

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	運営理念をホーム内に掲示し、常に意識して皆で共有するようにしている。	「住み慣れた地域の中で、穏やかで輝きのある暮らしの実現」を理念として掲げている。理念は各ユニットでの掲示するとともに、ケア会議では理念に立ち返りサービス内容を検討・話し合うことを通じて、職員へ理念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人として日常的に交流している	地域の行事(市の福祉運動会、地元町内の子ども神輿、いきいきサロン、防災訓練)等に参加し、地域の方との交流を持つ機会を作っている。地元町内会総会や新年会等に施設の代表が参加し、地域の決まり事を守っている。	回覧板より地域情報を得て、町内行事(総会、奉仕活動、防災訓練等)に参加している。また町集會場で毎月ある「いきいきサロン」や「のみ活俱樂部」での地域住民と交流している。ボランティア(民話、アロママッサージ等)の受け入れや、秋祭り・お宮さんの清掃等を通じて、地域との繋がりを深めている。町集會場にて認知症カフェの開催(隔月)し、地域住民への啓発活動にも積極的に取り組んでいる。	
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	寺井高校や寺井中学の社会実習を受け入れ、介護の現場を体験してもらっている。地元町内会に、住民からの介護福祉の疑問や質問に応える企画があれば、いつでも協力することを伝えている。また、毎月第3水曜日に杜カフェを開催(集會場と杜の郷と交互)し、地域からの介護相談等、受けれるようにしている。管理者がキャラバンメイトとして認知症サポーター養成講座に参加して地域の理解を進めている。		
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	定期的(奇数月)に運営推進会議を開き、ご利用者様の状況、行事報告、今後の取り組み等報告している。話し合いで出た意見はサービス向上に活かしている。	町会長、民生委員、家族代表、市・包括担当者等が参加し、同一敷地内施設と合同で定期開催(年6回)している。ホームの利用状況・活動を報告後、質疑応答・意見交換を行い、助言等をサービスの向上に活かしている。また家族の要望の吸い上げや、地域交流を推進す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 市町村担当者とは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	能美市グループホーム連絡会に参加している。行政や他の施設と連絡を取り、協力関係を築くように取り組んでいる。	運営推進会議時やグループホーム連絡協議会やキャラバンメイト活動への参加を通じ、市担当者との連携強化を図っている。	
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	施設内研修を通してすべての職員は拘束について理解しており、拘束ゼロの介護をめざしている。一時的に危険防止のためのベッド柵の使用については家族様の説明と同意を得て実施する場合がある。	年2回、身体拘束廃止(身体、薬、言葉)に関するホーム内研修を実施し職員へ周知を図っている。また外部研修の受講後にホーム内での事例に照らし合わせ検討している。職員よりグレーゾーンへの対応方法や疑問をメモ形式で出し合い、ケア会議の中で利用者個々のリスク・対応策を話し合い、工夫を重ねながら身体拘束しないケアの実践に取り組んでいる。グループ全体では身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回開催している。	利用者の安全確保のためのセンサーマット等の活用時は利用者・家族への十分な説明が望まれる。
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逃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	施設内研修ですべての職員は虐待について理解しており、虐待は無い。職員同士が注意を払い、連絡・報告・相談をすることにより、虐待の発生を防止している。		

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
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	外部研修に参加した職員が内部研修を行う予定であり、全スタッフに理解を徹底する。人権思想、命の尊厳を守る事介護の土台の理念として職員に徹底している。		
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	契約を結ぶ際に利用者・ご家族様に説明し、納得と同意を得て契約している。また契約を結んだ後も、不明な点については相談に応じている。		
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	運営推進会議で意見交換の場を作っている。又、家族との電話連絡、面会時に意見要望を把握し、運営に活かすように努めている。毎月の便りやブログで暮らしぶりを伝え面会時に家族と意見交換を行っている。	面会時に家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、毎月のホーム便り(写真添付、職員の個別コメント)やブログで暮らしぶりを伝えている。メールも活用し、家族と気軽な情報交換を行っている。また家族の本音を汲み取れるよう、毎年満足度調査を継続的に実施し、サービスの改善を図っている。集計結果・改善報告は全家族に文書で返答している。	
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	月に一度、各ユニットで職員会議を行い、意見や要望を出し合い話し合っている。職員からの気づきや提案を重視し、職員会議以外でも提案しやすい雰囲気作りに努めている。	職員の「気づき」を運営面に活かせるよう、ユニット会議時に意見・提案を吸い上げる機会を設けている。管理者は普段から職員とコミュニケーションを図り、気軽に相談できる雰囲気作りを心掛けている。また年2回個人面談の機会を設け、職員個々の本音や悩み、生活環境の変化等を聞いている。	
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	代表者は月に一度、ホームでご利用者様・スタッフとともに昼食し、意見や要望を聞く機会を設けている。グループワーク等、スタッフの個々の考えを把握し、施設の整備改善・環境改善に努めている。また、第4水曜日に責任者会議を行って、意識の共有を行っている。		
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	施設内研修を実施し、職員一人ひとりの力量を把握し、職員のスキルアップを図っている。		
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	グループホーム連絡会や地域の研修会に管理者や職員が参加できるように努め、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	事前面接時に不安や要望を聞き、入所後も寄り添って訴えに耳を傾け、注意深く見守り続け、安心を確保するようにしている。ケアプラン作成時にはニーズや不安についてよくお聞きし、それに応える介護プランを作成している。		
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	サービスを導入する段階で施設を見学してもらい、雰囲気を感じていただいた上で、不安・要望等に耳を傾け、十分に説明を行い、同意を得ることを大切に、信頼しあえる関係作りに努めている。		
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	本人の状況をよく聞き、表情や行動に見られる本人の気持ちの把握にも努め、主任、ベテランスタッフを配置して、支援内容を見極めている。		
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	本人の生活史を把握し、趣味や嗜好、考え方を尊重し、何ができ、何が好きで得意なのかを見極め、支援している。個別対応だけでなく、ご利用者同士の共同生活を楽しむように関係作りに努めている。		
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	スタッフからのメッセージと本人の最近の元気な写真を添えた月に一度の施設便りで近況を伝え、面会や電話連絡時にもご家族の思いを聞き、情報交換し、ともに支えていく関係作りに努めている。		
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	親戚や友人、近所のなじみのあるか方が自由に面会に来られるようにし、明るく自由な雰囲気のホーム作りに努めている。外出先を選ぶ時は、本人の馴染みの場所を選択できるようにしている	馴染みの人間関係が継続できるよう、ホームでの面会を歓迎している。馴染みのスーパー・ドラッグストア等に出向き、友人・知人に出会った際は今後も関係がつながらるように働きかけている。また以前利用していた隣接の介護事業所の利用者との交流継続を支援している。地域の活動(いきいきサロン、のみ活倶楽部)に継続的に出向き、新たな馴染みの関係作りにつながっている。	
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	日々の申し送りやケア会議で、その時々々の状況を職員全体が把握し、ご利用者様一人ひとりが孤立せず、みんなで関わり合い、楽しいコミュニケーションがとれ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
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	退所後にも必要に応じて同系列の小規模やサービス付高齢者向け住宅の切り替え等連携を行っており出来るだけサービスの継続に努めている。入院先や入居先をたずねる事もしている。退所後のご家族からの電話や相談も受け入れるようにしている。		
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	一人ひとりにスタッフが寄り添う時間を設けるようにしケースや記録、ケア会議等で情報を共有し、本人の希望や思いを機敏に正確に把握し、職員全体がそれに添って支援できるよう努めている。(入浴時などに思いがけず思いが聴けることが多い)	利用者に寄り添い、日常会話の中から利用者個々の「思い」が把握できるように取り組んでいる。利用者の「思い」の把握・推察につながる言葉・行動について、ケース記録で情報共有している。意思疎通が困難な利用者については、家族や友人からの情報を基にして、職員からの声かけ等の働きかけによりその表情や反応から「思い」を推察して、利用者本位に検討している。	利用者と職員が接する時間を長く持つことで会話と一緒に過ごす機会を増やし、より具体的な利用者の「思い」の把握に繋がる言葉・行動を引き出す取り組みに期待する。
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	本人やご家族からの聞き取り、他施設からのサマリーなどで、これまでの暮らしぶりの特徴を把握している。必要に応じて地域のケアマネや医療機関、地域包括センターからも情報を得て、立体的な生活像の把握に努めている。		
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	日々の経過記録や本人の話などから生活の特徴を把握するとともに、バイタル・食事摂取・排尿・排便記録、本人の表情や話しぶり、態度などから利用者の心身の状況の把握に努めている。		
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	本人のニーズ、心身の状態のアセスメント、家族の思いを把握し、さらに主治医の意見書も判断材料にし、本人・家族・スタッフの意見とケア会議での討論を経て、プランニングしている。安心して毎日の生活を送ることが認知症の状態維持につながることから、その点をニーズにしている時もある。	「本人の楽しみ」「安全な生活」「健康管理」の視点を重視した介護計画を策定している。ケア会議で検討した職員の意見や気づきを活かし、3ヶ月毎にモニタリングを行っている。	より具体的な利用者の希望・思いの実現に向かうケアプランの策定に期待する。
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	日々の状況を個別経過記録に記入し、申し送りで職員同士で情報を共有し、ケア会議でもご利用者様ごとに検討しあい、介護実践の見直しに努めている。		
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	ご家族の支援が困難な場合には、本人が望む必要な物品の購入や通院には付き添いを行い、柔軟なサービス提供に努めている。		

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
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	地域社会との連続性が途切れないよう、本人が利用していた社会資源を把握し、本人が安心して自由な暮らしを継続していけるよう支援に努めている。		
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	ご利用者様本人やご家族が希望されるかかりつけ医での受診や定期往診が行われている。普段からかかりつけ医との連携に努め、信頼関係を築いているので、状態の変化に際しては、迅速に連絡・相談を行い、健康管理に努めている。	利用者・家族が希望する馴染みのかかりつけ医への継続受診(家族の同行受診)を基本としている。外出受診が難しい場合は、かかりつけ医に訪問診療を依頼している。緊急時や専門医(精神科医、皮膚科医等)への受診の際はホーム側で都度必要な支援(管理者や主任が同行、文書や電話で情報交換等)を行い、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	看護師の勤務日(週3回)にご利用者様の体調の変化や状態を報告・相談し、適切な受診や看護を受けられるよう努めている。		
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。	入院時には病院関係者と情報交換し、病室を訪れて病状を確認している。安心して治療に専念できるようホームとして待機できる期間について家族と話し合っている。入院が長引いて退所された後も、今後の生活について不安がないよう同グループで出来る事を説明し出来る限りの援助を行っている。		
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	容態が重度化した場合やターミナル期に入った場合には、ご家族に充分説明し、必要な介護について同意を得ている。ご本人に要介護度の状態変化があった場合にも、契約書を再確認するとともに、求められる適切な介護について説明し、同意を得ている。	かかりつけ医による医療面でのバックアップを得ながら、重度化・終末期支援に取り組んでいる。家族の意向は予め文書で確認しているが、利用者の状態変化に応じて都度、主治医・看護師を交えて話し合う場を設けている。主治医が終末期と判断した場合は、ホームとして「出来る事・出来ない事(食事、投薬等)」の基準を具体的に家族に伝え、同意を得ている。毎年、看取りに関する研修を積み重ね、できる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	消防署の協力を得て定期的に救命救急の講習を受けている。また施設内での研修もを行い、利用者の急変や事故発生に備えた対応の訓練実施に努めている。		
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	緊急時対応マニュアルを備え、職員は応急処置の講習も受け、対応できるようにしている。判断に迷うときは管理者やかかりつけ医に電話して、必要な対応をするようにしている。	緊急時に備え「日中・夜間の対応手順」を整え、ホーム内での掲示・職員全員への配布を通じて周知を図っている。年1回、ホーム内研修を実施し対応マニュアルの確認を行っている。同一敷地内施設全体でAEDを備え、年1回消防による救命救急講習を職員が数名受講し、AEDの使用方法を繰り返し学ぶ機会を設けている。また敷地内の看護職員による応援体制も整えられている。	行方不明事態発生時の地域協力体制の構築に期待する。

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	かかりつけ医や施設の看護師とは常に連絡を取り、連携した支援体制を確保している。同グループ全体による十分な連携支援体制が整えられている。他介護老人福祉施設との交流や連携は市の連絡会を通じて行っている。	地域の医療機関や協力病院による医療支援体制を確保している。また介護老人保健施設とは契約で、支援体制を確保している。同一敷地内のグループ施設全体のバックアップ体制も整備している。	
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となっている	緊急時には、近くに住んでいる管理者と職員が駆けつけ、すぐに対応できるようにしている。全職員の緊急連絡網を策定し、管理者の指示で緊急支援ができるようにマニュアル化している。	各ユニット1名(ホーム内2名)の夜勤体制となっている。また同一敷地内施設の夜勤者(3名)との相互協力体制と緊急連絡網による管理者への相談体制、近隣在住職員(施設長含む)の応援体制を整備している。夜勤時の申し送りでは懸念事項を確認し、緊急時の体制を事前に整えている。	
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	避難訓練を社の郷施設合同で定期的(年1回)に実施し、その際には地域の代表にも参加を要請し、消防署員の指導監督を受けている。また地域の防災避難訓練にも参加している地域の方からの応援については望めないと考えている。(鉄工団地で近くの民家が少ないため)ホームでは今年も水害避難訓練を予定している。	年2回、敷地内施設と合同にて総合避難訓練を実施している。うち1回は消防立ち合いのもと火災避難訓練(利用者含む)と消火訓練を実施し、避難場所と避難経路を確認している。うち1回はホーム独自で水災発生時の避難訓練を実施している。また町内会の防災訓練(震災想定)に継続参加し、当ホームでの防災訓練にも地域住民代表(町会長、民生委員)の参加を得ている。	
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	スプリンクラー、避難器具を設置し、災害時の安全確保の整備に努めている。食料、飲料水、救急衛生用具、ラジオ等を備蓄している。	災害時対応マニュアルを策定している。ホーム内のスプリンクラーや避難器具は定期的に検査し、災害時の安全確保に取り組んでいる。備蓄品(食料、飲料水、救急衛生用具、ラジオ等)をリスト化して保管し、定期的に内容を点検(賞味期限含む)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	言葉による制止の無いようにスタッフの研修に努めるとともに、その人の人生観、生き方を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないように努めている。	年1回、認知症ケア・接遇・個人情報保護に関するホーム内研修を行い、職員に適切な対応の周知を図っている。認知症に関する理解を深め、利用者に対する「敬意」の気持ちを忘れずに接している。介助する際は事前に説明し、本人に了解を得ている。またブログ・便りの写真利用に関しては予め家族の同意を得て、職員間で情報交換する際は他者に分からないように隠語を用いる等、個人情報・プライバシーの保護に注意を払っている。	
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	ご利用者様の態度、言葉遣い、表情に気を配り、思いや希望を傾聴し、心に添うようにしている。本人が望むことを尊重し、自分で選択する、自己決定する意思を何よりも大切にしよう努めている。		
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	食事、起床時間はできるだけ本人の希望や意向に沿って対応し、本人のペースで一日を過ごせるよう支援に努めている。		

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
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	本人が好きな衣類を選ぶよう、本人に確認して着替えを行っている。重ね着をしすぎないように配慮し、整容も自分でできることはしていた。できな部分スタッフ支援している。美容師による出張利用日を設けて希望者に整容を楽しんでもらったり施設内で髪染めも行っている。		
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	業者が献立を作成し食材を納品しているが献立は利用者や相談して変更する事もある。得意な方には料理にも参加してもらっている。一人ひとりの好みを把握し対応できるようにしている。季節毎の行事食や外食の機会も設けている。	献立は業者が作成し、配達された食材を用いて職員が利用者の好みに応じて調理法をアレンジしながら手作りの料理を提供している。利用者の得意な事、できる事、やりたい事を見極め、食事の準備・後片付けを職員と一緒にやっている。利用者の経験を活かし、押し寿司や梅干し・しそジュース作りをみんなで楽しむ機会を設けている。季節毎の行事食提供や個別・少人数での外食も利用者の楽しみとなっている。	
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	本人の好みや食習慣、水分の摂取に配慮している。嚥下障害のある方や体調、体重の増減を考慮し、自分のペースで食事を探ってもらっている。食欲がわくように、盛り付けや食器などにも配慮している。誤嚥の無いよう、毎日嚥下をよくする口腔体操をしている。		
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に、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、ご利用者様個々にあった口腔ケアをしている。入歯の洗浄も自分で行っていただき、できないところをスタッフが支援している。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの自立排泄を支援している。夜間の歩行が不安定な方には、夜間のみポータブルトイレを使用している。	全利用者について排泄チェック表を作成し、本人の持っている能力を活かし、「トイレでの自立した排泄」を支援している。夜間においてもパッドやオムツ等の排泄用品の使用は必要に応じて最低限にとどめている。トイレへの誘導が必要な場合には、個々の排泄間隔や前兆の仕草・行動等のパターンを把握し、他者に気づかれないような声かけ方法を工夫して誘導支援している。	
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	排泄状況を記録し、状況によっては牛乳を飲んでいただくたり、軽い体操を促したり、場合によっては主治医の処方による服薬で適切な排便をコントロールしている。		
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	週2回の入浴を目安に、入浴していただいている。入浴があまり好きでない方には、無理をしないで声かけをし、入浴する気分を促し、入浴を誘いかけている。	各ユニット毎に週4日お風呂を沸かし、利用者個々の要望(温度、湯量、順番、回数等)に沿って最低限週2回の入浴を支援している。入浴を拒む利用者については、無理強いをせず声掛けの工夫や時間帯・曜日等を変更して入浴を促している。利用者の好みのバス用品(石鹸、シャンプー等)の使用や、家族との温泉旅行も支援している。	

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
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	室温・湿度を管理し、本人の希望状況により自由に休息を取っていただいている。夜間も安心して眠れるよう、不安な様子ときには寄り添って話を聞いたりなど支援を行っている。		
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	スタッフ全員が把握できるように勤めている。		
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	散歩、家事、広告紙でのゴミ箱作り、新聞・雑誌、TV、ゲームなど、一人ひとりの興味や力を活かした役割で参加し、楽しんでもらっている。年間計画の行事や季節ドライブ、季節感のある壁飾り作りを行っている。		
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	自宅への外出、家族と一緒に外出、スタッフと一緒に散歩やドライブ、地域のイベントなどへ出かけられるよう支援している。	天候が良い日は気軽に戸外(散歩、ベンチでの日光浴、買い物等)に出ている。また季節感を味わえるような外出、利用者の要望に沿った個別外出(菊花展に行きたい等)、地域の行事(秋祭りのお宮さん清掃活動、いきいきサロン、のみ活俱樂部等)への参加も支援している。	
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	家族の同意を得て職員が管理している。本人の希望があれば、必要に応じて家族の同意を得て購入の支援を行っている。		
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	ご本人から希望があったときは電話を利用していただいている。また家族からの電話は本人につないでいる。手紙・葉書を書かれる方はいないが、外部からの通信はすべて本人に手渡し、内容が分からない方にはスタッフが読んで説明している。		
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	冷暖房・床暖房で温度を適切に管理している。換気と湿度、明るさの管理にも配慮し、窓を開けての通風や電灯照明、カーテンによる遮光などを行っている。リビングには、季節の花を配置し、季節感のある会話のきっかけを作っている。	共用空間の温度・湿度管理や換気に十分に配慮している。衛生管理(感染症対策含む)にも注意を払い、清潔な生活環境を整えている。飾りつけは大人が生活する雰囲気の基本としており、職員が差し入れてくれる季節の花を飾っている。2階のリビングから周囲の田園風景を眺めることができ、季節感を十分に味わえる環境となっている。	

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	本人のペースで居室であったりリビングであったり、自由に居場所を選んでいただいている。		
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	家で使用されていた思い出のある物品を、そのまま持参いただいて利用している。写真や飾り物、手作りの作品なども自由に自分の居室に飾っている。	居心地よく過ごせるよう、使い慣れた物(テレビ、座椅子、毛布など)を自由に持ち込んでもらっている。また安心感が得られるよう、自分の作品や家族の写真を飾っている。居室内を利用者が安全に移動できるよう、家具の配置や手すり等の動線の確保にも配慮している。	
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	フロアはバリアフリーで廊下には手すりがあり、各自のADLで自由に移動している。トイレも車椅子での介助にも使用できるタイプで、不安なく利用している。居室入口には表札をつけ、自分の部屋であることを明確にしている。		