

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3370105243		
法人名	公益財団法人 林精神医学研究所		
事業所名	グループホーム ひだまりの家		
所在地	岡山市南区飽浦292番地		
自己評価作成日	平成28年2月25日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kai.gokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3370105243-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ライフサポート		
所在地	岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館		
訪問調査日	平成28年3月16日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

当ホームは認知症専門病院に隣接、入居者の健康管理の面で看護師(管理者)を配置し、主治医や外来看護師など医療スタッフと共に入居者の日常生活を支えるシステム作りが出来ている。ホーム内での生活においては、入居者それぞれのペースを尊重し、心地良く過ごせる環境づくりを心掛けている。入居者個人の生活歴を大切に、得意にしてきたこと、誇りにしてきた事等を生活の中で発揮してもらえるような場面作りも行っている。入居者が外出する機会を多く持ち、社会とのつながりが希薄にならないように、買物と一緒に出かけたり、レクリエーションを月に1回企画するようにしている。毎月全職員参加で職場会議を開き、入居者のケアプランの内容について、各自の気付きを持ち寄り協議している。同時に業務改善やケアの質の向上のための話し合い、学習等も行っている。ホーム内の生活をより深く知ってもらうために家族、町内に向けて「ひなたぼっこ新聞」を発行している。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

医療と介護の現場で辣腕を振るってきた男性管理者(看護師)はH24.9月に「ひだまりの家」の管理者(ホーム長)に就任して3年半経った。隣接する「ひだまりの里病院」は県下有数の認知症専門病院であり、現在入院中の人からの入所希望も多く、待機者も常時数名はいる。利用者の入れ替わりも余りなく、職員も定着しているので顔馴染みで安心できる分、逆に慣れ慣れしくならないように一線を画し、一人ひとりを尊重した言葉かけに気をつけている。入所当時から13年いるという男性利用者を始め、比較的軽度で元気な人が多く、リビングも会話が飛び交い活気に満ちている。職員と一緒に台所に立ち食事作りをしている人や、畑仕事を手伝ってくれる人等、それぞれが役割を持ち自分のペースで自分らしく生活している。毎月開催している利用者職員「寄り合い会」は他のホームでは類をみない取り組みであり、思いや希望等その時々利用者の率直な言葉が綴られており、プランにもつなげている。また、職員のスキルアップにも常に取り組んでいるホームである。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

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	認知症の人が、その人らしく個人として尊重されながら生活していくために、事業所としてどんな支援が必要かを考えた結果の理念である。理念は全職員が毎日の勤務時に目につくよう事務所に掲示しており、入居者の生活、ケアを考える上での基礎となっている。	ホームの理念「認知症の人がその人らしく生きることができるよう援助します」と品質方針の7項目を掲げ、職員間で意識の共有をしている。ケアプランの状態把握に努め、職員間で共有して日々のケアに役立てるように取り組んでいる。	
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	地域の行事には、入居者と共に参加するよう心がけている。町内会や地域の保育園との交流も続けている。	年2回町内の溝掃除に参加し、夏祭りでは盆踊りを見学した。保育園児の訪問で触れ合いを楽しんだり運動会の見学に行き交流をしている。地域のボランティアの訪問もあり、母体法人との合同イベントには大勢の参加者があり地域の人との交流もある。	
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	ホームの様子を地域の方に知ってもらうために、新聞を町内の回覧板に入れてもらっている。運営推進会議においても、情報発信を心がけている。		
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	運営推進会議で、ホームの活動状況や課題などを報告し、意見交換している。評価の公表結果もお伝えし、公表結果を町内の回覧版にて回覧してもらっている。	地域包括・町内会長・副会長、民生委員、病院看護部長・事務長等が参加して2ヶ月に1回開催し、ホームの活動報告や参加者と情報交換をし、活発な意見交換をしているのが議事録から分かる。地域の行事案内や開催時間の調整、参加者の検討等もしている。	昨年度までは毎回地域包括職員の参加があったが、4月から市場分室の職員の担当となり定期的参加が難しくなっている。16時から開催の時は参加出来ないので、行政・地域の人等とも協議を重ね皆が参加しやすい体制を考えて下さい。
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	運営推進会議を通して、地域の包括支援センターの職員と情報共有を行っている。	今年度から南地域包括の市場分室の職員が運営推進会議に参加するようになったが、開催時間が18:30からの為参加が難しく、年2~3回の参加になる予定と聞いた。何かあれば市の担当者に相談し、助言や指導してもらっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束、抑制ともに行っていない。身体拘束に関する指針を作成し、日頃から学習を深めている。どんな行動が抑制や拘束にあたるかを繰り返し確認をしている。	該当するケースはないが、身体だけでなく無視や言葉による虐待がないように、職員間で研修をして意識付けをしている。外に出たい人には職員が見守り、付添いをして安全確保に努めている。	
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	身体拘束と同様に、虐待についても学習の機会を持ち、見過ごされないように努めている。		

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	生活保護受給者も入居ができるように、指定を受けている。家族と同様に、後見人にもご本人の身上監護の部分で協力をいただいている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約や重要事項に関しては、必ず管理者が文書に加え、口頭で説明を行っている。		
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	日常のことやレクレーションへの意見を引き出せるよう、月に1回入居者と職員で寄り合い会を行い、ホームの運営に活かしている。	利用者と職員のミーティング「寄り合い会」を月1回開き、「メニューが知りたい」という利用者の希望により朝の挨拶をするようになった。家族にはホームの通信を送付して生活の様子を伝え、面会時には意見や要望を聞くようにしている。玄関の目につく所に大きな意見箱が設置してあった。	
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	毎月行っている職場会議にて、意見が出ることが多い。また、不定期ではあるが、法人の役員が職場会議に参加する機会も設けており、意見を反映できるようにしている。	月1回職員会議を開きケアカンファレンスや業務について意見交換している。全員参加で行い、各委員会からの報告やインシデントを話し合い、年頭には今年目標に対して各職員が抱負を語った。職員の名前が分かるように名札をつけることも検討している。	目標達成計画に職員のスキルアップの向上を挙げているが、職員会議の中での内部研修や外部での研修の機会を引き続き設けるようにして、今以上に知識やスキルの向上を目指して下さい。
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	給与水準の引き上げ・維持にも努力している。休憩時間の確保、認知症ケアのやりがいを伝えるなど、職場環境の整備に努めている。		
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	法人内外の研修への参加の機会を作っている。年に1回は順番に法人外の研修を受ける機会を持つようになっている。		
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	他のグループホームとの交流はなかなか機会が持てていない。		

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
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	入居時には本人、家族、関係者からこれまでの生活歴を聞き、新しい環境においても不安が少なく過ごせるよう努めている。本人と職員の信頼関係作りが一番大事であり、職員は本人に安心を与えられる存在になるよう努めている。		
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	本人はもちろん、ご家族も新たな人間関係に不安を抱かれていますので、しっかりお話をお聞きし、関係を築くようにしている。入居前の様子や本人への思いもしっかり把握するよう努めている。		
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	入居時に必要な対応(本人の生活ペースを掴むまでは無理強いしない、医療依存の強い方がホームに馴染むまでは医師や看護師の支援を強化する、など)を全職員で共有し、対応してきている。		
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	職員が本人のできること、できないことを正しく理解し、本人に適した介助のもとで本人のもつ力を活かして暮らせるようにしている。		
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	家族とのつながりが切れたり、薄くならないように、職員がパイプ役となり本人の想いを家族に伝えたり、家族の思いを本人に伝えている。本人の支えとなるのはご家族の存在が一番であり、本人のホームでの生活を一緒に支えてもらえるよう、面会や外出、レクへの参加など働きかけて		
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	ホームの入居者と職員、隣接病院の職員などなじみの関係になっている。入居者同士がなじみの関係になれるよう、お互いの共通点を話題に職員が間に入り関係を構築している。	県外にいる孫の結婚式に出席した人、夫の葬式に参列した人等、家族の協力を得ながら個別の支援もしている。散歩がてら隣接する病院へ知人の面会に行く人もいれば、ホームに友人が訪ねてきてくれる人もいる。利用者同士も馴染みの関係になっている。	
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	入居者の性格や認知症の度合いも様々であるため、重度の入居者が萎縮したり、軽度の入居者がストレスを溜め込んだりしないよう、適宜職員が間に入るように配慮している。		

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
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	退居後にも、ホームでのケアが役立つように関係者へ情報提供している。退居者のご家族が野菜や花などを下さったりして現在でも関係が続いている。		
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	本人の思いや意向を日常の会話の中からキャッチするよう努めている。職員の都合で進まないよう、常に立ち止まり考えるよう努めている。	月1回開いている「寄り合い会」では利用者が自分の思いや希望を話し、その発言が記録してある。「寿司を食べたい」「本物の餅が食べられて嬉しかった」等、生活の中での楽しみが表現されている。日常的にもよく会話をしており、それぞれの思いを把握しやすい。	
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	アセスメントが一番大切な事項であり、生活歴や生活のペース、社会で担ってきた役割など、家族だけでなく入居前に関わっていた専門職からも情報収集するよう努めている。		
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	アセスメントが一番大切な事項であり、日常の生活の観察を通じて、入居者それぞれの変化を逃さないようにしている。		
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	全職員参加のケア会議において、気づきや課題などを話し合いケアプランを作成している。家族には、作成した後に説明をする機会を設け、その際に意見をいただき反映させている。	前回のアセスメントやプランから課題・今必要なケアを抽出し、モニタリングをして職員間で話し合い、次回プランにつなげている。ケアプランは本人・家族の意向を反映した具体的な目標になっており、その人に役割や生きがいを持ってもらえるような支援内容になっている。	
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	職員全員が日常の観察に努め、個人記録にもその内容がしっかり記録してある。この記録がケアプラン作成の土台になっている。		
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	システムとしての確立はできていない部分もあるが、日常の生活の中での希望やニーズに対しては、その時々柔軟に対応できている。		

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	昔ながらの地域の行事、散歩の際の地域の方との触れ合いや地域の保育園児との交流など、地域の方々が入居者の心身に良い影響をもたらしてくれている。		
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	隣接病院の医師がかかりつけ医となっているが、在宅時からのかかりつけ医を持っている入居者もいる。隣接病院の医師とも協力しながら、本人の状態を伝え、関係を築いている。	利用者全員、法人病院の医師がかかりつけ医であり、2週間に1回往診がある。週1回の訪問歯科もあり口腔ケア等をお願いしている。ホーム長が看護師であり、日頃から健康管理に気をつけ、メンタル面は院長等が対応し、外来看護師との連携も取っているので安心できる。	
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	入居者の健康管理の面で看護師の配置あり(管理者)。また、隣接病院のかかりつけ医や外来看護師など医療スタッフと共に入居者の日常生活を支えるシステム作りが出来ている。		
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。	入居者が早期に回復し退院できるよう、ホームでのケアや介護方法を医療機関に「介護添書」として情報提供している。入院後も、状態把握に努めている。		
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	終末期ケアのあり方については、職員で協議もしているがご家族の協力が不可欠であり、段階に応じてご家族と話し合いの機会を持つことにしている。	看取りを実施した経験はあるが、現時点ではターミナルの人はいない。今後も重症化した場合の看取りが課題であるが、本人・家族の希望があり看取りに対するニーズが高まれば、かかりつけ医と連携しながら看取りもしていこうと考えている。	
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	急変時、事故発生時、感染症発生時の対応マニュアルがある。判断に迷ったときの相談体制の整備もできている。		
35	(13)	○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	火災発生時の避難訓練を定期的に行っている。運営推進会議でも議題に上げている。	年2回とも夜間を想定した訓練をしている。消防署の査察で防災カーテンにするようにとの指導があった。昨年夏の台風で市から避難勧告が出た時には、避難場所に指定されている「ひだまりの里病院」へ避難した。日頃から近隣の人との協力体制もできている。	

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					
36	(14)	○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	自分がされたらどう感じるか、自分の親がされたらどう感じるか、常に自分たちの言動を振り返るよう、職員間で話している。	利用者も職員も顔ぶれが変わらないので、馴れ馴れしくならないように又、上から目線ではなく同じ立場で接するようにしている。羞恥心に配慮し、玄関近くにあるトイレの前にカーテンをしたり、周囲に聞こえないようにトイレへの声かけをしている。	
37		○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	選択肢を用意し、できるだけ本人の自己決定を促すようにしている。こうしたらどうか？という提案はさせてもらっている。		
38		○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	こちらから手伝いをお願いする部分もあるが、お部屋でゆっくり過ごす日もあれば、居間で過ごす時間が多いなど、入居者のその日の気分で過ごしている。		
39		○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	衣類は本人が選択したり、家族からの情報で本人の好みを把握している。		
40	(15)	○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	メニューを考える際にも、入居者の好物や旬の物の希望も取り入れている。食事作り、洗い物、台拭き等、入居者が分担して役割を持ってもらっている。	利用者がエプロン姿で台所に立ち職員と一緒に作った昼食は「鮭のばら寿司」。「寿司が大好き。私のは山盛りにして～な」と職員に頼んでいる人もいる。介助が必要な人もいるが殆どの方は箸で自力摂取している。職員も一緒に楽しく会話しながら食べていた。	
41		○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	個人に合わせた量で提供している。細かく刻む必要がある場合は個別に対応している。どんぶり物が苦手な方にはおかずとご飯に分けたり、小皿が必要な方には小皿に移したり、柄物のお皿では集中できない方には無地のお皿に盛り付けるなど、配膳にも工夫をしている。		
42		○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	毎朝晩の口腔ケアは丁寧に行っている。必要な方は歯科医の往診や歯科衛生士の口腔ケアが受けられ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	(16)	○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	個人の排泄サインを見逃さないようにし、トイレへ誘導している。尿意や便意が表せない場合は、個人の排泄パターンに応じてトイレの声かけや誘導を行っている。	一人ひとりの排泄リズムを把握して声かけ、誘導をしているが、入所時に要介護2だった人が要介護1に変更になり身体機能が改善した人もいる。布パンツの人、リハビリパンツ、紙パンツの人とそれぞれに状態が違うが、職員間で個々に合ったパットの検討もしている。	
44		○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	水分摂取量に気をつけ、便通に効果のある食材を利用している。また、できない時もあるが、午前に体操を行っている。		
45	(17)	○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	週2回、3人ずつで入浴している。それぞれの好みの湯の温度などを把握している。体制上いつでも入浴することが難しい。夜間の入浴は体制上でできていない。	全員見守りをしながらマンツーマンで入浴支援をしており、皆浴槽を跨いで入れるので湯船でゆっくり入浴してもらっている。衣服の着脱拒否の人もいるが、声かけを工夫したり女性職員に担当してもらう等、同性介助を心がけている。	
46		○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	それぞれの入眠のタイミングを大切に就寝介助をしている。早くに眠る方もいれば、テレビを楽しんでから遅めの時間に眠る方もいる。空腹で眠れない方には、少量のおやつなどを提供して、スムーズに入眠できるよう援助している。		
47		○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	薬情報をファイルに綴じて、いつでも確認できるようにしている。服薬内容が変更になる際は、申し送りを行っている。		
48		○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	それぞれ得意なことをホームの中での役割として担っていただいている。料理、洗剤、メニュー書き、拭き掃除、洗濯物干し、洗濯物の取り入れなど。外食などで外へ出かける楽しみを企画している。		
49	(18)	○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支援している	日曜日には食材の買い物と一緒に出かけ、おやつや化粧品を購入したりしている。時には洋服などを見に行くこともある。スーパーで店員さんや買い物客とのふれあひも入居者に良い影響となっている。	外食レクで回転寿司に行ったり、初詣や花見、紅葉狩りに行きドライブ等の外出を楽しんでいる。天気の良い日の午前中には散歩に出かけ四季折々の景色を眺めたり途中で出会う近所の人との交流もある。出来る限りの外出支援をしようと思っている。	

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
50		○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	現在は、全員ホームで金銭管理をしている。		
51		○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	家族への電話や手紙のやりとりなど、支援している。		
52	(19)	○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	個人によって、刺激になるものが違うため配慮が難しい場合もあるが、不快・混乱が起きないように配慮している。	ウッドデッキで日光浴や外気浴、時にはティータイムを楽しむ。毎年軒下にツバメが巣作りをしそれを眺めるのも楽しみの一つになっている。リビングには塗り絵等の作品集が展示され、畳コーナーのソファで寛いでいる人や新聞の今日の運勢で話が盛り上がっている人達もいた。	
53		○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	食堂・居間では、それぞれ自分の居場所となる定位置を持っており、思い思いに過ごしている。		
54	(20)	○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	自宅から使い慣れたタンスや椅子、ラジカセを持参されていたり、好みの色や柄のシーツ類を用意するなど、居心地よい空間にできるよう努力している。	和室6部屋、洋室が3部屋あり、あると安心して落ち着くからと家族が仏壇・位牌を持ってきている人やテレビ、週刊誌、小説等を置いて趣味を楽しみ自分なりの生活をしている人もいる。掃出し窓の障子が和風で木の温もりを感じ、落ち着ける環境になっている。	
55		○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	「トイレ」ではなく「便所」「かわや」という言葉を使うなど、一人ひとりの認知に働きかけるアプローチを模索し、実行している。		