

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	「孤独感、無力感を感じさせない」「喜怒哀楽を自由に出せる」「家族、地域との連携」という理念を掲げ、ご利用者一人ひとりのケアやホーム全体の取り組みに結びつけ、実践している。	開設時に管理者が作成したものをもとに、1年後に職員の意見と利用者自身の思いを取り入れて見直した理念である。理念は、いつでも確認できるようにそれぞれのユニットに掲げられ、日々利用者が孤独な思いをせず、ありのままに感情表現ができることを大切に支援を実践している。	
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	地域の祭りや運動会に積極的に参加している。また地域の方のボランティアや中学校の福祉体験学習の受け入れを行っている。散歩や買い物で挨拶や会話を交わし、日常的に地域の方との交流が図られている。	運営推進会議のメンバーである民生委員が働きかけたボランティアの訪問がある。開設当初から近隣の学校の福祉体験学習を受け入れたり行事の招待を受けたり、地域の祭りへの参加、地区の町内会との交流等がある。	
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	東地区医療福祉連携会議に参加し、近隣地域の開業医師等に事業所の説明や認知症ケアの実際について話し、理解を深めてもらえるよう働きかけを行っている。		
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	2ヶ月に1回開催し、活動報告や事故報告、医療との連携状況等について報告している。参加者から地域の行事の情報や頂きご利用者をお連れしたり、ご家族からはターミナルケアの推進の要望を受け更に検討を深めるなど、出された意見をサービスに活かしている。	利用者、家族、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、有識者(新潟県介護福祉士会代表)をメンバーとして2か月に1回開催している。ユニットごとの近況や発生した事故、人事異動や外部評価について等を報告するほか、災害時の近隣の協力や看取りについて参加者から意見をもらい、実践につなげている。	
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	山ノ下包括ネット会議に参加し、市の職員と研修や情報交換を行っている。新潟市の「元気力アップ・サポーター制度」に加入し、市と連携を図りながら、ボランティアの受け入れを準備している。	地域で開催されている「山ノ下包括ネット会議」では、医療機関等に事業所の説明をし理解を深めている。新潟市の「元気力アップ・サポーター制度」を利用したボランティアの受け入れをしたり、市の担当者に事業所の空き情報を報告するなど、市との関係づくりに努めている。市からは生活保護の方の受け入れが可能か等の問い合わせがあり都度対応している。	

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
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	マニュアルが整備されており、職員会議で確認を行っている。玄関の施錠はせず、ご利用者の外出には付き添い対応を行っている。言葉による行動制限がないよう職員間で言葉かけの見直しをしている。	どのようなことが身体拘束にあたるのかの事例をもとにして、職員にマニュアル内容を周知している。また、法人の研修に参加した職員が他の職員に伝達講習を行っている。玄関などは施錠せず、利用者が安全に自由な出入りができるように職員間の声かけや連携等の工夫を行い、屋外に出て行かれる方に対しては職員が付き添って対応している。	
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	外部研修や職員会議においてマニュアルを使用して学んでいる。利用者対応の課題などを職員が一人で抱え込まず、職員間で共有し解決策をみつけることも虐待の予防と考へ、取り組んでいる。	何が高齢者虐待にあたるのか、会議等の場を活用して、マニュアルに基づいて職員に周知している。管理者は、日頃から職員の様子を確認しストレスをためていないか配慮して対応している。	
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	ユニット会議の中で資料を使いながら学ぶ機会を持っている。成年後見制度の利用を進めている利用者があり、手続きを通じて実際の流れを学んでいる。		
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	契約は契約書と重要事項説明書に従い、ご利用者やご家族が十分理解し納得されるよう説明を行っている。入居後も疑問点等あれば随時対応している。		
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	ご利用者には献立や外出の希望、やりたいことを伺っている。また「やりたいこと」だけでなく「やりたくないこと」や苦情なども大切な意見ととらえ対応している。ご家族にはケアプランの話し合いや面会時、電話等で意見を伺っている。	利用者からは日々の関わりの中で、家族からは面会の際や行事に参加してもらった時に意見や要望を聞き取るように努めている。意見箱に寄せられた要望や苦情については書面にあげ、改善策を職員間で話し合いサービスの向上に向けて取り組んでいる。	
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回のユニット会議や3ヶ月に1回の全体会議において、様々な意見や提案が出され運営に活かされている。また日常的に管理者とは話す機会があり、意見を伝えることができる。	年2回、職員に「人材活用シート」を記入してもらって人事に関する希望等を把握し、それを基に年1回個人面談を行い、運営に対する意見を聞く機会としている。また、日頃から、外出先の選択、物品の購入、企画したい行事や参加したい研修等、職員の意見を取り入れている。	

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
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	法人全体で、年2回の人事考課、年1回の自己申告書の提出が義務付けられており、自己研鑽についての評価や職場環境改善の意見等の受付を行っている。また法人にメンタルヘルス支援室があり、職員の精神面のフォローの体制がある。		
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	年間計画に組まれた法人内研修を全員が受講するほか、職員の力量や希望に合わせた外部研修の機会も設けている。また参考書籍の勧めや事例報告のレポートなどを配布し、知識の向上に努めている。		
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	法人内のグループホーム7事業所と定期的に管理者会議・計画作成担当者会議を行い、事業所見学や意見交換を行い、質の向上に共に取り組んでいる。また他事業所とは実践者研修の際の実習の受け入れで交流を図っている。		
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	事前面接での聞き取りや入居後のご利用者の様子から、不安や困っていることを探り、試行錯誤しながら丁寧な取り組みを行っている。		
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	事前面接で話を伺い、入居後はご利用者の様子を随時ご家族に伝えながら、更なる要望や不安な点などをお聞きしている。		
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	アセスメント時にご利用者やご家族の要望を伺い、ご本人の気持ちや状況を十分職員間で検討し支援を行っている。気づきや変化があればその都度話し合い、対応を変えている。		
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	調理や作業などを通じてご利用者の力を発揮してもらっている。作業等への参加が難しい方でも、職員の話や悩みを聞いてもらい励ましてもらったり、ユーモアのある会話で楽しませて頂き、他者の支えとなるその方の力を様々な方向から引き出している。		

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
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	外出や受診の付き添い、必要な物品の購入や衣替え等の協力がある。入浴拒否や食欲不振の際に電話で声をかけてもらうなどの協力も得ている。家族参加の行事の企画やコミュニケーションを更に深め、ご利用者とご家族とが関わる機会を増やしていきたい。	家族には通院の付き添いをお願いしている。また、介護方法を変更する場合には家族の意見を聞きながら一緒に検討をしている。毎月実施しているモニタリングの記録は家族にも送付して日頃の様子を把握してもらうとともに、それに対する家族からの意見を得て、利用者のケアに取り入れている。	
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	ご友人の訪問や電話でのやりとりを支援している。自宅のある地域へのドライブやなじみの店での交流など、入居前の関係が継続できるよう支援している。	利用者の生まれた地域や住んでいた地域、仕事で関係のあった地域などに出かけたり、馴染みのお菓子屋さんでお茶を飲んだり、家族と行きつけの美容院に出かけている。友人や同僚との面会のほか、年賀状や手紙、電話でのやり取りもサポートし、これまでの馴染みの関係が続く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ご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	利用者同士の相性に配慮し、食事席や外出時のパートナーを選んでいく。気持ちよく交流できるよう職員が仲介に入り、共に作業を行ったりゲームなどを楽しんでもらっている。		
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	退居後も新しく入居された施設に面会に伺ったり、施設からの問い合わせに応じ、ご利用者のホームでの様子について伝え、新しく移られた施設での生活支援がスムーズに行われるよう情報提供に協力している。		
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	食事や入浴、外出等の楽しみごとなどの意向を利用者に確認し、関わりに活かしている。意向の把握が困難な場合は、ご家族への聞き取りやご本人の反応等を見て情報を集め、職員間で検討している。「あなたの思いシート」を使い、1年に1回、意向の確認を繰り返している。	センター方式のアセスメント票を基に法人独自に作成した「あなたらしい暮らしを支援するシート」を活用して本人・家族から管理者と計画作成担当者が聞き取りをし、思いや希望、意向の把握に努めている。さらに、シートは年1回見直しを行い、新たなシートに記載することで思いや意向の変化を確認しながら情報を積み重ね、支援に活かしている。	

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
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	入居時にご利用者本人やご家族から聞き取りを行い、追加の情報は記録に残して職員間で共有している。	入居前に、管理者と計画作成担当者が本人・家族と面談を行い、今までの暮らしや生活習慣等の聞き取りをして、その内容を職員間で共有している。その人らしい生活が継続していけるように、その都度知り得た情報は記録に加え積み重ねている。	
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	ご利用者の日々の状態を経過記録に細かく残し、変化が見られた際には、毎月のユニット会議で検討し、対応を臨機応変に変えている。できることを奪わないようご本人の力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	ご利用者や家族の意見を取り入れ、介護計画を立てている。利用者の担当職員がアセスメントを行い、それをもとに職員間で話し合っている。必要に応じて訪問看護師に助言を請うなどし、利用者にあった介護計画となるよう取り組んでいる。	利用者個々の担当職員がアセスメントを行うとともに、利用者、家族の意見を取り入れ、本人がよりよく暮らすための課題やケアのあり方について職員間で意見を出し合い介護計画を作成している。毎日計画の実施記録を残し、毎月のモニタリングで評価し、6ヶ月ごとにサービス担当者会議を実施して計画内容を見直している。サービス担当者会議に家族が参加できない場合は面会時に確認し、本人、家族の希望を取り入れた介護計画になるよう取り組んでいる。	
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	24時間を通じてご利用者の様子や言葉などを丁寧に記入し、やりとりが目につかぶような記録となっている。気づきや工夫は職員間の連絡ノートにも書き、関わりに活用している。		
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	ご家族が付き添えない場合には受診の対応や往診の手続きを行っている。かかりつけ医や訪問看護師に相談や協力を得て、ご家族の希望するホームでの看取りを行った。		
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	近隣のお店で買い物をしたり、町内会の行事に参加している。地域のボランティアの訪問があり、作業やゲーム等を通じて交流が図られている。中学校の福祉体験学習の受け入れを毎年行っている。		

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
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	ご利用者やご家族の希望するかかりつけ医を受診している。利用者の状態に合わせ、往診に切り替えてもらうなど医師との連携が図られている。受診後は「受診報告書」に受診の内容や薬の変更をまとめ、職員間で情報共有している。適切な医療を受けられるよう、必要時には医師への「情報提供書」を作成している。	今までのかかりつけ医を継続している方もいるが、ほとんどの方が希望により事業所の提携医療機関に切り替えており、往診をしてもらっている。通院の際は家族に協力をお願いしている。救急の場合には「受診時共通情報シート」を利用して既往歴や内服薬等情報をまとめ、医療機関に提示している。受診結果については受診報告書で職員間に周知している。	
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	訪問看護師とは看護ノートや受診報告書を活かしながら、ご利用者の受診結果や日々の様子について伝達している。手当ての仕方や受診の必要性について相談し、日々のケアに活かしている。看護師にはご利用者の生活の様子や人となりも伝え、利用者全体の理解が得られるよう働きかけている。		
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。	「受診時共通情報シート」に既往歴や現在の服薬状況など、入院や緊急受診時に必要な情報をまとめてあり、医療機関に渡すことでスムーズな治療につなげている。		
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	「利用者の重度化・看取りに関する指針」にまとめ、入居時にご家族に説明している。ご利用者の状態に合わせ、ご家族や医療機関との話し合いの時間を設け、方向性を共有しながら必要な支援を行っている。	入居の段階で重度化した場合や終末期を迎えた場合の対応について本人・家族に説明をし、状態変化に応じてその都度家族に確認しながら対応している。協力医療機関の医師と家族で話し合いを重ね平成25年10月に看取り対応をしたケースがあった。11月に看取りについての指針を整え振り返りを行い、職員間で対応について意識統一を図った。	
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て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	消防署での救急講習で心肺蘇生など順次学んでいる。利用者に必要な手当てについては、訪問看護師に随時教わっている。また実際に起きた事故を振り返り、マニュアル等で対応の確認を行っている。	急変時や事故発生時についてはマニュアルで確認している。年4回行われる普通救命講習に順次職員が参加しており、現在半数の職員が受講済みである。また、注意して関わらなければならぬ点について訪問看護師から説明を受け、実践力を養っている。AEDに関しては今後設置を検討していく予定である。	心肺蘇生のほか、事業所で起こる可能性のあるケガ、骨折、窒息、疾病による発作などの緊急事態の状況に合わせた対応訓練やシュミレーションを定期的・継続的に行い、実際の場面で行かせる技術をより一層高めていくことを期待したい。

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
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	消防署の立会いのもと夜間の設定で避難訓練を行っている。消防署より指摘のあったことや前回の取り組みでのご利用者の動きの様子を振り返り、よりスムーズな避難誘導となるよう話し合っている。職員間で見直し近隣にある法人施設との協力体制があるが、地域との協力体制作りはこれからの課題である。	法人として災害時のマニュアルを作成し、火災、地震、津波等の発生時の対応を職員間で確認している。また、年2回の避難訓練を近隣にある同法人施設と合同で実施している。地域の防災訓練にも参加し災害時に備えている。	災害発生時には、地域の方にも利用者の避難に協力してもらい体制を構築することが望まれる。近隣住民に参加してもらい訓練を計画するなどの具体的な取り組みを期待したい。また、災害に備えて食料や飲料水などを準備しておくことが望まれる。
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	ご利用者の気持ちに配慮した言葉掛けや関わりに努めている。ご利用者の思いを尊重できていないのではと感じる行為があれば職員間で話し合い、改善を図っている。	排泄や入浴への声かけの際には羞恥心に配慮し、日々の関わりの中では年長者として敬いの気持ちを込めプライドを傷つけない対応を行っている。理念に基づいて、利用者一人ひとりに合わせた関わりを行っている。	
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	「わたしの思いシート」作成時に細かく希望を伺ったり、日々の関わりの中で思いや意向の確認を行っている。言葉だけでなく、その方の表情や様子にも着目し、思いを推し量っている。また日々の経過記録にご利用者の言葉や行動をそのまま記録し、その意味を職員間で検討しながら、関わりにつなげている。		
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	ご利用者のペースや思いに合わせた関わりを心がけている。外出ややりたいことの希望はすぐにはかなえられるよう出来る限りの努力をしている。また、やりたくないという気持ちも大切に、無理強いすることなく生活を送っていただくよう配慮している。		
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	一緒に服を選んだり、服装の乱れはさりげなく介助して直すなど身だしなみやおしゃれに配慮している。髪飾りやスカーフと一緒に購入するなどし、おしゃれを楽しむ機会を設けている。		

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
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	希望を取り入れながら献立を作り、食事作りや後片付けを毎日共に行っている。買い物も毎回利用者と一緒に、食材選び等手伝って頂いている。外食の機会や季節食、行事食で変化をつけ、食事を楽しむ工夫を行っている。	献立を作成する際は利用者の希望を取り入れている。また、買い物と一緒に出かけたり、畑で収穫したものを献立に取り入れたりしている。野菜を切ったり、食器を拭くなど、利用者ができることは一緒に行ってもらっている。笹団子や干し柿づくり、外食など楽しんで食事ができるよう支援している。食事の席は、利用者同士の関係に配慮している。	
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	食事量や水分量は記録し、把握に努めている。食欲不振の際は食事内容の工夫や回数を増やすなどし、改善を図っている。個々の状態に合わせて、とろみや刻みなどの対応を行っている。		
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	毎食後、口腔ケアを促し、夜間は義歯を預かり、洗浄液につけて消毒している。また感染症対策のほか口腔内の清潔保持の機会ととらえ外出後のうがいも働きかけている。		
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	排泄チェック表で排泄の状況を探り、誘導時間や排泄用品の選択などを検討している。体調が悪く一時的にリハビリ等利用しても健康状態が改善すれば普通の下着に戻している。	利用者一人ひとりの状態に合わせて声かけや誘導を行い、トイレでの排泄につなげている。他の利用者に悟られないようさりげなく声をかけたり、様子を見ながら無理のない誘導を行うことで、気持ちよく排泄できるよう支援している。使用する物品についても職員間で話し合い、安易にオムツを使わない工夫をしている。	
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	水分摂取や食事の工夫、運動等を働きかけ便秘の予防に努めている。またご利用者によっては毎日食後にトイレに付き添い、腹部マッサージや声掛けで排便を促している。		
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	ご利用者の希望や健康状態に合わせて入浴して頂いている。入浴に拒否のある方は、時間を置いて誘い直したり、外出などで気分転換を図りながら入浴につなげている。入浴剤の使用や菖蒲湯、ゆず湯などで楽しんで頂いているご利用者の誘いがあれば職員も共に入浴し、会話などでコミュニケーションを図っている。	希望に合わせて毎日の入浴や夕方入浴に応じている。なかなか入浴していただけない方には職員と一緒に入ったり、声かけを工夫したり、できる限り本人の希望に添った対応を行っている。また、菖蒲湯やゆず湯など季節感を感じながらくつろいだ気分に入浴してもらえるよう工夫している。	

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
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	夜間に安眠できるよう日中の活動の充実を図っている。ご利用者の状態に応じて日中も横になるよう勧め、疲労をためないなど健康維持に努めている。夜間にどうしても眠れないときは、会話対応や添い寝などその方にあった支援の仕方での入眠につなげている。		
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	受診後には毎回処方箋の内容を確認している。薬の変更があった際には、受診報告書に記載し、口頭でも申し送りしている。薬ケースやキッチンに薬の変更のメモを貼り、服薬ミスのないよう心がけている。		
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	調理や掃除、買い物、洗濯物たたみなど利用者に応じた役割を支援している。ゲームや歌、手作業など希望にそった楽しみごとを準備し、また職員からも働きかけ、ホーム内での生活が生き生きとしたものとなるよう日々工夫を行っている。		
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	散歩や買い物、ドライブといった日常的な外出のほか、水族館や美術展、コンサートなど利用者の趣味や希望に応じて積極的に外出を支援している。誕生日にも希望を取りれた外出や外食の機会を企画している。家族の協力も得て、温泉旅行やお墓参り、自宅への帰宅などの外出もある。	希望に応じて買い物に出かけたり、食事や花見外出に出かけるほか、ボランティアを活用して個別に神社や競馬、ぶどう狩りに出かけることもある。また、旅行や自宅への宿泊に家族の協力を得ている。外出が難しい重度の利用者に対しては、受診の際に花見をしたり、近所を散歩したりとその方に応じた支援をしている。	
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	お金を所持することを希望されているご利用者にはお金を渡し、自分で管理して頂いている。買い物や外食の際にその方の力に合わせ、支払いの機会を設けている。		
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	ご利用者の希望や落ち着かない時など、ご家族に電話をし会話の機会を持って頂いている。また、年賀状の作成を共に行ったり、ご利用者が手紙を投函するのに同行するなど支援を行っている。		

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
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	季節に応じて装飾品を変えたり、ご利用者の作品を飾り、楽しい空間作りに努めている。、エアコンの風が直接あたらないようカバーをつけたり、日差しに応じてこまめにカーテンで調節を行っている。必要な箇所には案内をつけ、混乱や不安のないよう配慮している。	リビングは窓が大きく明るい雰囲気、季節感の感じられる装飾が施されている。利用者の作品や行事の写真を飾るコーナーが作られ、テーブルも落ち着いた色調で統一されている。畳コーナーもあり家庭的な雰囲気である。	
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	ご利用者の関係性を重視しながら、ソファやテーブル等を配置し、複数の居場所を作っている。限られた空間のため、利用者のストレス等も懸念され、外出の機会を多く持つことで気分転換を図っている。		
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	ご家族の協力を得て私物を持ち込んで頂き、その人らしい居室作りを支援している。職員と共に作った作品や写真を飾ったり、外出時に購入したものを置くなどし、ご利用者にとって楽しく落ち着く空間となるよう入居後も居室作りの支援を継続している。	利用者個々の担当職員が、本人・家族と相談して工夫しながら、その人らしい居室空間作りを支援している。愛着のある家具や生活道具を持ち込んだり、賞状やトロフィー、好きな歌手のポスター、ぬいぐるみ、自分で書いた書を飾るなど、本人が居心地よく過ごせるよう環境を整えている。	
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	案内表示や目印をつけ、ご利用者が不安なく過ごせるよう工夫を行っている。ご利用者の動きや状態の変化に合わせて、家具の配置を変えたり整理整頓を心がけ安全な環境となるよう随時対応している。		