

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。リスクを考慮しつつ、利用者の意思を尊重し、持てる力を発揮できるように活動することを心がけている。	「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。生活上の様々なリスクを考慮しつつ、利用者個々の持てる力を活かせる支援に取り組んでいる。理念はホーム内の掲示・申し送りで話し合いを通じて、職員への周知を図っている。	
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り、地域住民も高齢化しているため、近隣からの訪問はほとんどない。散歩の途中であいさつを交わしたり、地域で開催される盆踊りに参加したりして、交流に努めている。	散歩時の挨拶や地域の催し物(盆踊り、祭礼見学等)への参加を通じ、出来るだけ地域との交流を図っている。前理事長の在住地域の為、近隣住民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り、地域の高齢化が進んでいるため、時々相談を受けることはある。地域に向けた研修や啓発等の取り組みは特に行っていない。		
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、出席者は地域住民が多い。事業所の活動内容等を報告し、認知症介護や事業所の活動への理解と協力を求めている。事業所の活動についての意見より、地域の少子高齢化に関する諸問題についての話題が出ることが多い。	利用者家族、地域住民代表(複数名)、市担当者等をメンバーとし、年6回開催している。ホームの活動報告後、メンバー間でざっくばらんに意見交換したり、地域の課題を検討する場となっている。	
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	市担当者とは運営推進会議以外にも、利用者やサービスについての課題や疑問が生じたときにはその都度相談し、協力を求めている。	運営推進会議やケアマネ連絡会への参加を通じ、市担当者との連携強化を図っている。運営上の疑問や困難事例が生じた場合は担当課に相談し、必要な助言を得ている。	
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	事業所内での研修会を毎年実施している。今年度からは3か月に1回、身体拘束廃止委員会を開催しており、その際に、どういったことが身体拘束になるのかを話し合うなどして、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	3ヶ月毎の身体拘束廃止委員会の中で、日々の支援の中に不適切行為(グレーゾーン含む)がないかを職員全体で確認している。又、言葉で利用者の行動を制限しないよう、言葉かけを工夫したり、待っていたく場面では具体的な理由を説明するようにしている。	
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	事業所内での研修会を毎年実施している。職員は虐待防止を意識し努力してはいるが、まだ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場面がみられる。		

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
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。制度に関する研修会を毎年ではないが行っている。		
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・できないこと等を説明し、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・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。意見や要望等があれば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している。	春風便り(毎月:写真添付)や介護状況報告書(3ヶ月毎:介護計画実践報告)で暮らしぶりを伝えながら、面会時に家族の意見・要望を聴くようにしている。介護計画作成時は意見・要望シートを送付(返信用封筒添付)し、家族の声を計画に反映するようにしている。又、家族の希望に応じ、ショートメールを用いての気軽な情報交換も行えるようになっていく。	
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	毎月職員全員参加のミーティングを行っており、その場で職員から要望や提案等を聞く機会を設けている。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。	朝・夕の申し送りや毎月のミーティングの中で、職員の意見・提案を吸い上げる機会を設けている。職員の建設的な意見・提案はホームの運営面(利用者の支援・介助方法、物品購入等)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	職員一人ひとりの能力や勤務年数に応じた給与体系ではなく、給与水準は高いとはいえない。勤務に関しては職員個々の希望にできるだけ沿う形で勤務表を作成している。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は多くある。		
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	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を行っている。研修記録は資料とともに全職員に回覧している。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。事業所内でも、介護に必要な知識や理解を高めるために随時研修会を行っている。		
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。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、研修会に参加したりしている。		

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
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	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、本人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とり、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	利用者の受け入れを検討する段階でアセスメントし、本人にどういったケアが必要か、その時の介護職員の力量で対応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。		
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	毎日、食事の準備や後片付け、洗濯や掃除等、利用者それぞれができることを職員と一緒にしている。一緒に作業やおしゃべりをする中で、利用者の話を聴いたり教えてもらったりして関係性の構築に努めている。		
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	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	外出先で知人に出会えば、ゆっくり会話できるよう配慮している。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ている。本人から希望があればできるだけ対応しているが、積極的にこちらから会いに出かける支援はしていない。	馴染みの人間関係が途切れないよう、家族・親戚・近所さん等の面会を歓迎している。外に出向いた際に顔なじみの人に出会った場合は、再会を楽しめるように配慮している。孫の協力を得ながら、定期的に自宅の様子見に行っている例もある。	
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	利用者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あり、関係性に配慮して座る場所を変えるなどの対応をしている。利用者同士で声をかけ気づかう場面もよく見られる。		

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
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。利用終了後は積極的に経過をフォローすることはないが、家族等に偶然出会ったときなどに様子を聞いたりすることはある。		
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	他の利用者から離れて個別にケアマネが話を聴いたり、日頃の利用者の言動や表情などから推し量ったりして、本人の意向の把握に努めている。	普段の会話をヒントにし、職員間で利用者個々の「思い」を検討している。普段と違う言動がある場合は、「何か思いがあるのでは」と推察し、1:1で要望や不満等を聴くようにしている。	利用者の「思い」が込められた言葉(〇〇したい、〇〇が好き等)を「」書きで日々の記録に残し、介護計画に繋げる取り組みが期待される。
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	初回アセスメントで得られなかった情報が、サービス利用開始後に本人や家族等から得られることはよくあるので、そういったことを意識しながら会話している。得られた情報はその都度職員間で共有するようにしている。		
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	利用者の様子・状態は日々の申し送りの他に、毎月のミーティング(ケアカンファレンス)での話し合いで確認し合っている。		
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	毎月ケアカンファレンスを行い、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。	「利用者ニーズ」「健康管理」「職員が必ず行う事」を明示した介護計画を作成し、日々の実践に取り組んでいる。計画は日々の個人記録に印字し、全職員への周知徹底を図っている。職員の声や家族の意見・要望を踏まえながら、3ヶ月毎に計画内容を更新・見直ししている。	
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	サービス計画は個人記録用紙に転記し、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。記録に関しては、口頭で申し送るだけで記載はされていなかったり、内服薬の変更やケアの変更があってもそれに関しての継続的な記載もされていないことがあり、情報の共有や介護計画の見直しに活かしているとはいえない。		
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はあったが、積極的にサービスの多機能化に取り組んではない。		

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
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	地域資源を利用することはほとんどない。外出行事の際には市内のバス会社の貸し切りバスを利用している。入居前から行きつけであった美容院を継続して利用していた人はいたが、現在はいない。		
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っているが、主に家族の意向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、診察時の送迎と付き添いを行っている。	ホーム提携医による訪問診療中心の健康管理体制(いつでも相談可)を整えている。地域の総合病院・精神科受診の際はホーム側で送迎・付き添いを行い、主治医と適切な医療連携を図っている。	
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情報提供を行い、できるだけ短期間で退院できるよう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等を説明し、理解を求めている。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。	提携医の協力を得ながら、ホームで可能な限りの重度化・終末期支援に取り組んでいる。医療依存度が高い場合は入院治療を原則としているが、その他の場合は本人・家族の希望に沿って対応している。重度化の状況に応じ、特養施設等への移行もサポートしている。	
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ぶ機会を作っており、応急手当や初期対応についてはその際に質問し方法を学んでいるが、全職員が実践力を身に付けているとはいえない。		
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を整備してあるが、職員が内容を熟知しているとはいえない。	毎年、市の出前講座を活用し、応急手当のポイント(心肺蘇生法、誤嚥・窒息時の対応、AED使用方法等)を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。	ホーム提携医や地域の総合病院による支援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＝1名の夜勤者で対応しているが、緊急時はホーム眼前に居住している理事長夫妻による応援体制が整えられている。ホーム全体の緊急連絡網も整備されている。	
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	事業所が住宅地から離れた高台にあり、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。市で行われる防災訓練に合わせて、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。内1回は人手が少ない夜間帯を想定した内容となっている。訓練時は防災設備業者立ち会いの下で行い、実際に通報装置を使用したり、消火体験を行っている。地震に備え、毎年、県民一斉防災訓練に参加し、職員への意識付けを図っている。災害発生時に地域住民の協力が得られるよう、運営推進会議の中で災害対策について検討する機会を設けている。玄関に非常持ち出し袋や防災頭巾を備え置いている。	立地条件を考慮し、年1回は消防立ち会いの下で訓練を行い、専門家の助言を今後の対応に活かす取り組みが期待される。又、土砂災害を想定した訓練の実施や備蓄品(非常食・水等)の充実が期待される。
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。備蓄については現在のところ完備とはいえない。災害時に使用する防災頭巾を玄関に常備している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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に努めているが、時々不適切と思われる言葉かけが見られる。まだまだ職員の意識付けが足りないと思われる。	利用者の言動は否定せず、一度受け止めてから対応するようにしている。年配者として敬い、原則、名字でお呼びしている。又、トイレ誘導は耳元で行ったり、申し送りは利用者に聞こえない場所で行う等、プライバシーについても注意を払っている。	「認知症」を有する利用者に対し、適切な声かけ・対応を行っているかを定期的に振り返る取り組みが期待される。
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	なかなか思いを言葉にできない利用者もいるが、その都度、本人の言葉を待ったり、選択肢を用意して選んでもらったりなど、工夫に努めている。		
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	スケジュールは職員の都合で決めることがほとんど。ただし何をすることも、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	頻繁に着替えてどれを洗濯したらよいかわからなくなる利用者もいるが、本人の意向を尊重して対応するよう努めている。ただ、着脱介助が必要な利用者に関しては、着脱しやすい衣類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があるが、本人と家族の希望によっては別の美容院を利用する場合もある。		
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。	理事長夫妻が育てる旬の野菜を大いに活用し、季節感ある手料理を提供している。家事が好きな方とは、食事の準備・後片付け等と一緒にやっている。又、季節毎の行事食（赤飯、祭り弁当等）や新鮮な刺身、時には外食を楽しむ機会も設けている。	
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	野菜を多く取り入れた食事となっている。本人の状態に合わせて食事形態の工夫、食器選びや量の調整などを行っている。水分摂取量の記録はしていないが、水分を摂りたがらない利用者には、ゼリーやスイカなどで水分を摂れるよう工夫をしている。		
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。必要な人には支援を行っている。		
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排泄することを基本としている。失禁がある方に対しては、排泄パターンの把握に努め、本人のできること・わかることを維持していけるよう、最適なオムツの選定や介助方法を随時検討している。	利用者の持てる力を活かせるよう、「トイレでの排泄」を基本としている。誘導が必要な場合は個々の排泄間隔を掴み、適宜お誘いの声をかけている。排泄用品は個々に合う物を選定し、使用枚数等も必要最小限に留めるようにしている。	
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	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。下剤服用している場合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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は基本的に2日おき、日中の午後時間帯としており、個々の希望に合わせてはいない。ただ、入浴順番に関しては利用者の希望に合わせてたり、利用者同士の関係性や湯温の好みなどを考慮し決めている。	2日おきにお風呂を沸かし、利用者個々の要望（順番等）に沿った入浴を支援している。重度の方でも入浴できるよう、リフト浴を設置している。昔ながらの季節湯（菖蒲湯、柚子湯等）を楽しむ機会も設けている。入浴を拒む場合は無理強いせず、言葉かけを工夫している。	

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	本人の希望や体調、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様子を見ながら途中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、関わり方を検討しながら対応しているが、どうしても眠れない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は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。しかし職員全員が服薬内容を把握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、好きなことを積極的に行えるよう支援に努めている。折り紙や塗り絵を自由に楽しんでいる人もいる。また、本人のできる力を活かした役割作りもすすめている。		
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	一人ひとりの希望にそった外出支援は、外へ散歩に出るくらいしか対応できていない。外出行事として皆で一緒に車で出かけることが多い。	気分転換を図れるよう、戸外に出る機会(散歩、自然の景色を見ながらおやつを食べる、ベンチに座って足湯を楽しむ等)を設けている。又、時には普段行けない場所への外出(植物公園、祭礼見学等)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	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	本人や家族等からの希望があれば、その都度やりとりの支援対応をしている。		
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夏は暑く冬は寒いが、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ことで、家で過ごすという感覚を持ってもらいやすいと考える。	木造住宅を改修した建物内は生活感のある空間となっている。家の雰囲気大切に、過度な飾りつけは控えるようにしている。居間の窓から自然の風景が眺められ、季節感を味わう事が出来る。	

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	建物の構造上、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。そのためトラブルが起きることもあるので、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	入居時に本人の使い慣れている物を持ち込んでくださいと伝えているが、必要最低限の物のみという場合がほとんど。アルバムや写真を持ち込む人もいるが、寂しがる人には家族やペットの写真を貼るなどしている。	居室で居心地良く過ごせるよう、使い慣れた物(身の回りの小道具、寝具、趣味道具等)を持ち込んでもらったり、安心出来る物(孫の写真等)を飾っている。	
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)。		