

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	ユニット内や入口に理念を提示し、会議を通して理念に沿った支援が来ているのか確認、共有している。利用者個々の歴史を大切に、利用者本位のライフサポートプランを実践している。	「生命と尊厳の尊重」「プライバシーの権利」「差別・虐待防止」「安らぎと安心感のある生活」「利用者本位」「家庭的雰囲気」の6項目を柱とする企業理念を掲げている。理念はホーム内の掲示やライフサポートワークの実践を通じ、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	利用者の馴染みの生活を大切にしながら行きつけの店や、地域のスーパーへ買い物に行っている。祭りや運動会、避難訓練などの行事に参加している。隣の幼稚園との交流もある。	町内行事(祭礼、防災訓練、運動会の見学等)への参加や社会資源の活用、近隣幼稚園との密な相互交流等を通じ、地域との繋がりを深めている。又、グループ全体の広報誌(=地域通信)を近隣住民宅に配布し、認知症・グループホームについての理解を深めてもらっている。	
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	運営推進会議でホームの現状について説明している。地域便りを作成し、近隣住民や公的機関、スーパーなどに配布している。キャラバンメイトに参加している職員もあり、地域の人に向けて認知症の理解や支援、ホームでのサービスの向上に活かしている。		
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	役場や家族、地域の方に参加を呼びかけ、2か月に1回運営推進会議を開催している。会議では参加者とホームの運営状況・サービス・生活の様子や、その時々地域の行事についてなど意見交換を行い、相互の理解を深めるようにしている。	家族代表、区長、民生委員、幼稚園長、行政担当者(介護保険課・地域包括)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、テーマを設けて意見交換を行い、第三者の意見・助言をサービスの向上に活かしている。	家族の関心・参加が増えるよう、会議で話し合った内容を全家族に周知する取り組み(議事録の送付、通信内での要点報告等)が期待される。
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	介護保険証の申請など諸手続きに役場まで赴いている。役場に運営推進会議の参加をお願いしている。生活保護や身寄りのない方もいるため、事例によって地域包括センターや県職員とも相談しながら連携をとっている。役場主催の研修に参加している。	運営推進会議・グループホーム連絡会での情報交換等を通じ、町担当者との協力関係を構築している。運営上の疑問点があれば随時担当課に相談し、必要な助言を得ている。ホームとして行政と共に認知症の啓発活動にも取り組んでいる。	
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	日中は玄関の施錠は開放し、自由に出入りができるようにしている。利用者の心身の状態によって、外出の際に見守り、同行をしている。	ホームとして「身体拘束廃止」を宣言し、その実践に取り組んでいる。言葉で利用者の言動を制限しないよう、その時々「思い」を尊重している。身体拘束(虐待・グレーゾーン含む)に該当する行為がないかを毎月のユニット会議や自己点検シート(半年毎)で振り返る機会を設けている。	

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
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	利用者の身体の状態に異常がないか、虐待がないか職員間で確認している。外傷などあればヒヤリハットを書き、職員間で話し合い原因と対策について検討し共有している。		
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	成年後見人制度、自立支援について実際に活用している利用者があり、行政機関や後見人となっている司法書士、行政書士と相談している。話を聞いたり資料を通して学ぶようにしているが、理解には不十分である。		
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	入所前に本人、家族ともなるべく施設内を見学し納得して頂けるようにしている。契約の際は原則、管理者、主任立ち合いの下、契約書を読み上げて説明を行い、現状での不安や疑問を尋ね、介護、医療の面でも必要な支援について話し合っている。		
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	利用者本人や家族から意見があれば、管理者に報告し職員間で原因を話し合い、改善点がないか話し合っている。運営推進会議や面会時に家族の意見や要望を聞き、運営に反映に努めている。	家族の具体的な意見・要望を引き出せるよう、面会時に近況を詳しく伝えたり、毎月の通信(写真、個別のコメント添付)で暮らしぶりを伝えている。又、希望される家族とはLNE等も活用し、気軽な情報交換を行っている。	
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	管理者は職員の意見、提案を会議や個別に聞いている。管理者会議を通じて管理者は代表やホーム長に伝えたり、事例によって管理者、主任が代表して報告、相談している。事例によってホーム長が全体会議、ユニット会議に出席している。	管理者も現場業務に従事しており、職員が発言しやすい環境づくりに配慮している。又、ユニット会議の場で職員の意見・提案を吸い上げ、ホームの運営(利用者の支援方法等)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	職員の健康診断を年に1回、がん検診を行っている。有資格者手当、賞与、昇給など向上心を持って働きやすい環境を整えている。残業を減らすよう努めている。福利厚生		
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	法人内外の研修に参加し、法人内での勉強会や研修も積極的に開催している。研修によって費用の補助を行っている。研修参加者は資料や報告書を提出し、会議を通じて内容を伝達し共有できるようにしている。		
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	管理者は地域連絡会議に出席し、地域の同業者との意見交換を行っている。入居希望の方との面会や情報提供について他施設を訪問、連絡を取っている。地域便りを配布しホームの現状をお知らせしている。		

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	初期相談については主に家族と管理者が行っている。家族だけでなく、なるべく本人にも見学して頂いている。本人の様子を見守りながら、不安や要望を傾聴し関係作りに取り組んでいる。		
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	本人の状態を確認しながら、見学時や電話相談の段階で家族の不安や要望を聞きながら、入所の準備を行い家族との関係作り努めている。		
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	本人や家族のこれまでの生活歴や家族や周囲との関係性、今必要としている支援を見極めながら、往診など他のサービスや行政機関との連携を含めた対応をしている。他施設や病院からの紹介もあり、情報提供をお願いしている。		
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	利用者主体であることを意識し、それまでの個々の生活スタイルを大切にしながら、共に生活をする中で、料理の準備や片づけを一緒にしたり、家事などのアドバイスをもらっている。買い物や外食など、趣味嗜好を通して、生活の中で楽しみを共有している。		
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	家族がいつでも来れる雰囲気づくりを心掛け、無理なくいつでも声をかけている。面会時や毎月の便りで個別に利用者の近況を報告している。運営推進会議への参加、受診の同行を依頼したり、家族からの支援が必要な場合はその都度、電話でお願いしている。家族と外食、外泊される方もいる。		
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	馴染みの人や場所との関係継続を心がけている。馴染みのスーパーへ買い物に行ったり、ホームに知人や親戚が訪ねてくることもある。家族や後見人と相談しながら自宅の様子を確認しに行く利用者もいる。	馴染みの人間関係・場所を支援マップに集約・追記し、「繋がり」を支援している。ホームでの面会を歓迎したり、時には友人宅にも出向いている。又、自宅周辺へのドライブ、行きつけの理美容院の継続利用(送迎含む)も支援している。家族の協力を得ながら、週に何度も外泊している例もある。	
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	相性や認知の能力の差によって、時に口論になることもある。出来ないことを手伝ったり、女性利用者同士で談笑したり悩みを話したりしている。職員は互いの関係を見守りながら、時にフォローしつつ支援に努めている。		

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
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	他施設に入所される際にサマリーを提供している。退所後に家族から相談があれば、その都度応じている。亡くなられた方の葬儀に参列している。		
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	各利用者の言葉や表情から、どのような思いがあるのか考察し記録するように努めている。ライフサポートワークを実践しながらユニット会議にて意見を交換し、本人本位の支援を目指している。	ホーム全体で利用者個々の「思い」を重視した支援＝ライフサポートワークの実践に取り組んでいる。日常会話での利用者の「思い」が込められた言葉(表情も顔文字で)・職員の考察を日々の記録に残している。又、言葉の表面だけでなく、職員全体で「真意」を探り、利用者個々への理解を深めている。意思疎通が難しい場合は職員側から働きかけ、その際の反応から「思い」を汲み取るようにしている。	
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	入所時にアセスメントを行い、本人や家族からこれまでの生活や環境を会話の中から把握し、記録している。在宅や他施設のケアマネより情報を提供してもらっている。		
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	業務日誌、個別記録をつけ、日中、夜間の申し送りし、心身の状態や出来事を把握するよう努めている。ユニット会議で個々の必要な支援について話し合っている。		
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	ライフサポートプランを作成し、各担当者は考察を含めた記録から評価、要望、課題についてユニット会議で話し合っている。その方の思いに沿った本人目標、介護者課題の視点からプランを作成し、家族にも協力を得ながら、共に支え合うよう努めている。	普段の関わりで得た本人の「思い」中心のライフサポートプランを作成し、日々の支援に繋げている。プランが本人のニーズ中心の内容になっているかを、独自のチェックシートを用いて確認している。目標には「介護者の課題」も明示し、より良い暮らしとなるようにサポートしている。前プランの評価・新プランの作成時には、全職員の意見を踏まえている。	
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	本人の思いや日々の様子を中心に考察をふまえた記録を行い、申し送りをして共有している。ユニット会議にて個々の支援の見直しを行っている。		
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	献立は決まっておらず、その時に食べたいものを利用者と相談しながら決めている。買い物、ドライブ、自宅訪問、外食など外出支援を行っている。家族との外出や外泊を楽しまれる方もいる。		

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	地域便りを病院、スーパーなどに配布しホームの様子をお知らせしている。町内の防災クラブと協力して避難訓練を行っている。役場、町会長、幼稚園、民生委員など招いて運営推進会議を行っている。隣の幼稚園との交流がある。		
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	ホームの連携医、本人のかかりつけ医の他に症状にあわせ専門医への受診も行っている。定期受診以外でも体調によって受診や相談をしている。本人の状況にあわせ負担のないように往診を受けている方もいる。	ホーム提携医(24時間連携)による訪問診療中心の健康管理体制を整えている。専門医(精神科等)の受診についてはホーム側で支援(送迎・付き添い)し、各主治医と適切な医療連携を図っている。又、訪問看護事業所による週に1度の健康チェックや提携薬局との連携も整えられている。	
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1回訪問看護と契約しており、様子を見に来ている。体調の変化があれば相談し、主治医の指示によって個別に契約し点滴などの処置を行うこともある。受診時にはかかりつけ医の看護師に相談することもある。		
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。	入院時にはサマリーを提供している。お見舞いに行ったり、治療経過を記録している。本人の生活の質を考えながら早期退院に向け、病院側と連絡を取りながら、家族と医師のカンファレンスにも参加している。		
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	延命処置についてアンケートで家族の意向を把握している。実際に終末期を迎えた方に関して、往診に切り替えたり、本人も家族も後悔のないよう、家族とホームの機能や支援について話し合う機会をもっている。	最後まで利用者・家族の「思い」に沿えるよう、関係機関(ホーム提携医、訪問看護事業所等)のバックアップを得ながら、重度化・終末期支援を実践している。ホームで出来る事は予め家族に文書(ターミナル期の援助内容)で説明している。利用者の重度化・状態変化の都度、揺れ動く家族の意向を確認している。	
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	急変時は主治医、主任、家族に連絡し適切な対応を行うようにしているが、対応に不安を持つ職員もいる。訓練や個別に研修で学ぶこともあるが定期的に行ってはいない。		
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	損害賠償保険に入っている。救急時のマニュアルはある。緊急事態の際は、主任、管理者、ホーム長に報告し指示を受けている。	緊急時の対応マニュアルを整備し、全職員に救急救命講習の受講(最低1回)を義務付けている。又、管理者・ホーム提携医に相談し、指示を仰げる体制を整えている。	生命に関わる緊急時(誤嚥・窒息時、意識消失時等)に全職員が迅速・適切に対応出来るよう、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	地域便りを配布したり、入居に対する問い合わせはあるが、日頃からのバックアップ機関との交流は不足している。契約している訪問看護や薬局に相談したり、かかりつけ医には症状に合わせ相談、指示をもらっている。	ホーム提携医による医療支援体制を確保している。地域の介護老人福祉施設とは契約で支援体制を確保している。又、同一グループ全体のバックアップ体制も整えられている。	
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	各ユニット1名ずつ夜勤者がおり、緊急時には上司に報告し、隣のユニットや休みの職員に応援を要請し連携している。	夜間帯は各ユニット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。平屋建ての利点を活かし、普段から両ユニット間で協力し合っている。又、緊急連絡網による近隣在住職員の応援体制も整えられている。	
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	定期的に避難訓練を行っている。地区の防災クラブ主催の避難訓練にも参加し、ホームでの避難を体験してもらっている。	災害時の対応マニュアルを整備し、年2回、人手が少ない夜間帯での火災を想定した総合避難訓練を実施している。内1回は消防立ち会いの下で行い、専門家の助言を今後に活かしている。災害発生時に地域の協力が得られるよう、地区防災クラブ主催の訓練に参加(毎年)したり、今年度は運営推進会議と併せて訓練を実施(区長・町会との連携推進)している。備蓄品の保管も行っている。	備蓄品については定期的な点検(内容・賞味期限含む)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	火災や緊急時に備え、スプリンクラーや自動連絡装置、消火器が設置されている。避難先、連携体制を協力機関にお願いしている。		
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	本人の気持ちを尊重しながら、プライドや尊厳を重視した声かけをこころがけているが、時に配慮に欠けることもあり、失礼のないよう注意している。外出時など個人情報を守っている。	職員都合・業務優先ではなく、利用者中心の支援を基本としている。年長者のプライド・尊厳を損なわないような言葉遣いや対応を心掛けている。又、トイレ誘導時は他者に悟られないようにしたり、可能な限り同性介助を基本とする、職員間の情報交換は利用者から見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。	
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	本人の希望を尊重し、自己決定できるような声かけや雰囲気、関係づくりに努めている。思いを言い出せない方でも、日々の生活を共にするなかで、表情や仕草から思いをくみ取れるよう考察している。利用者本位の支援を会議などで話し合い共有している。		
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	利用者のペースを大切にし、柔軟な対応ができるよう心がけているが、受診などにより1人1人の希望に沿えない時もある。日課や入浴の制限もなく、自室でテレビを見たりゆっくりと過ごされる方もいる。		

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	美容院や理髪店に出かけ、化粧品を買いに行くている。服装はなるべく本人に確認しながら好みの物を着ており、季節に合わせてさりげなく声かけすることもある。		
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	チラシや料理番組を利用者と見ながら、季節の物を取り入れながらその日の献立を考えている。野菜の皮むきや出来る範囲での調理、皿洗いなど利用者と一緒に行っている。利用者同士で片づけをめぐって口論になることもあり、職員が間に入ったり配慮している。	地域のスーパーに買い物に出向き、季節感ある手料理を提供している。利用者の嗜好を考慮し、2ユニット別々の献立となっている。嚥下状態に配慮し、個別対応(ムース食の提供等)を行っている。利用者個々の得意な事で準備・調理・後片付け時に役割りを担ってもらっている。利用者の経験を活かしておはぎ作りを行ったり、個別・小グループでの外食支援も行っている。	
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	それぞれの体調や、それまでの習慣に合わせて食事や水分が確保できるよう支援している。嚥下機能が低下している方にはムース食を食べたり、ゼリーやトロミで摂取してもらい、食材によって刻み食を提供している。食事量を見て高カロリーのゼリーや飲料を摂取してもらっている。		
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	自立している方に対しては本人任せになっているところもあるが、声かけするようにしている。介助、見守りが必要な方には起床時、就寝時に義歯の洗浄を介助し、残渣物がないか確認している。		
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	時間の間隔や水分量から考慮し、本人の様子を見て声かけしながらトイレでの排泄を支援している。本人の自尊心にも配慮しながらさりげなく声かけしている。	可能な限り「トイレでの排泄」を基本としている。利用者個々の排泄パターン・サインを職員全体で共有し、必要時は適宜お誘いの声をかけている。利用者の身体状況に応じて都度、個別対応(日中はリハビリパンツ使用⇄夜間帯は安眠を優先しオムツ使用等)を図っている。	
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	本人の排便の間隔を把握し、水分摂取や頓服薬でのコントロールを行っている。できるだけ自然に排便があるよう、消化の良い食べ物、野菜や乳製品を献立に取り入れている。必要に応じて訪問看護師や薬剤師、主治医に相談している。		
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	入浴の日時は決まっておらず、毎日入浴ができる。入浴が嫌いで空いてしまう方もいるが、タイミングを見ながら声かけしている。皮膚の疾患の方など清潔を保持していただくために説明しながら声をかけている。	毎日お風呂を沸かし、利用者個々の要望・生活習慣(入浴回数、時間帯＝一番風呂、夕方等)に沿った入浴を支援している。外湯が好きな方には家族の協力を得て、銭湯での入浴を支援している。お風呂嫌いの方には無理強いせず、本人のタイミングで入浴できるようにタイミングを見計らったり、声かけの工夫を行っている。	

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
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	居室やホールで自由に休まれている。寝不足や外出などによる疲労が見られる方に対して、こちらから居室でしばらく休むか尋ねることもある。就寝時間は決まっておらず、それぞれの習慣にあわせている。エアコン、加湿器に室温や湿度には気をつけている。		
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	与薬確認の声かけを常に行っている。薬の情報、副作用について医師の他、ホーム契約の薬局や訪問看護師に相談している。薬の変更時には、変更の理由と様子に変化がないか記録し申し送りしている。		
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	自分用のお菓子や果物を買に行くほか、自宅へ行ったり、家事や外出など個別での援助を行っている。身体機能の低下などにより外出する方が偏ってしまうこともある。		
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支援している	買い物好きな方、外食に行きたい方と一緒に出掛けている。1人で散歩をする方もいる。ドライブに行くこともあり、海や道の駅まで行きアイスやジュース、外食をしている。自分で外出を言われない方には、こちらから声をかけ馴染みの場所や季節ごとの名所、イベントなどへの外出を声かけている。家族との外出を楽しまれる方もいる。	散歩、買い物、花壇いじり、喫茶・外食、ドライブ等、個別・小グループ中心の外出支援を行っている。又、季節感を味わう外出(海風浴、桜花見・紅葉狩り等)や利用者の思いに沿った場所への外出(遠方の故郷巡り等)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	本人が自分の財布で管理している方もいるが、ほとんどがホームでの管理となっている。財布が見当たらないこともあり、本人と一緒に居室を探すことがある。生活保護の方もおり、買い物の際に後見人に相談することもある。		
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	コードレス電話を自由に使うことができる。難聴の方には職員が代わりに伝えている。携帯電話を個人で所有している方もいる。		
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	廊下やホールには手すりがついており、洗面所や台所は低めに設計されている。居室、トイレ、浴室は分かりやすく明記している。季節の花をテーブルに飾ったり、利用者の作品や写真をユニット内に飾らせてもらっている。ホールの温度調整も利用者と相談しながら快適に感じられるようにしている。	「家」の雰囲気大切に、過度な飾りつけは控えている。共有空間の温度・湿度管理や換気に配慮し、冬季は加湿器を使用している。季節の小物をさりげなく飾ったり、家族が差し入れてくれた花を利用者に生けてもらっている。和室コーナーは仏壇参りや洗濯物をたたむ場所として活用している。	

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	ゆっくり過ごせる様、食席やソファの空間を利用している。職員とも共にテレビや雑談を楽しんでいる。居室で好きなテレビを見られる方もいる。		
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	なるべく各自が自宅で使用されていた慣れ親しんだ家具や寝具を使用している。個人の生活スタイルを重視し、それぞれに必要な電化製品やタンスを用意している。家族からのプレゼントや写真が飾られている。	各居室はリビングと離れた場所に位置しており、プライバシーが保てる造りとなっている。入居時に使い慣れた物(テレビ、冷蔵庫、寝具一式等)や安心出来る物(家族の写真、趣味道具等)を持ちこんでもらっている。	
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	部屋には名前のプレートがかかっており、手すりが各所に設置されている。洗面所は利用者に合わせ低めに作られており、ガスレンジや二層式の洗濯機など使い慣れたものを使用している。		