

### 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	2070700238		
法人名	医療法人公仁会		
事業所名	轟グループホーム		
所在地	長野県須坂市上中町170		
自己評価作成日	平成22年11月16日	評価結果市町村受理日	平成23年2月8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)】

(基本理念)
一、その人らしい、快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします。
一、心をこめた親切なサービスに努め、その心を磨き続けます。
一、さまざまな機会を利用し、地域の人々とのふれあいを大切にします。
(介護目標)
人間の尊厳を守る。 自由な生活な意義。 プライバシーの尊厳。 買い物や外出など市民生活の継続。 家庭生活に近づける。 家庭的な楽しい雰囲気。 グループ内で役割をもつこと。

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	<a href="http://aaa.nsyakyo.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2070700238&amp;SCD=320">http://aaa.nsyakyo.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2070700238&amp;SCD=320</a>
----------	---

【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)】

須坂市内の診療所として地域住民が集っていた地に、経営者である先代院長が地域の住民への貢献ができる施設としてこのホームが作られた。医療との連携が密であることから家族、利用者はいつでも対応できる体制に安心できるホームと感じている。病院が母体であることから職員も安心して介護にあたっている。管理者を始め職員は、認知症を理解することより、利用者に耳を傾け利用者からケアの在り方等教えていただくことが多いと言われる。管理者、職員は基本をいつも考え、理念を念頭に日々介護に当たっている姿が窺えるホームである。また、地域の方が皆馴染みの場所であることからこのホームによく集い、お祭りの休憩場所になり、近隣の方がお菓子などを持ってきてくれる。利用者も地域住民であることから馴染みの店に買い物、床屋に行く等安心した環境での生活がなされている様子が窺える。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成22年12月6日		

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

ユニット名(1F)			
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 該当する項目に印
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)	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ます (参考項目:9,10,19)
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)	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)
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)	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
62	利用者は、その時々々の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)		

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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			
ユニット名(2F )			
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 該当する項目に印
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)	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)
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)	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)
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)	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキ-) + (Enterキ-)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
<b>理念に基づく運営</b>					
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	事業所の理念は誰もが目につく場所に掲示し、管理者及び職員全員がその内容を把握し、毎朝の申し送り時に介護目標を定め最大限目標が達成できるようケアの実践に取り組んでいる。	地域でその人らしく暮らし続けることを支えるための事業所の理念・介護目標がホーム内に掲示されている。毎朝の申し送り時には、利用者の状況等も勘案し介護目標に照らしどのように過ごすかを考える。職員皆で事業所の理念を具体化し取り組んでいる様子が窺えた。	
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	地域の公民館の催し、お祭り、地域行事(正月の竹飾りの協力等)に積極的に参加し、地域の一員として生活している。	ホームの経営者が地元の方であるため隣組に入っている。区長などからも地域の催しものの連絡が入り、地域行事として竹飾りへの協力、笠鉾行列の神輿をくぐることで健康に過ごせるという習わしから神輿はホームに立ち寄る。小学校、幼稚園、高校生など定期的な訪問がある。日常的に地域との交流も多い。	
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	ホームの行事に地域の区長や民生委員を招き、利用者の様子を理解、支援をして頂いている。		
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回と定期的に会議を開き、区長、民生委員、地域包括のケアマネ、ケアマネ、利用者家族が参加し、ホーム内での生活の様子について説明をし、地域行事への参加や災害時の協力等、地域の理解を得られるよう意見交換をしている。	2カ月ごとに運営推進会議が行われている。定期的には、区長、民生委員、地域包括、市の関係者、利用者家族が集まり、近況報告、防災のこと、法の改正の説明、ホームの課題について話し合い、ホーム理解の場になっている。敬老会では、家族も集まり運営推進会議を兼ねている。	
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	地域包括支援センターや市関係者に運営推進会議や敬老会に参加して頂き、取り組みの報告や情報交換をし、協力関係を築いている。	地域包括や市の関係者とは若年型認知症でのケアの難しさ等の情報交換や行事の際には地域のケアマネジャーの見学もしていただき、理解に努める。また社会福祉協議会主催の「ふれあい広場」にも参加して、ホームの理解等に努めている。	

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
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	身体拘束廃止についての勉強会を毎年開き、職員全員が意識確認を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。生命に危険を及ぼす等状況に応じてやむを得ない場合には、家族に説明し同意を得ている。	毎年、ホーム内で身体拘束の学習会を行い、身体拘束に対する職員の理解に努めている。ホームは1階、2階に分かれているため階段の危険な場所には鍵を付けている。緊急やむを得ないときは身体拘束委員会での手続きにて対応し家族説明など手順を設け取り組みをしている。	
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	勉強会の機会を持ち、虐待が見過ごされないよう注意し、防止に努めている。		
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	勉強会の機会を持ち、制度の理解と活用ができるよう支援している。		
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	ホーム内での生活の様子を見学して頂き、利用者や家族の不安や疑問についてその場で説明し、理解、納得をして頂いている。		
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	利用料の支払いはあえて口座振込みを行わず、月に1回必ず家族が来所して頂くことで、生活の様子について直接説明し、意見交換を図っている。	毎月、家族に訪問していただくことを目的に利用料の支払いは口座振り込みをしていない。家族の訪問時に利用者の様子を伝え、家族からの意見を伺う。利用者や家族の意見はヒアリング調査検討会議で話し合いをしている。「手すりを増やして欲しい」という意見から手すりの設置、「たまには出前もいいのではないか」等の意見反映ができています。	
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3回スタッフミーティングを開き、直接意見を出せる機会を設けていると共に意見箱を設置し、間接的にも意見を出せる環境を作っている。また、ホーム長が職員と時折面接を行い、意見や提案を聞く体制が作られている。	毎月3回のスタッフミーティングがあり、話し合いを行う。自己評価表により管理者とのスキルアップのための面談もある。職員が意見を言える環境は整えてあり、意見箱も設置している。意見箱の投書はなく直接言いやすい環境にある。	

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
12		<b>就業環境の整備</b> 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	スタッフミーティングや職員との面接で得た意見や要望を病院の運営委員会で検討し、職場環境や条件の整備に努めている。		
13		<b>職員を育てる取り組み</b> 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	“職員全員が介護福祉士またはケアマネージャーの資格を取得する”を目標に、研修へ参加する職員には勤務表で便宜を図り、必要に応じて休暇を与える等資格取得のための支援をしている。		
14		<b>同業者との交流を通じた向上</b> 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	2ヶ月に1回グループホームネットワークなる地域のグループホームの代表者が集まる会議に参加し、勉強会や意見交換を通じサービスの質の向上に努めている。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<b>初期に築く本人との信頼関係</b> 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	入居して頂く前に家庭訪問をさせて頂き、家庭での様子を把握し、本人から要望等を聞きながら関係づくりに努めている。		
16		<b>初期に築く家族等との信頼関係</b> 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	サービスを導入する前に家庭訪問をさせて頂き、家庭での様子を把握し、家族より要望等を聞きながら関係づくりに努めている。		
17		<b>初期対応の見極めと支援</b> 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	入居の相談があった際、面談や家庭訪問、ホームの見学をして頂き、本人や家族と相談をし対応している。		

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
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	本人の要望を聞き、毎日の生活の中での希望(家事、買物、散歩等)を取り入れ、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	1ヶ月に1回の来所時(会計、生活の様子について報告)や面会時に家族と懇談をし、本人を共に支える関係を築いている。		
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	外出時に馴染みの場所を訪問し、また、知り合いのボランティアへ協力を仰ぎ交流を図っている。	入居後も老人会の参加をしたり、老人会の友達が訪ねてくる。以前から地域の診療所として活躍していた場であることから床屋さんがケーキを持ってきてくれたりなじみの店に買い物に出かける。地域住民がボランティアできてくれる。	
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	毎日の体操や大勢が参加できるゲームを導入し、利用者同士が関わり合い、支えあえるよう努めている。		
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	電話連絡により必要に応じて施設・サービスの紹介等を相談、支援している。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
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	契約時に本人や家族の希望、生活歴等を聞き、馴染みの場所、思い出の場所にお連れするなど意向に添えるよう努めている。	アセスメントは、センター方式であるが研修会にも積極的に参加し一人ひとりの希望や意向を把握するために「ひもときシート」等の利用も行い、職員が日々利用者と接しているときの気付きを記録する。朝のミーティング等で話し合いをし生活歴を確認しケアに努めている。	

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
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	面会に来られる方や家庭訪問により家族や本人から話を聞き、これまでの暮らしやサービス利用の経過等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	一日の過ごし方や心身状態、有する力等の現状の把握に努め、新たな発見や情報に目や耳を傾けている。		
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	本人の思いや家族の希望を取り入れ、3ヶ月に1回介護計画の見直しを行っています。また、状態の変化に応じて随時会議を開き検討しています。	3ヶ月毎にケア計画の見直しをしている。職員は利用者の様子をケア記録に記載している。記録を見ながら評価につなげ、家族の意見は面会時に話をしながら介護計画に対する意見を確認する。会議で話し合いを行い介護計画の作成を行っている。随時、状態の変化に応じ会議での検討、見直しを行っている。	介護計画の見直しは、3ヶ月毎に行われているが次のプランにつながる根拠としてのアセスメント、評価の記録の検討と毎月新鮮な目でモニタリングし確認し変化がなくても記録することで現状に即した介護計画作成に期待したい。
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	24時間の個別の記録をケア記録に記入し、申し送りを行い情報を共有している。ADLの状況や他に変化があった場合は直ちに会議を開き、介護計画の見直しに活かしている。		
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	家族へ協力を仰ぎ、自宅の畑を栽培する、家族が経営する料理店に出掛ける、好きな本を購入し読む等柔軟な支援やサービスに努めている。また医療連携を活かし医療面の支援をしている。		
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	今までの暮らしの中の地域資源を把握し、地域のお祭りや催し、農作業等に状況に応じて楽しめ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
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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</p>	<p>入所の際に主治医を伺っている。特に指定がない場合は母体の病院を主治医に定め、月に2回の往診や緊急時の受診に対応している。また、母体の病院に無い診療科については、家族に付き添いを依頼している。</p>	<p>入所時に家族と話し合いを行い、母体病院の医師が主治医となっている。月に2回の往診と緊急時や不安な時にはすぐに相談できる体制にあり家族も安心されている。必要な専門受診については、医師、家族と相談し、受診できる体制もできている。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>日常生活の中で捉えた情報や気づきを職場内の看護師、母体の病院の看護師と常時連絡を取り合い、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>母体の病院や地域の(須坂)病院の連携室と情報の交換を行い、訪問や相談をして、病院関係者との関係づくりを行っている。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化した場合には家族、主治医と相談しながら意向に添えるよう支援している。重度化した場合の指針について、介護の視点を含めた高齢者家族でも分かりやすい内容で検討中。</p>	<p>ホームとしての重度化指針も出来上がっている。入居時にホームでできる介護については説明を行い、看とりについての家族の気持ちも確認している。その時々段階で家族と話し合いをし対応している。現在でも食事介助の方もおられるが馴染みの関係を大切にホームで親しみをもち生活している方もいる。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>緊急時のマニュアルの勉強会や母体の病院で開かれる研修会に参加し、急変や事故発生時、即座に対応できるよう努めている。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>年2回の訓練の内、避難訓練と通報訓練を1回、避難訓練と消火訓練を1回行っている。夜間帯における1人体制を想定した地域との連携による避難訓練を検討中。</p>	<p>年2回の避難訓練、通報訓練を行っている。地域住民に協力依頼は行っている。地域福祉の視点から災害を考えるセミナーへの参加等により地域住民からの支援の大切さは理解されている。スプリンクラーの設置がされている。</p>	<p>区長、市の職員が避難訓練の見学に見え、今後の地域住民の避難訓練への共同参加等今後の課題としている。地域住民との避難訓練が行われることで1階、2階の避難方法や地域住民支援方法や職員の役割を考える良い機会となり早めの実現を期待したい。</p>

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
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	プライバシーの保護について毎年研修を行い、理解している。また、日々の申し送りの中で情報を共有し一人ひとりの尊重とプライバシーの確保を心掛けている。	プライバシー保護については、毎年職員で研修会を行っている。特にホーム利用者の中で若年型認知症の方への人格尊重、誇りを損ねない言葉かけの対応に苦慮することも多いが日々の取り組みの中で学ぶことも多いという。	
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	日常の生活や会話の中で希望を聞き、選択肢を挙げ自己決定ができるよう働きかけている。		
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	毎日の生活の中で個々の状況を把握し、希望があればそれを支援できるよう努めている。		
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	地域の理容室や美容室へ出掛けている。希望により訪問散髪を利用している。		
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	食事中や日常の会話の中で好みの食べ物を聞き献立に反映している。力量に応じて食事の準備や片付けを職員と一緒に、スーパーへ食材買い出しに出掛けている。また、行事の際には旬の食材を献立に取り入れている。	献立は皆で考える。買い物は利用者と一緒に買いに出かける。一人ひとりに嗜好を聞き嫌いな物や好きな物がわかるように掲示など行っている。包丁を使う人、味付けを一緒にする人、食事前の賑わいの様子が窺えた。また御櫃を用意し自分でご飯をよそう楽しみからかご飯のおかわりもする方も居るといふ。	
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	毎食時や入浴後、また、10時と15時のおやつの際に水分確保の支援をしている。一人ひとりの状態に応じて栄養士、調理師と相談をし栄養バランスを考えている。		

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		<p>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</p>	<p>一人ひとりの口腔状態に応じた介助をしている。特に就寝前に歯磨きや義歯の洗浄を促し、清潔保持に努めている。</p>		
43	(16)	<p>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</p>	<p>排便チェック表により、一人ひとりの排泄パターンを把握し介助を行っている。排泄係を中心に状態に応じた排泄用品の有無や選択をしている。</p>	<p>オムツ使用の方は2名いる。夜間のみおむつの方もいる。できるだけ自分でトイレに行くことができるように一人ひとりの排泄チェック、パットの種類なども記録に残し職員が同じ対応ができるように工夫している。</p>	
44		<p>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</p>	<p>栄養士、調理師が一人ひとりの状況を把握し、工夫して献立を作っている。また医師や看護師と相談し予防、対応をしている。</p>		
45	(17)	<p>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</p>	<p>月曜日以外は1階と2階で交互に入浴可能だが、希望すれば毎日入浴可能。また、最寄の温泉に出掛け、入浴や夕食をしてくる。</p>	<p>入浴はその人の希望や体調に合わせ、入浴することができる。1階、2階で交互に沸かしているのでも入れる。週に2回の入浴を基本にしているが入浴の楽しみのため温泉や足湯にも出かける。気分転換りフレッシュになっている。音楽をかけながら入る人や仲の良い利用者とする方もいる。</p>	
46		<p>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</p>	<p>一人ひとりの生活リズムを把握すると共に、その日の状況に応じ、本人、家族、医師と相談し支援している。</p>		
47		<p>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</p>	<p>処置ノート(服薬の説明書等)により個々の薬の目的や副作用、用法、用量を理解し、また、日常の状況を医師や看護師に報告し、服薬の支援、症状の変化の確認に努めている。</p>		

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
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	本人、家族等から希望聞き、日常生活の中で今までの生活歴や力を活かした役割を見出し、張り合いのある日々が過ごせる様支援している。		
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に支援している	天候や体調に配慮し、毎日の買い物、東屋や地域の公園へ散歩、ドライブ、外食へと外出の機会を多く設けている。	自宅の鍵を預かり自分の家に時々お連れすることで安心される方もいる。夫が亡くなり仏壇を持ってホームに来た利用者には、一緒に墓参りに出かけ、草取りをしてくれる利用者もいる等、その人にあった支援に心がけている。公園、ドライブに出掛け、食事を食べて帰ってくる楽しみ等もある。東屋で御茶を飲み、食事をするなど日々の中でも工夫されている。	
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	本人の希望、能力に応じて家族と相談しながら所持して頂いている。所持が困難な方には本人及び家族に了承して頂いた後、預かり金サービスを行い対応、管理している。		
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	本人の希望により電話、手紙のやり取りができるよう支援している。また、本人及び家族の意向により携帯電話の所持を認めている。		
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	ホールや廊下には季節感を味わえる飾りや利用者の作品を展示し、穏やかに生活ができるよう工夫している。	1階、2階は常に行き来ができており、ホールや廊下にはそれぞれに穏やかに暮らせる工夫をし、書道、絵を描く利用者への配慮、若い利用者は自分のゆったりとした時間を過ごせるソファが置いてあるなど一人ひとりのプライバシーを考慮した配置がなされている。	
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	絵画や書道等、創作活動ができる和室スペースを設けている。また、ホールや廊下にソファを置き、コミュニケーションが取れるよう工夫している。		

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
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	本人、家族の希望を取り入れ、馴染みの家具や家族の写真を持ち込み、また、畳や布団を敷く等今までの生活様式に近づけるよう工夫している。	仏壇を持ち込み、自分の家として住まれている利用者もいる。家族写真を飾り、家では畳の生活の方は畳使用で眠れるようにし、若い時ゴルフ好きであった方はゴルフ球と人工芝生を置くことで気持ちの安定につながっている方もいる。自宅の様子を確認しそれに近い環境への配慮を行っている。	
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	要所に手摺りを設置し、トイレ場所の貼り紙や居室の戸に名札を掲示し、安全や自立した生活ができるよう配慮している。		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキ-) + (Enterキ-)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
<b>理念に基づく運営</b>					
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	事業所の理念は誰もが目につく場所に掲示し、管理者及び職員全員がその内容を把握し、毎朝の申し送り時に介護目標を定め最大限目標が達成できるようケアの実践に取り組んでいる。	地域でその人らしく暮らし続けることを支えるための事業所の理念・介護目標がホーム内に掲示されている。毎朝の申し送り時には、利用者の状況等も勘案し介護目標に照らしどのように過ごすかを考える。職員皆で事業所の理念を具体化し取り組んでいる様子が窺えた。	
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	地域の公民館の催し、お祭り、地域行事(正月の竹飾りの協力等)に積極的に参加し、地域の一員として生活している。	ホームの経営者が地元の方であるため隣組に入っている。区長などからも地域の催しものの連絡が入り、地域行事として竹飾りへの協力、笠鉾行列の神輿をくぐることで健康に過ごせるという習わしから神輿はホームに立ち寄る。小学校、幼稚園、高校生など定期的な訪問がある。日常的に地域との交流も多い。	
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	ホームの行事に地域の区長や民生委員を招き、利用者の様子を理解、支援をして頂いている。		
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回と定期的に会議を開き、区長、民生委員、地域包括のケアマネ、ケアマネ、利用者家族が参加し、ホーム内での生活の様子について説明をし、地域行事への参加や災害時の協力等、地域の理解を得られるよう意見交換をしている。	2カ月ごとに運営推進会議が行われている。定期的には、区長、民生委員、地域包括、市の関係者、利用者家族が集まり、近況報告、防災のこと、法の改正の説明、ホームの課題について話し合い、ホーム理解の場になっている。敬老会では、家族も集まり運営推進会議を兼ねている。	
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取り組んでいる	地域包括支援センターや市関係者に運営推進会議や敬老会に参加して頂き、取り組みの報告や情報交換をし、協力関係を築いている。	地域包括や市の関係者とは若年型認知症でのケアの難しさ等の情報交換や行事の際には地域のケアマネジャーの見学もしていただき、理解に努める。また社会福祉協議会主催の「ふれあい広場」にも参加して、ホームの理解等に努めている。	

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
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	身体拘束廃止についての勉強会を毎年開き、職員全員が意識確認を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。生命に危険を及ぼす等状況に応じてやむを得ない場合には、家族に説明し同意を得ている。	毎年、ホーム内で身体拘束の学習会を行い、身体拘束に対する職員の理解に努めている。ホームは1階、2階に分かれているため階段の危険な場所には鍵を付けている。緊急やむを得ないときは身体拘束委員会での手続きにて対応し家族説明など手順を設け取り組みをしている。	
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	勉強会の機会を持ち、虐待が見過ごされないよう注意し、防止に努めている。		
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	勉強会の機会を持ち、制度の理解と活用ができるよう支援している。		
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	ホーム内での生活の様子を見学して頂き、利用者や家族の不安や疑問についてその場で説明し、理解、納得をして頂いている。		
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	利用料の支払いはあえて口座振込みを行わず、月に1回必ず家族が来所して頂くことで、生活の様子について直接説明し、意見交換を図っている。	毎月、家族に訪問していただくことを目的に利用料の支払いは口座振り込みをしていない。家族の訪問時に利用者の様子を伝え、家族からの意見を伺う。利用者や家族の意見はヒアリング調査検討会議で話し合いをしている。「手すりを増やして欲しい」という意見から手すりの設置、「たまには出前もいいのではないか」等の意見反映ができています。	
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3回スタッフミーティングを開き、直接意見を出せる機会を設けていると共に意見箱を設置し、間接的にも意見を出せる環境を作っている。また、ホーム長が職員と時折面接を行い、意見や提案を聞く体制が作られている。	毎月3回のスタッフミーティングがあり、話し合いを行う。自己評価表により管理者とのスキルアップのための面談もある。職員が意見を言える環境は整えてあり、意見箱も設置している。意見箱の投書はなく直接言いやすい環境にある。	

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
12		<b>就業環境の整備</b> 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	スタッフミーティングや職員との面接で得た意見や要望を病院の運営委員会で検討し、職場環境や条件の整備に努めている。		
13		<b>職員を育てる取り組み</b> 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	“職員全員が介護福祉士またはケアマネージャーの資格を取得する”を目標に、研修へ参加する職員には勤務表で便宜を図り、必要に応じて休暇を与える等資格取得のための支援をしている。		
14		<b>同業者との交流を通じた向上</b> 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	2ヶ月に1回グループホームネットワークなる地域のグループホームの代表者が集まる会議に参加し、勉強会や意見交換を通じサービスの質の向上に努めている。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<b>初期に築く本人との信頼関係</b> 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	入居して頂く前に家庭訪問をさせて頂き、家庭での様子を把握し、本人から要望等を聞きながら関係づくりに努めている。		
16		<b>初期に築く家族等との信頼関係</b> 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	サービスを導入する前に家庭訪問をさせて頂き、家庭での様子を把握し、家族より要望等を聞きながら関係づくりに努めている。		
17		<b>初期対応の見極めと支援</b> 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	入居の相談があった際、面談や家庭訪問、ホームの見学をして頂き、本人や家族と相談をし対応している。		

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
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	本人の要望を聞き、毎日の生活の中での希望(家事、買物、散歩等)を取り入れ、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	1ヶ月に1回の来所時(会計、生活の様子について報告)や面会時に家族と懇談をし、本人を共に支える関係を築いている。		
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	外出時に馴染みの場所を訪問し、また、知り合いのボランティアへ協力を仰ぎ交流を図っている。	入居後も老人会の参加をしたり、老人会の友達が訪ねてくる。以前から地域の診療所として活躍していた場であることから床屋さんがケーキを持ってきてくれたりなじみの店に買い物に出かける。地域住民がボランティアできてくれる。	
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	毎日の体操や大勢が参加できるゲームを導入し、利用者同士が関わり合い、支えあえるよう努めている。		
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	電話連絡により必要に応じて施設・サービスの紹介等を相談、支援している。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
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	契約時に本人や家族の希望、生活歴等を聞き、馴染みの場所、思い出の場所にお連れするなど意向に添えるよう努めている。	アセスメントは、センター方式であるが研修会にも積極的に参加し一人ひとりの希望や意向を把握するために「ひもときシート」等の利用も行い、職員が日々利用者と接しているときの気付きを記録する。朝のミーティング等で話し合いをし生活歴を確認しケアに努めている。	

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
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	面会に来られる方や家庭訪問により家族や本人から話しを聞き、これまでの暮らしやサービス利用の経過等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	一日の過ごし方や心身状態、有する力等の現状の把握に努め、新たな発見や情報に目や耳を傾けている。		
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	本人の思いや家族の希望を取り入れ、3ヶ月に1回介護計画の見直しを行っています。また、状態の変化に応じて随時会議を開き検討しています。	3ヶ月毎にケア計画の見直しをしている。職員は利用者の様子をケア記録に記載している。記録を見ながら評価につなげ、家族の意見は面会時に話をしながら介護計画に対する意見を確認する。会議で話し合いを行い介護計画の作成を行っている。随時、状態の変化に応じ会議での検討、見直しを行っている。	介護計画の見直しは、3ヶ月毎に行われているが次のプランにつながる根拠としてのアセスメント、評価の記録の検討と毎月新鮮な目でモニタリングし確認し変化がなくても記録することで現状に即した介護計画作成に期待したい。
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	24時間の個別の記録をケア記録に記入し、申し送りを行い情報を共有している。ADLの状況や他に変化があった場合は直ちに会議を開き、介護計画の見直しに活かしている。		
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	家族へ協力を仰ぎ、自宅の畑を栽培する、家族が経営する料理店に出掛ける、好きな本を購入し読む等柔軟な支援やサービスに努めている。また医療連携を活かし医療面の支援をしている。		
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	今までの暮らしの中の地域資源を把握し、地域のお祭りや催し、農作業等に状況に応じて楽しめ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
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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</p>	<p>入所の際に主治医を伺っている。特に指定がない場合は母体の病院を主治医に定め、月に2回の往診や緊急時の受診に対応している。また、母体の病院に無い診療科については、家族に付き添いを依頼している。</p>	<p>入所時に家族と話し合いを行い、母体病院の医師が主治医となっている。月に2回の往診と緊急時や不安な時にはすぐに相談できる体制にあり家族も安心されている。必要な専門受診については、医師、家族と相談し、受診できる体制もできている。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>日常生活の中で捉えた情報や気づきを職場内の看護師、母体の病院の看護師と常時連絡を取り合い、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>母体の病院や地域の(須坂)病院の連携室と情報の交換を行い、訪問や相談をして、病院関係者との関係づくりを行っている。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化した場合には家族、主治医と相談しながら意向に添えるよう支援している。重度化した場合の指針について、介護の視点を含めた高齢者家族でも分かりやすい内容で検討中。</p>	<p>ホームとしての重度化指針も出来上がっている。入居時にホームでできる介護については説明を行い、看とりについての家族の気持ちも確認している。その時々段階で家族と話し合いをし対応している。現在でも食事介助の方もおられるが馴染みの関係を大切にホームで親しみをもち生活している方もいる。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>緊急時のマニュアルの勉強会や母体の病院で開かれる研修会に参加し、急変や事故発生時、即座に対応できるよう努めている。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>年2回の訓練の内、避難訓練と通報訓練を1回、避難訓練と消火訓練を1回行っている。夜間帯における1人体制を想定した地域との連携による避難訓練を検討中。</p>	<p>年2回の避難訓練、通報訓練を行っている。地域住民に協力依頼は行っている。地域福祉の視点から災害を考えるセミナーへの参加等により地域住民からの支援の大切さは理解されている。スプリングラーの設置がされている。</p>	<p>区長、市の職員が避難訓練の見学に見え、今後の地域住民の避難訓練への共同参加等今後の課題としている。地域住民との避難訓練が行われることで1階、2階の避難方法や地域住民支援方法や職員の役割を考える良い機会となり早めの実現を期待したい。</p>

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
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	プライバシーの保護について毎年研修を行い、理解している。また、日々の申し送りの中で情報を共有し一人ひとりの尊重とプライバシーの確保を心掛けている。	プライバシー保護については、毎年職員で研修会を行っている。特にホーム利用者の中で若年型認知症の方への人格尊重、誇りを損ねない言葉かけの対応に苦慮することも多いが日々の取り組みの中で学ぶことも多いという。	
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	日常の生活や会話の中で希望を聞き、選択肢を挙げ自己決定ができるよう働きかけている。		
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	毎日の生活の中で個々の状況を把握し、希望があればそれを支援できるよう努めている。		
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	地域の理容室や美容室へ出掛けている。希望により訪問散髪を利用している。		
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	食事中や日常の会話の中で好みの食べ物を聞き献立に反映している。力量に応じて食事の準備や片付けを職員と一緒に、スーパーへ食材買い出しに出掛けている。また、行事の際には旬の食材を献立に取り入れている。	献立は皆で考える。買い物は利用者と一緒に買いに出かける。一人ひとりに嗜好を聞き嫌いな物や好きな物がわかるように掲示など行っている。包丁を使う人、味付けを一緒にする人、食事前の賑わいの様子が窺えた。また御櫃を用意し自分でご飯をよそう楽しみからかご飯のおかわりもする方も居るといふ。	
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	毎食時や入浴後、また、10時と15時のおやつの際に水分確保の支援をしている。一人ひとりの状態に応じて栄養士、調理師と相談をし栄養バランスを考えている。		

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		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	一人ひとりの口腔状態に応じた介助をしている。特に就寝前に歯磨きや義歯の洗浄を促し、清潔保持に努めている。		
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	排便チェック表により、一人ひとりの排泄パターンを把握し介助を行っている。排泄係を中心に状態に応じた排泄用品の有無や選択をしている。	オムツ使用の方は2名いる。夜間のみおむつの方もいる。できるだけ自分でトイレに行くことができるように一人ひとりの排泄チェック、パットの種類なども記録に残し職員が同じ対応ができるように工夫している。	
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	栄養士、調理師が一人ひとりの状況を把握し、工夫して献立を作っている。また医師や看護師と相談し予防、対応をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	月曜日以外は1階と2階で交互に入浴可能だが、希望すれば毎日入浴可能。また、最寄の温泉に出掛け、入浴や夕食をしてくる。	入浴はその人の希望や体調に合わせ、入浴することができる。1階、2階で交互に沸かしているのでも入れる。週に2回の入浴を基本にしているが入浴の楽しみのため温泉や足湯にも出かける。気分転換リフレッシュになっている。音楽をかけながら入る人や仲の良い利用者とする方もいる。	
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	一人ひとりの生活リズムを把握すると共に、その日の状況に応じ、本人、家族、医師と相談し支援している。		
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	処置ノート(服薬の説明書等)により個々の薬の目的や副作用、用法、用量を理解し、また、日常の状況を医師や看護師に報告し、服薬の支援、症状の変化の確認に努めている。		

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
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	本人、家族等から希望聞き、日常生活の中で今までの生活歴や力を活かした役割を見出し、張り合いのある日々が過ごせる様支援している。		
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に支援している	天候や体調に配慮し、毎日の買い物、東屋や地域の公園へ散歩、ドライブ、外食へと外出の機会を多く設けている。	自宅の鍵を預かり自分の家に時々お連れすることで安心される方もいる。夫が亡くなり仏壇を持ってホームに来た利用者には、一緒に墓参りに出かけ、草取りをしてくれる利用者もいる等、その人にあった支援に心がけている。公園、ドライブに出掛け、食事を食べて帰ってくる楽しみ等もある。東屋で御茶を飲み、食事をするなど日々の中でも工夫されている。	
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	本人の希望、能力に応じて家族と相談しながら所持して頂いている。所持が困難な方には本人及び家族に了承して頂いた後、預かり金サービスを行い対応、管理している。		
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	本人の希望により電話、手紙のやり取りができるよう支援している。また、本人及び家族の意向により携帯電話の所持を認めている。		
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	ホールや廊下には季節感を味わえる飾りや利用者の作品を展示し、穏やかに生活ができるよう工夫している。	1階、2階は常に行き来ができており、ホールや廊下にはそれぞれに穏やかに暮らせる工夫をし、書道、絵を描く利用者への配慮、若い利用者は自分のゆったりとした時間を過ごせるソファが置いてあるなど一人ひとりのプライバシーを考慮した配置がなされている。	
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	絵画や書道等、創作活動ができる和室スペースを設けている。また、ホールや廊下にソファを置き、コミュニケーションが取れるよう工夫している。		

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
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	本人、家族の希望を取り入れ、馴染みの家具や家族の写真を持ち込み、また、畳や布団を敷く等今までの生活様式に近づけるよう工夫している。	仏壇を持ち込み、自分の家として住まれている利用者もいる。家族写真を飾り、家では畳の生活の方は畳使用で眠れるようにし、若い時ゴルフ好きであった方はゴルフ球と人工芝生を置くことで気持ちの安定につながっている方もいる。自宅の様子を確認しそれに近い環境への配慮を行っている。	
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	要所に手摺りを設置し、トイレ場所の貼り紙や居室の戸に名札を掲示し、安全や自立した生活ができるよう配慮している。		