

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	0570707174	
法人名	医療法人 仁恵会	
事業所名	グループホーム夕陽の丘山田	
所在地	秋田県湯沢市山田字中屋敷14番地	
自己評価作成日	平成26年12月20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27年2月13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)】

事業所の理念である「自立と相生」を職員は念頭におき、理念・ケアプラン・日々の暮らしが連動していることの実践をしている。夕陽の丘山田における「グループホームらしさ・その人らしさ・職員らしさ」をモットーに日々、取り組んでいる。個々の能力発揮は日常的な家事、そして本人の趣味や特技を活かして余暇活動に励んでいる。特に押し花は継続した活動になっており、全国大会へ出展、ポスターセッションでの発表では表彰を頂いている。利用者自身の誇りになっており、紹介してありがとう、評価してもらえ嬉しい等、言葉を頂いている。またその自信が新たな活動の展開となっている。重度化、医療ケアが増えている中、本来のグループホームの理念を大切にしている。

【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)】

各種の委員会を設立して職員が組織の一員として運営に関わり、それぞれの立場で課題を設定して情報交換し、サービスの質の向上が図られています。イベントに出展した利用者の作品を飾り、来訪者が見ることによって張り合いとなって生活意欲に繋がっており、ユニット間の往来、利用者同士の居室訪問、職員の子供達と交流できる機会もあってホームでの生活が楽しいものとなっていると思われます。また、センター方式を用い、使い方に工夫をしてアセスメントに活かされ、調理、入浴、排泄等、日々の生活支援を自立に向けて取り組まれています。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、その時々々の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)	<input type="radio"/> 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	グループホームの趣旨に照らした理念を策定し、入職時、又定期的(年度初め)に理念教育し、ケアプランに連動し実践に努めている。	「自立と相生」を基本理念とし、年度初め、新任採用時の理念教育で共有化が図られています。利用者の暮らしを支え、自立に向けて必要な支援を具体的に実践できるよう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員として日常的に交流している	地域の清掃・イベント・行事・慰問等、職員、利用者と共に参加している。又、郵便局や米屋、床屋等も利用している。	地域との交流は盛んで、廊下に飾られた写真でもその様子がわかります。地域行事には積極的に参加し、買い物の際にも近所の方が声をかけてくれることが多く、地域住民と関わる機会を積極的につくっています。	
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	できる能力の支援の方法として、地域主催の押し花コンテストに挑戦し作品展に出展したり地域の方々目のふれてもらっている。現在も取り組んでいるものがあり継続して地域に発進していく。		
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践、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	利用者の状況・事故・研修報告・日々の暮らし・たよりを通して情報提供、又、認知症やグループホームに関する情報提供もしている。意見はユニット会議、委員会でも話し合いサービス向上に努めている。	ホームの取り組みを理解していただくとともに意見や助言をいただき、事務長、管理者以外の職員も交代で出席して運営推進会議で話し合われたことが周知され、サービスの向上に活かせるよう取り組まれています。	
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	湯沢市グループホーム管理者ネットワーク会議に参加し地域包括と情報交換、困難事例の対応の解決に努めている。	運営推進会議でホームの現状を伝えている他、包括支援センターや関係部署と連携が図られています。	
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	新人・内部研修の中で定期的に教育しており、ケアプランのアセスメント、モニタリングにおいて身体拘束をしないよう評価し、又、委員会にて身体拘束の点検をして、しないよう取り組んでる。	オムツや車椅子の使用を疑似体験することで理解に繋げる取り組みをされ、センサー設置についても工夫できることを考える等、業務調整委員会が中心となって勉強会を行い、拘束をしないケアを実践されています。	
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逃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	新人・内部研修の中で定期的に教育している。又、管理者が職員のストレスを観察、把握に努めている。委員会にて虐待の点検をして、しないよう取り組んでる。		

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	実際に利用者が成年後見制度を利用しており、毎月の訪問時に情報交換をしたり社協担当者や相談している。職員が制度を学ぶ機会はできていない。		
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	契約書、重要事項説明書を契約時に読み合わせ、不安や疑問点を尋ね、理解と納得をして頂くように配慮している。		
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	意見箱はあるが投書が入ることはなく、面会時などに相談、要望等を引き出すよう心掛けています。意見や要望は、委員会やユニット会議で話し合い、迅速に対応している。	利用者、家族との関わりを大切にし、要望等あった場合は真摯に対応して運営、介護計画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	ユニット会議・委員会を通して意見や提案を開く機会をつくり、又、日常的にコミュニケーションを図ることのできる努力をしている。	各委員会で職員が責任を持って業務にあたり、それぞれの立場で意見を述べて運営に関わる体制が構築されています。	
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	年2回の賞与支給時に勤務査定を行い支給に反映させている。職場環境においては、個々のライフワークバランスを理解しやりがいや勤務表を優遇している。資格取得等奨励支給金制度もある。		
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	全職員が年に1回は外部での研修に受講できるようにしている。また介護福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士の取得を勧めている。		
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	認知症グループホーム協会秋田県支部の会員となり、研修や大会参加を通して情報交換、交流を図っている。職員へは外部の研修に参加することで交流できる場面作りを期待している。		

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
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	面接の際はホームの見学をしてもらい、環境や居場所等の本人の要望意見をきいている。センター方式を使いバックグラウンドアセスメント、現状の把握や関係作りに努めている。		
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	事前の相談や面接の段階から、不安に思っていることや困っていることなどを把握し、良い関係が築け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 ※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	「相生」の理念に基づいて、家事の共同作業や悩みや困りごとの相談等、家族のように協力、助け合い、大家族の雰囲気になっている。時代を引き継ぐものとして、古き良きものを受け継いでいる。		
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	家族との関係をケアプランに立案し、入居したことで家族の絆が途切れることのないようにしている。病状が悪くなった時は受診に同伴してもらうなど現状を把握してもらっている。		
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	知人・身内の方が面会に来られても、気兼ねなく過ごしてもらえるよう配慮している。ケアプランにも立案し関係が途切れないように努めている。	手紙、電話で家族や知人との繋がりを大切にし、馴染みの理美容院の利用や買い物等で地域の馴染みの方々との関係が途切れないよう支援されています。	
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	理念の「相生」を日々の生活に取り入れ、余暇活動や役割仕事の場面で関わりや支え合い、又、円滑ななじみ関係を大切にしている。活動を通して、両ユニットの交流もしている。		

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
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	契約終了後も本人、家族からの相談や支援に応じるよう努めている。		
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	一人ひとりの思い、要望を日常の会話からも聞き出し、ケアカンファレンスにてケアプランのニーズやケア項目に入れている。	センター方式を活用し、日々の関わりの中で利用者の思いや希望をわかりやすく記載しています。	
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	前任のサービス担当者や家族から情報を得てセンター方式を使用して把握に努めている。また馴染みの物を持参して頂くなど安心して生活が出来るよう努めている。		
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	ケアプランに沿って日々の状況を記録し、申し送り、日誌を通して把握し生活やケアの継続に努めている。		
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	利用者や家族の意向を取り入れ、ケアカンファレンスにて職員全員の意見を反映し介護計画を作成している。又、状態の変化時は介護計画の見直しを行っている。	担当職員の記録を参考にしてカンファレンスで話し合いが行われ、利用者、家族の意向を反映した介護計画が作成されています。	
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	ケアプラン、日々のケア、記録が連動していることを各職員が理解実践しており、状態の変化に応じてケアの項目を追加、プランの見直しをしている。		
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	なじみの店に出掛け、生活用品、食材や食べたいものを選んだり店員さんと挨拶を交わす等、なじみ関係ができています。又、外食の機会を通して気分転換をしている。		
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	家族、本人の要望を受け入れながら、個々の状態に合った医療関係を受けられるよう支援している。主治医や協力医療機関、又、気軽に相談できる薬剤師がおり連携をとっている。	状況に応じて、利用者、家族の希望に沿った医療支援が行われています。	
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	日常的に情報や気づきを管理者へ報告し、状況に応じて併任看護師から指示をもらっている。特変があった場合は訪問あり、情報交換をしたり、ケアプランのアドバイスをもらっている。		
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。	医療機関とは日常的に連携が取れており、入退院時も円滑に進んでいる。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に家族に対して重度化や終末期の方針を伝えている。同意書等の作成はできていないが、家族の意向を聞き、ホームでできること、できないことを伝え、ケアプランにて確認し支援している。	終末期の対応については重要事項説明書に指針が明記されており、ホームで可能な支援を入居時に説明して了承を得られるように対応されています。	
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	年1回、救急救命講習を受講している。又、急変や事故発生時に備えて予測される事態、ケア等をケアプランに立案し、カンファレンス時に学習している。		
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	夜間想定を含め年2回の避難訓練を実施しており、消防隊、消防団から参加を得ている。地域の方へ見学や参加の呼びかけはしているが、参加はなく今後の課題となっている。	訓練結果を運営推進会議で話し合われています。会議に参加されている地区会長を通じて地域の参加が得られるように働きかけ、更に、役割を決めて具体的な訓練の実施を期待します。	

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	事業所の理念「自立と相生」を念頭に置き、利用者に対する声掛けや態度等、職員同士注意しながら行っている。プライバシーを損ねていないか委員会にて点検し防止に努めている。	利用者の状態をよく観察し、言葉遣いや日々の関わり方に注意して、職員同士お互いにカバーし合いながらサービス提供されています。	
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	日常生活の会話の中で本人の意思表示を見逃さないようにしている。不満、要望などある時はサービス向上委員会を開き、全員で解決している。		
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	起床、就寝は本人の生理的なリズムを大切にしている。活動、休息、入浴とメリハリのある生活に努めているが、本人のペースを大切にして声掛け、関わりをしている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	本人らしさを大切にし、スカート、化粧、アクセサリーの着用を自由にしてしている。又、髪染めも職員が介助したり、生活用品、衣装の買い物も本人に選んで買ってもらっている。		
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	その人のできる能力の場面作りをしており場所や道具もその人に合わせている。又、月に1回は全員参加の料理レクを企画したり、旬の食材、嗜好を取り入れた献立に努めている。	台所には作業台が設けられており、一人ひとりの能力を活かして下拵えや調理、漬物作り等を一緒に行い、楽しみが共有できるように雰囲気づくりにも配慮しながら支援されています。	
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	体重管理、その人に応じた食事量の提供、水分摂取管理をケアプランに立案し、健康管理が必要な状況になったときは栄養士と情報交換をしている。		
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、口腔ケアをしている。個々に応じた道具を準備したりタイミングを図り、不十分なところは手をかけている。		

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
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	声かけ、トイレ誘導をしてトイレでの自排のタイミングを図っている。又、ケアプランにおいて使用しているパットの評価をして経費削減を図り成功している事例もある。	適切なタイミングでトイレ誘導し、排泄用品の減少に繋げる等、利用者のパターンやサインを把握して自立に向けた支援が行われています。	
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	未排便の日数を確認し、個々に合った下剤調整図っている。水分量にも注意を図り、排便困難時は腹部マッサージをしている。		
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	職員本意・プライバシーを損ねていた入浴業務を改善し、個々の状況に合ったケアプランの元、入浴業務ができています。菖蒲湯、柚子湯等を提供している。	入浴が本人の満足に繋がったり、入浴動作が生活リハビリに繋がる等、清潔保持だけを目的とせず利用者の意向を大切にしたい個別の支援をされています。午後からの入浴を基本としていますが、午前に対応することもあり、夜間の希望にも対応できる体制をとっています。	
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	その方の望む時に部屋で休まれたり、テレビを見て過ごされている。夜間は空調管理(エアコン)、寝具の調整を図っている。		
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	一人ひとりが使用している薬の服薬一覧表を作成することで全職員が把握できるようにしている。又、新処方や追加処方時は、副作用・用法・用量を確認し理解に努めていると共に、症状の変化を見逃さないよう努めている。		
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	その人らしさ、生き生きと生活してもらえよう、ケアプランに立案し実践に努めている。その人らしい姿を写真に撮りアセスメントに盛り込んでいる。おたより、写真掲示することで喜ばれている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	できる限り天気や勤務体制をみて戸外に出るようにしている。畑や花の管理、散歩、買い物、季節を感じる場所へのドライブ、個別支援にも努めている。	散歩や日光浴等、天候をみながら外気浴できる機会をつくり、個別の買い物にも対応されています。地域の行事に参加し、車で遠出されることもあり、家族の協力も得られています。	

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	ほとんど職員が現金、帳簿を管理しているが本人の希望があればおこずかい帳を作りプライベートのものを買いに出掛けたり、記録してもらっている。		
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	電話のとりつぎ、手紙を出したり本人ができないところを支援している。		
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、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	掃除機やテレビの音に不快なよう配慮したり、日差しが強い時は窓際でひなたぼっこをしたり、トイレ後は消臭スプレーをしたりしている。廊下、玄関に花を飾り、利用者に管理をしてもらい、張り合いにもなっている。	行事等の写真が飾られた場所には椅子が置かれて座って写真を見ることができ、低い位置に時計をかける配慮もみられます。利用者が作成したちぎり絵や押し花絵を見える場所に飾ることによって張り合いとなり、生活意欲に繋がっています。	
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	座敷やソファ等があり、気の合う利用者同士で談笑したり、テレビを見たり、思い思いに過ごせるようにしている。馴染み関係が保てるようテーブル席を配慮したり、席替えもしている。		
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	居室には本人馴染みの物や家族の写真、思い出の写真を貼ったり、テレビやベッドの位置は本人の希望をとり入れている。	各居室には洗面台が設置され、希望に応じたベッドの配置等、本人のペースに合わせて快適に過ごせるように配慮されています。	
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	バリアフリー、手すりを設置し、生活動作の自立支援を促し、場所の失見当があっても無駄な張り紙はしないように努めている。		