

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	理念は『安全を最優先に、利用者の人格を尊重し開かれた環境でゆったりとした生活をしていただきます』。朝の申し送り時にケアマネから「今日もケガのないよう安全に」と、職員に声をかけている。リスクを恐れて利用者にも何もしないということではなく利用者とともに日々活動を行っているが、リスクに対する考え方の甘さや、スタッフの都合に合わせて利用者を急がず場面が見られることがある。	「安全を最優先に、利用者の人格を尊重し開かれた環境でゆったりとした生活をしていただきます」を理念として掲げている。安心・安全の環境を整え、利用者一人ひとりのペースや「出来る事」を大切に支援に取り組んでいる。理念は事務所内の掲示やミーティング時の具体的な話し合いを通じ、職員への意識付けを図っている。	
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	住宅地から離れた高台にあるため、たまに近隣住民が顔見知りの利用者に会いにくることがある程度。町内会には加入していない。年1回公民館を借りて地域住民の方たちとの交流会を開催しているが、今年度はまだ実施できていない。	地域の催し物への参加(地区祭礼、市民芸術祭等)や公民館での交流会(年1回、近隣住民を招待しての舞踊鑑賞と会食等)を通じ、地域とのつながりを保っている。代表者が元々ホーム在住地域の住民であり、地域とは良好な関係を構築している。	
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	前理事長はもともと地域住民であるため、時々地域の方から相談を受けることがある。地域に向けた研修や啓発等の取り組みは行っていない。		
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	運営推進会議は奇数月に開催し、地域住民の出席が多い。事業所の活動内容や外部評価結果等を報告し、認知症介護や事業所への理解や協力を求めている。また、それ以外にも地域住民の少子高齢化に関する諸問題等についても活発に意見交換を行い、行政に質問や提案をすることもある。	市担当者や多くの地域住民の参加協力を得て、2ヶ月毎(奇数月)に定期開催している。ホームの活動は春風便り(写真メインの広報誌)も用いながら、参加者に分かりやすく報告している。会議はホームの事だけでなく、地域の問題を行政に伝える場ともなっている。議事録は全家族に送付し、内容を周知している。	
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	市担当者とは運営推進会議や珠洲市ケアマネ連絡会以外にも、利用者やサービスについての課題が生じたときにはその都度相談し、解決に向けて一緒に取り組んでもらっている。	運営推進会議やケアマネ連絡会を通じ、市担当者と情報交換を図っている。運営上の疑問点があれば随時、電話・訪問して相談し、助言を得ている。	
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	身体拘束廃止について毎年事業所内で勉強会を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者に起こり得るリスク等について会議で話し合い、それ以外に方法がないという場合には、きちんとした手順を踏んで最小限の範囲で行っている。	身体拘束廃止に関する外部研修への参加、ホーム内での勉強会を通じ、該当行為や弊害に対する理解を深めている。3つの要件(切迫性、非代替性、一時性)満たし、やむを得ず4点柵を使用する場合は、ミーティングの中で該当状況を検討している。又、言葉で利用者の行動を制限しないよう、職員への意識付けを図っている。	
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	虐待防止に関して、外部研修への参加と事業所内での勉強会を毎年実施している。しかし職員のストレスや虐待への意識の不足等から、言葉かけに関して不適切なケアがないとは言いきれない。		

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
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	必要性が高いと思われる利用者を、それぞれの制度利用につなげた事例が過去に複数回ある。事業所内で勉強会を行い、職員に制度を理解してもらえるよう努めている。		
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	契約時には重要事項説明と事業所としてできること・できないことなどを丁寧に説明し、不安や疑問点等を確認している。利用料金改定の際は説明を行い、理解・納得・同意を得ている。		
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	契約時に苦情相談窓口についての説明を行い、家族等には定期的に意見や要望等を自由に記入する用紙を送付しているが、具体的に要望を表す人はあまりいない。意見や要望等はその都度事業所内で話し合い、対応するようにしている。苦情があれば経過・結果も含め運営推進会議で報告し、その議事録は利用者家族全員にも配布する。	毎月の春風便りで暮らしぶりを伝え、面会時に家族の具体的な意見・要望を聴いている。家族の希望に添い、電話以外の手段(ショートメール、ライン等)でも、気軽に情報交換を図っている。又、ケアプラン郵送時に意見・要望シートを同封し、日々の支援に活かしている。	
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	月1回の職員全員参加のミーティングの場で介護スタッフから要望や提案等を聞き、対応については主に理事長・管理者が話し合っている。それ以外のいつでも、ケアマネや管理者、理事長に意見や提案を伝えることができる。	毎月のミーティング時に個々の意見・提案を吸い上げ、全体で意見交換する機会を設けている。職員の意見・提案を前向きに捉え、ホームの運営(ハード面の改善、利用者サービスの向上等)に反映している。	
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	給与水準は高いとはいえないが、職員の休日の希望はできるだけ入れて勤務表を作成してくれている。健康診断は毎年全職員が受けることを義務付けている。それ以外に、年間を通して季節の野菜等を職員全員に無料配布する機会が多い。		
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	なるべく事業所外での研修を受けられるよう日程の調整や交通費の支給等に配慮している。外部の研修に参加した場合は、研修記録を作成し資料とともに職員全員に回覧している。資格を持たずに入職した職員には介護職員初任者研修受講を奨励し、優先的に勤務日程調整を行っている。		
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	日本認知症グループホーム協会には加入しており、県内での研修会に参加できるときはしている。市内で介護職員が同業者と交流する機会はほとんどない。毎月開催の珠洲市ケアマネ連絡会においてケアマネが他事業所と情報交換を行ったり、勉強会に参加したりしている。その議事録は職員全員に回覧している。		

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	できる限りサービス利用開始前にケアマネが本人との面談に出向き、安心して話ができるように努め、思うままの言葉を傾聴している。		
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	利用開始前にケアマネが家族等に連絡を取り、家族の困りごとなど様々な思いや要望等を聴くようにしている。家族の状況を把握・理解し、安心してサービス利用ができるように言葉かけしたりして関係構築に努めている。		
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	利用希望があった段階でその利用者の状態や置かれた状況等を聞き、その時の介護職員の力量で受け入れ可能かどうかを事業所内で検討している。場合によっては他の施設等をすすめることもある。お試し利用をすすめて利用した人が過去にあった。		
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	食事の準備や後片付け、洗濯や掃除等、毎日利用者と職員が一緒に行うようにしている。一緒に作業したりおしゃべりしたりする中で、利用者のお話を聴いたり教えてもらったりして関係性を築いているが、職員の中には話を聴くことが下手な者もいて、関係作りがうまくいっていないところが見られる。		
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	職員の支援だけでは本人を支えきれないこと、本人が安心して生活していくためには家族の協力が必要なことを、折に触れ家族に伝えている。家族の思いや事情は理解し、負担への考慮もしつつ、できる限りの協力をお願いしている。		
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	病院など出かけた先で知人に出会えば、ゆっくり会話できるように配慮している。面会や手紙、電話などでのつながりを制限することはなく、またいつでもどうぞと声かけし、利用者本人から希望があれば対応しているが、積極的にこちらから出かけることはしていない。	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たり、家族との外出を推奨している。友人・知人からお届け物があった場合は、お礼の電話を支援している。又、馴染みの場所(市総合病院、地区祭礼等)に出向き、友人・知人に出会った場合は、ゆっくりと会話できるように支援している。行きつけの理美容院による送迎協力を得ながら、継続利用している例もある。	
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	少人数で1ヶ所に毎日同じ顔ぶれが集まっているという現状があるため、それぞれの性格や相性などからトラブルが起きることはよくあり、関係性に配慮しながらの支援に努めている。利用者同士で表情を見て声をかけたり、ひざ掛けをかけてあげたりして気づかいあっている場面もある。		

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
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	他の施設や病院に移って契約が終了となる場合が多いが、その際には先方に本人の状況・情報を詳しく伝えている。利用終了後も職員が面会に行ったり、家族に出会ったときに様子を聞いたりすることもある。		
<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	利用者が気持ちを表しやすいように和んだ雰囲気を作りケアマネが個別に話を聴いたり、日頃の利用者の発する言葉や行動などから推し量ったりして、本人の意向の把握に努め、ミーティングで検討している。	日ごろのかかわり・日常会話の中から、利用者個々の「思い」を把握するように努めている。又、ケアマネジャーが1:1の場面で、利用者の本音(困っている事や楽しい事等)を聴いている。利用者の発した言葉を日々の記録に残し、ミーティングの場で情報共有している。	利用者の「思い」(○○したい、○○が嬉しい・楽しい等)が込められた言葉をより積極的に拾い上げて日々の記録に残し、介護計画に反映する仕組み作りが期待される。
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	初回アセスメントで得られなかった情報が、入居後に日々の利用者との会話や家族等から得られることはよくある。基本情報の把握や新しい情報の共有をきちんと行うよう職員に何度も言っているが、できていないときがよくある。		
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	利用者の様子・状態を毎日申し送りし現状の把握に努めているが、職員によってはまだ利用者を見る目や介護技術が未熟で、「できないだろう」という思い込みを持ちたり「できること」が共有できていなかったりして、利用者各々のできる力を発揮させることができていないこともある。		
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	毎月モニタリングを行い、職員全員で利用者の状態やケア内容について話し合い、本人・家族の意向を踏まえながらサービス計画書を作成している。サービス計画書は基本的には3カ月毎に家族に交付し、同意を得ている。	「健康管理」「職員が必ず行う事」「利用者本人の楽しみ・出来る事」「家族の要望」を反映したケアプランを作成している。ケアプラン内容を利用者個々のケース記録に印字し、職員への周知徹底を図りながら、日々の実践に取り組んでいる。3ヶ月毎にモニタリングを行い、その結果(介護状況報告書)を家族に送付している。	本人本位の介護計画となるよう、利用者本人の「楽しみ・出来る事」をより重視し、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	サービス計画を個人記録用紙にも転記してあり、毎日チェックすることで計画内容の把握とそれにそったケアが行われるようにしているが、ただチェックしているだけの職員もいるように見える。記録に日課の記載はあっても、それ以外に気付いたことやその時々様子など詳しく書かれることが少ない。必要なことが書いてなかったり、わかりにくい記載になっていたりということがよくあり、情報の共有がなされにくいし、介護計画の見直しに反映しにくい。事業所内で勉強会をしたりしているが、なかなか改善が難しい。		
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	利用者本人だけでなく家族にも支援が必要な事情があって、関係機関と相談や連携を図ったことが過去にあった。		

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
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	地域資源との協働はほとんどない。入居前から行きつけであった、送迎もしてくれる美容院を継続して利用していた人はいた。		
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	契約時に事業所の協力医療機関と受診支援についての説明を行い、主に家族の希望で受診機関を継続または変更している。協力医療機関に関しては、送迎や付き添い等の介助を行っている。	ホーム提携医による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。ホーム提携医にいつでも相談し、指示を仰げる関係を構築している。協力医療機関(市総合病院)への受診は、ホーム側で支援(送迎・付き添い・適切な情報提供)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	当事業所に看護師は在籍せず、訪問看護ステーションとの契約もない。必要時にかかりつけ医に連絡・相談している。		
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。	利用者が入院した際にはスムーズに治療が進むよう情報提供を行い、できるだけ短期間で退院できるよう希望を病院側に伝えている。入院中はできるだけ面会に行き、状況を確認している。		
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	契約時に、事業所としてできること・できないこと、重度化した場合のこと、入院が長期化する場合のことなどを説明し、本人や家族の意向を確認している。重度化に際しては医師の意見も踏まえ事業所内でどこまでの支援ができるか検討し、家族等と話し合い、今後の方針を決めている。	入居時にホームの方針(看取りは行わない)を伝え、可能な限りの重度化支援を実践している。利用者の身体状況の変化に応じて都度、家族と話し合いの場を設け、意向を確認しながら今後の方向性を定めている。看護職員が不在な為、医療依存度が高い場合は他施設(病院、特養施設等)への移行をサポート(紹介含む)している。	
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	毎年職員全員参加で、消防隊員から心肺蘇生法とAEDの使用方法について学んでいるが、全職員が実践力を身に付けているとはいえない。応急手当についての訓練は行っていない。		
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	緊急時の職員連絡網は整備しており、毎年訓練しているがなかなかスムーズに連絡がいかない。緊急時の対応マニュアルの整備もしているが、職員が内容を熟知しているとはいえない。	応急手当のポイントや緊急時の連絡体制一覧表を整備している。又、毎年、市の出前講座を活用し、消防職員指導の下、緊急時の初期対応(誤嚥・窒息時、心肺蘇生法、AED使用方法等)を繰り返し学ぶ機会を設けている。	

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
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	協力医療機関との連携はとれているが、バックアップ機関との交流はない。	ホーム提携医や市総合病院によるバックアップ体制を確保している。	
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1名だが、理事長と管理者の自宅が事業所の目の前にあり、すぐに駆け付けることができる体制となっている。	1ユニットの為、夜間帯は1名の配置となっているが、ホーム眼前に理事長・管理者宅が所在しており、随時の応援体制が整えられている。又、緊急連絡網による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	事業所が高台にあり、地域住民の高齢化が進んでいることもあって、災害時の協力をあおぐことは難しい。地域で行われる防災訓練に合わせて、利用者自身の身を守る訓練を行っている。火災発生を想定した避難訓練は年2回行っている。	災害時の対応マニュアルを整え、年2回、火災を想定した総合避難訓練を実施している。訓練は立地条件を考慮し、人手が少ない夜間想定中心の内容となっている。緊急連絡網も活用し、反省点を今後の訓練に活かしている。スプリンクラー等の防災設備を完備し、業者立ち合いの下、消火器や火災通報装置の使用方法を定期的に学ぶ機会を設けている。県民一斉防災訓練に参加し、地震発生時の対応を確認している。防災頭巾、非常持ち出し袋を玄関に常備している。	専門家の助言が活かせるよう、消防職員の立ち合いの下での総合避難訓練の実施が期待される。又、備蓄品(非常食等)の整備・充実が期待される。
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	災害時の対応マニュアルは整備しており、定期的に見直しも行っている。備蓄リストは作成しているが、まだ備蓄は整えていない。利用者全員分以上の数の防災頭巾を玄関に常備している。		
<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	人格を尊重した言葉かけや対応をするよう常々職員に伝えているが、年長者としての敬意を払っていなかったりプライバシーを損ねる言葉かけをしている場面も見られるため、まだまだ意識付けが足りないと思われる。	年長者への敬意を忘れず、馴れ馴れしい言葉遣いや応対がないように注意喚起している。認知症を理解し、利用者の言動を否定せずに受け止めている。又、トイレ誘導は他者に悟られないようにさりげなく行ったり、利用者を前にしての情報交換は控える等、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	その都度利用者の意思や希望を聞くように指導しているが、職員の『こうしてほしい』という思いが強くて、意思を聞いていない時がある。		
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	職員の都合でスケジュールを決めることがほとんど。しかし利用者のその日の状態やペースに合わせたものとなるように気を付けている。		

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
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	1日の中で何度も着替える人や、反対に着替えを嫌がる人もいますが、利用者本人の意向を尊重して対応するよう指導している。ただ、衣服に関しては着脱しやすいものを職員が選択しがち。美容院については事業所への訪問理容もあるが、本人と家族の希望を聞き、検討、対応している。		
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	野菜の皮むきなどの下ごしらえや食後の食器拭きなどを利用者と一緒にやっている。毎年事業所の地区祭礼の日は、祭り御膳を提供している。	ホームの畑で採れる旬の野菜を存分に活かした手料理を提供している。利用者個々の出来る事・得意な事で食事の下ごしらえや後片付け時に役割を担ってもらっている。利用者の知恵や経験を活かし、調理方法等を教わる場面を設けている。食事が楽しみとなるよう、時には新鮮な刺身を提供したり、イベント食(祭り御前)や外食の機会も設けている。	
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	栄養士はいないのでカロリー計算はしていないが、本人の状態に合わせた食事形態の工夫、食器選びや量の調整などを行っている。夏でも水分を摂りたがらない利用者が多いが、何とか飲んでもらえるよう声かけや工夫に努めている。		
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	毎食後の歯磨きと毎晩の入れ歯除菌洗浄を習慣づけている。必要な人には声かけ・見守り・介助を行っている。		
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	ポータブルトイレは使用せず、トイレでの排泄を基本としている。失禁がある方に対しては、排泄パターンの把握に努め、最適なオムツの選定を随時検討し、必要な部分のみ介助することとしている。たまにプライバシー配慮に欠けた大きな声で介助する職員がいるため、その都度指導している。	可能な限り「トイレでの排泄」を基本としている。座位が難しい場合は本人にとって快適な備品(オムツ、パッド類)を選定している。排泄に関する備品は有効かつ必要最小限度の使用にとどめ、家族の費用負担軽減も図っている。	
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	牛乳やヤクルトなどの乳製品の摂取や散歩などでの運動をすすめるなどして便秘防止に努めているが、下剤を服用している利用者は多い。下剤服用している人には、排便状況の確認に努め、医師に相談しながら下剤の調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は基本的に2日おき、日中の午後の時間帯としており、個々の希望に合わせてはいない。ただ、利用者同士の関係性や湯温の好みなどを考慮し、入浴順番を決めたりしている。	2日おきにお風呂を沸かし、利用者個々の要望(温度、順番、仲の良い人と一緒に等)に沿った入浴を支援している。又、昔ながらの季節湯(菖蒲湯、柚子湯)や足湯も行っている。お風呂嫌いの方には無理強いせず、声かけする職員や曜日を変えて入浴してもらっている。	

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
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	一人ひとりの体調や生活習慣などに応じて、適宜休養をとってもらっている。散歩に出かける際も途中で途中で休憩を入れている。夜間眠れない人については日中の活動性を高める努力をしたり、関わり方を職員間で検討しながら対応しているが、どうしても対応困難な場合に医師と相談しながら薬の調整を行うこともある。		
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	個人記録ファイルにそれぞれの服薬内容の説明書をはさんでありいつでも確認できるようにしているし、薬が変わった時はその内容と状態変化の確認を行うよう申し送りしている。しかし職員全員が内容を把握・理解しているとはいえない。ケアマネが随時状態変化がないかを確認し、医師との連携を図っている。		
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	一人ひとりの得意なこと、好きなことなどの把握に努め、役割を持って生活できるよう支援している。また、縫い物などの手作業やカラオケなどをレクに取り入れられているが、個別の対応には十分には手が回っていない。		
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	一人ひとりの希望にそった外出支援はできておらず、皆と一緒に外出することが多い。天気の良い日は散歩に出かけることをすすめており、ドライブ、外食、お花見、わらび採り、市内の祭礼見物、柿の収穫など、外出の機会はできるだけ作るように努めている。	健康づくり・気分転換を兼ね、天気の良い日は外気浴や散歩を積極的に支援している。又、季節を味わう外出(桜花見、山菜採り、紅葉狩り等)や個別の外出(病院帰りのドライブ、出身地区の祭礼見学等)も支援している。	職員間で協力し合い、より個別的な外出支援に取り組まれる事を期待する。
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	トラブル防止のため本人にお金は持たせておらず、事業所に預かり金もない。一人ひとりの欲しいものは、その都度事業所の立替払いで購入している。		
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	本人や家族等から電話したいとの希望があったり、家族等から荷物が届いたときのお礼の電話など、その都度やりとりの対応をしている。手紙が届いたら本人に手渡し、希望により返事の対応もしている。		
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	利用者が動きやすく危険性が少ないものとなるよう心掛けて家具などを配置している。建物は既存の木造住宅を改修したものであるため施設っぽさがなく、冬はコタツや石油ストーブなど生活になじみの深いものを使用するなど、家で過ごすという感覚を持ってもらいたいと考えている。	木造住宅を改修した建物は施設っぽさがなく、生活感のある雰囲気となっている。利用者が安全に移動できるよう、動線の確保に配慮している。職員が差し入れてくれる季節の花や利用者との散歩途中に摘んだ自然の花をホーム内に飾っている。冬季は一般家庭と同じように、コタツや石油ストーブも活用している。	

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
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	共用空間の中に独りになれたり、気の合った利用者同士で過ごせるような場所はない。建物の構造的な問題でそういった場所を作ることが困難。トラブルが起きやすいので、気の合う人、合わない人など利用者同士の関係性を考慮し、居間や食堂での座る場所を決めている。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に本人の使い慣れている物を持ち込んでくださると伝えていますが、必要なもののみという場合がほとんど。家族の写真を貼って寂しさを軽減したり、好きなお相撲さんのポスターを貼って楽しんでもらったりしている。	入居時に使い慣れた身の回りの品(くし、鏡、寝具類等)や安心出来る物(家族の写真等)を自由に持ち込んでもらっている。	
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	廊下や玄関、浴室、トイレに手すりがある。元は一般的な木造住宅であるため廊下は狭いが、その分手すりや壁づたいに歩きやすい。歩行状態や本人の使いやすさなどを考慮し、杖やシルバーカーを使用している人もいる。自室やトイレなど場所がわからない人のために、文字表示を貼っている(文字表示が一番理解しやすいと思われるため)。		