

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	毎年、年度初めの4月の全体ミーティングで「よいやんせ意思統一事項」の読み合わせを行い、事業運営の柱となる理念の共有と実践につなげている。	社訓及びホーム開設10年目に見直した理念とともに、詳細な年度目標も掲げて、4月度の全体ミーティングで共有を図り日々のケアでの実践に努めている。理念や年度目標は全体ミーティング及びスタッフ研修等で意義及び達成状況を振り返りながら、利用者が地域の中でその人らしく暮らせるように支援に取り組んでいる。	
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	地域の老人クラブや子供会との交流を定期的に行っている。ボランティアをいただくだけでなく、地域の資源ごみ回収には、仕分け作業に参加している。今年度も「地域のひろば」事業で、これまで以上に地域の方とつながっていく予定	中学生の職場体験学習の受入れや多くのボランティアの来訪とともに、地域の老人クラブや子ども会との定期的な交流も行われている。ホームの夕涼み会や花見・運動会を始めとした季節の行事にも多くの地域の方々の参加を得ている。また、ホームは「町の駅」でもあり、市主催の「地域のひろば」事業にも積極的に取り組み、地域の方々の立ち寄りも多く、利用者はこれらの機会を楽しんでいる。	
3		○事業所の力を生かした地域貢献 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生かしている。	地域の小学校の総合学習やよいやんせのサマーキャンプで子どもたちへ認知症サポーター養成講座を行った。		
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	年6回の運営推進会議では、委員の方から、活発な意見をいただいている。会議ばかりではなく、食事を囲んでの職員と委員との交流も行い、意見を直接いただいたりもしている。いただいた意見は、ミーティングなどで職員に伝えている。	会議は利用者や家族、地域の自治会長や老人クラブの会長、民生委員、行政や地域包括支援センターの職員等多くの委員の参加を得て、併設の小規模ホームと合同で定期的開催されている。利用者やホームの現況や行事・問題点等が活発に話し合わせ、内容は職員にも十分に周知が図られて、具体的に家族や地域との交流や日々のサービス向上に活かされている。時には食事を囲んで委員と職員との意見交換も行われ地域との交流の活性化等にもつながっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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携を密に取り、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。	市の窓口に出向くこともよくあり、分からないことや不安に思うことなどは、すぐに伺うようにしている。地域密着型事業所の連合会の会合などで、市の担当者との情報交換の場も多い。	地域密着型事業所の連合会や地域包括支援センターのセミナー等への出席のほか、一般向け・小学生向けの認知症サポーター養成講座や市福祉祭りの支援などで必要な情報交換や連携は図られ、適切な助言も得られてサービス向上に活かされている。また、市が主催する「地域のひろば」の運営にも積極的に協力する体制を整備し地域の活性化に取り組んでいる。	
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。	事業所内のマニュアルは存在し、いつでも手にとれるところにある。事業所内のスタッフ研修で年間計画に組み込み毎年、研修を行っている。日々のミーティングで振り返りも行っている。また家族会でも、身体拘束に触れ、家族に対しても意識を高めるように試みた。	関連するマニュアルの整備とともに、高齢者の権利擁護や身体拘束に関する研修は年間計画に沿って行われ、日々のミーティングでも繰り返し話し合い理解を深めて、利用者の安全確保や自由な暮らしの支援に努めている。また、ご家族に対しても身体拘束や感染症に関して家族会等で説明している。日々の暮らしの中では、職員は利用者個々の状況や行動に注意を払い連携して見守りを行っている。また、近所の方々とは見守りや声かけをして頂けるような関係が築かれている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	事業所内のマニュアルは存在し、いつでも手にとれるところにある。事業所内のスタッフ研修で年間計画に組み込み毎年、研修を行っている。日々のミーティングで振り返りも行っている。		
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。	事業所内のマニュアルは存在し、いつでも手にとれるところにある。事業所内のスタッフ研修で年間計画に組み込み毎年、研修を行っている。日々のミーティングで振り返りも行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	契約前には、ご本人も含めて見学をしていただき、契約時は、具体的内容について説明するほか、不安点や質問にもお答えし、納得していただいている。		
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並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。	重要事項に苦情の受付、処理、報告の流れについて記載し、説明している。毎月、1回以上は家族と面会する機会もあり、声を聴く機会としている。	利用者の思いは日々のケアの中でくみ取るように努め、ご家族とは来訪時のもとより、運営推進会議やホームの行事等の際に話しやすい雰囲気づくりに努めて多くの意見を頂いている。内容は職員が共有して、必要な対応は日々の申し送りやミーティングで話し合い、本人やご家族にも速やかに報告してサービスに具体的に反映できるように取り組んでいる。	
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。	月に2回、職員ほぼ全員での会合があり、意見をいただく。また、個別にも月に1~2回面談の時間をとり、個々の意見も聞き、反映できるようにしている。	職員の意見は月2回の会合や毎月の個別対話できめ細かく聞き取り把握に努めている。また、必要に応じて職員との食事会も行うなど、日頃からコミュニケーションを取りやすい環境づくりに取り組んでいる。職員育成のためにホーム内外の研修も充実させて、具体的に業務改善やサービス向上への反映を図っている。	
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。	職員個別に、毎年、目標設定と自己評価をしてもらう。、月に1回以上は、面談も行い、思いや意見を聞き、就業環境の整備に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>職員個別に研修目標を掲げてもらっている。毎月の事業所内の研修も積極的に外部講師を依頼して、行っている。外部研修も案内をし、希望があれば、勤務内に行けるように配慮している。</p>		
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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</p>	<p>研修会に参加することで、交流をもつほか、他事業の方も一緒に餅つきなどのイベントを行うことでも交流が持てている。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	事業所の特徴として、併設の小規模多機能ホーム利用後、入居される方がほとんどで、なじみの関係を作れていることも多いが、環境の変化に伴う不安には、ゆっくりと時間をかけて安心できる場所になるよう職員間で意識して関わっている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	小規模多機能ホーム利用時からの関係ができてることが多いが、環境の変化による不安には、話をする機会を多くもつようにしている。家族とのつながりが希薄にならないよう、関係を持ち続けていただくことにも配慮している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	環境の変化に伴う、本人の不安は大きく、思いもよらない変化が出てきたり、体調を崩したりも多い、丁寧な観察を行い、職員間で検討する機会を多く持ったり、家族の協力もいただきながら対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人のできることを大切にし、その方の持つ可能性をより多く引き出せるよう心掛けている。ゆったりとした時間を一緒に持つことで会話の中から新しい発見があったりする。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を介護される一方の立場に置かず、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	本人を支えるチームの一員として、情報の共有に努め、常に本人にとって最善の関わり方を家族とともに考えていけるようにしている。特にターミナルケアにおいて家族の存在は、大きく、協働は不可欠である。		
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	ライフサポートワークの様式で、計画を立てるようになってこれまで以上に本人や家族と話し合い、なじみの場所や人を大切にプランに反映させることが多くなってきている。それ故に他方面か収集が必要である。	馴染みの関係の継続のために、利用開始時の聞き取りのほか、ご家族や時には地域の方々からも情報を得るようにして、散髪や買い物・一時的な帰宅・近隣のドライブ・地域の行事等への同行にも努め、その折に知人との交流の機会も得られる場合もある。また、来訪される利用者の家族や友人・知人とはゆったり過ごせる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	利用者同士のトラブルは、ほとんどなく、食事やレクレーションも気の合う方と、隣同士や同じテーブルを囲んだりして良い関係ができていく。そのために職員が会話の橋渡しをしたり、個々の好みや個性を大切にしている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	入院中は、こまめに面会に行き、本人や家族、主治医とも連携している。また亡くなられた後の家族との関係もあり、定期的に事業所に立ち寄られる方もある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	一人ひとりの認知症状を観察、理解し、本人、家族の言葉をもとに職員間で情報収集し、可能な限り本人の思いに近づけるようにしている。	職員は個々の利用者の認知症の症状を正確に把握できるように努め、ご家族とも意見交換しながら本人の思いや希望をくみ取るように努力している。把握した内容はセンター方式の記録に整理して共有し、必要な意見交換を行い対応を話し合い、利用者にとってより良い支援となるように取り組んでいる。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活暦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	利用開始時は、本人、家族、それまでのサービス事業所などから情報収集している。また利用開始後も会話を中心に情報収集し、職員間で共有し、計画に反映させる。		
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	一日の様子やケアの状況は、記録用紙や水分バイタル表などに記載している。また定期的に暮らしのまとめシート（ライフサポートワーク②）をモニタリングし現状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	ライフサポートプランを実施するようになり、これまで以上にじっくり本人や家族から情報収集を行い、話し合いを行ったうえで計画を立てている。日常のスタッフの関わりの情報も大切にしている。	担当者会議には主治医・利用者本人や家族・職員が参加して話し合いが行われ、利用者本位の詳細なライフサポートプランを作成している。日々の利用者の様子やケアの状況は記録用紙や水分バイタル表に記述され、暮らしのまとめシートに整理されて職員で共有されている。プランは利用者の状況に応じて適切に評価を行い、定期的または変化に応じて適切に見直し修正が行われている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>毎日の記録用紙と水分バイタル表にて日々の様子やケアの記録を行っている。記録用紙にミーティング記録も入れており、日々の様子から検討したことも皆で共有できるようにし、計画に反映させる。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>できるだけ家庭に近い雰囲気やなじみの関係の継続などを念頭に、小規模多機能ホームが併設されていることもあり、事業所としての決まりごとが少なく、柔軟なサービスの提供ができています。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>一人ひとりの暮らし方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</p>	<p>地区の老人クラブの方から毎月のようにボランティアをいただいております、なじみの関係ができています。また花見会や夕涼み会、運動会など民生委員や自治会の協力をいただいております。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>これまでの主治医との関係を継続できるようにそれぞれの主治医との連携を取りながら、必要時、受診支援を行っている。ターミナルケアも本人や家族の希望を取り入れ、主治医の協力をいただきながら行っている。</p>	<p>利用者個々の利用前の受診の経過は十分に把握され、本人や家族が希望する医療機関の受診を支援している。受診は基本的には月1回の往診で、緊急時には職員が同行している。受診の経過は記録用紙に整理され職員で共有するとともに、ご家族への連絡も適切に行われている。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、職場内の看護職員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	5名の看護スタッフを中心に状態変化時など相談、協議し対応している。看護スタッフも現場に入っていることから早期に状態の変化に気づき、対応、悪化を予防できるようにしている。		
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、また、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。または、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、定期的に訪問し状態の変化などの情報収集や本人の精神面でのフォローを行い、退院時は、主治医や担当医看護師やリハビリスタッフから病状や生活機能の状態などをご家族共に説明していただき、その後の生活を不安なくできるように努めている。		
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、早い段階から本人や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	終末期における事業所としての支援マニュアルがある。主治医との相談で終末期に近くなると主治医や家族と協議し家族の意向を統一していただき、同意書をいただいている。終末期は個々により状況は違うので、それぞれにとって最善の終末期を過ごせるようそれぞれの連携を密にしている。	重度化や終末期のケアについては、支援マニュアルの整備とともに、対応指針を定めて利用開始時に利用者と家族に十分説明し同意を得ている。その後も様々な変化の都度家族と十分に話し合い、医師や職員・看護師で密に連携を図り、ご家族の意向を最大限大切にしながら可能な限り支援・対応できる体制を築いている。実際に看取りの事例も多くあり、関係者で課題を共有してより良い支援となるように話し合いを重ねている。	
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、すべ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、すぐに看護スタッフと連携をとり、対応するようにしている。また定期的な研修の中で心肺蘇生法など外部講師にお願いして研修を行っている。この研修は、毎年度実施する予定である。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	13	<p>○災害対策</p> <p>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</p>	<p>火災については、昼夜間想定下での避難訓練を定期的に行っている。地震についての避難訓練がまだ実施されていない。昨年11月、地域住民にも協力をもらい地域ぐるみの避難訓練も行った。地域住民も含めた緊急連絡網を作成した。</p>	<p>消防署との連携により年2回は主に火災を想定した避難・消火・通報訓練を併設の小規模多機能ホームとともに実施している。また、年3回の自主訓練と年1回の地域住民も参加した避難訓練も行っており職員の意識も高い。スプリンクラーや自動通報装置等の設備も充実し、食料や飲料水・関連備品の準備にも十分に配慮がなされている。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	認知症になっても障害があっても一人の「人」であり、人生の大先輩である。そのことを忘れることなく、常に尊敬の念を大切に向き合い、関わることを基本としている。日々のケアや言葉かけなど研修やミーティングの場で振り返るようにしている。	利用者の誇りやプライバシーを損ねないように、丁寧な声かけや対応を年度目標にも掲げ、また、ミーティングなどでも繰り返し検討している。日常の観察は細やかに、利用者の人格や感性を大切にして、利用者のペースに合わせた対応となるように支援に努めている。接遇やプライバシー保護に関する研修も計画に沿って実施され、各種の個人記録も適切に管理されている。	
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	自分の思いや望みをうまく表出できない利用者とのかかわりには、難しさを感じるが、日々、向き合っているスタッフの観察眼や気づきを大切に、本人の細かい表情や行動からくみ取れるように努めている。		
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	できるだけその人のペースを大切に希望を優先させたいが、集団生活の場において、なかなか実現が難しいこともある。そのようなときはお互いの歩み寄りによりよい状態を作るようにしている。		
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支援している	本人の状態を見ながら、なるべくなじみの理容室や美容室に出向くようにしている。近所の理美容師に出張してきてもらいそこでもなじみの関係ができている。服も本人の希望をできるだけ聞くように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	畑で収穫した無農薬の安全な旬の野菜やうみたての新鮮な卵を使って、おいしく食べられるように心がけている。野菜の皮むきやカットなどできる調理もしていただいている。献立も利用者と一緒に考え、作成している。	菜園の無農薬野菜やホームで飼育している鶏の卵を利用して安全な食事の提供に努めている。数々のおやつや味噌・醤油づくり、そば打ち・餅つきなども利用者と一緒に利用者の楽しみにつながる工夫とともに、敬老会や花見の職員手作り弁当、誕生日のケーキ、庭や公園での食事など楽しい雰囲気づくりにも取り組んでいる。	
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	水分バイタル表を記入しながら、その日の状態をみて、職員間で情報の共有をし、その方の必要量がとれるようにしている。摂取量が少なかったり、呑み込みが悪くなったりする利用者は、職員間で協議し、その状態に合わせて対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の臭いや汚れが生じないように、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	食後の口腔ケアは、習慣化できている。個々のできる部分はしていただき、できないところを補足するようにしている。4月、5月はスタッフ研修にて外部講師を招いて「口腔ケア研修」を行います。		
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向けた支援を行っている	排尿障害のある方も、日中はできるだけ布パンツに小パットで過ごしていただき、尿意のない方は、時間誘導を行い、できるだけトイレで気持ちよく排泄していただくことを目指している。また一日の尿量測定を行い、各個人の排泄パターンを把握し、その方にあったパットの選定を行い、コストダウンに努めている。	個人の習慣や状態に応じた排泄支援になるように、アセスメントシートを活用して不安や羞恥心にも配慮した排泄の自立に向けた支援を行っている。1日の尿量の測定や水分摂取量・バイタルチェックなどから排泄用品の選択等も含め、個々の利用者に合わせて対応となるように取り組んでいる。また、関連業者に依頼しておむつやパット等に関する研修も実施して職員の理解促進も図っている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事や水分をしっかり摂り、適度に体を動かし、野菜たっぷりの献立にするなど、気持ちよく排泄できるように工夫している。排便状況も日誌に記載したり、申し送りで情報を共有し、便秘症状の方には、その方にあった方法で便通を促すようにしている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援している	その日の体調や直前の様子、本人の気持ちを聞きながら、入浴を勧めている。個浴で、お湯も毎回交換している。昨年秋に日当山に温泉施設もでき、時々、数名ででかけ、温泉も楽しんでいる。	利用者の体調や希望に配慮しながら、時には清拭やシャワー浴も含めて週に3~4回の入浴を支援している。入浴を拒否される場合には、言葉かけの工夫や職員の変更など気分転換を図るようにしている。時には看護師およびケアマネジャーの資格を持つボランティアの協力を得て、法人の温泉施設を楽しんで頂いている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	本人のペースやリズムを大切にし、無理強いしないようにしている。夜は落ち着ける雰囲気や環境に心がけている。		
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	職員がすぐに手にとれるところに各個人別に薬状を備えている。誤薬や飲み忘れがないように職員間で声掛けや確認を行い、本人にも飲む前に名前等を確認していただいている。また追加の処方などは、薬効などや飲み方を看護職員が申し送りに記載し、統一できるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、一人ひとりの生活暦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	その人の生活歴などをアセスメント表などで把握し、現在の身体状況や認知機能の状態に合わせて、本人の希望を聞きながら、役割や楽しみをもてるようにしている。		
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に支援に努めている。また、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。	できるだけ本人の希望を聞き、職員間で連携をとったり、家族の協力もいただきながら、外出支援している。昔なじみの場所や自宅に帰り、家族や近所の方とのコミュニケーションを取ったりもしている。併設の小規模多機能ホームの送迎車に同乗してのドライブは日常的に行っている。	広い敷地にはベンチやテーブルが配置され、天気の良い日は散歩や外気浴、お茶会や食事が行われている。また、併設の小規模多機能ホームの送迎車でのドライブも利用者の楽しみになっている。時にはご家族の協力も得ながら、利用者の昔馴染みの場所や一時的な帰宅での知人・友人との交流など、可能な限り楽しく外出できるように職員は連携して工夫・支援を行っている。	
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	お金の問題は、トラブルの原因になりやすいので、本人の認知機能の状態を考慮し、家族と協議したうえで対応の仕方を変えている。現在は、管理者が小遣いを管理している。		
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している	本人の希望があるときは、電話をかける支援をしている。家族の声を聞くことで落ち着かれることもある。手紙を書くことは難しくても、写真で様子わかるように担当職員が工夫をして遠方の家族に便りを出すこともある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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	季節感を取り入れ、落ち着く空間づくり担当職員を中心に心がけている。整理整頓ができていないことがある。毎月、生け花の先生がボランティアで来られ、季節の花を利用者様と一緒に玄関に飾っていただいている。天気の良い日は、自然に囲まれたこの環境をいかして、屋外で過ごす時間を多くしている。	ホームの敷地は広く豊かな自然に囲まれており、天気の良い日は屋外でお茶や食事を楽しむ機会も多い。利用者が多くの時間を過ごすリビングは明るく、畳のスペースやソファも配置され、昔を感じられる家具も置かれて静かに落ち着いて過ごせる環境になっている。また、季節の花や行事の写真などが飾られ、併設の小規模多機能ホームとも自由に行き来ができるつくりになっている。	
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	テーブルやいすの配置を工夫し、思い思いに過ごせるようにしている。気の合う方と食事がともにできるように配慮している。また、一人、日向ぼっこをしながら、縁側でくつろがれている様子もよく見かける。		
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	本人の気持ちや家族の意向を考慮し、できるだけ馴染みのもの（タンスや寝具、枕やコタツなど）を使っていたり、落ち着く、居心地の良い空間づくりに配慮している。	居室には利用者が使い慣れた馴染みの身の回りの物や家具などが持ち込まれ、本人が自分の部屋として落ち着いて過ごせるように配慮がなされている。ご家族とも話し合い、協力しながら利用者が自分のペースで暮らせるように可能な限り柔軟に対応できるようにしている。	
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」や「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	できるだけ自分の足で歩けるよう手すりの位置を考慮している。個々人の認知や身体機能の状態に合わせた声かけや支援の仕方を職員間で協議し、考えられる最善の方法を統事項としてケアの質を高めるようにしている。		

V アウトカム項目

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くらいの
			3 利用者の1/3くらいの
			4 ほとんど掴んでいない
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
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
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿が見られている。 (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
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

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
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せている。 (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
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
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：9, 10, 19)	○	1 ほぼ毎日のように
			2 数日に1回程度ある
			3 たまに
			4 ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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 ほとんどいない