

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 2019

事業所番号	2693100022		
法人名	株式会社 キャビック		
事業所名	ケアホーム すいーとハンズ向日(2階)		
所在地	京都府向日市上植野町下川原46-4		
自己評価作成日	令和1年11月01日	評価結果市町村受理日	

【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)】

利用者1人1人の生活リズムに合わせ、1日が安心・安全に楽しく過ごせるよう対応している。ミーティング等で拘束・虐待の勉強会をし、利用者の尊厳、方向性を確立し取り組んでいる。上期・下期の目標をたて、職員のスキルアップを高めている。個別レクもしている。1階には、小規模多機能居宅介護があり、合同レクもしている(夏祭り・クリスマス等)

※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	
----------	--

【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)】

向日市の南部、蔵付きの大きな屋敷が並ぶ西国街道と小畑川に挟まれた所にある開設満12年、小規模多機能型居宅介護事業所を併設した2ユニットのグループホームである。この数年管理者の交代が続いたが現管理者はこの勤務が長く利用者への思いが強い。職員からは意見が言いやすく、改善が早いと信頼されている。職員集団と共に地域住民や家族との関係づくりを注いでいる。職員は高齢者への介護を自分の家族と重ねあわせ、一人ひとりの利用者の気持ちを受け止め、自分の気持ちを注ぎ、喜びと苦しみを共感している。利用者は職員の鬼に豆を投げ、令和改元の習字をし、水無月を食べ、笹に願いを書き等々、毎日の生活と季節の行事を楽しんでいる。時には1人だけお寿司を食べに職員に連れて行ってもらう。春や秋のドライブはみんなで出かける。まさに利用者と職員の共同生活を実現している。

【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 野の花		
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	平成31年11月21日		

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		項目		取り組みの成果	
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)	○	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、生き活きと働いている (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)	○	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	理念(利用者の心に寄り添いこの地で一緒に生活します)に基づき利用者の心により添ったケアを目標にミーティング等で唱和し実践に繋げている。	法人の理念を踏まえて「慈しみをもって寄り添い、その人らしい生活がこの地域で送れるように支えます」というグループホームの理念を職員の話し合いで定め、年度ごとに確認している。パンフレットに掲載、ホーム内に掲示、利用者や家族、新入職員、運営推進会議等で周知を図っている。理念の実践として職員は一人ひとりの利用者の好きなこと、いやなことを把握している。また個別ケアとして1人の利用者を連れてその利用者の好きな寿司や好きなスイーツを食べに行く等の取組をしている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	10月に夏祭りを開催し、地域の方、家族様に声をかけ、チラシを配り来ていただいた。地域の行事毎年あるクリーン作戦に参加している。	利用者はふだんホームの近道を散歩したり、コンビニで買物したり、近くの郵便局に行く等している。夏祭りには子どもも含めて地域の人たちが大勢参加している。地域の方がアートセラピーの指導や傾聴ボランティアとして来ている。地域貢献としては市のクリーン作戦やラン伴の取組等に参加している。	
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	昨年から始めた、社会福祉協議会主催のラン伴に利用者4名がタスキを繋ぎ、他利用者は全員応援で応援しました。		
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か月に1回、運営推進会議を開催し、ホームの概況等伝え、家族様、包括の方、市役所の方、民生委員の方に来て頂き、意見を頂き、サービス向上に活かしている。	家族、南地区民生児童委員、市高齢介護課、南地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催、議事録を残している。ホームから利用状況、事故・ヒヤリハット、行事、職員研修等を文書と共に報告、その後意見交換している。「幼稚園や小学校との交流をしてはどうか」「療養手帳は乙訓地域の医療と介護にとって役に立つ」等、貴重な意見をもらい、積極的に取り組む予定である。	

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
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	運営推進会議に向日市職員の方に出席して頂いているので、そこで色々相談してアドバイスを頂いている。事故があれば報告もしている。	市には必要なことを報告する等連絡を怠らず、連携をとっている。市の介護相談員を受け入れ、毎月2人が来訪している。市の取組であるラン件は準備の会議から参加、1人の利用者が走る等協力している。乙訓グループホーム連絡会に参加、他のグループホームと情報交換している。	
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	身体拘束防止の勉強会を2ヶ月に1回ミーティングでおこない、つねに意識している。玄関、エレベーターには鍵をかけず、自由な暮らしを保っている。	身体拘束委員を設置、隔月に会議開催、種々話し合っている。身体拘束・虐待をテーマにした職員研修を年2回実施、職員は身体拘束11項目、やむを得ず拘束する場合の3要件、スピーチロック等について認識している。センサーを含めて身体拘束の事例はない。玄関、ユニットのドア、エレベーター等、日中はすべて施錠していない。	
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	虐待防止の内部研修、ミーティングでの勉強会を行い、理解し、利用者に沿ったケアをしている。虐待防止委員会があり、管理者と協力し全員で防止に取り組んでいる。		
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	成年後見制度の研修会に参加できていないが、今年から成年後見制度を利用されている利用者がおられ後見人さんとは必要時話し合いはできている。自立支援、個々の必要性を関係者とも話し合うことはできている。		
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	契約時、管理者、ケアマネが同席し契約書・重要事項説明書・運営規定等のお話をし、疑問点・要望等聞き、答えて理解・納得して頂けるようにしている。		
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	運営推進会議にて意見を頂き、取り入れていっている。又、面会時にも出来るだけ日々のことを、お話できている。	家族は多い人は毎週、少ない人でも隔月に来ており、面会が多い。夏祭りには約半数の家族が参加、ゲーム、やきそば、たこ焼き、ジュース等を利用者と一緒に楽しんでいる。家族には年2回カラフルな行事写真を掲載した『すいーとハンズ向日だより』を送付している。個別のたよりの代わりに担当職員が毎月必ず家族に電話し相互の情報交換に努めている。家族交流の機会はない。	家族は職員と共に利用者を支える車の両輪のひとつである。家族には行事報告だけでなく、職員異動、献立、行事のお誘い等を掲載した広報誌を発行し送付すること、家族同士が気軽に話し合い、ホームの運営や取組等について率直に意見を交わす機会として家族交流会を開催すること、以上の2点が望まれる。

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
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	管理者が2か月から3か月に個人面談をして、職員の要望・困っていること等聞き、皆が働きやすい職場にしている。ミーティングでも職員が発言しやすいように、事前に議題提案書を出し、意見や提案ができるようにしている。	グループホーム会議を月2回開催、業務や行事の話し合いと利用者のカンファレンス、内部研修をしている。会議前に職員に議事提案書を出してもらっている。会議では記録の書き方、ホーム内の環境等、職員は積極的に意見を出している。身体拘束委員、レク担当、環境衛生担当、ブログ担当、利用者の担当等、職員は役割分担している。年2回職員は自己評価し、ホーム長と面談、種々の意見を言っている。内部研修は年間プログラムを作成している。乙訓グループホーム連絡会にはホーム長が参加、他事業所からの学びをしている。	
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	就業規則・資格支援規定・人事考課制度がある。		
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	管理者・サブリーダーは研修に行けているが、他職員は行けていない。管理者が研修で聞いたことをミーティング等で職員に周知している。		
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	管理者は、社会福祉協議会主催のラン伴会議・乙訓GH連絡会に出ている。スイートハンズのブログを通じて知ってもらっている。		
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	日々の援助の中で利用者が何に不安を感じているのかを理解し、安心してもらえるよう対応している。笑顔と挨拶・傾聴することで安心して頂けるよう努めている。スタッフ間での情報共有に努めている。		
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	電話対応・面会時等に極力コミュニケーションを計り利用者が日々どの様に過ごしておられるか伝えている。要望時には、スタッフ間で共有し対応できるように努めている。		

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
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	本人の意向、家族の意見等で「その時」必要としていることを見極め、1階には、小規模多機能があるので連携し、必要としているサービスを提供、支援している。		
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	利用者のできる事は、できる限り行なってもらい見守り援助の中出来ない部分のみ援助しながらコミュニケーションを取りながら行なっている。安心して生活できるよう本人の心に寄り添い穏やかに過ごせるよう援助している。		
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	面会に来られた時、本人の最近の様子、体調、日常生活等伝え、本人との絆を深めより良い関係を築いている。		
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	家人対応で自宅に帰ったりすることは出来ている本人の懐かしい思い出話に傾聴、あいづちをうち気持ちを理解、支援している。個別レクとして、昼食やおやつを食べに出かけている。	「家に帰りたい」という利用者は家族の協力を得て、特に正月などに家に帰り泊、満足してホームに戻る。	長い人生を過ごしてきた利用者が今グループホームで最後の日々を暮らしている。昔かわいがっていた甥や姪、近所付き合いしていた人、仕事や趣味の会の友たち等、もう一度会いたい人がある。子ども時代を過ごした所、夫と初めて出会った場所、毎年花見をしていたところ、よく見に行った祇園祭り等、もう一度行ってみたい場所がある。このように利用者にとって忘れられない人、もう一度行きたい場所を支援することが望まれる。
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	楽しく過ごせるよう共通する話題作りをし、ふさぎこまないよう声掛け支援に努めている。意見のくいちがい等がある時は間にはいっている。		
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	こちらからの連絡はできていない。相談等があれば対応している。		

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
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	日常生活の中で本人の思いや意向を確認し、本人にとって必要な支援に努めている(ケアプランにそって)	契約時にはホーム長、ケアマネジャーが利用者や家族と面談、グループホームの説明等をし、利用者の医療や介護の情報を収集すると共に、利用者や家族の生活への意向を聴取している。「尼崎へ行って夫や息子の食事の支度をしたい」「元気に暮らしたい」「2日に1回は入浴したい」「ゲーム、トランプ、カルタをして楽しく暮らしたい」「家に帰りたい」「不安や困ったとき話を聞いてほしい」等、利用者のありのままの思いを記録している。利用者の生活歴は情報が非常に少なく、記録がない。	利用者のグループホームでの暮らしを支援するためには利用者を深く理解することが欠かせない。出身地、父や母、兄弟姉妹等生家、子ども時代、現役時代の仕事、結婚生活、趣味や活動、仕事仲間や友人等々、利用者の生活歴の情報を収集することが望まれる。
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	アセスメントシーとやサマリーから把握し、日常の傾聴からの時報共有している。すべては把握できていない。		
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	ケア記録や申し送りノート等を活用し情報共有している。毎日のバイタルチェックで体調の把握している。		
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	介護計画を管理者・ケアマネ・利用者担当で会議後ミーティング等で話し合い、意見を反映し作成している。	ケアマネジャーがアセスメントし、利用者や家族の意向を踏まえて介護計画を作成、職員会議で職員の意見を聞き、確定している。介護計画は利用者の思いを取り上げている項目がある一方、利用者の思いに添っていない介護計画がある。また認知症の不安や混乱に対する介護に誤りがある。介護記録はバイタル、食事や水分量、排泄、入浴等生活のデータと時間ごとの利用者の様子を書いている。介護計画は実施した記録のみで、実施した時の利用者の様子や発言は書いている。モニタリングは担当職員が「ニーズや生活の状況」「サービス項目」「実施状況」「短期目標達成度」「本人の満足度」「今後の方向」の項目で毎月点検しコメントを書いている。	介護計画は利用者の思いを反映したものであり、またどの利用者にも暮らしの中の楽しみの項目を入れること、介護記録は生活のデータのほかに介護計画を実施したときの利用者の様子や発言、拒否があった時はその要因を書き、モニタリングの根拠となるようにすること、以上の2点が望まれる。

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
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	ケア記録に日々の様子、プランの実施を記録し、申し送りノートにも記入し情報共有はできている。		
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	天気にいい日の散歩、近くのコンビニの買い物等楽しんで頂いている。個別レクも楽しんで頂いている。移動販売を月4回来て頂いている。		
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	アートセラピーの先生にきていただいている。月1回傾聴ボランティアにも来て頂いている。		
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	受診は家族・本人の希望されている医療にいかれている(往診もある)体調不良時主治医や訪看さんと連携している。	協力医療機関であるきくおかクリニックの医師が毎月往診にきてくれ、ほとんどの利用者のかかりつけ医となっている。2人の利用者は従来の医師に家族同行で定期受診している。訪問看護を利用している。歯科も訪問歯科医を利用している。認知症の受診はしていない。	
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	毎週、訪問介護が来設し健康管理をおこなっている。利用者の体調不良時等、職員間で疑問に思われることは架電し相談、指示を受けている。		
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。	入院時は職員が付き添い情報提供し、こまめに連絡を取っている。退院時入院中の情報を把握し家族と共有している。		
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	入居時に終末期のこと等は十分に説明している。ご家族と話し合い、事業所で出来ることはしていく。	利用者の重度化や終末期に関して、グループホームとしての方針を契約時に利用者や家族に説明している。ホームとしては「看取りはしない」という方針である。家族は特養の申し込みをしている人もいる。	

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
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	急変時や事故発生時に備え、応急手当、初期対応について勉強会等し、把握はできているが、実践できていない。普通救命講習を受けているが、即時に対応できるか不安もある。		
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	年2回の消防訓練はできている。水害時危険範囲が5m、事業所では3階に全員避難、救助を待つを周知している。	火事に対する避難訓練は消防署の協力のもと年2回実施している。その際地域の人の協力は得られていない。水害は3階に避難と決めている。地震対応と夜間帯の訓練はしていない。備蓄を準備し賞味期限を点検している。ハザードマップをスタッフ室に掲示、職員は危険箇所を認識している。法人内の相互協力の話し合いをしている。	避難訓練は火事対応だけでなく、水害や地震対応、また夜間帯も含めて訓練をすること、地域の人との協力が得られるように依頼すること、以上の2点が望まれる。
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	「気持ちのよい挨拶・丁寧な言葉使い・相手を思いやる気持ちを忘れずに」を各階に貼り皆で共有している。	利用者への声掛けや対応は「気持ちのいいあいさつ、ていねいな対応、思いやりの気持ち」を基本方針とし、職員は守っている。うっかりキツイ言葉が出る職員は自覚しており常に反省している。職員会議は1階の会議室、ホールで行う職員同士の申し送りはできるだけ小声で行い、利用者のプライバシーに配慮している。暮らしではできるだけ利用者に決めてもらいたいと、意思表示が難しくなっている利用者が多い中でも表情やしぐさを読み取る努力をしている。利用者のおしゃれは訪問理美容の利用やお化粧品・マニキュア等を支援している。	
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	日々のコミュニケーションの中で思いや希望を聞き出し、自己決定できるようにしていく。入浴時の衣類を選んだりしてもらっている。		
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	一人一人求める生活を大切にし希望に添えるようにはしているが、他利用者に付きっきりにならないといけない日は安全第一になる為出来ない日もある。		

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
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	訪問理容を利用される方や、美容院へ家族と行かれたり、洗面の時整髪料を使って髪を整えたりその人らしい身だしなみができるよう支援している。また好きな色のマニキュアをぬったりと気分転換できている。		
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	楽しみの一つの食事を利用者と一緒に会話しながら楽しんでいる。盛り付けをしてもらうことが減ってきたため機会を増やしていく。あとかたづけの食器重ね等は職員と一緒にしている。	朝食と昼食・夕食のごはんとみそ汁はユニットで手作りしている。食材はネットで注文、配達される。職員が在庫の食材を見て献立を立てる。朝食もタンパク質や野菜、スープ等バランスがとれ、パンとごはんは利用者が選択する。昼食と夕食の副菜はクックデリーを利用、湯煎して盛り付けている。季節感があり、バラエティに富んだ和洋中の献立である。節分、ひな祭り、母の日、七夕等行事の日はちらし寿司、まぜごはん等を手作りしている。ホットプレートでホットケーキを焼きトッピングする等おやつも手作りが多い。職員も一緒に数人ずつが食卓を囲み会話しながら食事を楽しんでいる。認知症により摂食に課題のある人はいない。	
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	食事量、水分量のチェックを行っている。繊維質や硬いもの等は、1人1人に合わせ刻み食など食べやすいよう工夫している。食事量が減ったりしたら、主治医に相談し対応している。		
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	朝・夕は出来ている。毎食後できるようにする。訪問歯科があり、きになるところは相談している。		
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	排泄チェック表を記入し、1人1人の排泄パターンをはあくしている。それぞれの時間に声掛けしている。夜間は良眠を優先している。	布パンツ使用で自身でトイレに行くという排泄の自立をしている利用者は少なく、他の人はリハビリ、パット使用、職員が一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛けトイレ誘導している。水分や牛乳提供、体操、腹部マッサージ等で自然排便を支援している。数人は下剤を服用している。入院しておむつ使用になっても退院後排泄が改善する利用者が多い。	

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
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	便秘予防の為に水分を多めにとってもらったり、お腹のマッサージをしたり、フロア内を歩いってもらったりしている。便秘時は訪問看護に浣腸してもらったり、主治医に相談している。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴できる準備はしている。利用者が希望すれば、午前・午後問わず入浴してもらっている。拒否のある利用者に対しては、声掛けやタイミングをかんがえている。週3回は入浴できるよう支援している。	浴室のドアに「ゆ」の暖簾を掛け、広めの家庭風呂にゆったりと体を伸ばして浸かれる浴槽がある。入浴の予定は行事や往診等で変わるものの利用者に声掛けして「入りたい」という人を支援して、週3回入る人も数人。湯の温度、入っている時間等、利用者の希望に添っている。入浴に対して強い拒否の人はいない。季節にはゆず湯やしょうぶ湯を楽しんでいる。風呂上りに自分用のスキンケア化粧品を持っている人もいる。	
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	ソファを設置し、落ち着ける場所作りができています。安心して眠りにつけるようパジャマに更衣したり、不眠で眠れないときは傾聴し、その時、個々に応じた支援している。		
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	薬の効果、用量、副作用等理解、知る努力をしている。服薬表を元に確認を職員全員でしている。受診等で変わるときがある薬も全員で理解し、申し送りできている。		
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	気分転換に散歩、手作りボールでボール遊びしたり、プランに沿いながら、利用者の好きなことを支援し楽しんでもらえるようにしている。		

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	(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	頻度は少ないが個別レクとして、お寿司を食べに行ったり、甘いものが好きな利用者とおやつを食べに行ったりはできている。毎日の散歩は出来るだけ行けるよう努めている。	天気が好ければ毎週3回くらいは車椅子の人も含めて玄関を出て石畳の西国街道を一文橋まで歩いている。蔵がある大きな旧家やコンビニ、喫茶店等もあり車が少なく、良い散歩道である。春と秋には花見や紅葉の名所へドライブしている。利用者が「お寿司が食べたい」「甘いものが食べたい」等の希望が出ると職員が個別に同行している。	
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	小口預り金としてホームで預かっている。その中から職員と一緒に買い物に行っている。移動販売を始めたので、そこで利用者が欲しいものを、ご自分でお金を使えるようにしている。		
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	利用者の希望があれば行うことはできる。手紙に関してはできていない、今後書ける利用者には声掛けし、書けるよう支援する。		
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	共用の空間に大きな窓があり、自然の光が入るようになり、不快に思われたらカーテンにより遮光することができる。東側ベランダには利用者が外に出て花を見たり、日光浴をしている。南ベランダは、洗濯物が見え、竹が見える。	道路から少し入った玄関前のプランターに花を植え、ベンチを置いている。ドアを開けると下駄箱と胡蝶蘭の鉢、右にあるエレベーターで上がる。ユニットの玄関に大きな名画、ソファを置いている。室内は中央にミニキッチン付き居間兼食堂、奥に居室が並んでいる。廊下やホールの壁にはもみじやイチヨウのきり絵、利用者の行事の写真、浴室の「ゆ」という暖簾等やわらかい雰囲気である。南と東にある広いベランダにはプランターに花を植え、利用者が日光浴している。	
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	共用空間では、仲の良い利用者が隣り同士におられ、会話を楽しんでいる。ソファもあるので1人になれる席もある。		

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
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	入居時に自宅で使われていた家具等持ってきて頂き、今までとあまり変わらないよう工夫している。テレビを置かれたり、アートセラピーで作った作品を飾ったりしている。	ドアに自作の季節のアート、11月は美しいクリスマスリースを掛けている。居室は洋間、奥のガラス戸からベランダに出られる。陽光が入り、あたりの四季の風景が見える。低床ベッドと壁に洋服掛け用のフックが設置されている。利用者は使い慣れた掛けふとんや枕、壁に吊るした洋服類、大きな掛け時計やカレンダー等を持ち込んでいる。筆筒、机と椅子、テレビとテレビ台等もあり、その上に置いた額入り家族写真、鉢植えの花、かわいい飾り等と壁に貼った自作の書、ちぎり絵等が利用者らしさにあふれている。	
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	出来ないことが出来るよう、わからないことがわかるよう、一つの動作に工夫して支援している。居室前には顔写真や、表札等目印になるものを付けている。フロアやトイレには移動しやすいよう手すりも設置している		

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	理念(利用者の心に寄り添いこの地で一緒に生活します)に基づき利用者の心により添ったケアを目標にミーティング等で唱和し実践に繋げている。	以下の項目すべて2階ユニットに同じ。	
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	10月に夏祭りを開催し、地域の方、家族様に声をかけ、チラシを配り来ていただいた。地域の行事毎年あるクリーン作戦に参加している。		
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	昨年からはじめた、社会福祉協議会主催のラン伴に利用者4名がタスキを繋ぎ、他利用者は全員応援で応援しました。		
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か月に1回、運営推進会議を開催し、ホームの概況等伝え、家族様、包括の方、市役所の方、民生委員の方に来て頂き、意見を頂き、サービス向上に活かしている。		
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取り組んでいる	運営推進会議に向日市職員の方に出席して頂いているので、そこで色々相談してアドバイスを頂いている。事故があれば報告もしている。		
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	身体拘束防止の勉強会を2ヶ月に1回ミーティングでおこない、つねに意識している。玄関、エレベーターには鍵をかけず、自由な暮らしを保っている。		

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
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	虐待防止の内部研修、ミーティングでの勉強会を行い、理解し、利用者に沿ったケアをしている。虐待防止委員会があり、管理者と協力し全員で防止に取り組んでいる。		
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	成年後見制度の研修会に参加できていないが、今年から成年後見制度を利用されている利用者がおられ後見人さんとは必要時話し合いはできている。自立支援、個々の必要性を関係者とも話し合うことはできている		
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	契約時、管理者、ケアマネが同席し契約書・重要事項説明書・運営規定等のお話し、疑問点・要望等聞き、答えて理解・納得して頂けるようにしている。		
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	運営推進会議にて意見を頂き、取り入れていっている。又、面会時にも出来るだけ日々のことを、お話できている。		
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	管理者が2か月から3か月に個人面談をして、職員の要望・困っていること等聞き、皆が働きやすい職場にしている。ミーティングでも職員が発言しやすいように、事前に議題提案書を出し、意見や提案ができるようにしている		
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	就業規則・資格支援規定・人事考課制度がある。		
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	管理者・サブリーダーは研修に行けているが、他職員は行けていない。管理者が研修で聞いたことをミーティング等で職員に周知している。		

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
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	管理者は、社会福祉協議会主催のラン伴会議・乙訓GH連絡会に出ている。スイートハンズブログを通じて知ってもらっている。		
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	日々の援助の中で利用者が何に不安を感じているのかを理解し、安心してもらえるよう対応している。笑顔と挨拶・傾聴することで安心して頂けるよう努めている。スタッフ間での情報共有に努めている。		
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	電話対応・面会時等に極力コミュニケーションを計り利用者が日々どの様に過ごしておられるか伝えている。要望時には、スタッフ間で共有し対応できるように努めている。		
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	本人の意向、家族の意見等で「その時」必要としていることを見極め、1階には、小規模多機能があるので連携し、必要としているサービスを提供、支援している。		
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	利用者のできる事は、できる限り行なってもらい見守り援助の中出来ない部分のみ援助しながらコミュニケーションを取りながら行なっている。安心して生活できるよう本人の心に寄り添い穏やかに過ごせるよう援助している。		
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	面会に来られた時、本人の最近の様子、体調、日常生活等伝え、本人との絆を深めより良い関係を築いている。		
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	家人対応で自宅に帰ったりすることは出来ている本人の懐かしい思い出話に傾聴、あいづちをうち気持ちを理解、支援している。個別レクとして、昼食やおやつを食べに出かけている。		

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
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	楽しく過ごせるよう共通する話題作りをし、ふさぎこまないよう声掛け支援に努めている。意見のくいちがい等がある時は間にはいつている。		
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	こちらからの連絡はできていない。相談等があれば対応している。		
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	日常生活の中で本人の思いや意向を確認し、本人にとって必要な支援に努めている(ケアプランにそって)		
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	アセスメントシーとやサマリーから把握し、日常の傾聴からの時報共有している。すべては把握できていない。		
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	ケア記録や申し送りノート等を活用し情報共有している。毎日のバイタルチェックで体調の把握している。		
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	介護計画を管理者・ケアマネ・利用者担当で会議後ミーティング等で話し合い、意見を反映し作成している。		
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	ケア記録に日々の様子、プランの実施を記録し、申し送りノートにも記入し情報共有はできている。		

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
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	天気の良い日の散歩、近くのコンビニの買い物等楽しんで頂いている。個別レクも楽しんで頂いている。移動販売を月4回来て頂いている。		
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	アートセラピーの先生にきていただいている。月1回傾聴ボランティアにも来て頂いている。		
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	受診は家族・本人の希望されている医療にいかれている(往診もある)体調不良時主治医や訪看さんと連携している。		
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	毎週、訪問介護が来設し健康管理をおこなっている。利用者の体調不良時等、職員間で疑問に思われることは架電し相談、指示を受けている。		
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。	入院時は職員が付き添い情報提供し、こまめに連絡を取っている。退院時入院中の情報を把握し家族と共有している。		
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	入居時に終末期のこと等は十分に説明している。ご家族と話し合い、事業所で出来ることはしていく。		
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	急変時や事故発生時に備え、応急手当、初期対応について勉強会等し、把握はできているが、実践できていない。普通救命講習を受けているが、即時に対応できるか不安もある。		

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
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	年2回の消防訓練はできている。水害時危険範囲が5m、事業所では3階に全員避難、救助を待つを周知している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	「気持ちのよい挨拶・丁寧な言葉使い・相手を思いやる気持ちを忘れずに」を各階に貼り皆で共有している。		
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	日々のコミュニケーションの中で思いや希望を聞き出し、自己決定できるようにしていく。入浴時の衣類を選んだりしてもらっている。		
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	一人一人求める生活を大切に希望に添えるようにはしているが、他利用者に付きっきりにならないといけない日は安全第一になる為出来ない日もある。		
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	訪問理容を利用される方や、美容院へ家族と行かれたり、洗面の時整髪料を使って髪を整えたりその人らしい身だしなみができるよう支援している。また好きな色のマニキュアをぬったりと気分転換できている。		
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	楽しみの一つの食事を利用者と一緒に会話しながら楽しんでいる。盛り付けをしてもらうことが減ってきたため機会を増やしていく。あとかたづけの食器重ね等は職員と一緒にしている。		
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	食事量、水分量のチェックを行っている。繊維質や硬いもの等は、1人1人に合わせ刻み食など食べやすいよう工夫している。食事量が減ったりしたら、主治医に相談し対応している。		

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
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	朝・夕は出来ている。毎食後できるようにする。訪問歯科があり、きになるところは相談している。		
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	排泄チェック表を記入し、1人1人の排泄パターンをはあくしている。それぞれの時間に声掛けしている。夜間は良眠を優先している。		
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	便秘予防の為に水分を多めにとってもらったり、お腹のマッサージをしたり、フロア内を歩いってもらったりしている。便秘時は訪問看護に浣腸してもらったり、主治医に相談している。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴できる準備はしている。利用者が希望すれば、午前・午後問わず入浴してもらっている。拒否のある利用者に対しては、声掛けやタイミングをかんがえている。週3回は入浴できるよう支援している。		
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	ソファを設置し、落ち着ける場所作りができています。安心して眠りにつけるようパジャマに更衣したり、不眠で眠れないときは傾聴し、その時、個々に応じた支援している。		
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	薬の効果、用量、副作用等理解、知る努力をしている。服薬表を元に確認を職員全員でしている。受診等で変わるときがある薬も全員で理解し、申し送りできている。		
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	気分転換に散歩、手作りボールでボール遊びしたり、プランに沿いながら、利用者の好きなことを支援し楽しんでもらえるようにしている。		

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	(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	頻度は少ないが個別レクとして、お寿司を食べに行ったり、甘いものが好きな利用者とおやつを食べに行ったりはできている。毎日の散歩は出来るだけ行けるよう努めている。		
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	小口預り金としてホームで預かっている。その中から職員と一緒に買い物に行っている。移動販売を始めたので、そこで利用者が欲しいものを、ご自分でお金を使えるようにしている。		
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	利用者の希望があれば行うことはできる。手紙に関してはできていない、今後書ける利用者には声掛けし、書けるよう支援する。		
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	共用の空間に大きな窓があり、自然の光が入るようになり、不快に思われたらカーテンにより遮光することができる。東側ベランダには利用者が外に出て花を見たり、日光浴をしている。南ベランダは、洗濯物が見え、竹が見える。		
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	共用空間では、仲の良い利用者が隣り同士におられ、会話を楽しんでいる。ソファもあるので1人になれる席もある。		
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	入居時に自宅で使われていた家具等持ってきて頂き、今までとあまり変わらないよう工夫している。テレビを置かれたり、アートセラピーで作った作品を飾ったりしている。		
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	出来ないことが出来るよう、わからないことがわかるよう、一つの動作に工夫して支援している。居室前には顔写真や、表札等目印になるものを付けている。フロアやトイレには移動しやすいよう手すりも設置している		