（別紙4）　　平成　29　年度

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	奈良県北葛城郡王寺町本町4丁目4番16号		
自己評価作成日	平成29年6月30日	評価結果市町村受理日	平成29年10月30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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=2973200211-00&PrefCd=29&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　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	平成29年8月23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12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ている中で、家庭的な雰囲気を大事にし、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、フィール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。（回想法の取り入れ）　H24年11月より～

【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）】

当該ホームは地域交流のための基盤作りに取り組み、新たに自治会への加入を実現しています。毎年秋に行うホームのサンマ祭りでは家族を始め、地域の方や自治会関係者、民生委員など多くの方の参加を得ると共に近隣には新米のご飯や焼きサンマを配り、地域の方にも楽しんでもらえる恒例行事となっています。また近隣農家からは収穫した野菜が届き、芋掘りへの声かけがあるなど、地域の方の理解も深く良好な関係を築いています。また利用者の楽しみでもある食べる事を大切にした食事づくりを行い職員も一緒に食卓を囲み家庭的な雰囲気の中で食事を楽しんだり、回想法を取り入れ利用者の力を活かした梅干しやしそジュース作りなどにも取り組んでいます。また協力医と連携を図り家族と何度も話し合いながら意向を大切にした終末期支援を行っています。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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）	○	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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	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。	法人の経営理念を基にホーム独自の理念を作り、玄関の目につきやすい場所に掲示しています。課題が生じた時などはその都度理念に立ち戻り、通常の会議や年度末の会議時に理念の実践状況を振り返り確認しています。また新人職員には理念を書いて覚えてもらい共有できるよう努めています。	
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。	回覧板が届くようになり地域のクリーンキャンペーンに職員が参加し、地蔵盆ではホームとしてお供えをしています。近隣の方との挨拶や農家から野菜等の差し入れが届き、芋掘りにも声をかけてもらい出かけています。また恒例のホームのサンマ祭りは地域の方に声をかけ、焼いたサンマを近所に配る等交流が深まっています。老人会から演芸や歌等のボランティアの来訪もあります。	
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。	会議は家族や地域代表、民生委員、町福祉課職員などの参加を得て隔月に開催し、ホームの現状や活動、事故があった場合は対応も含めて報告をしています。会議では認知症について話し合ったり、参加者から熱中症や感染症への注意喚起などの他、他施設で事故についての質問を受けホームでの対応を説明するなど、その時々の議題について話し合い運営に活かしています。	
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に取り組んでいる	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	町職員が運営推進会議に参加しており、運営状況などを把握してもらっています。町からは電話やファックスで様々な情報が届き会議や研修に参加するなど協力関係を築いています。また法人担当者が月に1度は窓口を訪問しており職員と話す機会を作っています。	
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。	年に1度身体拘束に関する研修を実施しています。職員から身体拘束に該当しないか等の質問が出されることもあり、言葉による行動の制止を含めて具体的に説明しています。玄関は不審者への対応も考え施錠していますが外へ行きたい方には付き添っています。また家族の了解の下夜間のみ転落防止のための柵を使用している方がおり、必要性についても検討しています。	

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、解約又はや改定等の際は、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をしている。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。	家族の意見は主に面会時に様子を伝える中で聞いたり、サンマ祭りなどの行事へ参加の際や運営推進会議などで聞き、来訪の少ない家族へは毎月利用者の状況などを電話で報告する際に聞いています。家族から意見が出された際はできるだけ他の家族にも聞き全体の意見として捉えて対応し改善などに繋げています。また個別の意見についてはその都度対応しています。	
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。	職員は日頃から活発に意見や提案を出しており、ケアの方法や物品の購入など様々な内容について意見や提案が出され職員間で話し合い決めています。また冷蔵庫の買い替えなど、内容によっては法人に上げ検討されています。また年に1度の個別面談の他、管理者やリーダーが職員の様子を見て随時声をかけ話を聞いたり、相談に乗っています。	
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 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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。		
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	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るのではなく、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々が増えている。	親戚の来訪の他、友人の来訪の際は家族に確認の上、其々居室やリビングなどの希望を聞きながらゆっくりできる場所へ案内しています。家族やヘルパーを利用して馴染みの美容室通いや冠婚葬祭に出かける方もおり、外出がスムーズに行くように日頃の様子を伝えたり、出かける準備などを支援しています。今年度から併設している施設の車を使用できるようになり希望を聞きながら馴染みの支援にも活かしたいと考えています。	

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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。		
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	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。	入居時に利用者や家族を訪問し、入居に至った経緯や身体状況、趣味嗜好などを聞き、入居後にケアマネジャーが聞いた暮らしへの意向などを職員間で共有しています。また回想法を取り入れ思いの把握に繋げたり、日々の中では利用者の言葉や様子を支援経過に記入し、申し送りやカンファレンスで思いの把握に向けて検討しています。	
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ィアを反映し、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。	利用者の希望や来訪時などに確認した家族の意向を下にサービス担当者会議を開き、担当職員が関わりの中で収集した情報や他の職員の意見を集約し介護計画を作成しています。3ヶ月毎にモニタリングを行い、変化のない場合は6ヶ月毎に介護計画を見直しています。必要な場合は往診時などに確認した医師の意見を反映させています。	
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、その時々に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	・回想法の取り入れ ・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し、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	受信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伝え、ホームの協力医についても説明し選択してもらっています。現在は全員が24時間連絡の取れる協力医の往診を2週間に1度受け、往診に立ち会う家族もおり医師と直接話をしてもらっています。また専門医へ受診が必要な場合は家族が付き添い、家族とはその都度情報をやり取りしています。	
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えている。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。	入居時に終末期の対応について説明し、緊急時の対応の説明や心臓マッサージの希望などの意向も確認しています。利用者の体調の変化に合わせて医師を交えて家族とは密に相談し、医療が関わらない場合はホームで支援できることを伝えています。これまでに看取り支援の経験もあり、家族の意向を大切に確認しながら進めています。また、年に1度看取り支援の研修を実施しています。	
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。 AEDも1回使用。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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う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1度、昼間を想定した独自の避難訓練を実施しています。出火場所を想定し利用者の避難誘導などを行い、夜間については机上にてシミュレーションをしています。次回は消防署に協力を依頼し実施する予定としています。運営推進会議で訓練の開催案内と報告をしています。	次回は消防署の協力を得て訓練の実施を予定されていますので年2回の訓練の実施や夜間の訓練についても行われることを期待します。また地域との協力体制についての取り組みも期待します。
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	職員は一人一人をしっかり把握しており、その人に会った対応をしている。回想法を利用して、誇りなども見出している。イニシャルでの記入など工夫してプライバシーを損なない言葉かけや対応をしている。	接遇やプライバシーに関する研修を実施し、新人職員へは信頼関係を築くことの大切さを伝えています。利用者へは苗字での声掛けを基本にその場の雰囲気に合った言葉を選び、一人ひとりに合わせた対応を心がけています。馴れ合いなどの不適切な対応が見られた時はその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し、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。化粧用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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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とこらは手伝っていただいている。	季節に配慮した大まかなメインの献立を決め副食はその都度考えています。食材は地域の八百屋や生協から届き、畑の収穫物や差し入れの野菜なども用いて利用者にはできることに携わってもらい食事作りをしています。また誕生日は好きなメニューの提供や敬老会には赤飯、庭のイチジクやパンケーキなどのおやつ作りを楽しみ、梅干しやしそジュースなどを利用者と一緒に作っています。職員も利用者の間に入り一緒に同じ食事を摂っています。	
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。）	排泄の記録を基に一人ひとりの間隔を把握し、排泄のサインなども見ながら失敗のないよう声をかけたり、トイレに案内しています。紙パンツから布の下着とパッドに改善した方も多く、できるだけ長く布の下着で過ごせるよう支援し、日々の中で随時本人に合った支援方法を検討し、朝夕の申し送り時に職員間で共有し自立に向けた支援に取り組んでいます。	
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てしまわずに、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。）	入浴は週に2～3回は入れるよう日中の時間帯に支援し、暑い時期はシャワー浴などの希望を聞きながら入ってもらっています。入浴剤や季節湯を楽しんだり、重度の方は二人介助で湯船に浸かれるよう支援し、併設施設の機械浴の利用もできます。入浴を拒む方は声掛けの工夫や入る順番の変更など工夫しながら無理のない入浴に繋げています。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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きている。		
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様にしている。		
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。）	気候の良い時期はできるだけ近隣の散歩や買い物などに出かけるように努め、外出が困難な場合でも広い庭や玄関先で外気浴や気分転換を図れるよう支援しています。利用者の重度化に伴い徐々に外出が困難となってきていますが桜の花見や紅葉を見にドライブに出かける等、工夫しながら外出の機会が持てるよう取り組んでいます。家族の協力を得て外食や外泊する利用者もいます。	
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。	共用空間には行事の写真や利用者と作成した季節に合わせたヒマワリ等の飾り付けを行い、庭ではイチジクが実り利用者は収穫をする等季節を感じながら過ごしてもらっています。車いすの利用者が動きやすい空間作り、利用者に体感を聞きながら室温を調整し、エアコンの風が直接当たらないよう風向きに配慮をしています。またソファーを置き自由に寛げる空間も作っています。	
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る。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	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）	洗面台が備え付けられた居室の入り口には其々花や人形などを飾り、自室の目印となっています。使い慣れた家具や必要なもの、大切なものなどを自由に持ち込んでもらい、本人の動きやすさを考え配置をしています。また持参した仏壇に毎日手を合わせる方もおり、自宅での習慣を継続し安心して過ごせるよう環境を整えています。	
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。		