

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	「笑顔で」「ゆったり」「楽しく」を基本理念としてホールに掲載している。朝のミーティングの後で職員と唱和して意識付けし、実践に取り組んでいる。個別の対応を実施する際のモットーとし、利用者や家族の目も通していただけているようにしている。	「笑顔で ゆったり 楽しく」を理念として掲げて、利用者とのコミュニケーションや一人ひとりの生活リズム・持てる力・楽しみ等を大切にされた支援に取り組んでいる。理念はホーム内の掲示、毎朝の唱和を通じて職員への周知が図られている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	入居者と家族の了解を得ながら、地区の理容店を利用したり、地区のイベント参加、ショッピングに出かけたりして、地域の人々との交流を図っている。併設する施設や通所サービス事業所へ散歩に出掛けたり、町内の小学校との交流も行っている。また、季節の行事で気軽に訪問してくれる、隣接の特養に訪問した方々が気軽に立ち寄りしている。	地域イベントへの参加、多様な住民ボランティア(傾聴、折り紙、オカリナ演奏等)の受け入れ、小学校との相互交流等を通じ、地域とのつながりを深めている。隣接特養施設と合同の盆踊りに地域住民を招待したり、年2回の法人広報誌でホームの取り組みを紹介(地域の回覧板を活用)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	年に2回広報誌を発行したり、今年度からホームページも開設して、地域の方々へ事業所理解を深めて頂けるようにしている。また認知症高齢者を介護している家族が相談のため来園されたり、事業所見学を気軽にさせて頂ける様取り組んでいる。		
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	年に6回開催される運営推進会議を開催し、グループホームでの近況報告を行い、委員の方から意見を伺う。ホームでの行事等、利用者の生活を実際に見ていただき、意見交換の場を作ったりしている。他のグループホームの見学もっており意見交換などをして、サービスの向上に努めている。	家族代表、地域住民代表(民生委員)、他事業所職員、町担当者等をメンバーとして、年6回開催している。ホームの活動報告後、質疑応答・意見交換を行い、そこでの助言をサービスの向上に活かしている。議事録は誰でも閲覧出来るよう、ホーム玄関先に備えている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の委員には町の担当者が出席。活動状況やサービスの取り組みについて伝えている。認知症サポーター養成講座などの協力要請があれば積極的に参加協力している。	運営推進会議時の情報交換を通じ、町担当者との連携強化を図っている。認知症サポーター要請講座の依頼があれば、可能な限り協力している。	
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「介護保険法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	法人内での施設内勉強会、事業所の職員会議にて機会あるごとに話し合い意識を高めている。日中の玄関の施錠はしない。自由に行動できるようにしている。	身体拘束廃止宣言をホーム内に掲示し、日々の支援で実践している。毎年法人内研修や隣接特養の委員会活動に参加し、該当行為(玄関の施錠含む)・弊害に関する理解を深めている。又、管理者を中心にスピーチロックの改善にも取り組んでいる。	
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	施設内研修において、不適切ケアの事例研修に参加。参加できなかった職員においても、職員会議や資料で周知できるように回覧し、日常的に防止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
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	福祉関係のための成年後見制度セミナーへ参加し、具体的事例を学び、成年後見制度の活用について必要時には適切に支援できるよう取り組んでいる。職員研修への参加を心掛け情報を共有できるよう心掛けている。事業所内にはパンフレットを設置している。		
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	入居時に、入居に関するしおり、入居契約時には重要事項説明書、契約書等にて事業所の詳細説明を行っている。利用者や家族の質問や疑問に感じる点は遠慮なく伝えていただくよう伝えている。また、制度改正のあった場合、その都度事前に説明している。		
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	家族への毎月のお便りには、翌月の行事案内が記載されているため、特に誕生会や地域交流の行事があったりすると特に多くの家族が参加され、行事を通じて意見をや要望を聴くように努めている。また、家族アンケートを実施して、意見要望を聴き、会議にて話し合い運営に反映させている。	面会時に家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、利用者個別の便り(毎月:写真・コメント添付)を送付し、暮らしぶりを伝えている。家族を招待してのホーム行事や家族会(年1回)の中でも意見・要望を聴いている。又、家族の本音を汲み取れるよう、アンケート調査(年1回)を継続的に行い、サービスの改善を図っている。集計結果は運営推進会議で報告している。	家族アンケートの集計結果・要望等に対する回答は、全家族へのフィードバックが期待される。
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	代表者は、自己申告書にて職員の意見を聞く機会を設けている。管理者は、年2回の定期面接を実施している。毎日のミーティング、月に一回の職員会議で意見を出し合い、ケアの質の向上に生かすようにしている。	職員会議時に個々の意見・提案を吸い上げ、全体で合意形成を図る機会を設けている。管理者は職員の「気づき」を大切にしており、意見・提案を「一旦それでやってみよう」と肯定的に受け止めている。管理者と個人面談の機会(年2回)も設けている。	
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	代表者は、全職員の自己申告書で意見を聞き、事業所内に毎日訪れ利用者交流しながら職員個々の勤務に関する状況を把握。また、年2回、本人評価し、管理者における評価を実施し個別の実績や要望の把握し、職員の意見を運営に反映させている。		
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	法人内で、年間スケジュールを立てて研修会を実施している。外部講師を依頼したり、各委員会職員が講師を担当する仕組みとなっている。全職員への自己申告書の実施、管理者との面談する機会をすることによってケアの実際と力量を把握し、職員への職業意識を高めている。また、資格取得に関する支援も行っている。		
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	他のグループホームへ訪問し交流を持ち、意見交換を行い、互いのサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	入居前調査時や入居時には、利用者のこれまでの暮らしについて時間をかけて話を聴き、またどのようなことを希望するのか思いをくみ取り、安心して生活が送れるような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	入居前には施設を見学していただいたりし、入居前の家族の不安なことや困っていること、どのような要望があるのかを伺い、それに沿った支援を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	入居時の相談時に、必要に応じて他の事業所や施設についての説明をしたり、助言をしている。		
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	家族や利用者の事前の情報をもとに、共同生活の中で個々の利用者的人格を尊重し、常にどのような思いを持っているのかを把握しながら、互いに支えあって生活する関係を築けるよう支援している。		
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	面会時等、来所された際や電話で家族の思いを直接伺ったり、毎月のお便りには、写真を掲載して日常生活を発信し、ともに支えていく関係性作りに努めている。		
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	なじみの場所に出かける機会を支援している。敷地内の施設や事業所を利用されている家族や知人への面会訪問に関しても自由に行き来する支援を行い、馴染みの関係が途切れないように努めている。	馴染みの人間関係が途切れないよう、ホームでの面会を歓迎しており、家族が毎日訪れている例もある。敷地内の事業所サービス(特養、デイサービス等)を親類・知人が利用している場合は、交流が継続できるように支援している。又、自宅周辺へのドライブや出身地区の神社への初詣、行きつけの理美容院の継続利用(家族の協力)等も支援している。	
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	個々の性格や社交性等を踏まえ、食事の席や外出時のメンバー、車での座席配置に関して位置を工夫し、関係作りに努めている。場合によっては、職員が間に入り会話や活動が弾むように支援している。一人一人が孤立しないよう、相互関係を大切に支え合えるよう声掛けをしている。		

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
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	退去されて、施設入居されても、面会訪問したり関係を継続できるよう支援している。また、長期入院となり退居された方のご家族への相談対応をしている。家族の希望があった場合は、関連機関との連携を取り、相談や連絡調整している。		
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	日々の関わりの中、特に入浴場面や居室で過ごしているような1対1の場面を活用して、一人ひとりの日頃の思いや「○○したい」等の希望、本心を聴くようにしている。あまり希望を言わない場合や把握が困難な場合には、家族の情報や入居前の様子等も踏まえ、意向の把握に努めている。本人の希望等は「」書きでそのまま記録し、職員間で共有している。	日常会話や1:1の場面(入浴時、居室内等)での会話の中から、利用者個々の「思い」を把握するように努めている。利用者の「思い」(○○を食べたい、○○に行きたい等)を聴いた場合は職員間で情報共有し、出来る限り実現するようにしている。意思疎通が難しい場合は、生活歴・家族の情報をもとに職員側から働きかけ、その際の表情等から「思い」を汲み取っている。	利用者の「思い」が込められた言葉をより日々の記録に残し、介護計画に繋げる仕組みが期待される。
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	入居前や入居時に家族より生活歴を伺うほかに、生活している中で知れた利用者のこれまでの暮らしの様子を記録し、職員で情報共有し活用している。		
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	毎日の記録、職員の申し送りや引継ぎの記録で把握し情報共有している。		
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	毎月のケア会議にて、利用者一人一人についての課題やケアの在り方を検討している。個人別のケア記録、家族の要望、看護師からの医療情報、受診時の情報からモニタリングをしている。状態変化等あった場合は、随時見直しされ家族に説明している。	「生活の中の楽しみ・出来る事の継続」「健康管理」「リスクマネジメント」の視点を重視した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。毎月、ケア会議の中で担当者を中心にモニタリングを行い、半年毎の見直し・再交付につなげている。	理念に沿い、利用者の笑顔・楽しみに繋がるよう、介護計画はより利用者の「思い」を重視し、ポジティブな内容と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	毎日の個別のケア記録には、日常の活動の様子が記載されている。特に変化の見られる利用者については、その都度引き継ぎや申し送りにて情報を共有している。		
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	同一敷地内の通所サービス事業所等へ行き、活動に参加したり、他事業所職員との連携を図り柔軟な対応が出来ている。受診においては、原則として家族が行っているが、突発的に受診要する場合や家族に代わり現状を伝える目的で職員が家族と同行する場合もあり、柔軟な支援を行っている。		

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	町内の図書館や、温泉センターを利用している。地域行事への参加や、近隣の商店や理容店の活用を行って、施設の取り組みに理解をいただけるようにしている。防災訓練においては、消防署の協力により、指導を受け、安全な暮らしが維持できるよう努めている。		
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	利用者・家族の希望に応じてかかりつけ医の継続受診を支援している。家族同行での受診の際は、情報提供書を作成し、事業所での近況が分かるようにかかりつけ医と連携している。緊急時や家族が同行できない場合は職員が同行し、適切な医療を受けられるように支援している。	馴染みのかかりつけ医への継続受診を基本としている。受診は原則家族に依頼し、各主治医と適切に医療連携を図れるよう、都度必要な支援(情報提供書の作成、受診に同行等)を行っている。精神科専門医による訪問診療体制も整えられている。	
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	週に2回看護師が配置されている。日常の服薬管理、健康管理の業務の他に、利用者の話し相手や生活支援を通して観察を行い、利用者一人一人の細かな異常や異変に対応し、職員へ伝えたりし、適切な受診や看護を受けられるよう対応している。		
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。	入退院時には、管理者が病院関係者及び家族等との連絡を密にとり、情報交換や相談対応している。また、医療機関の関係者とも日頃から、連絡を取り合っている。		
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	入居時に事業所としての重度化や終末期の支援についての方針を説明している。併設する特養への入居を希望する家族も多いが、状態の変化が見られた時点で、改めて話し合いを行い、意向を確認しながら、特養への入所申込みや医療機関への入院等を支援している。	終末期支援は行わない方針(=隣接特養施設で対応)を予め家族に説明している。利用者の状態変化に応じて都度、家族と今後の方向性(隣接特養施設への申し込み、療養型病院への移行等)を話し合い、可能な限りの重度化支援を行っている。	
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	緊急時の対応マニュアルをもとに、発生時に備えている。救命講習に参加し、技術習得したり、施設内研修会の緊急時の対応について学習している。		
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	各種ケースを想定した対応マニュアルと連絡体制を整備し、事業所内での研修やヒヤリハット事例、事件事例等の検討も重ねながら、緊急時の対応に備えている。緊急時の併設施設から応援体制も整えられ、合同研修の機会等も設けられている。	緊急時の対応マニュアルや連絡体制(主治医・管理者・看護職員等)を整えている。法人全体の緊急時対応研修(誤嚥・窒息、転倒時のロールプレイ訓練含む)に参加し、初期対応のスキルアップを図っている。	

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
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	協力医療機関や同一敷地内の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。併設施設とは、研修会や利用者の日常交流の中で、コミュニケーションが図られている。	各かかりつけ医・協力病院による医療支援体制を整えている。又、隣接特養施設をはじめとする法人全体の十分なバックアップ体制(合同研修、緊急時の応援、終末期支援等)が確保されている。	
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	夜間は1名の夜勤者が配置され、緊急時対応マニュアル、緊急連絡網が整備されるとともに、併設施設の夜勤者との連絡、応援体制が確保されている。近隣居住職員による応援体制や利用者の急変時の看護師への相談体制も確保されている。	1ユニットの為、夜勤者1名の配置となっているが、管理者・看護職員への相談体制や隣接特養施設夜勤者(計5名)・近隣在住職員の応援体制が整えられている。	
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	年3回、併設施設との合同で、昼間・夜間を想定した避難訓練や水消火器を用いた消火訓練等を実施している。併設施設とともに地域の避難場所としての機能を担っている。	災害時マニュアルを整え、消防立会いのもと、隣接特養と合同での総合避難訓練(火災想定中心)を実施している。内1回は人手が少ない夜間想定(夕方～実施)となっている。出火想定場所は都度変更し、互いの連携体制を確認し合っている。又、原子力災害を想定した町の防災訓練に継続的に参加している。地域の協力体制や備蓄品は法人全体で確保している。	
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	火災や地震、原発事故を想定した災害時マニュアルと法人全体の連絡網を整備している。備蓄は併設施設と合同で用意され、施設入所者1週間分と地域住民3日分が確保されている。消火栓・スプリンクラー・自動火災報知機など防災設備も適切に点検・管理されている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	毎年、接遇マナーやプライバシー保護にかかる研修を実施し、一人ひとりの個性や思い、プライバシーを尊重した関わりに努めている。利用者への言葉遣いや口調、名前の呼び方、介助の場面でのさりげない声かけ、方法等について、職員は互いに気にかけてあいながら徹底を図っている。	接遇マナーに関する法人内研修(時には外部講師を招いて)に毎年参加し、年長者に対する言葉遣いや対応に配慮している。利用者は原則、名字で呼び掛けている。羞恥心を伴う場面では同性介助の希望に応じたり、トイレのお誘いは耳元で行う、申し送りは利用者に聞こえないよう事務所内で行う等、プライバシーについて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	ひとりひとりの思いに合わせた言葉かけ、支援を行うよう配慮している。理念にもあるように、笑顔でゆっくり話しかけ、自身が「思い」や「希望」を表せるように日常に機会をとらえて判断や決定をできるよう働きかけている。		
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、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	一人一人のペースを大切に、ゆっくりと向き合う時間を作り、個々の「思い」に沿った支援を行うようにしている。		

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
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	日常生活や、受診や行事の外出時には、自分で衣服を選んでいただき、その人らしさを大切にしながら生活できるよう心掛けて支援している。衣服を選びやすいように、家具の配置や衣服の配置を工夫することを手伝っている。		
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	献立は、併設施設の管理栄養士が、畑で採れた季節の作物やおすそ分け食材、利用者の要望等を考慮して作成している。昼食の調理は事業所で行うため、利用者は野菜の下ごしらえや味付け、配膳、食器洗い等を職員と一緒にやっている。おやつ作り等も行い、利用者も一緒に調理している。行事食や外食を楽しむ機会も用意されている。	隣接特養の管理栄養士が栄養バランス・季節感を考慮した献立を作成している。食材は納品してもらい、夕食時の主菜以外は職員手作りの料理を提供している。ホームの畑で収穫した野菜も食材として活用している。利用者個々の得意な事で、食事の準備・後片付け(皮むき、配膳、お盆拭き等)に参加してもらっている。食事が楽しみとなるよう、おやつ作り・季節毎の行事食・外食(年1~2回)の機会を設けている。	
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	管理栄養士が作成した献立で、カロリーや栄養についてバランスのとれた食事が提供できている。また、食事形態については、個々に合わせた形態をその都度提供している。個々の嗜好に合わせた食事を提供している。		
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	毎食後には、うがいを習慣にしている。夕食後には緑茶をうがい水として用意し、歯磨きを行っている。個々の能力によって付き添いや声掛け、支援をしている。		
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	排泄チェック表等を活用し、個々の排泄パターン等を把握し、一人ひとりに応じた介助方法や排泄用品の使用等について職員で話し合いながら支援を行っている。	可能な限り「トイレでの排泄」を基本としている。排泄チェック表で個々の排泄間隔を把握し、適宜お誘いの声をかけている。排泄備品(紙パンツ、パッド類)は利用者の状況に応じて個別対応(種類、昼・夜で使い分け等)を図っている。時には本人の習慣・希望に応じて、ポータブルトイレも活用している。	
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	排泄チェック表を活用し、排便パターンの把握を行っている。便秘気味の方へは、好みや体質を考えて、乳製品や食物繊維の多く含む食物を摂っていただいたり、散歩等運動をし、出来るだけ自然排便に向けた支援を行っている。必要に応じて、看護師と相談しながら、排便管理を行っている。		
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	基本的に毎日お風呂を沸かしており、一人ひとりのこれまでの生活習慣を大切に、入浴回数や入浴時間、タイミング、入浴後の過ごし方等の希望に応じた支援を行っている。入浴剤を活用したり、菖蒲湯やゆず湯を提供したりもしている。入浴を拒むような場合でも、声かけやタイミングの工夫を行いながら無理強ひすることなく誘導している。	毎日お風呂を沸かし、基本週2回、利用者個々の要望(湯加減、ゆっくり、回数、好みの職員の介助等で)に沿った入浴を支援している。入浴剤や昔ながらの季節湯(柚子・菖蒲湯)でお湯の変化を楽しんでいる。入浴を拒む場合は無理強いせず、声掛けを工夫したり、改めて別の日にお誘いしている。	

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	一人ひとりの夜間の睡眠状態について、チェックして日中にも引き続き観察を行っている。状況によっては休息を促したり、安眠につなげられるよう飲み物などを準備したりしている。		
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	一人ひとりの服薬情報は、看護師が個別のシートで管理して誰もが理解できるように資料作成している。(服薬の変更等についても確認できるようになっている。) 服薬変更されたときは、観察や状態変化が報告できるように記録を活用している。		
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	家族からの情報や生活歴を把握し、可能な限り一人ひとりが役割を持ち、やりがいをもって生活できるよう支援している。		
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	利用者の希望に応じて、コンビニ等での買物や海岸のドライブ、敷地内の散歩、日光浴、桜見物、畑仕事、隣接施設への友人訪問等に出掛けることを日頃から積極的に支援している。	天気が良い日は、気分転換を兼ね日常的な外出(散歩、畑作業、外気浴、気軽なドライブ等)を支援している。又、利用者の要望に沿った個別・小グループでの外出(コンビニへの買物、自宅周辺へのドライブ等)も支援している。	
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	家族より、預り金を管理させていただいている。外出時や買い物等では、自分で支払いができるよう支援している。		
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	利用者本人が電話を希望する場合や、家族からの電話があった場合はつないだり支援している。希望があれば、手紙やはがきは本人が出せるように支援している。		
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	玄関やホールには季節の花を飾り、折り紙教室で制作した季節の作品も展示している。室内は季節感や手作りの温かみを感じられる雰囲気となっている。ソファやテレビ等家具の配置にも配慮し、利用者が集まり、思い思いに居心地良く過ごせる共用空間づくりを行っている。夏には西側の窓に利用者の世話をした、ゴーヤのグリーンカーテンを設置している。	共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮している。玄関やリビングに季節の花や観葉植物を飾っている。夏季は日よけの為、グリーンカーテン(ゴーヤ)を育てている。利用者が思い思いの場所で寛げるよう、ソファの配置場所にも気を配っている。	

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
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	ホールのソファや椅子、観葉植物などの配置に気を配り、一人ひとりの状態に応じた快適な居場所づくりを支援している。		
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	入居時に使い慣れた物や馴染みの品の持ち込みを促している。利用者は、思い思いにダンスやテレビ、電気スタンド、観葉植物、家族の写真等を持ち込み、また、制作した作品等も飾り、居心地良く、落ち着いて過ごせる居室づくりを行っている。	利用者が居心地良く過ごせるよう、使い慣れた身の回りの品(テレビ、冷蔵庫、毛布等)や安心出来る物(趣味道具、家族の写真等)を持ち込んでもらえるよう、家族に働きかけている。	
59		○身体機能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	一人ひとりの出来ること出来ないことを把握し、生活環境の支援を行っている。夜間の排泄は体調によってポータブルトイレを設置することによって本人の不安を解消し、また、安全に排泄ができる等その都度工夫している。		