

(別紙の2)

**自己評価及び外部評価票**

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	外部評価(評価機関記入)		
			自己評価(事業所記入)	実践状況	実践状況
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。	基本理念と毎年の目標には、地域貢献、入居者様が馴染みの生活を続けていかれることを挙げて取り組んでいる。また、会議やカンファレンス時には、基本理念に沿った取り組みができていのか振り返りも行っている。	基本理念は毎日見ることのできる事務所に掲示されています。利用者の思いに耳を傾け受け止めながら、自分らしい暮らしを自分で決められるよう支援しています。毎月開催のカンファレンスでは、理念に沿った取り組みが出来ているかを振り返りながら、職員間で共有を図っています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。	運営推進委員を介して、地域情報を共有していただいている他、地域の防災訓練(伝達訓練等)に参加するなど、区長さんとの連携は出来ている。利用者の日常的な行事参加については、身体的制約や認知症または人員体制等との兼ね合いもあり、今後の課題である。なお、自治会費等も支払っており外形的にも地域連携は出来ている。	運営推進委員を介して情報を共有していたぐと共に、中学生の体験実習を受け入れ、中学では体験のできないふれあいの機会を提供しています。また地域の方からの野菜や果物のお裾分けと、利用者にとっても安心出来る地域との連携に努めています。	
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。	運営推進会議を通して、現状報告、認知症の方へのケア、センター方式の取り組み等を発信している。		
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、その意見をサービス向上に活かしている。	防災訓練、行事等に参加いただき、実際の利用者の様子や職員の取り組みを見ていただいている。また、そのつど近況報告を行い、課題や困っている事について相談したり、意見を頂いたりして運営に反映させている。	管理者が変わってから、3回運営推進会議を実施しています。参加者はその都度異なりますが、ご家族や地域包括支援センター、民生委員、地主、管理者、介護サービス課長等で構成されています。「北方の郷運営だより」にてホームの様子の写真を交えながら、相談や意見交換、更には課題まで話し合うことで、消防訓練への参加などの運営に活かされています。	
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取り組んでいる。	市の担当者の方が運営推進委員として関わって下さっている。知りたい情報等については、積極的に連絡を取るよう努めている。	利用者の様子や事故報告を、写真を掲載しながら運営推進会議等で報告しています。問題が生じた際には、その都度、担当課と連絡を密に取りながら、早期の問題解決に向けて関係部署との連携を図っています。	
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「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。	身体拘束防止委員会／研修を定期的に開催している。また、委員会での議題や問題点、課題をスタッフに発信して、全員で共有し実践に活かせる働きかけを実施している。同時に、スタッフのストレスが不適切ケアに繋がらないよう、ストレスマネジメントも意識している。	身体拘束委員会が定期的に研修を開催しています。事故事例を話し合ったり、言葉遣いなど不適切ケアを振り返りながら、職員間で共有が図られています。また管理者も、職員のストレスマネジメントを意識しながらの声掛けに努めています。	
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。	定期的開催の身体拘束防止委員会の中で、身体拘束=虐待=不適切ケアである意識を高めていけるよう取り組んでいる。また、定期のモニタリングの際には、虐待(不適切ケア)の振り返り(話し合い)を実施している。		

自己	外部	項目	外部評価(評価機関記入)	
			自己評価(事業所記入)	実践状況
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。	事業や制度についての知識や、日常生活自立支援ツールについては、会議等で学ぶ機会を作っている。利用者の家族から相談があった時には、一緒に考えたり、提案させていただいたりしている。	
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。	契約時に、ご利用者やご家族のみではなく、在宅で関わっていたケアマネからの情報も取得して、できるだけ安心できるように配慮している。また契約時から入居までの間の、ご家族の不安の解消にも努めている。	
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。	運営推進会議に参加していただけるようご連絡し、ご家族様も次第に参加いただけるようになっていく。遠方の方には、面会時や定期的にご様子を連絡した時に、やり取りして交流を図っている。	定期的に、家族に日々の様子を電話連絡する際に、意見や要望を聞く機会を設けています。運営推進会議開催も自由に参加できるように、面会時に声掛けしてきた事で家族の参加者も増え、交流が図られてきています。
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。	日常的にも、個別面談時、スタッフ会議時に意見を聞いている。こちらの意見ではなく、スタッフの意見や考えを中心に進める事の方が多い。比較的、スタッフからの意見や提案が多く活用できている。	個別面談やスタッフ会議等で、意見や要望、業務の見直しなど、その都度聞く機会を設けています。職員一人ひとりに沿った働きやすい勤務や話しやすい環境であるため、スタッフからの意見や提案が運営に反映しやすい環境となっています。
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。	スタッフの日々の取り組みや実績、自己研鑽などにより夫々に応じたベースアップや賞与を支給している。様々な資格取得に対しての奨励金制度やレク補助制度を設け、働きやすい職場作りに努めている。	
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。	法人内の講師による研修(拠点研修・本社での集合研修)があり、学ぶ機会がある。スタッフ会議やカンファレンス時の、実際のケアを通して認知症状・進行について、高齢者の身体状態等を学べる機会にしている。	
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。	法人内の他の介護施設間での情報共有、意見交換等を定期的に行い、それぞれの運営に活かしている。スタッフ派遣支援等を実施することもあり、実際の現場体験を通して質の向上に活かしている。	

自己	外部	項目	外部評価(評価機関記入)	
			自己評価(事業所記入)	実践状況
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	できる限りゆとりと話がでる時間を作り、本人の意向や希望を全員で共有する。さらにセンター方式を使い、本人が困っている時の様子などを記録に残してアセスメントを行い、本人の思いに寄り添えるように努めている。ご家族から事前情報を頂き、活かしている。	
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。	申込をいただいた時点で、ご家族の不安や困りごとに寄り添えるよう努めている。入居可否に関わらず、出来る支援(話を聞く、相談に乗る等)に努めている。入居に繋がった際には、既にできている関係が役に立つことが多い。	
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。	利用者様から生活歴等の情報をいただく段階で、ご家族との役割分担を明確にして関係性構築に努めている。さらに、スタッフ会議で皆と話し合い、ご家族への協力を依頼している。グループホームで利用可能なサービスで、有効に活用できるものの提案もさせていただいている。	
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。	洗濯量みや野菜の下準備など、一人ひとりの能力やペースを尊重しながら一緒に行っている。年配者である利用者さんから、昔ながらの習慣や行事等を教えて頂く事も多い。グループホームの役割=生活支援との理解を深めながら、共に暮らす意識を持って取り組んでいる。	
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。	ご家族に協力いただける事、家族でなければできない事については、相談や依頼をして役割分担をし、協力し合っている。感染症の状況にもよるが、受診・定期面会での協力が大きい。できる限り、ご本人の情報をお伝えして、相談して話し合っ..の形に努めている。	
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。	入所時のご家族様からの情報を基に、できるだけ今までの馴染みの生活が途切れてしまわないように努めている。ご家族にも協力依頼をしている(美容院・踊り・帰宅)。ただ、感染症の状況により流動的だが、安全確保を前提の方法での面会、美容師さんに来て頂く等の支援を実践している。	本人がこれまで大切にしてきた馴染みの関係(カトリック教会からの情報誌の受け取り)など、馴染みの生活が継続出来るようにしています。また感染症予防のため制限はありますが、家族に依頼しながら短時間帰宅する等、安全確保しながら個々の要望に対応しています。
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	性格や、認知症状のレベルの差から生じる利用者間の摩擦は、スタッフが早めに間に入る事で関係性作りに取り組んでいる。最近はこの問題が顕著に発生。会議等で話し合い、チームで共有、実践に繋げている。	

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)		外部評価(評価機関記入)	
			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。	ご家族の意向や、その後の利用サービスの状況もあるので、特別な関わりの継続は難しい事もある。入院された方については、その後のサービス状況を伺いながら、できる範囲での支援を努めるようにしている。			
<b>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</b>						
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。	実際に本人の希望をお聞きし、ケアプランに生かしている。ご本人の状態により情報が得られない場合は、ご家族からの情報(生活歴、今までの暮らしなど)を参考にしている。できる限り意向に沿えるように、少しでも気分よく過ごして頂けるように努めている。	利用者のほとんどが、自分の思いや意向を話すことができます。困難な方は、家族からの情報やその方の表情、体調、行動、食事の量などから、その人らしい暮らしが続けられるように記録し、本人の気持ちに寄り添って、日々気持ちよく過ごしていただけるように努めています。		
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。	入居時の情報収集(家族記入)や入居後も情報を頂けるように努めている。日常的にも本人との会話の中から得た情報については、記録に残す。その情報を皆で共有して、出来るかぎり馴染みの生活が継続できるように取り組んでいる。			
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。	生活歴、現在の状態の分析(できる事、出来ない事/わかる事、分らない事)等を明確にして、「得意な事」「苦手な事」、現在は何かできるのか、できそうなことがあるのかを見つける。日々の記録を上記の視点で記入することで、現状把握に努め、さらにはスタッフ間で情報共有、ケアに活かせるように努めている。			
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。	毎月のカンファレンスやスタッフ会議において、モニタリングを定期的に行っている。どんな小さな事でも変更や追加があった時には、ケアプランに反映したり、見直しを行っている。また、ケアプランには、ご家族が自由に記入出来るようにして、ご意見を伺っている。	センター方式の24時間シートを活用していることで、その方がより良く暮らしていくための課題や背景、ケアのアイデアなど、カンファレンスやスタッフ会議において毎月見直され、介護計画作成へと反映しています。		
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。	センター方式の24時間シートを使用している。その時の状況、影響している事、ご本人の言葉、スタッフの気づきやアイデアを記入している。その記録は、モニタリング、ケアプラン作成に繋げている。			
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。	受診や精密検査に立会い、入院時支援や馴染みの美容院への送迎などを行っている(※コロナ禍から一部不可)。ただ、現実には人員体制等を考えると、実際の役割以上のサービスをボランティア感覚で実施する事になるという課題もあり、気持ちがあっても実践できないことが多い。			

自己	外部	項目	自己評価(事業所記入)		外部評価(評価機関記入)	
			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。	センター方式シートの支援マップの情報を参考に、馴染みの生活で活かしていた社会資源を使えるように努めている。訪問のリハビリ、馴染みの美容院に行くなど。感染症の状況で行くことが不可となってきたが、美容師さんに出向いていただく等、工夫している。			
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。	かかりつけ医との連携は密に行っている。定期診察以外にも、特別変わったところや本人からの訴えがあれば直ぐに対処している。医師もすぐに対応して下さる。常時、医療、訪問看護との連携による支援に努めている。	受診は家族等にも担って頂いていますが、職員が同行する場合、家族等に電話やメール等で情報を伝えています。常時かかりつけ医や訪問歯科、週1回の訪問看護、緊急時(24h対応)の対応など、適切な医療を受けられるよう支援に努めています。		
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。	訪問看護ステーションと医療連携を行っている。週1回の訪問時には、事前に相談内容を記入しておき、緊急時(24h対応可)については、電話で直ぐに相談を行う。常に入居者様の状況を把握して貰えるように、連携に努めている。			
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。	入院中は、可能な範囲で病院に足を運び(コロナ禍においては困難)、家族からも情報を得るよう努めている。必要に応じて病院関係者(相談員、理学療法士、作業療法士)と連携を図り、状態の把握をした上で、今までの暮らしに近い生活ができる環境作りに努めている。			
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域と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、終末期のケアについてのお話をする。契約書に提示あり。実際に重度化となられた場合には、短期間更新で同意書を作成して、ケアの内容と役割/医療との連携/緊急時の対応(延命治療含め)を家族と医師の3者で確認し合っている。	認知症ケアの専門性を担保するために、介護度3以上の認定を受けた時には、特養への促しを行っています。グループホームの生活を継続するうえで、医療機関や関係者と、問題点を適宜見極めながら、継続できるよう支援に努めています。		
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。	緊急時の連絡の仕方のマニュアルは備えてあるが、実際の定期的訓練は行えていない。またそのような場面に遭遇したことも少なく、全てのスタッフが対応できるかには不安がある。会議時に症状に応じた対応について学ぶ/AEDのデモ機による訓練は実施した。			
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。	定期的に防災訓練を行っている。地域との協力体制(連絡網)は出来ているが、実際訓練に参加していただいている方は一部に限られており、実質的な稼働に繋がるかは不安がある。引き続き、運営推進会議時に、区長さん/民生委員等地域の方々と話し合い、具体的な対策に繋げたい。	開設から18年経つため、建物や設備の老朽化に伴い、4月に火災通報装置の取り替え、アナログ回線から光回線への切り替え工事を実施しました。火災通報装置を使用した(消火、避難、通報)訓練も実施されました。火災通報装置には、作動時登録してある電話番号に自動的に発し、緊急を知らせる仕組みなど充実が図られています。	老朽化に伴い、建物や設備を更新し、火災通報装置の訓練を行うことで、安心して働ける環境が整ってきています。建物が2階建てのため、火災が起きた時の職員の動きを想定した避難訓練の実施を計画するなど、職員や利用者が共に安心して暮らせる施設づくりを更に期待いたします。	

自己	外部	項目	外部評価(評価機関記入)		
			自己評価(事業所記入)	実践状況	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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。	スタッフ会議やカンファレンスで、実際の事例を用いて随時振り返りを行っている。入居者様一人ひとりの性格、状況、状態の変化等の情報共有をしながら、「安心、安全、快適に過ごして頂ける事」を目標として取り組んでいる。	月1回のスタッフ会議の中で、言葉遣いなど管理者が実際の事例を介して、振り返りの機会を設けることで互いに思いやり、寄り添う信頼関係づくりにつなげています。カンファレンスでは、一人ひとりの体調の変化(精神面、医療面、便、食事の量、表情)等から、情報が共有されケアに繋がっています。	
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。	意向や希望に沿うことを基本としている。認知症があり、言葉に表せない方については、性格や生活歴・日々の行動から傾向性を分析する等を実施している。また、その方の認知機能に合わせた自己決定(自分で選ぶ、決める)の方法を工夫している。		
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。	その日の入居者様の状態を最優先として「業務よりもケア」を、会議等で周知徹底している。また、その内容については記録に残し、次に繋がられるように皆で共有できるように努めている。(口腔ケアや入浴等、本人のペースを尊重し、記録によって皆で統一できる様に努めている。)		
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。	事前に得た情報を参考に、ご本人の馴染みや好みに沿えるよう支援に努めている。ご本人が希望する衣類や化粧品等も、ご家族の協力を得てご用意させていただいている。		
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。	同じフロア内にキッチンがあるので、五感を刺激し食事の楽しみにも繋がっている。また、食事前のテーブル拭き/食事作り/野菜の下ごしらえ/盛り付け/お茶入れ/片付け/洗い物等、その方の状態に合った事をいただいている(役割)。習慣となっている。	地元から取り寄せた食材を使い、ユニット内で一人ひとりの持っている力を活かしながら、皮むき、盛り付け、下膳、片付けなど、家庭的な雰囲気職員と一緒に、和やかな時間を過ごしています。行事の際には利用者様のリクエスト献立を取り入れています。また、園内の家庭菜園は、楽しい食事提供に一役担っています。	利用者一人ひとりの出来る事へのアプローチから、役割を感じながら食事を楽しまれていることが伝わってきます。感染症対策をしながら更にもっと楽しみのある食事提供を取り入れ、楽しむ機会づくりに期待をいたします。
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。	栄養士の献立をアレンジしている。水分は摂取量の記録を行うことで健康状態のチェック、体調変化の原因を見極める指標としている。水分摂取が少な目の方には、好みの飲み物提供を工夫している。食事が急激に減った方については、毎日の食事量をチェック→医師や訪問看護師へ情報を提供している。		
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。	口腔内状態は、健康管理の重要な要素との意識を持って取り組んでいる。ただ、本人の意思や習慣もあり、全員が3食後行えない場合もある。夕食後(就寝前)は、基本的には全員行う支援をしている。また、必要に応じて、歯科衛生士による居宅療養管理指導(個別)を利用している。		

自己	外部	項目	外部評価(評価機関記入)		
			実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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。	ご本人にとって気持ちよく過ごせる事を目的として支援に努めている。排泄パターンシートを使って、その人のパターンを把握する事で、出来るだけトイレで排泄できるような環境作りを努めている。介護度4、5の方でも日中はトイレを使用できる支援に努めている。	気持ちよく過ごしていただくために、排泄パターンシートを活用し、その方に合った支援に繋がっています。介護度4、5の方でも日中は福祉用具(つかまり棒)を活用することで、トイレで気持ちよい排泄が出来る環境や声掛けに努めています。	
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。	便秘が、その方の状態に及ぼす影響(認知症状/行動・心理症状の引き起こす原因等)を意識して、改善を図り、気分よく過ごせるよう支援している。繊維の多い野菜を献立に取り込む/おやつにゼリー(食生活)、毎日の運動。一人ひとりの状況に応じて、早めに医師と緩下剤の処方と相談している。訪問看護師の定期訪問時にも、排便対応を依頼している。		
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くするように、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。	できるだけ本人のペースでゆっくりと入浴していただくことに取り組んでいる。着替えの選択から一緒に行う。ただ、その方により入浴を好まない方、好きな方により入浴回数の差、清潔の保持に課題がある。	一人ひとりの希望やタイミングで、楽しい入浴にしていいただく工夫をしています。職員を変えての声掛け、時間帯、衣類選びまた好みの水分補給を介しながら対応しています。入浴剤やゆず湯、リンゴ湯など楽しめる入浴に努めています。	
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。	室温/湿度/騒音/は、巡回等に十分気を付けている。たまに眠れない時には、無理に居室にいて頂くのではなく、温かい飲み物の提供やお話をしたり、リラクスの工夫をしている。大半の方が十分睡眠が取れている様子である。日中の休息は、ご本人の意思を尊重しながらも、過度の休息にならないよう声掛け等をしている。		
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。	薬の説明書を全員が確認できるようにファイルしている。特に注意が必要な副反応、注意事項については、ピックアップして申し送る等工夫している。症状の変化等は細やかに医師に伝達→連携に努めている。		
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。	カンファレンスで、その人の生活歴や性格を考えたケアプランを作成する。それに沿って役割/その人にとっての楽しみ/その人にとって意味のある活動という観点から実践に繋がっている。その方の状態に変化がある時には、随時見直している。		
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に支援している。	ご家族の意向や協力いただける状況にもよるため、一部の利用者に限られるが、外食や帰宅を定期的に行う支援をした。外出については、プランターに花を植える、野菜の収穫等、出来る範囲で外の空気に触れるよう努めている。※外食や帰宅は感染症状況による。	お花見や紅葉狩りのドライブ、家庭菜園ではナス、カボチャ、玉ねぎ、落花生などの野菜づくりを楽しみ、プランターでの花植えなど戸外にでられる支援に努めています。	

自己	外部	項目	外部評価(評価機関記入)		
			自己評価(事業所記入)	実践状況	
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。	お金については、ご本人の希望とご家族の理解/協力を得て持参いただいている方もいる。(金額は大金でない範囲)。以前は毎週パン屋さんが来訪していたので、自分のお金で購入されたり、ちょっとした買い物に出かけたりした。※感染症状況により買い物支援が不可になっている。		
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。	ご本人の希望があれば支援している。手紙や葉書に関しては、定期的には行っていないが、暑中見舞いや年賀状は支援を行っている。ただ、ご本人が電話をしたい意向は優先している。携帯電話持参の方もいらっしゃるため、ご家族の希望も把握しながら調整/支援に努めている。		
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。	室内の造りはシンプル。室内の温度や湿度、電気の明るさには気をつけている。また、テレビの音も適度に調整したり、食事の時間やゆったりと過ごされている時は、好みの音楽を流すなどの配慮に努めている。また、季節を感じられる花を飾る等、リラックスできる環境作りに努めている。	ゆったり過ごせる自分の居場所で、食事や新聞、洗濯物たたみやテーブルを拭くなど、一人ひとりの過ごしの空間があります。また暖かい日差しや音にも配慮され、壁には四季に沿った飾りつけなど、居心地よく過ごせる居場所となっています。	
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。	テーブルやソファの配置など、それぞれが楽しく気楽に過ごせる様、配慮している。それぞれの入居者様の場所が確立できているので、居心地の良い場所の確保は出来ているように感じているが、引き続き工夫に努める。		
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。	入居時に家具等できるだけ使い慣れた物の持ち込みをお願いして、居心地よく過ごせる空間作りに努めている。また、使い慣れている茶碗、おわん、湯のみを持って来ていただき、安心して暮らせる工夫に努めている。	日々の暮らしで使われるお茶碗やおわん、湯呑、使い慣れた家具、好きなクラシック音楽を聞くことのできる環境を家族と共に工夫され、精神的にも穏やかに過ごせる空間づくりに努めています。	
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。	一人ひとりの状態を把握しながら、安心、安全、快適な環境作りに努めている。トイレや自室の場所が分からなくなってしまう方には、表示や飾り物を付ける等の工夫をして、混乱を招かないよう努めている。		