう支援している。	各ユニットで週2回お風呂を沸かし、利用者個々の要望(湯加減、同性介助、自分専用の石鹸利用等)に沿った入浴を支援している。夏季はシャワー浴も可能となっている。入浴剤や昔ながらの季節湯でお湯の変化を楽しんでいる。要望があれば外湯の支援も行っている。お風呂を拒む方には無理強いせず、職員が声かけ・対応を工夫して入浴につなげている。	
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	個室のエアコンで調整し気持ちよく休息、安眠できるように支援している。月一回のシーツ交換(夏季月2回)と汚染の場合はその都度交換している。状態を診ながら休息の時間を設けたり、習慣的に昼寝される方や夜間の状態を把握した上で一日の過ごし方に配慮している。寝付けない方には、思いを傾聴したり暖かい飲み物を提供して安心して眠れるよう支援している。		
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	確実な与薬で誤薬が無いように内服のセット内容のダブルチェック、与薬時のダブルチェックで再確認に努めている。利用者に合わせた与薬方法や形状の変更、用量の調整を行っている。状態に合わせての変更などは一覧を作り対応している。状態に合わせて変化を経過観察行ない主治医に報告している。個々に合わせた与薬方法で対応している。		
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	一人ひとりにあった日常の家事や掃除、作業などを自分の役割という意識が持てるよう支援している。歌や体操、レクリエーションなどを設けて刺激と喜びのある支援に心がけている。預かりのお小遣いで買物に出かける楽しみや外出の支援を行なっている。一緒におやつを買いに出かけたり、手作りおやつでおはぎや白玉など共に作ったものを頂く喜びにつなげている。		
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	利用者の外出に対する思いや希望を受け止め、できる限りの外出支援を行なっている。近隣を散歩したり、地域のスターや大型ショッピングセンターへの買物、レストランへの外食やおやつを持っての外出も行なっている。また、月に一度地域の「いきいきサロン」に出かけたり、地域の公共施設へ出かける支援をしている。地域行事や花見、紅葉ドライブ、誕生月の方には希望に沿った外食を設けている。	天気が良い日は気分転換を兼ね、気軽に戸外(散歩、外気浴、ドライブ等)に出向いている。又、地域のイキイキサロンへの参加や普段行けない場所への外出(花見、菊花展見学、ショッピングモール等)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	本人の力に合わせて、施設が家族から小額預かったり、本人に管理していただいたりと個別に対応している。またおこづかい帳を作成し年度毎、家族にお渡ししているほか、定期的に使用内容や残金の報告を行っている。		

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
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	家族や大切な人に本人から電話ができる支援を希望時に行っている。家族の面が増えるよう施設からのお便りや電話という形で支援している。		
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	台所、食堂、居間は一体化され、居室・トイレとの間にカーテンの設置もされており、共有スペースとプライベートスペースに分かれている。窓が大きく十分な陽射しがあり、日中日差しの調節や温度設定、湿度に注意し利用者に合わせて配慮をしている。季節や利用者の状態に合わせて座席の位置を変えるなどの配慮も行っている。壁には手作りの日めくりカレンダーや利用者で作った装飾も飾られ季節の彩りが感じられる工夫や玄関やフロアに季節の花を飾り、楽しみや癒される空間作りに努めている。臭いによる不快がないよう努め、汚れやすいところは、その都度清潔を保つようにしている。	居心地良い空間となるよう、温度・湿度管理(冬季は加湿器も使用)や日当たり・採光等には十分に配慮している。利用者にとって使い勝手が良くなるよう、ユニット毎にソファ等位置を替えている。又、四季の花や季節にちなんだ利用者の作品等も飾っている。	
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	リビングやダイニングの椅子に座って思い思いにゆっくり過ごしたり談話していただいている。席替えを行ったり、配置を換えたりと変化を設けて利用者同士の居心地の良い空間作りを考え取り組んでいる。居室にて利用者同士で談話したり思い思いに過ごせる環境になっている。日常の中で職員から個別に利用者へ寄り添いコミュニケーションをとるよう努めている。		
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	居室にはベッド、タンス、エアコンが備え付けられ、他は持ち込みが自由になっている。本人が大切にしていた家具や家族写真、家族からのぬいぐるみや花のプレゼント、自作の作品が飾られ、居室にテレビやラジオを置かれ居心地のよい空間になっている。ベッドの配置は本人の好む位置や安全な移動に配慮している。	居室で居心地良く過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、ラジオ等)や本人が安心出来る物(自分の作品、孫の写真、遺影等)を持ち込んでもらっている。利用者の動線が確保できるよう、家具類は自宅の状況を考慮して配置している。	
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	フロア内はバリアフリーで手すりの設置(廊下、脱衣場、浴室、トイレなど)がされている。口腔コップ置き場の高さを調整したり、食器棚に片付けやすいよう目印をつけたりしている。トイレやお風呂場のドアや物にはわかりやすいように名札や目印をつけている。		