

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0590400081	
法人名	社会福祉法人 比内ふくし会	
事業所名	グループホーム 山王台	
所在地	秋田県大館市池内字上野234番地1	
自己評価作成日	平成24年9月3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	http://www.akita-longlife.net/evaluation/
----------	---

【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 秋田マイケアプラン研究会	
所在地	秋田県秋田市下北手松崎字前谷地142-1	
訪問調査日	平成24年10月24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)】

今年度の運営理念は『ゆとりのある業務で介護事故を減らして入居者さまの安全と健康を守り、笑顔のたくさん見られる事業所を目指します。<GH・入所系>』『専門性を活かして認知症の周辺症状を緩和し、できるだけ永く地域で暮らしたいというご本人・ご家族さまの思いを支えられる事業所を目指します。<共用型DS・通所系>』です。 明るい環境(入居者・家族・地域・職員)の中で、日々の一瞬一瞬に喜びを感じ、ありのままの自分に自信を持って人生の最終章を過ごしていただけるよう職員全員で取り組んでいます。お陰さまで、たくさんの方々から深いご理解とご協力をいただき、ドタバタしながらも楽しくにぎやかに毎日を暮らしています。また、共用型DS事業を展開することで他事業所さまからも連携していただける事業所に成長でき、感謝でいっぱいです。

【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)】

開設から5年が経過し、地域の理解を得るための職員の努力の結果、理解が深まって協力関係が構築され、運営推進会議にも積極的に参加していただき、緊急時の連絡体制や利用者の支援に繋がる提案が出されて具体的な取り組みがされています。認知症サポーター講座を通じて相談も多く受け、地域に根差した取り組みをされています。

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 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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	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と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、生き活きと働けている (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
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、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	年に1回、事業所理念構築を行い事業所内に掲示して理念遂行するため努力している。また、近隣住民が気軽に参加できるイベントの開催をするなどし、実践につなげている。	一年を通して業務内容を振り返り、毎年職員全員で考えた事業所理念を掲示しており、実践に向けて取り組まれています。	
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、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	町内会・老人クラブに入会。町内会の行事、老人クラブの健康教室(押し花)に声をかけていただき参加している。回覧板などで行事・地域交流のお知らせをしていただいているので、日常的な交流がある。	事業所のお祭りに地域住民を招いて交流されている他、押し花教室に利用者が出向いて参加したり、地域と積極的に関わっています。高校の体験授業を受け入れ、市のお祭りには役員として協力されています。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している	地域に向けての認知症サポーター講座を開催。地域の福祉系大学での非常勤講師を引き受けたり学生ボランティアを受け入れ、これまでの実践で学んだ事を地域に還元している。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	これまでの会議の中で、災害時(火災)における町内会会員による緊急連絡員連絡網作り、入居者行方不明時検索マニュアルの確認、職員の事業所理念確立につなげてきた。また、協力医院医師を講師として招き地域医療について知識を得たり連携が図れるように活かしている。	会議では積極的に意見交換され、出された意見や提案が具体的に活かされて運営に反映されています。	
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	運営推進会議に参加していただき、報告・相談を行っている。事故報告の際も、家族との今後のケア方針を伝えるなどして助言を受けている。	共用型デイサービスの状況報告、相談等で連携されている他、運営推進会議や認知症サポーター講座の開催等で協力関係が築かれています。	
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「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	職員会議において話し合いを持ち、職員はデメリットを理解している為、拘束は一切行っていない。	職員会議、勉強会を通じて職員の理解に繋げ、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。	
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	職員会議での定期的な指導・確認を行っている。職員個々のストレスによる影響も大きいと考える為、随時管理者・主任との個人面談を行い防止に努めている。地域やDS利用者家族からの相談も行っており、適切な相談機関につなげている。		

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
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	サポートセンターを活用している入居者が居る為、日常的に関係者と話し合う機会があり、情報交換しながら制度上の学習に役立っている。		
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	入居前の説明はもちろんの事、入居後も運営規定改訂などの際を利用し、事前に予告・疑問点を確認し丁寧に説明を重ね、納得をいただいている。		
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	家族説明会・家族昼食会・運営推進会議への積極的な参加を促し、意見を伺って運営に活かしている。家族からの意見の内容や改善に向けた事柄を第三者委員にも報告している。	利用開始時や面会時、家族が参加できる行事の際にも意見を聞く機会をつくり、運営に反映させています。	
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	職員会議、主任会議、また日々の申し送りに参加するなど常時職員の意見を聞く機会があり、業務改善につなげている。	申し送りに時間をかけて意見を出し合い、サービスの向上に繋がっています。	
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	法人ではキャリアパス制度があり、職位に応じた人材研修制度を導入し、整備を進めている。今後はメンタルヘルス研修を行い、セルフケアを実践し、モチベーションが低下しないよう職場環境作りに努める予定。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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	法人内他GHとの人事交流(法人内部研修)や経験年数やレベルに応じた事業所内研修の実施や、福祉系大学での講義において、介護職員による現場紹介とあわせてケア実践発表の機会を設けている。DSも展開していることから、他事業所との関わりも頻繁にある為、質の向上に繋がっていると感じる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や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	法人内他GHとの人事交流(法人内部研修)や経験年数やレベルに応じた事業所内研修の実施や、福祉系大学での講義において、介護職員による現場紹介とあわせてケア実践発表の機会を設けている。DSも展開していることから、他事業所との関わりも頻繁にある為、質の向上に繋がっていると感じる。		

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
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	入居予定が確実な場合は共用型DSを数回お試し利用していただき、環境に早く馴染めるよう配慮している。入居後最低でも最初の3日間は家族に報告・相談を積極的に実施。家族には入居者の生活歴シート(センター方式)の記入をお願いし、本人の安心できる環境が早期に確保できるよう努めている。		
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	入居当初など入居者本人の不安が強い場合は、可能な限り毎日でも家族に電話や面会などで本人との関わりをお願いしている。家族との繋がりがいかに重要かの必要性を説明したうえで、協力いただいている。家族との繋がりを切らないよう職員も関わっていきながら信頼関係の構築に努め、家族の本心を聞きだせるよう努めている。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			
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	悩みの相談に対してじっくりと時間をかけて話を聞いている。日常生活全般の事を介護職員と一緒にやっている。		
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	家族説明会・家族昼食会・運営推進会議への参加を促し、その都度「常にホームと家族と本人とで、同じ方向を向いて一緒にケア・生活を考えていきましょう」とメッセージを発信している。家族昼食会では、一緒に食事作りを行いながら偏った立場におかないよう心がけている。		
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	本人の希望と家族が記入されたセンター方式を参考にし、なじみの店舗(理美容院・書店など)、墓参り、自宅(生家など)への外出・外泊の実施、親戚・友人・近所の方に来苑していただくなど、関係性が途切れないよう支援している。	家族や知人との交流が多く、利用者の習慣に配慮した支援が継続的に行われています。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事・おやつ・ラジオ体操などの声かけは入居者同士で行っていたり、互いの健康状態・家族状況を説明したり相談しあっているため、介護職員は温かく見守る姿勢で関わっている。		

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
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	自宅での看取りを支援した入居者・家族が居た為、退居後も職員が自宅へ伺い、介護相談に乗ったり共用型DSを利用していただくことで安心した看取りができたこと家族から話があった。他の退居者にも移行した施設相談員や居宅ケアマネとの連絡を続け、ケア継続に努めている。		
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	一人ひとりのADL・認知症状に応じたケアに努めている。日々の暮らしの中からさりげなく希望を伺ったり、表現困難が見られる入居者には注意を払って、希望や訴えを逃さずに拾い上げ、家族から得るエピソード記憶を元に本人本位の生活に沿うよう努めている。	家族の協力も得ながら、個々の意向に沿った生活ができるように検討されています。	
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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントには、センター方式を活用。家族・親戚・友人・近所・居宅ケアマネと連携して情報収集を行い、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	No.、23・24・25の内容に追加して 家族からの意見を遠慮なく話していただけるよう、電話や手紙でも情報収集や意見交換を行っている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画 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	No.、23・24の内容に追加して 日々の申し送りに十分時間をかけ、丁寧に行っている。ケースカンファレンスも随時行い、現状把握はもちろんのこと、状態変化に全員が即時に対応できるよう努めており、その内容が介護計画作成に活かされている。	家族会等で意見や要望が言い出しやすい環境にあり、利用者の日々の記録に加えて、申し送りに時間をかけて意見を出し合い、詳細に記録して介護計画に反映できるよう取り組まれています。	
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	No.、23・24・25・26の内容に追加して 入居者個々のケアマニュアルを作成し、随時見直しし、工夫している。		
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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする			

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
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	学生・演奏・読み聞かせボランティア地域資源の導入を行っている。馴染みの場所や買物・外出先や地域行事を把握し、積極的に出向くなど、楽しみながら安心して暮らしを楽しむよう支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等の利用支援 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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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	入居前のかかりつけ医や本人・家族が希望する医療機関で継続的に受診している。嚥下状態低下により薬の形態変更を検討していただくなど、困っている事・不安な事を医療機関との関係を築きながら適切な医療を受けている。	利用者、家族の希望する医療機関で受診されており、職員が通院介助されています。医療機関とも連携し、利用者の安心な利用支援に繋がっています。	
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	受診前に、病院看護師へ詳しい情報提供を行った上で、受診が必要か否かを相談するなど、受診による入居者への過度な負担がかからないように支援している。		
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、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。	入院の際は管理者・介護職員が、毎日のように状態確認の為の病室訪問を行うとともに、医師・病棟看護師との情報交換を行っている。退院時に行うカンファレンス時には、GH施設概要説明も行き、関係作りを行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時から重度化した際の事業所ができること・できないことを説明し、家族のその時点での希望を伺っている。入居後も家族説明会等を利用し説明を重ねながら、これまでの事例を紹介しながら、意思確認を行っている。重度化した際も再度説明・確認を行って必要であれば、居宅ケアマネにも相談し、希望に叶う様関係者との連携を行っている。	ホームで対応できることを説明し、状況に応じて、他施設の利用を薦める等、居宅介護支援事業所のケアマネとも連携を図っています。	
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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	昨年からAEDを設置。今年度の新人職員には、まだ研修を行っていない為、今後消防署職員の派遣を要請し、救命救急の研修を行う予定である。		
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	年2回の義務付けの避難訓練はもちろんの事、毎月1回自衛訓練を実施している。また、避難訓練には町内会会員で構成している緊急連絡員にも駆け・参加を得ている。年に1回は緊急連絡員会議も開催している。	訓練前に緊急連絡員会議を開催して利用者の誘導について話し合い、協力の下避難訓練を実施されています。訓練後の反省点を課題として次に繋がっています。	

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
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	入居者の誇り・自尊心を職員は守れていると感じる。その為、入居者自身が胸に落ちない職員からの言動が合った場合「おかしいのではないか？」という意見・疑問が遠慮なく出される。その都度、職員で対応を改めている。	利用者の人格を尊重した対応となるよう心がけています。問題点はその都度話し合い、本人の気持ちを大切に考えて対応されています。	
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	入居者からの表現に、職員は素直に真摯に受け止められるよう心がけ、表現が難しい入居者には、センター方式からの情報や、普段の些細なしぐさから希望や想いを推測し、なおかつ自己決定できるよう心がけている。		
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	入居者の生活スタイル・希望・訴えを支持できるように業務改善を数回にわたって行ってきた。一日一日の決まりごとはなく、その日の体調や話す内容に沿って生活の支援ができています。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	その人らしい、いろいろな価値観の元にあるおしゃれがあることを理解したうえで、支援を行っている。		
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	入居者・職員と一緒に楽しくおしゃべりしながら、食材購入・調理・食事・後片付けを行っている。食事時間にはそれぞれのペースがある為、焦らせることなく時間をかけゆっくりとしている。職員は入居者の好き嫌い・食状態を把握している為、楽しい時間となっている。	週4日食材を委託購入している他、法人の栄養士が作成した献立に基づいた食事が提供され、職員と会話しながら一緒に食事をされています。時には、利用者の希望に応じて出前をとったり、家族と一緒に食事会が開催されています。	
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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎日の食事・水分・状況把握ができています。必要以上の食材の刻みは行わない・何が食材に使われているか分かるように・懐かしさが伝わってくるように調理法を工夫している。		
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	毎食後、職員と一緒に口腔ケアを行っている。歯間ブラシ・イソジンうがいはいは個々にあわせて実施している。		

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
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	失禁が続いた場合は、失禁の原因を追究しなおかつ、必要最小限の排泄介助・排泄物品の利用で自尊心を保ち、自立心が芽生えるような取り組みを行っている。	利用者に合った排泄用品を使用し、自立に向けた支援が行われています。排泄パターンを把握して適切に誘導した結果、リハパンから布パンツに移行した事例もあります。	
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	オリゴ糖・寒天・乳製品・果物・野菜を多く取り入れた飲食物を取り入れたり、起床時に水分補給(冷たい水や牛乳)で排便を促している。また、毎朝の運動としてラジオ体操を行っているため、下剤の使用は必要最小限にとどまっている。		
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や健康状態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	曜日・時間帯は決まっておらず、希望にあわせて入浴を行っている。入居者全員ではないが、毎日夕方や就寝前に足浴を行っていて、水虫悪化を防いだり、快適な入眠に繋がっている。	共用型デイサービス利用者の延長利用に対応した職員配置によって、就寝前の入浴にも応じ、利用者の希望に沿った入浴支援が行われています。	
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	日中の昼寝は必要に応じて支援している。なかなか入眠できない場合は入浴・足浴を実施したり、温かい飲み物の提供やゆったりした気分で過ごしていただくよう、無理に就寝に誘わず付き添っている。一人寝が寂しそうな場合は、居室などの場所にこだわらず安心して場所を提供している。		
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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個人ファイルに、服薬内容・ピルブック情報(副作用など服用についての注意点記載部分)処方箋をいれ、すぐに確認できるようにしている。症状の変化があった場合はかかりつけ病院・薬局に確認し、受診に繋げている。		
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	家族記入のセンター方式の活用と入居者の生活状況を把握し、一人ひとりの好み・楽しみ事を支援している。(計算・漢字ドリル、塗り絵、折り紙、ランプ・ビデオ・音楽鑑賞・裁縫・園芸・買物・ドライブ・カラオケ・外食)		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	自宅に外出・外泊希望があった場合は、家族に理解を得て支援している。日々の希望にあわせ、ドライブは頻回に行っている。	希望に応じて個別に対応されています。花壇づくり、押し花教室に出かける等々、家族や地域の方々との協力しながら、戸外に出かける機会をつくっています。	

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
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	金銭を持っていないと不安、自分でいくらか管理したいと希望されている入居者に関しては、家族同意で自己管理し、買い物も自由に行えている。		
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	自分で電話できる方には遠慮する事がないよう推奨している。そのほかは、職員が家族などに連絡する用事があった場合、本人と代わり会話を楽しんでもらっている。		
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、臭い、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	共有空間は、ごちゃごちゃと紙など貼らず、すっきりとした空間になるよう心がけている。夜間帯の照明は眠りに支障をきたさないよう柔らかな照明にし、暗闇によって不安・恐怖・混乱が強くなるよう工夫している。	玄関の長椅子、ホールのソファが利用者の使いやすさに配慮した位置にあり、また、廊下も広く安心感があり、居心地の良い共用空間となっています。	
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	ソファや椅子を多く設置し、思い思いに過ごせるよう工夫している。		
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	本人の状況を見ながら、入居者・家族と相談して、混乱を生じない安心した居室作りに努めている。	使い慣れたものが持ち込まれ、面会の都度写真を交換する家族もいて、落ち着いて生活できる居室づくりをされています。	
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	居室に表札を掛けたり、夜間はトイレの場所など分かり易いよう、センサーライトを設置し工夫している。		