

### 1 自己評価及び外部評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入) 2020

事業所番号	2693000123		
法人名	一般社団法人 長岡記念財団		
事業所名	グループホーム ローズマリー 1階・2階		
所在地	京都府長岡京市友岡4丁目43番地		
自己評価作成日	2020年7月15日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 野の花		
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	令和2年10月26日		

#### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

・認知症高齢者のみなさま、その家族、関係者および地域の人々に対し安全と満足を提供することをめざして住み慣れた地域での生活を送っていただくよう支援していきます。  
 ・「人間の尊厳」を糧に「利用者とその家族との信頼関係構築」「職員間の信頼関係による強固なチームワーク」「地域:密着型サービスとその責任と貢献」をモットーに心のこもったサービス提供に取り組んでいます。長岡ヘルスケアセンター、アゼリアガーデンと敷地内にあり、また地域との在宅医との連携、常勤看護師配置等医療面においても万全のサポートを整え、看取り介護にも取り組んでいます。

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

長岡京市の長岡病院の裏、静かな住宅街に面して建つ2ユニットのグループホーム。開設6年になる。開設以来毎年の外部評価を受け指摘された課題を着実に改善し続けている。その結果毎週3回の入浴、下剤を使用しない自然排便の支援、短時間でも毎日の外出、利用者や家族の希望による「看取り」の実施というグループホームを実現している。管理者、職員の体制はほとんど変更がなく、グループホームに求められている、「ホームは家庭である」ことを、利用者、家族、地域の人、職員等すべての人たちとの信頼関係の構築のもとで実現を目指している。コロナ禍のなかでボランティアによるイベント、地域の行事、外出・外食等が減り、家族との面会も減っているなかで、管理者と職員は利用者がひと時でも楽しいと笑顔があふれる時間を作りたいと励んでいる。

#### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果		項目		取り組みの成果	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

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
<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	1階2階のスタッフルームに理念を掲げている。各職員の出勤時に必ず1日1回は目を通すことで職員同士の共有、日々実践に繋がられるよう努力している。	「①認知症高齢者、家族、地域の人たちに安心と満足を提供、②住み慣れた地域での生活、③利用者、家族、地域の人たち、職員同士の信頼関係を構築、④地域密着型サービスとしての責任と貢献を果たす」をグループホームのミッションとして策定、パンフレットに明記、スタッフ室に掲示、職員は毎日確認している。理念の実践として、職員同士はチームワークが良く、一人ひとりの利用者に寄り添い、ホームを「家」と思ってもらえるように業務に励んでいる。	
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	民生委員、自治会長との交流を図り情報を得たり事業所の会議にも参加していただいているが現状、自治会長の出席は少ない。イベントのお誘い参加をしていただき、近隣の散歩を取り入れ交流を図っている。	利用者はホームの裏通りの住宅街を散歩、近所の人たちとあいさつ、近くの公園やお寺に行っている。町内会に加入、ホームの夏祭りやクリスマス会には近くの人や子どもたちが参加している。近くの保育園の園児が来訪、歌を歌ってくれるのは利用者の楽しみである。	
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	民生委員、地域包括センター、居宅介護支援事業所の方を通じ地域の方に気軽に見学に来ていただいたり、相談等も受けることを伝えていただき地域の方々とは理解し合えるよう努めている。		
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	民生委員、自治会長、市役所の高齢介護課職員、地域包括、家族様に参加していただき日常報告、研修報告、事故報告等の報告を行い出席者全員との意見交換を行いサービス向上に活かせるよう努めている。	家族、町内会会長、民生委員、南部地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催、議事録を残している。ホームから利用者状況、事故・ヒヤリハット、職員研修、行事や活動を報告後、意見交換している。「グループホームを利用したいと考えている人にはローズマリーを奨めている」という意見をもらっている。	
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取り組んでいる	運営推進会議に高齢介護課の職員の方に参加していただき、事業所実情報告を行い共にサービスの向上ができるよう努めている。	長岡京市とは必要な報告や相談を怠らず、連携を保っている。地域ケア会議や市内のグループホーム連絡会は書面による情報や意見の交換をしており、それらを集約したものを議事録としてまとめて配布されている。管理者は職員会議で報告し、情報共有している。	

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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	外部研修を受けた職員が主となり、1階2階から1名ずつ身体拘束の係を選出し年2回、研修を行っている。職員全員、目標を立て取り組んでいる。身体拘束のマニュアルはいつでも閲覧できるようになっている。玄関ドアは施錠しているがいつでも開けられる状況である。ユニット入り口施錠は日中、開放時間を実施している。	身体拘束しないケアの担当職員を定め、日常的にホーム内を点検し、職員研修について計画を立て、毎年2回以上実施している。身体拘束についての外部研修を受講している。センサーを含め、身体拘束の事例はない。職員はスピーチロックに注意している。玄関ドア、ユニットのドア、エレベーター等、日中はすべて施錠していない。	
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	マニュアルを作成しており職員がいつでも閲覧できるようにしている。毎月ミーティング時に虐待内容に関して話し合いを行っている。		
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	成年後見人制度についての勉強会が未だに行えておらず職員全員が理解できていないのが現状である。		
		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	事前に事業所内を見学していただいている。契約時や入居相談に関しては相談室にて説明を行い、家族様からの疑問に関しては納得していただくよう十分な説明を行っている。		
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	運営推進会議に出席していただいた家族様には必ず要望等を聞く機会を設けている。出席されていない家族様には面会時に聞くよう心かけている。面会にあまり来られない家族様にも電話や手紙にて利用者様の状態報告、要望等も伺うよう心かけている。	昨年までは家族の面会は多く、その際は管理者や担当職員が家族と利用者について情報交換している。現在は面会の希望があればコロナ対策の後、居室で利用者と会えるようにしている。家族には担当職員が電話や写真を同封した手紙で情報を発信している。職員が支援して利用者が自筆で絵ハガキを書き家族に郵送、利用者は家族のなかからの返事を喜んでいる。「コロナ禍の中、ホームに外部から入ってこないようにしてほしい」という家族の意見が多く、ボランティアのイベント等を中止している。	

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
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回ユニットごとにミーティングを実地している。ミーティング時や職員全体研修会時に職員の意見を聞き、時には個別相談も取り入れ常に職員との関わりを持ち相談しやすい環境作りに努めている。	職員は利用者の担当のほか、行事、身体拘束しないケア等、役割分担し、ユニットの運営も含めて自主的に話し合い、計画し、実行している。日常的に意見や提案がある場合は随時話し合っている。管理者は新入職員等、困っている様子を見ると個人面談している。利用者にとってだけでなく、ホームは職員にとっても家であり、家庭同士のように楽しく働ける場所でありたいと考え、管理者は職員と共に努力している。	
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	職員とのコミュニケーションを大切に働きやすい環境作りに心かけている。		
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	外部研修を受けた職員は、研修報告を兼ね講師となり内部研修を行っている。		
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	3か月に1回行われている他事業所と地域包括の方との連絡図っている。会に参加し、意見交換を行い交流を		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人の要望には耳を傾け上司と相談し出来る限り可能になるよう努めている。		
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	家族様の要望に耳を傾け上司と相談しながら出来る限り可能にな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
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	その時に必要な支援を求められれば可能になるような対応を心かけている。		
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	毎日一人ひとりに声かけを行い、その時々 の状態に合わ毎日が自然で穏やかに過 していただけるよう心かけている。		
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	面会等、家族様とのコミュニケーションを大 切にし本人を共に支えていけるように心か けている。		
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	ご友人等の面会時には、その方々に利用者様の 以前の生活等の情報を収集し今後の支援に繋 げていけるよう努めている。又、今後も気軽に面 会に来ていただける雰囲気作りにも心かけ利用 者様との関係を継続していただけるよう支援して いる。	利用者の古い友人、同級生等が連絡してくられ、 電話や絵葉書のやりとりを利用者は楽しみにして いる。以前は高校の同窓会があり、楽しみに参加 している利用者を支援している。	長い人生を送ってきた利用者、人生の最後 にあたってもう一度会いたい人、もう一 度行きたい場所等がいろいろある。現在の のコロナ禍では誰かに会うのはできない が、電話や手紙のやり取りを支援するこ と、行きたい場所へは職員と個別のドライ ブを支援すること、以上の2点が望まれ 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	利用者様同士の相性を把握しリビングでの 席などを配慮したり、その時々 の状況に合わせ自然な形で関わり合えるよう支援して 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	退去後も家族様からの相談があればできる 範囲で対応できるよう努めている。		

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
<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	入居時にアセスメントし、ケアに反映させている。意見伝達が困難な方は、しぐさや表情から読み取り、ご家族からも話を伺いご本人らしい生活が送れるように支援している。	契約時には管理者が利用者と家族に面談、グループホームの説明後同意の署名押印をもらっている。同時に利用者の医療や介護の情報を収集している。グループホームでの生活について利用者、家族の意向を聴取する。利用者の意向は「アイスクリームが食べたい」「記憶の衰えが心配」等が記録されている。意思表示が困難な利用者は意向が聞けていない。利用者の生活歴のまとまった記録はない。入居後に利用者が話した際に記録している。情報は非常に少ない。	長い人生を送ってきた利用者のグループホームでの暮らしを支援するためには利用者を深く理解することが欠かせない。出身地、父母や兄弟姉妹等生家のこと、子ども時代、現役のときの仕事や友人、趣味や活動、結婚生活や子どものこと等、利用者の生活歴を収集することが求められる。
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	入居前の面談でアセスメントシート情報を詳しく書いていただき、ご本人の生活史・趣味・習慣等を把握し好きなことや趣味を活かした過ごし方が出来るように努めている。また、使い慣れた家具や日用品を持ち込んでいただき安心感を感じていただけるよう心かけている。		
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	日常生活記録を記入し水分・排泄・バイタル測定を実施し主治医との連携を保ちながら24時間シートで状態像を把握している。		
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	月1回ユニットごとにミーティングやカンファレンスでご家族・ご本人・医療機関・スタッフの意見を聞き、話し合ったことをプランに反映させている。	担当職員が担当利用者のアセスメントをし、介護計画を作成、ケアマネジャーが点検している。介護計画は利用者、家族の意向に基づくと共にかかりつけ医、看護師、職員等の意見を反映している。介護計画は身体介護の項目が多く、生活の楽しみや役割、趣味等の項目は「レク参加」「散歩」等であり、利用者固有の内容ではない。介護記録はバイタル、食事量、水分量、排泄入浴等生活のデータと「日中記事」「夜間記事」として、時間ごとに利用者の様子を書いている。介護計画の実施記録はない。モニタリングは毎月実施している。	介護計画には身体介護だけでなく、暮らしの中のその利用者だけの楽しみや役割等、また認知症のBPSDへの対応、どんな利用者にも以上3種類の項目が必要であること、介護記録は生活のデータだけでなく、介護計画の実施記録が必要であること、以上の2点が求められる。
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	職員に個別に担当を決め、状態変化があった場合は、アセスメントシートに記入してもらい必要に応じてケアの見直しや手順変更を行い、スタッフ間で共有している。		

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	ご本人・ご家族の状況変化や重症化に伴い今、何が必要で何を希望されているかを把握し柔軟な対応に心かけている。		
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	定期的にボランティアの来訪があり利用者様の生活が豊かなものになっている。		
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	契約時、事業所の協力医を紹介しているが、本人及び家族様がかかりつけ医を希望される場合は対応している。月2回往診があり、状態に変化がある時はその都度、連絡が取れるような体制をとっている。	利用者の入居前からのかかりつけ医や入居後に変更された医師等、いずれも定期受診は往診にきてもらっている。歯科も訪問歯科医を利用している。	
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	日常的に事業所看護師と情報交換を行い、状態に変化があった場合は、すぐに主治医に連絡が取れるような体制をとっている。		
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。	入院時は、スタッフが同行し情報提供を行い医療機関と情報を共有している。入院中は週2回ほど面会に伺い状態を把握し退院を含め、今後の方向性について話し合いを行っている。退院時はサマリーにて情報提供をいただいている。		
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	契約時、重度化された場合における対応の指針は説明している。重度化した場合は主治医と連携を図りながら本人様にとって一番いい方法を家族様・主治医・スタッフと話し合いながら方針を決めている。	利用者の重度化や終末期に関して、グループホームとしての方針を「重度化(看取り)した場合の対応に関わる指針及び同意書」という文書にし、契約時に利用者と家族に説明、同時に意向を聴取している。「利用者の看取り」を実施するという方針であり、ほとんどの家族は同意している。職員にはターミナルケアの研修を実施している。これまでに5人の事例を経験、家族は献身的に協力、看取り経過中は全職員が1日2回ベッド脇で声をかけている。	

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
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	緊急時のマニュアルがあり、急変時や事故発生時に対応できる体制をとっています。		
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	年2回長岡病院の職員と合同で防災訓練を行っている。そのうち1回は消防署の方にもきていただき実施している。地震想定は年1回行っている。訓練では夜間、日中の想定で実施している。	火災対応の訓練は年2回以上、1回は消防署の協力を得ている。町内の消防訓練に参加している。地震、風水害、夜間帯の訓練も実施している。訓練は近くにある同法人の病院の職員と連携で実施しており、本番でも協力が得られる。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりの生活歴や生活環境、性格の把握に努め、その方に合った対応・言葉かけが出来るよう努めている。	利用者への対応や言葉遣いについては「人間の尊厳」を礎にするとミッションに明記していることを職員は認識している。日常の現場で注意しあっている。利用者への介護にあたっては職員の押し付けでなく、必ず声をかけ意向を聞くようにしている。飲み物などいろいろ用意している。化粧をする利用者もあり、髪型は利用者をよく知っている訪問美容師が「あまり短くないほうが良い」等アドバイスしている。	
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	一人ひとり、その日の状態に合わせ少しでも本人様の希望に沿った対応が出来るよう心かけている。自己決定が難しい利用者様にも必ず、問いかけを行うようにしている。		
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	大まかな1日のスケジュールはあるが、一人ひとりその日の体調に合わせた起床・就寝時間の対応をしている。日中も本人様の状態に合わせた支援をしている。		
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	整髪は月1回訪問美容院を利用されている。入浴は週3回実施している。季節に合った衣類、汚れたら着替えを行い常に、清潔な衣類の着用をしていただいている。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る方には、テーブル拭きや食器洗い等のお手伝いをさせていただいている。食レクの際は、一緒に料理作りをしている。昼食時は必ず職員も同じメニューを利用者様と一緒に談笑しながら摂っている。外食も行っている。	同法人の老健の管理栄養士がカロリー値、栄養バランスを点検した献立を立て職員が調理したものが毎食運ばれ、ホームではごはんのみそ汁をつくり、盛り付けている。キザミが必要な利用者にはホームで1品ずつ刻んでいる。季節感のある家庭料理である。時にはみんなで作る「ハンバーランチ」「寄せ鍋料理」「目の前で握ってもらえる握りずし」等を楽しむ日もある。認知症による食事摂取に課題のある利用者には職員が寄り添ってゆっくり介助している。	
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	チェック表をにて毎日の食事量・水分量・排泄の記録を行い体調管理の把握に努めている。嚥下状態に合わせ食事形態を考え、トロミ等の使用を行っている。なるべく自身で摂取していただくよう食べやすい食器等の使用、盛り付けの工夫も行っている。		
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、口腔ケアも実施しており口腔内の残渣物のチェック、義歯洗浄の援助も行っている。月2回歯科往診をも受けられている。		
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	チェック表を把握し、トイレ誘導を行い自力で便器内で排泄していただけるよう心かけている。失禁等で汚染がみられた場合は、陰部洗浄や清拭、シャワー浴をしていただき常に清潔保持に努めている。	尿意がありトイレの場所を知っているという排泄の自立をしている利用者は2人くらい、ほとんどの利用者はリハビリとパット使用、職員がトイレ誘導している。日中もおむつ使用の利用者は2人である。水分提供と体操支援により利用者は自然排便ができています。下剤を使用するのは一部の利用者で頼用の使用である。在宅では家族が排便の介護が困難だった利用者が入居後は自然排便に改善している。	
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	毎日、排泄チェック表を確認し把握に努めている。日中の水分摂取量確認しながら一人ひとりの摂取量の把握に努めている。下剤を服用されておられる方はおらず全員ほぼ毎日、自然排便がみられている。		

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
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	基本週3回午前中に入浴していただいているが、体調や気分によっては午後からの入浴も実施している。その日の体調や個々の状況に合わせて入浴日に入浴できなかった場合でも入浴日以外に入浴していただけるよう心かけている。	浴室は少し広く、個浴をすえている。2階ユニットには個浴と機械浴があり、利用者によっては機械浴を使っている。午前の時間帯に声掛けし、「入りたい」という利用者の入浴を支援している。その日の気分により「入りたくない」という利用者には日時や声掛けの職員を変更し、毎週3回の入浴を支援している。利用者はマイシャンプーを使い、職員との会話を楽しんでいる。季節にはゆず湯をしている。	
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	その方の体調に合わせて日中、休息が必要な方は居室で休んでいただく時間を設けている。夜間は、安眠できるよう環境を整えている。就寝時間はその日の一人ひとりの状況に合わせて対応しているが日中、ほとんどリビングで過ごされているため、遅くとも21:00には就寝していただくよう		
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	服薬介助時は、利用者様の名前・日付を声を出して読み上げ服薬ミスがないよう努めている。口腔内に残っていないかの確認にも努めている。現状、内服されている薬については職員全員が把握するよう努めており、内服薬の変更等があった時は、変更後の様子観察を行い記録に残して		
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	洗濯たたみや食器洗い等、できる方にはお手伝いをいただいている。全員出来る体操は毎日、取り入れ体を動かしている。気候の良い日は、全員が散歩に出れ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
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	天候の良い日は短時間でも1日1回事業所周辺を散歩に出かけている。外食や季節ごとの花見や初詣等には全員が出かけられるよう努めている。	ホームの裏は静かな住宅街、公園やお寺があり、利用者の散歩道である。気候が良く、天気が良い日は車椅子の人も含めて少しでも外気にふれるように散歩に出ている。夏はプランターにキュウリやナスなどを育てているので、見るのを楽しみにホームの外に出ている。満開の桜が美しい近くの寺や公園での花見、勝竜寺での紅葉狩り等季節のドライブをしている。利用者が行きたいという希望があると職員は個別に外食等に出かけている。	
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	事業所では基本、金銭の所持はお断りしています。利用者様の買い物などでかかる費用は立て替えをしている。		
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	家族様の了承があれば電話連絡を自由に行わせている。お友達や家族様等のハガキや手紙のやり取りをされている方には職員が投函の支援をしている。		
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	掃除は毎朝行い清潔保持に努めている。リビングには温度計を置き、冬場は加湿器の設置を行い乾燥防止に努めている。利用者様と制作した季節のカレンダーや各居室入り口に季節の飾り付け等で季節を感じていただけるよう工夫している。	1階と2階に1つずつユニットがあり、エレベーターを出ると奥にミニキッチン付きの居間兼食堂(ホール)、大きな窓から四季の風景が目に入り、明るい。食卓と椅子のほかにソファコーナーがあり、大きなテレビ、壁には利用者と職員合作の毎月ごとの大きなカレンダー、季節の貼り絵、居室のドアにも毎月ごとの合作のちぎり絵、ホール全体がやわらかく落ち着いた雰囲気である。	
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	独歩の方が少なく、ほとんどの方が日中、リビングにて過ごされている。		

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
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	自宅と変わらなく落ち着いて過ごしていただけるよう入居前に親しみある物や使い慣れた食器等を持ってきていただくよう伝え、家族写真や本人様の趣味のものを持ち込まれるよう相談しながら配置等を行っている。	居室は洋間、奥に大きな窓、四季の風景を見ることができる。洗面台、衣類掛けを設置している。利用者は使い慣れたベッド、枕や寝具類、筆筒、整理筆筒、衣装ケース、テレビ、テレビ台、机、椅子等を持ちこんでいる。筆筒や机の上にお気に入りの置時計、マスコット、化粧品、文具、愛読書等々を置いている。ベッドの上のふとん、衣類かけに吊るした多くの衣類、筆筒の上の飾り等が利用者らしさを表している。	
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	不要なものはなるべく置かないよう安全に注意し、なるべく自分でできることは自分でしていただくようにしている。		

# 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
<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	1階2階のスタッフルームに理念を掲げている。各職員の出勤時に必ず1日1回は目を通すことで職員同士の共有、日々実践に繋がられるよう努力している。」	以下の項目すべて1階に同じ。	
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	民生委員、自治会長との交流を図り情報を得たり事業所の会議にも参加していただいているが現状、自治会長の出席は少ない。イベントのお誘い参加をしていただき、近隣の散歩を取り入れ交		
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	民生委員、地域包括センター、居宅介護支援事業所の方を通じ地域の方に気軽に見学に来ていただいたり、相談等も受けることを伝えていただき地域の方々と理解し合えるよう努めている。		
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	民生委員、自治会長、市役所の高齢介護課職員、地域包括、家族様に参加していただき日常報告、研修報告、事故報告等の報告を行い出席者全員との意見交換を行いサービス向上に活かせる		
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	運営推進会議に高齢介護課の職員の方に参加していただき、事業所実情報告を行い共にサービスの向上ができるよう努めている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	外部研修を受けた職員が主となり、1階2階から1名ずつ身体拘束の係を選出し年2回、研修を行っている。職員全員、目標を立て取り組んでいる。身体拘束のマニュアルはいつでも閲覧できるようになっている。玄関ドアは施錠しているがいつでも開けられる状況である。ユニット入り口施錠は日中、開放時間を実施している。		

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
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	マニュアルを作成しており職員がいつでも閲覧できるようにしている。毎月ミーティング時に虐待内容に関して話し合いを行っている。		
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	成年後見人制度についての勉強会が未だに行えておらず職員全員が理解できていないのが現状である。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	事前に事業所内を見学していただいている。契約時や入居相談に関しては相談室にて説明を行い、家族様からの疑問に関しては納得していただくよう十分な説明を行っている。		
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	運営推進会議に出席していただいた家族様には必ず要望等を聞く機会を設けている。出席されていない家族様には面会時に聞くよう心かけている。面会にあまり来られない家族様にも電話や手紙にて利用者様の状態報告、要望等も伺うよう心かけている。		
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1回ユニットごとにミーティングを実地している。ミーティング時や職員全体研修会時に職員の意見を聞き、時には個別相談も取り入れ常に職員との関わりを持ち相談しやすい環境作りに努めて		
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	職員とのコミュニケーションを大切に働きやすい環境作りに心かけている。		
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	外部研修を受けた職員は、研修報告を兼ね講師となり内部研修を行っている。		

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
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	3か月に1回行われている他事業所と地域包括の方との連絡図っている。会に参加し、意見交換を行い交流を		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人の要望には耳を傾け上司と相談し出来る限り可能になるよう努めている。		
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	家族様の要望に耳を傾け上司と相談しながら出来る限り可能になるように努めている。		
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	その時に必要な支援を求められれば可能になるような対応を心かけている。		
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	毎日一人ひとりに声かけを行い、その時々状態に合わ毎日が自然で穏やかに過ごしていただけるよう心かけている。		
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	面会等、家族様とのコミュニケーションを大切にし本人を共に支えていけるように心かけている。		
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	ご友人等の面会時には、その方々に利用者様の以前の生活等の情報を収集し今後の支援に繋げていけるよう努めている。又、今後も気軽に面会に来ていただける雰囲気作りにも心かけ利用者様との関係を継続していただけ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
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	利用者様同士の相性を把握しリビングでの席などを配慮したり、その時々状況に合わせて自然な形で関わり合えるよう支援している。		
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	退去後も家族様からの相談があればできる範囲で対応できるよう努めている。		
<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	入居時にアセスメントし、ケアに反映させている。意見伝達が困難な方は、しぐさや表情から読み取り、ご家族からも話を伺いご本人らしい生活が送れるように支援している。		
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	入居前の面談でアセスメントシート情報を詳しく書いていただき、ご本人の生活史・趣味・習慣等を把握し好きなことや趣味を活かした過ごし方が出来るように努めている。また、使い慣れた家具や日用品を持ち込んでいただき安心感を感じていただけるよう心かけている。		
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	日常生活記録を記入し水分・排泄・バイタル測定を実施し主治医との連携を保ちながら24時間シートで状態像を把握している。		
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	月1回ユニットごとにミーティングやカンファレンスでご家族・ご本人・医療機関・スタッフの意見を聞き、話し合ったことをプランに反映させている。		
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	職員に個別に担当を決め、状態変化があった場合は、アセスメントシートに記入してもらい必要に応じてケアの見直しや手順変更を行い、スタッフ間で共有している。		

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	ご本人・ご家族の状況変化や重症化に伴い今、何が必要で何を希望されているかを把握し柔軟な対応に心がけている。		
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	定期的にボランティアの来訪があり利用者様の生活が豊かなものになるようにしている。		
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、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	契約時、事業所の協力医を紹介しているが、本人及び家族様がかかりつけ医を希望される場合は対応している。月2回往診があり、状態に変化がある時はその都度、連絡が取れるような体制を		
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	日常的に事業所看護師と情報交換を行い、状態に変化があった場合は、すぐに主治医に連絡が取れるような体制をとっている。		
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	入院時は、スタッフが同行し情報提供を行い医療機関と情報を共有している。入院中は週2回ほど面会に伺い状態を把握し退院を含め、今後の方向性について話し合いを行っている。退院時はサマリーにて情報提供をしていただいている。		
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	契約時、重度化された場合における対応の指針は説明している。重度化した場合は主治医と連携を図りながら本人様にとって一番いい方法を家族様・主治医・スタッフと話し合いながら方針を決めている。		
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	緊急時のマニュアルがあり、急変時や事故発生時に対応できる体制をとっています。		

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
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	年2回長岡病院の職員と合同で防災訓練を行っている。そのうち1回は消防署の方にもきていただき実施している。地震想定は年1回行っている。訓練では夜間、日中の想定で実施している。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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			
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	何かを行う際には必ず、説明を行ってから実施している。利用者様の意思決定を遮らない様に傾聴姿勢を保つよう努めている。		
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	1日大まかなスケジュールはあるが利用者様の体調や精神状態に合わせており、本人の意思に沿って希望に応じている。		
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	保清に留意し清潔な衣類を着ていただくよう配慮している。本人の意思を尊重しつつさり気なく身だしなみを整えるよう努めている。		
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	毎食の準備は職員が行っているが、レクレーション等では利用者様に参加していただいている。		
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	1日の水分必要量が確保できるように時間や量を小分けにして飲用していただいている。自力摂取が出来るように声かけや食器のセッティング、スプーン・お箸等用意し必要時のみ食事介助を行っ		

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
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、自室にて口腔ケアを行っている。自立者には声かけ、準備のみ。ポリデント投入や義歯洗浄終了までの援助等、各レベルに合わせた支援を行っている。		
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	排泄リズムを把握し声かけ、定時のトイレ誘導等、各自のパターンに合わせている。		
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	排便がみられない時、腹部マッサージや周防文補給、ヨーグルトを提供等、自然排便を促している。下剤服用で調整されている方もいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	大まかな入浴日は決めているが利用者様の体調に合わせ、拒否等がみられた場合は入浴日に関わらず臨機応変に対応している。		
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	利用者様の体調・年齢・基礎疾患に合わせ昼食後の休息時間を設けている。		
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	各々の食前薬、内服薬、眠前薬等の誤訳がないように日付、名前のチェックを行い口の中に残っていないかの確認もしている。症状の変化時は、先生や看護師の指示を仰いでいる。		
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	各々のレベルに合ったお手伝いをしていただいている。(洗濯たたみ、新聞たたみ、シーツ交換、居室掃除等)嗜好品に関しては、家人持参、スタッフが購入		

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
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	感染防止以前は散歩は行っていた。家族との外出や外泊に関しては積極的に取り入れ利用者様の活気が向上するように家族様に協力をお願いしている。		
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	事業所では基本、金銭の所持はお断りしています。利用者様の買い物などにかかる費用は立て替えをしている。		
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	入居時に家族様の意向を伺い利用者様が電話できる体制を整えている。事業所より、はがきを提供し、いつでも記入していただけるよう努めている。スタッフが投函している。		
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	各共有空間にはプレートを貼っており混乱されないよう配慮している。湿度・温度に関しては加湿器を使用。冷暖房にも十分注意しており快適に過ごしていただけるように設定温度はこまめに点検している。時には、季節に合わせた飾り物を貼って楽しんでいただいている。		
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	テーブル席は定位置となっており同席者との交流がトラベルなくスムーズに過ごしていただけるよう人員配置は配慮している。		
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	利用者様と家人様の意向に沿って使いたれた家具や寝具等を持参していただいている。仏壇持参の方には毎朝、お仏飯のお供えをしている。		
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	各居室前には各々好みの飾り物を付けて自室であることを認識していただいている。廊下には、左右手すりがあり転倒防止及び自力歩行に努めている。		