

# 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
<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	ホームの理念を玄関、事務所にかけている。ミーティング時・勤務時等に確認し合い、理念に基づいて行動している。理念の実践を行うため、職員全員で「理想の介護」を考え、情報の共有を図った。入居者の気持ちで物事を考える事ができる様、日々話し合いを持っている。	認知症であっても「有する能力に応じ、自立した日常生活」「地域の中でその人らしい暮らし」を理念として掲げている。理念は玄関・事務所内の掲示やミーティング時の唱和を通じ、職員への周知を図っている。又、職員自身が受けたい「理想の介護」をとりまとめ、日々の支援に繋げている。	
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	認知症キャラバン、キッズサポーター等を通して、地域とのつきあいを深めている。小学校や高校でキッズサポーターを行う(中能登町のケーブルテレビに放送)。感染症予防のため、地域とのつながりが持たなくなっている。	ホーム長は地域住民の一員として、前年度から地区の区長を務めている。ホームとして地域貢献活動(認知症サポーター養成講座・家族介護交流会等への協力)に積極的に取り組んでいる。平時には地域行事への参加や保育園児との交流、認知症カフェの実施等を通じ、地域との交流を深めている。	
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	「認知症キャラバン」等を通して、地域とのつきあいを深めている。キッズサポーターを通して、小学校とも繋がりを深めている。		
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	ホームでの生活やホームでの取り組み、身体拘束、入退きの状況等を報告し、話し合いを行っている。その結果を職員で共有し、サービス向上に活かしている。家族代表者に会議に出席してもらい、会議録を家族に送付している。会議出席者。家族代表、区長、医師、役場職員。感染症予防のため、中能登町役場に書類提出している。	コロナ禍の為、運営推進会議として2ヶ月毎に町担当者と話し合う場を設けている。話し合いの内容は全家族に文書で報告している。	
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、地域密着会議等を通して、ホーム活動の報告等を行っている。介護認定審査会の委員の派遣。認知症キャラバンの講師派遣など、顔の見える関係で中能登町との連携を取り合っている。	運営推進会議を通じ、町担当者との連携強化を図っている。又、行政からの依頼(認知症キャラバン講師派遣、介護認定審査会への参加等)に快く応じ、協力関係を築くようにしている。	
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	身体拘束の無いケアに取り組んでいる。玄関の施錠は夜間のみ行っている。「ダメ」等のスピーチロックに気を付けている。身体拘束委員会を3ヶ月毎に開催。認知症の知識を深める事で、身体拘束防止に繋がっている。身体拘束マニュアルの見直しを行う。	身体拘束防止委員会(年4回)で日々の支援を振り返る機会を設けている。利用者個々の課題やリスクについて検討し、身体拘束(グレーゾーンを含む)をしないケアの実践に繋げている。	身体拘束防止委員会にはより多くの職員が参加され、意見交換がなされることを期待する。
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	厚生労働省発表の虐待調査等を参考にホーム内研修を行っている。入居者に小さなアザがあれば、いつ出来たものかを確認し合い、日頃から注意している。アザが出来ないように移乗方法について再確認を行った。虐待の発生要因。(教育、知識、介護技術に関する問題。ストレス、感情のコントロール、性格)傾向(寝たきり、認知症の重度の人に多い)等について話し合った。		

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	地域包括支援センターを通じ、ホームで成年後見人制度を利用している。成年後見人制度について、中能登町とも連絡している。		
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	ホームの見学時や入居の際には、十分な説明を行い、理解を得ている。家族だけでなく、本人にも入居前に見学に来てもらえるよう促し、不安解消に努めている。一青の家を分かりやすく説明するために、パンフレットを新しく作成した。		
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	家族面会時、ケアプラン作成時等に意見・要望を確認している。(ケアプラン、家族へ送付)意見箱を設置し、毎年、家族アンケートを実施。ホームでのアンケート、他施設のアンケートも参考にしながら、家族の意見を考える機会を設ける。以前のアンケート結果を読み返し、「職員紹介」を再度行った。	面会時やケアプラン作成・更新時に家族の意見・要望を聴いている。家族の希望に応じ、メール等で気軽な意見・情報交換を行えるようにしている。又、毎年、無記名アンケート調査を行い、サービスの改善に活かしている。アンケート送付先は外部評価機関とし、家族が言いたくても言えない本音を書けるように配慮している。	
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	毎月ミーティングを行い、意見交換を行っている。どの職員も発言する機会を持ち、意見が言えるように配慮している。職員が「理想とする介護」を話し合い、意識向上を図った。	毎月、2ユニット合同のミーティングの場で、職員が自由に意見交換出来る場を設けている。職員の意見・提案は利用者サービスの向上に積極的に活かしている。	
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	職員の個人的な勤務事情を考慮し、勤務表を作っている。理由に応じて、数ヶ月の長期休暇。夜勤なし。早番なし等。「やりがい」を持てるよう、理想とする介護を話し合った。ホームとの提携業者との物品購入を職員個人でも行っている。		
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	資格取得に関係する研修等に参加しやすいように勤務の配慮をしている。外部研修に参加できない職員のためにも、ホーム内研修の充実を図っている。(新型コロナウイルスの対応について等)		
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	地域密着会議(役場、グループホーム、小規模多機能)や、あじさい会(中能登町での医療・福祉関係)に参加しており、定期交流や研修等に参加している。		

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
<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	本人から話をよく聞き入れ、気持ちの整理に努めている。本人、家族、ケアマネ、主治医意見書等、多方面からの情報収集に努めている。生活歴を知り、会話に取り入れる事で「私を知っている人」＝「安心できる人」と認識してもらえるように努めている。		
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	相談や利用申し込みに来られた場合は、お話や訴えをじっくりと聴くように努めている。入居する事が決まった時に、再度話し合いを持ち、入居後の面会時等にも適宜、声をかけている。		
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	他のサービス支援は行っていない。その時の状況により、他施設でのサービス利用等を進める事はある。社会資源マップを通して、他施設の情報提供を図っている。		
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	野菜の育て方・収穫、料理の味付け、かき餅作りの助言や裁縫を教えてもらったりしている。「入居者、職員」という関係性より、「入居者とパートナー」という関係性に気をつけている。		
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	利用者の定期診察や、ホームでの行事参加の声かけ、季節毎の衣類の入替え、お盆・正月の外泊・お祭りの参加等を通して、共に支えていく関係を築いている。		
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	染症対策のため、面会制限を行っている。井田のお滝さん。お寺(門徒)等の屋外での外出機会を設けている。人のいない所への外出。地元の新聞記事、広報等をお知らせしている。自宅で柚子の収穫を行い、妻が入居している特養へ柚子を届ける。窓越しで妻との面会も行った。	家族との繋がりが途切れないよう、コロナ禍でも玄関で窓越し面会できるように配慮している。又、三密を避け、昔懐かしい人(特養に入所している妻に会いに)や場所(自宅、門徒のお寺等)に出向く支援も行っている。	
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	耳の遠い利用者には職員が仲介し、利用者同士の意思疎通を図っている。レクリエーション時には、利用者がカルタを読み、利用者が取る。利用者同士のコミュニケーションも図っている。		

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
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	入院時、家族や病院へ連絡する等の相談・支援に努めている。病院入院により退去となった方でも、家族が遠方にいる場合は入院後の支援も行っている。特養等へ入居した際も、相手方と情報交換しやすい環境(顔の見える関係)を作っている。		
<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	利用者の気持ちに近づきながら、意思や希望を見極めている。認知症のため、利用者の希望、意向が把握出来ない場合があるが、その時の表情・笑顔等から判断している。定期的に暮らし方の希望等を聞いている。「本人・家族の希望表」を作り、普段から「思い」に気をつけている。	日常会話や1:1の場面(入浴時、夜勤時等)での会話の中から、利用者個々の思いを把握するようにしている。ケアマネジャーが「利用者本人・家族の希望表」に思いを集約し、介護計画に反映するようにしている。	
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	利用者のこれまでの暮らしや生活歴を詳しく知るために、フェースシートを記入していただいている。在宅のケアマネジャーに自宅での情報等を聞いている。主治医意見書からも情報を得ている。中能登町、七尾市で統一した書式を使用している。		
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	1人1人の状態観察を行いながら、状態把握に努め、毎日の記録を行っている。畑仕事、調理、読書、創作活動等、それぞれの得意とする分野で活動してもらっている。		
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、家族の希望に沿って、介護計画を作成している。入退院、レベルの変化等の状態変化に応じて、現状に即したケアプランを再作成するように努めている。毎月、ミーティング時に入居者の状態や対応について話し合っている。ケアマネをユニット毎に配置している。感染症予防のため、ケアプランを家族に送付している。	理念に沿い“その人らしい暮らし”となるよう、「利用者本人の思い=したい事」を重視した介護計画を作成し、日々の支援に繋げている。担当者・ケアマネジャーを中心に3ヶ月毎にモニタリング、又、原則6ヶ月毎に計画の更新・見直しを行っている。計画内容は基本、利用者本人にも説明するようにしている。	支援内容をより具体的に明示(5W1Hを意識して)される事を期待する。
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	毎日の様子を個別の記録に残している。特記事項は別紙に記録し、要点のみ記録している。また、ミーティング等で利用者の情報を共有し、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	職員が付き添い外出したり、歯ブラシ等の必要物品が足りない場合には、買い物支援や職員が代わりに購入している。家族の代わりに、介護認定の代理申請等を行っている。		

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
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	慰問の受入れ、お花見やお寺、神社、図書館等の地域資源を利用し、暮らしを楽しむ事が出来るように支援している。「認知症カフェ」に地域の方を講師として招き、交流を図っている。コロナ禍のため中止。		
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	かかりつけ医の選択は本人や家族が行う。(ホーム入居前のかかりつけ医の継続。ホームの連携医師への変更。)協力医はいつでも相談を受けて入れられる。歯科医師の往診あり。	利用者・家族の希望に応じ、馴染みのかかりつけ医への継続受診、又はホーム提携医による訪問診療を選べるようになってきている。専門医への受診は家族に依頼しているが、状況に応じて都度必要な支援(付き添い、文書で情報提供等)を行っている。ホーム提携医とは24時間の相談体制を構築している。	
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	ゆったりユニットに看護師が勤務しており、日常の健康管理や相談を行っている。		
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。	家族、主治医、入院先との連絡の橋渡しや、医療関係者との情報交換を密に行い、状態把握のために面会を行なっている。		
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	家族や主治医、運営者で相談し、希望に添えるようにその時の状態に応じて対応している。支援として、本人の歩行状態にあった老人車の購入。座位が難しい人用のシャワーチェアへの購入。食事摂取量が減った人用の高カロリー食の用意等、ホームで出来る事を行っている。医師会の公開講座でパネラーとして出席し、看取り事例の発表を行った。	「最後までここで」という、利用者・家族の希望に沿えるよう、ホーム提携医等の協力を得ながら、重度化・終末期支援の実践に取り組んでいる。利用者の重度化の状況に応じて、三者(医師・家族・職員)で話し合い、今後の方向性を定めている。終末期支援の際は、ホームで可能な限りの緩和ケアを行っている。	
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	定期的に救命救急講習を受講。利用者の急変時の対応を確認し、ミーティング等で急変時の対応の再確認を行なっている。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時には、近所の運営者が対応する体制が取られている。行方不明に関して、一青区、警察等に協力を依頼している。救急車要請、行方不明マニュアルの作成・周知を行い、ミーティングで職員の意思統一を図っている。中能登町あんしんネットワークに登録している。(徘徊時の捜索)	事故・緊急時(誤嚥・窒息、骨折、やけど等)の対応手順や救急車要請手順を整え、事務所内に掲示している。又、利用者の行方不明に備え、町の徘徊ネットワークに登録している。	緊急時対応(誤嚥・窒息等)に関する計画的・継続的なロールプレイ訓練の実施が期待される。

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	ホームの協力医療機関は近くにあり、支援体制を築いている。協力医には、運営推進会議にも参加してもらっている。老人福祉施設の在宅・施設ケアマネ等を通して、交流を図っている。	地域の医療機関やホーム提携医による医療支援体制を確保している。又、契約で地域の介護老人福祉施設による支援体制も確保している。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	夜勤者は2人である。緊急時には、近所の運営者が対応する体制が取られている。	夜間帯は1ユニット1名の夜勤者を配置し、ホーム内で計2名の複数体制となっている。平屋建ての為、普段から2ユニット間で相互に協力合っている。又、緊急連絡網による近隣在住職員(ホーム長・管理者・看護職員含む)の応援体制も整備されている。	
38	(16)	○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	マニュアルを作成し、ホームでの防災訓練(1年に2回、1回は消防署立会い)、シェイクアウトを行っている。事務室に避難経路図を掲示。原子力防災計画を作成。火災報知機は「感知器と連動式」。水害についても意見交換を行った。ホーム長が一青区総会に区長として出席。大雨対策等の意見交換を行っている。	防災計画を整備し、年2回、リスクの高い夜間の火災想定中心の総合避難訓練を実施している。平時には1回は消防職員立会いの下で訓練を行い、専門家の助言等をその後に活かしている。又、地震に備え、県民一斉防災訓練にも継続的に参加している。毎月、チェック表を用いて建物・設備の自主点検を行い、防災への意識づけを図っている。ホーム長の在住地域(前年度から区長)でもある為、災害発生時には地域住民の協力が得られるようになっている。備蓄品はリスト化し、定期的に内容点検を行っている。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	緊急連絡網で職員や区民が協力出来る体制になっている。運営推進委員会で、応援依頼を行っている。消防署の立会い検査を受け、助言・指導を頂いている。毎月、消防設備の自己点検。半年毎に、業者による設備点検を行っている。災害時の対応についてミーティングで話し合い、理解を深めている。備蓄品の整理を行っている。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
40	(18)	○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	馴れ馴れしくならないように、言葉かけには注意している。普段からの気持ち、気遣いに配慮できるよう、「介護される側の気持ち。職員の気持ち」の部分にも気をつけて研修(笑顔になるために、気づきの共有。オムツ、車椅子の使用。トロミ食。)を行っている。仕事上、知り得た情報は守秘義務である事を職員間で徹底している。パンフレットにも記載してある事を再確認している。	自身が受けたい「理想の介護」を職員間で共有し、対応・接遇面の改善を図っている。馴れ合いが生じないように、言葉遣いにも配慮している。又、羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じる、申し送りは事務所で行ったり、台所で行う場合は声のトーンを落とす等、プライバシーにも注意を払っている。	
41		○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	1人1人の暮らしの中で、納得しながら暮らせるように支援している。「お寿司が食べたい。混ぜご飯じゃない白ご飯が良い。好きなカレーライスを食べたい」「どのお菓子を食べるか」等、自己決定が出来るように配慮している。		
42		○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	それぞれの1日の生活リズムを大切にしながら、支援している。運動・散歩が好きな人、創作活動が好きな人、新聞を読みたい。その人のペースを大切にし、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		○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	日常においては一緒に服を選び、整髪については、本人・家族の希望があれば当ホームで整えている。職員が理容資格を持っており、散髪して欲しい時、定期的に散髪している。		
44	(19)	○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	利用者1人1人の得意な家事参加が出来るように支援している。お米の精米、お米とぎ、野菜の収穫、野菜の皮むき、調理、盛り付け等、役割分担を行う。お魚を見て、捌いて料理する等、食事に関わり・興味を持てるように配慮している。利用者の元寿司職人にお願いし、「一青寿し」を開いている。	地域のスーパーで旬の食材を購入し、季節感ある手料理を提供している。地域からの頂物やホームの畑で採れる野菜も、食材として有効活用している。家事が好きな方には準備・後片付け時に役割を担ってもらったり、利用者の智恵・経験を活かす場面(漬物作り、元寿司職人の利用者に寿司を握ってもらう等)を設けるようにしている。又、季節毎の行事食やおやつ作りを楽しむ支援も行っている。	
45		○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	食事量を記載し、定期的に水分提供も行っている。体重の増減にも注意している。主治医に食事量、摂取動作、体重等の報告も行っている。食事量が少ない人には、高カロリー食やゼリー、アイス等を提供。歯科医師に義歯の調節や口腔内の診察を依頼している。		
46		○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	毎食後、口腔ケアを実施。口臭のある方は適宜、うがいすすめている。義歯使用者は入れ歯洗浄剤にて洗浄している。歯科受診・往診をすすめている。		
47	(20)	○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	排泄チェック表に排泄状況を記載し、トイレ誘導を行う等の排泄支援を行っている。入居時におむつを使用しているも、「本当に必要なのか？」様子を見て、不必要な場合は普通のパンツを使っている。トイレでの排泄のためにも、居室にポータブルトイレを置かないように、家族に説明している。	「トイレでの排泄」を基本とし、ポータブルトイレは原則使用しないようにしている。誘導が必要な場合は個々の排泄間隔・サイン(急に立ち上がって歩き出す等)を把握し、適宜お誘いの声をかけている。排泄備品関係は利用者にとって快適・最適となるように職員間での検討を重ねている。	
48		○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	バランスの良い食事を提供したり、水分補給調整や運動、腹部マッサージ等を行なっている。水分補給の工夫として、飲み物の配膳時間を早くした。前にお茶があると、飲んでくれる。		
49	(21)	○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	週6日が入浴日。利用者の入浴順番はローテーションで行っているが、その時の状況に応じて柔軟に対応。希望者はほぼ毎日入浴できるように配慮している。入浴者以外は足浴を行っている。足の状態に応じて、足浴のバケツを変更。ゆず湯やゆず足湯を行っている。座位保持が難しい人は、専用のシャワーチェアを使用。	週に6日お風呂を沸かし、基本1日おきに、利用者個々の要望(毎日入りたい、一番風呂、湯温、湯量等)に沿った入浴を支援している。数種類の入浴剤を用いたり、昔ながらの季節湯(柚子湯等)を行っている。入浴日以外にも足浴を行い、下肢のむくみ・白癬症の改善を図っている。入浴を拒む場合は無理強いせず、機嫌の良い時に声かけしたり、別の日に改めてお誘いしている。	

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
50		○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	日常の活動を支援しながら、その人に応じた働きかけを行っている。出来るだけ日中に活動してもらっているが、お昼寝を希望される方等、その人の生活習慣に配慮している。天気の良い日は布団を干している。		
51		○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	利用者の薬剤情報を職員で共有し、支援している。内服薬の変更があった場合は、状態に変化が無いかに注意深く観察している。薬剤師の研修会に参加し、薬について理解を深めた。		
52		○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	洗濯物干し・たたみ、料理等、小物作り等その人の役割を持って過ごしてもらう。ホーム外の雰囲気や味わいながらの外食やドライブ等、楽しみや気分転換の出来る様に支援している。		
53	(22)	○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	散歩(お寺や神社、公園)、ドライブを通して、外出するようにしている。車椅子の方は外出頻度が少なくなりやすいので、近所の散歩へ出かけている。	コロナ禍でも気分転換を兼ね、人がいない所を中心にドライブ(お寺、白鳥見学、立山連峰見学等)に出向いている。平時には季節感を味わう外出(リング狩り等)や地域のイベント参加等も積極的に支援している。	
54		○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	金銭管理の出来る利用者は、自分でお金を所持し家族・職員等との外出時に使用している。		
55		○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	電話希望の方は、日中に電話をかけている。また、家族からの電話を取り次いでいる。電話機の子機を使用して、居室でゆっくりお話出来るように配慮している。携帯電話2名使用。		
56	(23)	○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	ホーム天井の梁を利用しながらのホーム構造や、季節の花(生け花教室)や造花、装飾品作り等を通して季節感を感じ、居心地よく過ごせるような工夫をしている。居室前に季節の花(造花)を飾っている。食事の時に民謡等の音楽を流している。また、母校(小学校)の校歌も流している。感染症対策としてユニット毎に空気清浄機を設置。	感染対策の一環として、リビングに大型の加湿・空気清浄機を設置している。共有空間の温度・湿度管理や換気にも配慮している。リビングの大きな窓から自然の風景(山林・田畑の風景等)が眺められ、季節感を十分に味わうことが出来る。将来のニーズに備え、Wi-fi環境も整備されている。	



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
57		○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	利用者の個室で独りになれたり、気の合った利用者でテーブルを囲んでの雑談会。居室にて二人でお話をする等、思い思いに過ごしている。		
58	(24)	○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	本人の使い慣れた道具や写真を持って入居される。また、本人・家族に自宅にある物を持って来てくれるように依頼している。居心地良く過ごせるように、思い出作り(個人アルバム)を作成している。家族写真は、撮ったその場で写真にして、本人・家族に渡している。お誕生日、家族の写真を貼る等、居心地よく過ごせるよう配慮している。	利用者が居心地良く過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、タンス、ラジオ、電気カーペット等)や安心出来る物(家族の写真等)を持ち込んでもらっている。思い出作りとして、利用者一人ひとりの個人アルバムを居室に備え置いている。	
59		○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	ホーム内に手すりが設置され、老人車が通過出来るスペースの確保を行なっている。生活しやすいようにテーブルやソファの移動を行い、安全に自立した生活が出来るように工夫している。		