

### 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	2973200211		
法人名	株式会社 メディカル・ケア・コンシェルジュ		
事業所名	グループホーム ここから王寺町 そよかぜ		
所在地	奈良県大葛城郡王寺町本町4丁目4番16号		
自己評価作成日	令和元年6月1日	評価結果市町村受理日	令和元年8月27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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2973200211-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2973200211-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

#### 【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	令和元年6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)】

開所14年目を迎え、入居様も症状の進行、全身の低下があり、当初より外出の機会も少なくなってきた中で、家庭的な雰囲気や大事にし、一人一人に合わせた計画と尊厳や理念を常に考えたサービスの提供を心がけている。健康管理も重視し、食事はいつも新鮮なものを使用し、当ホームにて調理している。なるべく、室内に閉じこもることの無いように、外出や季節感も味わっていただいている。また入居されても、家族との絆を保たれるよう状況に合わせて、フィードバックをしている。職員は「自分の親も入所させたい」と思われるような質の高い介護を目標に日々の業務に自己研鑽している。

#### 【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)】

当該ホームは家庭的な雰囲気作りを大切に、ホームでの食事作りに力を入れ食べたいものや食べやすいものを考慮し庭で採れたきゅうりやなす等が食卓に上がり食事が楽しめるように支援したり、自治会への入会や経年の近隣の方々との関わりの中で顔なじみの方も増え、挨拶を交わしたり畑の収穫物のおすそ分けや果物の苗をもらう等日常的な交流をしています。職員間の関係は良好で日々の申し送りや毎月行う会議等で意見交換を行いながら一人ひとりの利用者の思いに添えるような支援を心がけ、行事では桜の花見や紅葉狩りには大型の車で皆で出かけるなどサービスの向上に向け取り組んでいます。また現在全利用者がホームの協力医の往診を受けており、体調不良時にも随時往診を受けることができ連携良くそれぞれの利用者の状況に合わせた対応をしています。

### 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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

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>I 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	毎朝の申し送り後の経営理念の唱和で、意識を向上させ実践上、習得した経験をより良い方向につなげるよう努め、目配り気配りを徹底させている。	尊厳を守ることや自立支援、地域貢献、サービスの質の向上などを謳った理念が掲げられ、毎日唱和し意識して支援にあたっています。課題が生じた時などは会議で理念に立ち返り話し合う等、振り返りながら理念に沿った支援となるよう取り組んでいます。	
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	自治会にも入ることができ4月よりディサービスがオープンしそれに関して近隣との繋がりがふかまり周りの住民とのコミュニケーションがとれている。(例)・イチゴの苗を頂く。その際「甘いから皆に食べてもらってやー」新じゃがいももいただく。	自治会への入会や経年の近隣の方々との関わりの中で顔なじみの方も増え、挨拶を交わしたり畑の収穫物のおすそ分けや果物の苗をもらう等、日常的な交流があります。また地域の草引きに管理者が参加したり、ホームで行うさんま祭りでは自治会長等に声をかけて行う等、地域の方との交流が徐々に広がっています。	
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	専門性を生かして地域貢献が出来る体制である。 介護相談や他事業所からの見学も増えてきている。		
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	入居者様の参加メンバーが増えている、ホームでの現状を各方面へ伝えて頂ける様になってきた。また、行政への質問も増えてきている。	会議は家族や民生委員、複数の役場職員等の参加を得て2ヶ月に1回開催しています。入居状況、ホームの行事、職員状況等の報告を行い、参加者と意見交換を行っています。町の行方不明者の検索メールの情報提供項目について要望を出し改善されたり、併設施設で行う「ここカフェ」についてどのように地域の方に知ってもらうかなどを話し合っています。	
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	町役場への連絡はスムーズに取れている。お互いの協力関係は築かれている。入居者様の現状報告は書面にて提出している	町役場の職員は運営推進会議に参加しているためホームのことを良く知ってもらっており、わからないことなどは役場へ外向き相談しています。役場からも食中毒や感染症等の注意喚起の連絡を受けるなど、連絡を密に取りながら関係を築くように努めています。	
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	身体拘束の研修を受け、職員は理解していると思う。やむえず行わなければならない状態になったときは、ほかに安全面に代わるものがないか、考えていくこともある。玄関の施錠についてはホーム周りは交通量も多く、柵のない線路もある為、施錠はやむえず行っている。家族様にも、その旨説明をしている。但し居室等の施錠は行っていない。	身体拘束についての研修を毎年行い職員に周知し、拘束感を感じるような言葉かけがないように注意を払い、不適切な対応があれば都度注意しています。玄関は安全のため施錠していますが、外にいきたい様子があれば一緒に出掛けるなどの支援をしています。家族の了解を得てセンサーマットを使用している利用者もいますが、利用者が安全に移乗できるために使用することを職員は理解しています。	

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
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	今年度も、職員は研修会で学んでおり、日々の業務においても常に注意している。		
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	後見人制度を使われていた方もあり、職員は学ぶ機会があった。ホーム側からも家族様に説明をし紹介もした、		
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	契約書・重要事項説明書は、1項ごとに説明し、疑問等の質問に応じ、理解・納得・安心を頂いている。		
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	ホーム長・職員はなるべく利用者の中に入り、意見や不満等の聞き出しに努力している。また家族との信頼関係も、大事に心がけている。外部へは相談員のを活用している。長期間、入居されている方々の終末に関しての相談もある。	家族の面会時や運営推進会議への出席時、管理者が電話をかけた際などに意見や要望を聞く機会があり、年に一度の健康診断を受けたいとの個別の意見から全員が受けるよう取り組む等意見を運営に反映するよう努めています。利用者の意見からは散歩に複数で行ったり食べたいものを献立にあげる等サービスの向上に活かしています。	
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	運営方法や入居者の受け入れ、入居中の問題等は、常に意見を聞いている。職員への意見も多く出されつつあるが、こちらからの問いかけも行っている。	職員は日々の申し送りや月に一度の会議の際に意見や提案を出しています。シフトに関する希望や業務改善への意見があったり、行事は担当者が積極的に提案しながらサービスの向上に取り組んでいます。法人による年に一度の個別面談や随時管理者が面談を行い意見や思いを聞く機会を作っています。	
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	状況によって個人面談を行い、話を聞くように心掛けている。 資格習得や研修会・勉強会への取り組みも行っている。		
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	個人面談により、個々にあった研修の受講を勧めている。 人材育成や研修参加を行っている。		

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
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	協定している7市町村への訪問はよく行い、情報交換は行っている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	CMや家族様からの情報を詳しく受け、個々の思いを把握し、声掛けをしながら信頼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	面会時には必ず現状報告し、気づかれた事や相談があれば対応している。 なるべく家族様と話をす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	フォーマル・インフォーマルの活用と他事業所やネットワークを利用し、希望にあったサービス提供をできるように努めたい。		
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	職員の都合に合わせてではなく、傾聴・受容をし、計画にそった内容で支援を行っている。		
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	家族との連携はすぐに行えている。本人や家族と相談し、方向性を定めている。家族との外出や食事もできる限り進めている。		
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	馴染みの方々や入居者様もそれぞれ高齢化が進み面会も少なくなっている認知も進んでいる方もあり記憶も曖昧になってきている。なるべく外出の機会を作っているが出かけたくないといわれる方が増えている。	友人や知人は家族と一緒に来訪し居室でゆっくり過ごせるよう配慮したり、家族と自宅に帰ったり墓参りに行っています。ホームの近隣から入居した方が散歩などで懐かしい場所を通ることもあり、また職員は日々の関わりの中で懐かしい場所等を聞き、行きたい場所などがあれば家族につなげています。	

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
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	全体的に体調の低下や認知度が進んできており、孤立や交わりたくない様子も見られる。職員は初期対応や見守りをするよう、常に気を付けている。		
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	退所後も介護相談が必要な方々や、他のサービス利用についての紹介等を行い、支援や関係づくりを大切にしている。		
<b>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</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	認知症の進行や体力低下により、思いや意思決定が難しくなっている。できるかぎり本人本位になるよう検討し寄りそう介護に努めている。	入居前に自宅や病院、施設など生活している場所へ行き面談し希望や思いを聞いたり、担当のケアマネジャーや施設職員等から情報を得て意向の把握につなげています。入居後の関わりの中でコミュニケーションを図る中で得られた情報は日々の記録に残し、毎月行うミーティングで話し合いながら把握困難な利用者の思いも汲み取るよう努めています。	
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	昨年より回想法を取り入れ、これまでの暮らしや生活歴を思い出して頂く方法を取り入れている。これにより新しく発見することも多々あり、サービスへ反映している。		
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	訴えもできない事が度々あり、現状把握や経過等の様子観察が必要である。(リズムパターン表の活用)		
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	入居の方々には、担当職員が決めて日常を把握できるよう情報を集め、その都度、家族への連絡・報告を行っている。現状にあった介護計画の変更や課題を明確に出来る様努めている。	利用者の思いや家族の意向を踏まえ立てられた介護計画は、毎月ミーティングで利用者の変化が無いか確認し、6ヶ月ごとに見直しています。見直しにあたっては、担当職員と計画作成担当者が中心となりモニタリングを行い、サービス担当者会議を開いています。また家族に意見を聞き、必要に応じて往診時の医師の意見を計画に反映しています。	介護計画を作成するに当たり、心身の状況を整理し把握するためにもアセスメントを行ってはいかががでしょうか。
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・日誌・職員間の連絡ノートで職員間の情報を共有している。状態の変化と共に介護計画の見直しにつなげている。		

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
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	・訪問美容、訪問歯科医等、必要に応じてニーズ解消は行っている。 ・必要に応じ、人家族の要望は取り入れている。		
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	外出が難しくなっている方も多く、室内環境を変えたり、庭先で楽しんで頂けるように心がけている。外出のできる方はその都度出かけている。		
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	受診に行くことが出来ない方には、2週間に1回往診をして頂いている。主治医には急変時や常時相談・支持を頂く体制にある。(薬剤師さんとも同じく)昼夜にかかわらず主治医の往診体制もできている。	入居時にかかりつけ医を継続できることを説明していますが、24時間対応のホームのかかりつけ医に変更しています。かかりつけ医は2週間に1回来訪し希望者や体調不良の利用者が診察を受け、眼科や皮膚科などの専門医へは紹介状を持って家族と受診してもらっています。	
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	看護職の配置はないが、主治医による指示や連絡はスムーズに行える体制である。		
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。	主治医からの紹介状や協力病院連携は出来ており、情報交換や相談はスムーズに行っている。救急車搬送の時は、ホーム長同行により経過報告や情報提供を行っている。		
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、事業所の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	終末期について主治医、家族様、本人、ホーム長等で話し合いを持ち、本人、家族様の希望に添えるよう主治医等との連携体制を密にしている。終末ケアに関して福祉用具の導入も行っている。	入居時に重度化した場合にホームで支援できることやできないことを説明し、また延命に対する思いも聞いています。重度化したときには医師から状況を家族に説明し、話し合っ方針を決めています。今までに看取り支援の経験があり、家族の思いを確認しながら必要に応じて往診の回数を増やしてもらい支援に取り組んでいます。また、看取り支援についての研修を行っています。	
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	緊急時の初期対応は経験を積んでおり、適切な対応が出来る様になっている。		

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
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	避難訓練のシュミレーションどおりに昼間の避難訓練を職員・入居者様と行うことができた。回数を増やしていくよう努め、夜間の避難訓練も行うようにする。省令による火災自動通報機の設置も行った。	年に2回昼間を想定し火災時の通報や避難誘導の訓練を行い、マニュアルにそって研修も行っていきます。避災時の水や食料はじめカセットコンロ等の備品の準備をしています。運営推進会議で訓練の報告をしていますが、協力体制に向けての取り組みは今後の課題としています。	職員体制の少ない夜間を想定した訓練を実施したり、運営推進会議等で地域との協力体制に向け話し合ったり訓練時に近隣に案内等をしてはいかがでしょうか。
<b>IV. 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	職員は一人一人をしっかり把握しており、その人に合った対応をしている。インシヤルでの記入など工夫してプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	接遇マナーや認知症ケアの研修を通して職員は利用者に対する言葉かけや尊厳等について学んでいます。家庭的な雰囲気の中で個々の利用者との関係性を大切に丁寧な対応を心がけています。不適切な対応があれば都度注意をしています。	
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	段々と自己決定が出来なくなりつつある。無関心や、考えることが面倒な様子が見受けられる。なるべく傾聴に重きを置き、声掛けや希望に添えるよう支援していきたい。		
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	入床や起床時間は決めておらず、それぞれによって自由になされている。日中は自室で趣味を生かされる人もいる。またお茶時や食事時は各担当で手伝いもして頂いている。		
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	その日に着用する洋服は、本人の決定を促している。化粧品はなくなれば一緒に買い物にも行く。理容・美容については訪問美容を利用している。		
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	季節の旬の物は、必ず取り入れた献立にしている。献立の希望を聞き、偏らないように心がけている。同じ物が食べられるように食事形態にも注意している。下膳の一部やお盆ふきなどのできることは手伝っていただいている。	1週間分ずつの献立をたて、時には庭で採れたきゅうりやジャガイモ等も使いホームで食事を作り、野菜の下ごしらえや食器洗い、お盆拭きなどに利用者に携わってもらい、利用者と職員と一緒に食べています。忘年会に鍋料理をしたり、誕生日には食べたいもの聞き作り、またレクリエーションでホットケーキ等のおやつを手作りするなど食べることを楽しめるよう支援しています。家族と外食に出掛ける利用者もいます。	
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	生活リズムパターン表に各個人毎に記入し水分量・食事量・排泄量の把握が出来るようにしている。栄養状態や水分摂取の悪いときは主治医と相談し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
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	毎週木曜日に、訪問歯科医や歯科衛生士により口腔ケアを行っている。見守りや自分できない方については職員が歯ブラシや口腔ケアを行っている。		
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	排泄リズム表を活用している。尿意のない人には随時、声掛けや誘導を行っている。昼間は失禁を減らすことを目標とし、尿取パットやリハビリパンツを利用して頂いている。(夜間はポータブルトイレを使用されている方もおられる。)	排泄チェック表や介護記録を基にパターンを把握し、個々のタイミングでトイレに行けるように支援しています。安易におむつ使用をせず、またできる限り布の下着で過ごせるよう、支援の方法や排泄用品、ポータブルトイレの使用等を申し送りやミーティングで話し合いながら自立に向けた支援をしています。	
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	運動や水分量・食事チェックを行う。排便が困難な方は、かかりつけ医の指示により便秘薬を処方してもらっている。また浣腸行うときもある。		
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	時間帯は日中を主に行っているが、希望によっては変更や毎日の入浴も出来る。時には入浴剤を入れて楽しんで頂いている。重度の方に対しては2人対応で行っている。(季節によって、柚子湯などを楽しんでいただいている。)	入浴は少なくとも週に2回午後の時間帯で支援し、時間帯の変更は難しい状況ですが希望に応じて回数を増やしたり拒否される時には人や時間を変えて無理なく入ってもらっています。重度化した場合には併設施設の機械浴を使用することも可能です。ゆず湯や菖蒲湯など季節湯を楽しんでもらっています。	
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	日中は、外気浴や散歩やドライブに行ける人は適宜行っている。夜間は早く入床される人や中間覚醒されている方もおり 夜間の対応が難しくなっている。		
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	病歴を確認し、処方箋を確認する。副作用に注意し主治医へ報告指示を受ける。また服薬の変更は職員連絡ノートにて職員全員把握できるようにしている。		
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	回想法により、生活歴を把握し、生活支援に生かしている。ほぼ毎日の役割は決まっている。		



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
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	以前のように散歩は難しくなりつつあるが、気候の良い日などには散歩やドライブを行い。昼食の外食や買い物等は、本人や家族の希望を聞いて、なるべく出かけられるようにしている。(家族様面会時にドライブや外食に出かけられくこともある。)	気候や天気の良い時には利用者の希望にそって近隣を散歩したりホーム前のプランターに水をやり外に出ています。初詣は少人数で近くの神社へ行き、桜の花見や紅葉狩りには大型の車で皆で出かけるなど、季節を感じられる外出行事を行っています。個別には家族の協力を得て出かけています。	
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	財布を持っていることが、安心感へとつながる人は所持されている。買い物に行った時の支払いは、事前に渡し支払いをして頂くことがある。		
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	家族や、友人からの電話は、取り次いでいる。自らの電話も、必要に応じて自由である。手紙の返事等は職員がポストインしている。		
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	玄関やリビングに季節の花を飾ったり、また雛飾りをしたりと家庭感を出すようにしている。壁面も季節感を味わえるように工夫をしている。湿度 温度管理をしていく。お正月に毎年門松を飾り新年の感覚を味わっていただいている。	毎月季節が感じられるよう利用者と一緒に作った作品や七夕の笹等を飾ったり、時には庭の花なども飾ることもあります。その時々状況に応じてテーブルの配置を変えたり、テレビ前にソファを置くなど思い思いに過ごせる場所を作っています。毎日掃除を行い清潔を保ち、利用者の体感も聞きながら室温調整を行っています。	
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	庭には野菜や花畑があり、枇杷やイチジクも食べられるようになっていく。ベンチを置いて日向ぼっこが出来たり、リビングから庭への出入りが出来るようになっていく。		
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	使い慣れた家具や置物、また仏壇や信仰している対象物を居室に置いて、安心できるような空間を作れるように工夫している。居室には洗面台とクローゼットが設置されている。(入居時に家族様が入居者様にあったレイアウトをされている)	入居時に使い慣れた物を持って来てもらうように説明し、タンスや机、椅子、棚、テレビ、大切にしている仏壇など持参したものを家族と相談し配置しています。観葉植物や利用者が作った作品、写真などを飾ったり、ラジカセや本などを持って来る方もあり、その人らしい居室となっています。居室の掃除はできる利用者にはほこり取りなどに携わってもらい毎日掃除しています。	
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	建物内は全部バリアフリーになっていて、自由に動ける様になっている。自立支援を目標に「できること」「できない事」を把握しつつ見守っているが、徐々に認知度も進み、全介助も多くなってきている。		