

自己評価および外部評価結果

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	終の棲家を法人理念に掲げている。住み慣れた地域で家庭的な環境のもとに本人の思う生活が出来るように支援し、重度になっても住み替える事なく顔馴染みの人に囲まれ安心して過ごせる居場所であるよう支援している。ケアプランを基に、日々の支援は理念に通じていることを職員会議で確認しながら実践にむけ努力している。	「終の棲家づくり」を基本理念として「地域の中で最期まで支援したい」という思いを大切に、それを地域にも発信し続けることで、共感した地域住民の理解と協力を得て地域密着型サービスの意義を実行している。重度になっても住み続けることができるように職員の意見を取り入れながら環境を整えたりしている。理念は介護計画をはじめ、生活支援全体に活かされており、職員は理念に基づいたケアの提供について理解し実践している。	
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	公園、学校区が近隣にあり環境に恵まれ、実習生やボランティア、散歩等さまざまな形で交流できる機会がある。隣接の夢草堂では年間を通してイベントを開催し地域の方との交流の場にもなっている。	「迷惑をかけあえる関係」ができることを大切とする理念の一つに基づき、利用者に安心して生活できる場所であると感じてもらえるよう地域との交流に努めている。事業所自体が地域の一員として専門職としてのノウハウを活かして認知症サポーター研修を実施したり、隣接する地域交流スペース「夢草堂」を開放してイベントやボランティアによる活動等にも利用してもらい交流している。	
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	今年度は認知症サポーター養成講座や実技講習会を開催し理解や支援方法等の相談を行っている。また、随時、入所申請時等に支援を必要とする方の相談に応じるように努めている。		
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	行事への参加により利用者の動きや表情、職員の対応等を見てもらえ、実際の状況が分かり易く伝えられていると思う。頂いた意見は職員会議で検討しサービス向上に活かすよう努力している。	2ヶ月に一度の会議には、利用者、家族、行政担当者、地域住民、民生委員、区長、隣近所の住民、理事長の参加がある。会議だけではなく行事にも参加をしてもらい利用者の様子を見てもらうこともある。委員からは、災害時の避難場所や方法について意見が出されており、避難時に頭巾や口をふさぐものが必要ではないかななどの意見には早速準備をしたりしている。	

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
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	随時行政よりメール連絡があり、内容によっては直接市の担当者へ相談している。また、運営推進委員として会議に出席してもらっているため、事業所の実情やケアサービスの取り組みを伝えながら相談、助言を得ている。	行政担当者とは、日頃から相談にもすぐ応じてもらえる協力関係を築いている。運営推進会議にも出席してもらっており、事業所の様子を実際に見聞きしてもらった上で実情に合った助言を得ている。市主催のサービス事業者会議にも参加し、研修や情報交換などの連携をとっている。	
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「介指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	利用者の処遇に直接かかわる大切な事項として、身体拘束や不適切なケアについては、日々の支援の中や申し送り、会議等で常に対応の検討を行っている。会議でセンサーやベットの勉強会を行い、身体拘束に対する意識を持ちながらケアに取り組んでいる。また、玄関の施錠は防犯のために夜間のみとしている。	身体拘束や不適切ケアの防止については法人全体で研修を重ねている。日々の支援の中で気になることは申し送りや会議で検討し、身体拘束や不適切なケアにつながらないよう意識して取り組んでいる。事故防止のためにベッド下のセンサーマットなどを使用する場合は、使用する経緯、代替支援方法などを検討し、本人や家族とともに話し合いをして定期的に経過を評価している。	
7	(5-2)	○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	三魚沼GHで講師を招き全職員が参加し学ぶ機会を持っている。また、交代で研修に参加し会議で報告し共有している。新聞やニュースを基に意見交換を行い虐待防止の意識を高めている。	市の研修や法人内の勉強会に参加するなど高齢者虐待について学ぶ機会をもっている。職員自らで虐待や身体拘束の新聞記事等を話題にし、会議や研修で検証して事業所の実状を振り返っている。管理者と計画作成担当者が協力をして職員の悩みを聴くなどし、適切な助言や対応策を検討している。	
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	2年前に講師を招き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ったが、知識や理解を深めていくために、繰り返し勉強の機会が必要と感じる。		
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	不安や疑問等が残らないように十分に時間をもち説明するよう心掛けている。また、いつでも問い合わせてもらい理解納得してもらえるよう努めている。		

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
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	日々の生活の中で利用者の表情や言葉等から意見や要望をくみ取れるよう配慮している。家族とは面会時に近況報告を行い、状態変化時には電話報告を行い、意向を聞いている。家族連絡ファイルで職員間の情報共有に繋げ支援している。	家族の面会が多く、そのつど意見や希望を聞いている。利用者の意見や要望は、日々の会話や表情などから読み取るよう努め、それらを日誌や家族連絡ファイルに記載して職員間で申し送り時などに共有し、運営に反映できるように検討をしている。法人全体の苦情処理委員会にも職員が参加し、そこで上がった苦情等を自事業所にもあてはめて振り返ることをしている。	
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	個々の考えや思いが言いやすい環境づくり、言い合える関係づくりを大切にしている。日々の意見や提案は日誌で送り、毎月の会議で検討している。	理事長自ら毎日事業所に顔をだして職員に声をかけ、時には助言をしたり意見を聞いてそれを反映できるように検討している。また、職員にアンケートで運営計画に関する意見や希望を聴いており、年度末に面談もしている。日常的にも、申し送りや職員会議で意見が出ると速やかに検討し、トイレの手すりの設置などの意見が活かされている。	
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	個々の努力や実績、勤務状況の把握には努めている。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・条件の整備について検討を重ねてもらいたい。		
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	法人内外の研修を受ける機会の確保に努めてはいるが、職員配置に余裕がなく、研修への参加に苦労している現状はある。		
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	同業者と協力し勉強会を開催し、交流する機会を持ったり、三魚沼地域のグループホームと定期的に集い互いの情報交換や合同の研修会を行っている。		
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	本人からの聞き取りで、何気ない言葉や表情に気を配り、家族、連携機関からの聞き取りを重ねて行い、本人を理解できるよう努力している。		

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
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	利用説明だけではなく、困り事や不安等の相談に応じ、必要な支援の検討を行い、信頼関係を構築できるように努力している。		
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	在宅のケアマネや関係機関と連携し、情報収集を行う上で対応に努めている。		
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	互いに教え教えられ、労いの言葉や笑顔に救われながら良い関係を築いている。		
19	(7-2)	○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	終の棲家であり、家族の協力は不可欠。面会の頻度も多い。状態の変化時には常に報告を行いながら対応の相談を行っている。家族会ではターミナル等の報告を行い、本人と家族の絆を考える機会に繋がられるよう努めている。	毎月の利用請求書と一緒に本人の様子を書面で伝えたり、家族の面会の際には必ず職員がお茶を出しながら話をする機会をもうけ家族と情報を共有している。受診付き添いも家族と相談し協力しながら対応している。家族会では看取りの取り組みや認知症について学ぶなど、共に本人を支えていく関係を築く機会としている。家族は傍にいてくれると安心できる大切な存在であり、事業所は本人や家族に安心してもらえるようにするつなぎ役であると捉えている。	
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	誰でも気楽に来所できるような雰囲気作りに努め、家族・知人等の面会時には、これまでの生き方や大切な思いなどを教えてもらい、関係が途切れないよう支援に努めている。面会時は、本人との関係性を考慮しながら、ゆっくりお茶を飲み会話できるように配慮している。また、市の祭りやイベントへ積極的に外出し、知人との交流の機会になっている。	家族や知人の面会時にはゆったりと過ごしてもらえるように場所に配慮したり、お茶をだすなどしている。家族や面会者、入居前の支援者からの情報は集約して職員間で共有するとともに、なじみの関係を大切に支援に活かしている。地域の行事などに参加した際に再会した知人が面会に来てくれるようになったり、家族と相談して自宅周辺に外出し知人とお茶を飲んでくるなど、関係が途切れないように支援している。	
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	利用者一人一人の個性や性格、認知症状等その時々のお気持ちに配慮し、会話の仲介や仲裁を支援したり、食席や過ごし方に気を付け支援している。		

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
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	看取ってサービスが終了した後も、ご家族が来所してくれたり、法人の催しに参加してくれている。懐かしく思い出話をしたり、近況報告を行ったり、これまでの関係性を大切にしている。		
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	面会時に家族等に話した本人の思いを教えてもらったり、日常中での会話や表情から、本人の思いをくみ取れるよう努めている。日誌で送り日々検討したり、会議で検討し交代制の勤務の中、情報を共有している。	日常生活の中で聞いた利用者の希望を記録して職員間で共有している。意思を伝えられない方の場合は、表情や問いかけに応じる口の動き、意思を伝えられていた頃の本人の言動などから推察し、家族に確認して把握に努めている。介護計画にも本人の気持ちや言葉がたくさん記載されている。	現在の書式は検討を重ねて職員間で共有できるようにされたものであるが、転記するなど二重記載をすることもある。今後は更に効率的に記録し情報を速やかに共有できるような書式について検討することを期待する。
24	(9-2)	○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	関係機関や在宅のケアマネから情報収集を行っている。また、本人、家族、知人等と繰り返し話をする中から新しい情報がきかれてくる。新しい情報はケア会議で話し合い、職員間で共有している。	入居時に家族や関係者から聞いた情報をもとにその後の生活の中で知り得た新たな情報もあわせて、基本情報やアセスメントシートなどに記載し共有をしている。日誌に記録された新たな情報は再度シートに転記してきめ細かい把握に努めている。	
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	一人一人の生活のリズムや、ADL能力、精神状態は個人記録に記入し、変化時は日誌で送っている。毎月、ケア会議で話し合いを行い、24時間シートを活用して把握しやすいよう努めている。		
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	各職員が定期的にモニタリングを行い課題、目標を考え、意識できるように努めている。毎月、また必要時にはケア会議を行っている。本人、家族、連携機関と相談しながら、現状に即した介護計画を作成するよう努力している。	普段の生活の中で本人の言葉やしぐさからも希望や意見を汲み取っており、家族とも相談し職員間で検討をしている。必要に応じてリハビリ職からも協力を得たり、医療職に意見を聞くなどして、現状に即した介護計画を作成している。	
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	個別記録に記入し、日誌で送っている。ヒヤリハットやカンファレンスシートも使用し、日々の申し送りや毎月の会議で情報を共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。		

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
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	終の棲家であり、本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに柔軟な支援ができるよう努力している。デイサービスでは本人の状態や家族の突発の都合に応じて、延長や食事提供等いつでもニーズに対応するよう努めている。		
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	地域行事に参加したり、近隣の公園の催しがある時は出掛けたりし、ボランティアの協力を得ながら、少しでも多く、喜びのある時間を過ごせるように考え支援している。		
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し、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	本人・家族の希望を大切にし主治医の月2回往診を受けている。その他に必要な専門医の受診も家族と協力し支援している。終の棲家であり、家族・医療との連携を大切にしている。	かかりつけ医への受診や月2回の往診、その他専門医への受診を、本人や家族の希望に応じ、家族と協力して支援している。医師や薬剤師、訪問看護師と共有できる医療ファイルを用いて連携し、適切な医療が受けられるように工夫をしている。血圧や体温は毎日測定して記録し、体調の変化を速やかに主治医に伝えて指示を仰ぐなど、連携を密に図っている。	
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	訪問看護を月2回受け、365日24時間の連携体制であるため、顔見知りの看護師が状態を把握している。。常に相談できる関係性である。		
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。	入退院の際は家族と共に付き添い、病院関係者との情報交換や相談を行っている。また、入院中も日々連絡をとり、状態把握を行っている。退院にあたり必要なりハビリや訓練を受ける際は、職員も同席し一緒に指導を受けている。		
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	入所契約の際に終末期の意向調査を行っている。状態の変化時は常に家族連絡を行い、方向性の相談や協力をお願いしている。終末期には医師との話し合いを行い、本人や家族の意向に沿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支援している。	重度化や終末期ケアの指針については入居時に家族に説明し同意を得ており、その後も状態に応じて相談を続けている。必要があれば医師や訪問看護師、理学療法士に助言をもらい、家族とともに手技等の指導を受けている。急変時にも速やかに対応できるよう、個々の緊急連絡先や医療情報、対応方法などを整理し職員間で共有している。状態の変化により現在の生活環境で対応が難しい場合は、話し合いをして地域関係者も交えて事業所内の環境整備の検討をしている。	

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
34	(12-2)	○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	年1回防災訓練に消防士立会いで、AEDの使用方法や救急法の勉強会を行っている。また、ヒヤリハットを使用し、事例検討を行いながら対応の検討等も行なっている。	年1回は運営推進会議の日に合わせて防災訓練を行い、全員でAEDの使用方法や救急法を学んでいる。けがや骨折の際は、速やかに医師から対処法の指示をもらって対応しているが、その際に他の職員も実践の中で学ぶようにしている。	
35	(13)	○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	防災訓練を年2回行い全職員が訓練している。運営推進会議にあてることで地域の方や家族の参加が得られ、地域住民とのネットワーク作りに取り組んでいる。	年2回、防災訓練を実施している。運営推進会議でも委員から助言をもらい、避難体制や準備品など整備をしている。災害時の備蓄は法人全体で整えており、災害時に速やかに協力者が駆けつけて避難誘導が安全にできるような体制を整えているが、さらに見直しもしている。	冬期間は窓の上まで雪で埋まってしまうような豪雪地帯であるため、雪のない時の避難訓練だけではなく、冬期間など悪天候の時季を想定した避難訓練を計画することを期待する。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	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一番大切に職員一同心掛けています。職員間で常に声を掛け合ったり、日々の申し送りや毎月の会議で話し合い、より良い対応ができるよう検討している。	日常生活のなかでのさりげない声掛けでも利用者の自尊心を損ねないように職員間で心がけており、排泄の支援の際も周りが気づかないように声をかけるなどしている。入浴時は利用者の状態や希望に応じてプライバシーを損ねないケアに配慮している。	
37		○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	常に相手の話をよく聴き、表情等にも配慮しながら自己表現がしやすい環境・関係つくり日々努めている。また、提案したり、選択肢を用意し自己決定できるように工夫している。		
38		○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	なるべく希望に沿った生活を送られるように日課を変更しながら臨機応変に対応するよう努力している。しかし人員配置に限りがあり限界もある。		
39		○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	本人と相談しながら着たい服を選んだり、清潔に配慮している。常に身だしなみを整えてハリを持ち過ごせるよう支援している。		

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
40	(15)	○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	食べたい物や意向を聞きながら献立を決めたり、誕生会では本人の希望に応じた食事づくりをしている。利用者の状態や能力に応じて、出来ることに取り組んでもらっている。	管理栄養士の献立を基本として季節の食材を使い、利用者の様子や希望に応じて調理をしている。時には外食や出前を楽しみ、郷土料理や畑の作物が食卓を賑わせることもある。天候がよいと野外で食事をしたりして、五感を使って食事を楽しめるよう配慮をしている。食事の補助具も専門職の助言をもらいながら利用者に合わせて提供している。	
41		○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	チェック表を使用し食事量と水分量を把握している。食事形態や食事時間は、一人ひとりの状態や力、習慣に応じて、おいしいと感じ食べられるように支援している。		
42		○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	歯間や舌の汚れも確認しながら、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じて支援し毎食後行っている。 必要時は歯科往診を依頼し相談したり、指導を受けている。		
43	(16)	○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	排泄チェック表を使用し一人ひとりの排泄パターンを把握している。トイレで排泄出来るようにその方に応じて間隔を見ながら支援している。	個々の様子に合わせて支援をしており、おむつを使用していた方が食事をきちんと摂ることにより体力が付いて立位を取ることができるようになり、現在では布パンツ使用にまで改善した事例もある。排泄用具についても専門職の助言を参考にしながら使用している。	
44		○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	水分量に注意したり、朝は牛乳や甘味にはオリゴ糖を使い、繊維質を多く摂れるよう食事などに配慮している。少しでも多く体を動かせるようにも支援している。主治医や訪問看護に相談し、指導を受けながら対応している。		
45	(17)	○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	一人ひとりの希望やタイミングでなるべく入られるように、また、羞恥心にも配慮している。一人でゆっくり入浴できるように心掛け、入浴介助中に思い出話をきかせてもらったりし入浴を楽しめるように努めている。	入浴は利用者の希望に応じており、基本的に職員が1対1で対応している。入浴時には昔話や歌も聴かれ、利用者がゆったりと楽しめるように配慮している。ゆず湯や菖蒲湯など季節感を感じられる工夫をしたり、隣接施設の展望風呂を利用するなど、気分を変えて入浴を楽しめるようにしている。	

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
46		○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	生活音に安心する方には茶の間を利用したり、サンルームを使用し休息できるよう、その時々状況に応じて安心して気持ちよく過ごせるように配慮している。		
47		○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	医療ファイルを活用しながら状態や経緯を把握し、薬の目的や副作用、用法や用量についての理解に努めている。また、症状の変化時は主治医や訪問看護に報告したり、薬剤師に相談し服薬の支援を行っている。		
48		○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	日々の会話の中から、また、家族や面会者への聞き取りから、生活歴や力を活せる役割、嗜好品、楽しみ等のヒントを得て、張り合いや喜びのある日々を過ごせるように努めている。		
49	(18)	○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	冬場は積雪が多く、なかなか外出できないが、気候のよい時期はなるべく外の空気に触れるように、日光浴や庭で食事会を楽しめるように努力している。また、家族や地域の方の協力を得ながら、散歩にでたり、地元祭りの行事に外出している。	日常の外出や散歩の際は家族やボランティアの協力を得て一緒に出掛けたり、隣接のパン工房や施設に出掛けるなどして日光浴や外気浴をしている。冬期間は雪のため外に出にくいので、隣接するケアハウスやお堂でお茶会や交流の機会を設けている。また事業所内でも少し離れた位置にあるトイレや洗面所を使うなどして歩く機会を増やす工夫をしている。	
50		○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	本人が自室にお金を持っている方や家族からおこずかいとして預かり、希望時に対応する方と、一人ひとりの管理能力に応じて支援している。		
51		○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	希望時には本人自らが電話をしたり、繋いだりしている。家族からの電話はその都度本人に取り次いでいる。年賀状や手紙のやり取りができるように、状態に応じて代筆したり、読んで伝えている。		

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
52	(19)	○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	ソファやこたつを置いて、落ち着いて過ごせる空間づくりに配慮している。季節の花を飾ったり、野菜や山菜に触れ、生活感や季節感を取り入れながら過ごせるように工夫をしている。また、アニマルセラピー犬に癒されながら家庭的なゆったりした空間づくりを心掛けている。	共有スペースには、こたつが置かれ傍に家族の一員である犬が寄り添っている。食卓は皆が一堂に会せる大きなものであるが、体調等にも配慮して個別で過ごせるようにもしている。季節の花を飾り、一番陽当たりのよい場所にはくつろげるソファを置き、そこから窓の外の四季折々の景色を眺められる設えになっている。トイレの手すりなど職員や専門職の意見を取り入れて安全に生活できるように配慮されている。	
53		○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	一人一人の言動をさりげなく注意深く観察しながら、その時々タイミングに合わせて居場所を変えられるように配慮している。茶の間やホール、サンルーム、居室で思い思いに過ごせるよう心掛けている。		
54	(20)	○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	本人の思い入れのある物は持参してもらっている。また、写真や賞状など励みになるような物は居室に飾っている。 ADLや状態の変化で環境整備する時は本人や家族に相談しながら、居心地よく過ごせるよう考えている。	居室内は利用者の希望や個性に応じて、なじみの物やこだわりの物、写真などを飾って居心地良く生活できるようにしている。入口には本人が書いたり字を書くのが得意な方に書いてもらった表札を掲げている。居室のカギの使用やのれんは本人の希望に応じており、入口には防災ずきんも置いて緊急時にも備えている。	
55		○一人ひとりの力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	24時間シートを活用して、本人のできること、わかることや嗜好を明確にし、一人ひとりに必要な支援を検討している。		