

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	0571111244		
法人名	社会福祉法人北秋田市社会福祉協議会		
事業所名	たかのす社協つづれこ認知症対応型共同生活介護事業所		
所在地	秋田県北秋田市綴子字大堤家後26-3		
自己評価作成日	平成25年7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25年8月27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)】

ホーム1階部分に法人運営のデイサービスがあることで、利用者はホーム利用者以外の同年代の方や昔馴染みの方と交流することが出来る。
 デイサービスの調理職員と連携して食事の支度を行っている。また掃除について、清掃業者を活用している。これらの事から、職員はゆとりを持って入居者の方と関わりを持つ事が出来る。
 ホームは、自治会2地区の境にある。これにより、運営推進会議の場では両地区の自治会長や民生委員の方から意見を頂く事が出来ていたり、避難訓練への参加協力を得る事が出来ている。
 ホームでは看護師を配置しており、対応可能な範囲で看取りを行う事が出来る体制となっている。

【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)】

1階にデイサービス事業所と集会所がある複合施設であり、地区の境界に立地していることから、運営推進会議を通じて2地区の自治会と協力体制ができており、地域とのつながりを大切にしながらサービス提供されています。また、建物内の清掃を外部委託し、昼食もデイサービスと共有することで利用者と過ごす時間を多く持てるよう努めています。

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と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、活き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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	職員間で認知症高齢者の視点に立ち、また利用者の意見を聴き作られた事業所独自の理念を持っている。またその理念を、ホームの見やすい所へ掲示すると共に理念についての勉強会を行い、職員が理念を意識して利用者へ関わることが出来るようにしている。	利用者の思いを大切に、思いやりの心を持って対応することを理念に掲げ、理念を意識した支援をされています。地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を再構築中であり、利用者も話し合いに参加されています。	
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	ホーム近所の理容店を活用したり、近隣を散歩するなど積極的に地域へ出て近隣住民と違和感なく気軽に声を掛け合えることが出来ている。また、地域の老人クラブの運動会に参加する等交流を図る事が出来ている。	デイサービス利用者や近隣住民と触れ合う機会をつくり、交流が図れるよう積極的に努力されています。地区の集会所が併設されており、今年度から事業所の活動状況について、上下半期毎に地域へ回覧することになっています。	
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	人の職員全体で全戸訪問活動を実施し、必要なサービスの情報を提供したり、必要に応じて認知症を含めた介護相談にも対応できるようにしている。また地域のサロンで、認知症に関する講習会を実施した実績もある。		
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	行事の報告など年間計画に沿って会議を開催し、意見や評価を頂くことが出来ている。また頂いた意見を、災害対策に活かす等会議を効果的に活用する事が出来ている。	毎回テーマを決めて定期的に行われ、詳細な記録を残されています。前回課題になったことの報告もされて、参加者からの意見や提案を改善に繋げる努力をされています。	地域に根差した取り組みをするための話し合いができる会議となることを期待します。
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に取り組んでいる	市職員の方は運営推進会議に毎回参加して下さっており、ホームの状況を理解して頂く事が出来ている。また法人事務局を通して、行政と連携を図る体制が整っている。	社会福祉協議会を母体とした事業所であるため、法人本部で行政と連携を図っています。終末期の指針を整備するにあたり、法人を通して連携が図られた経緯があります。	
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	マニュアルを整備しており、利用者が身体拘束を受けることがないように努めている。また職員間で勉強会を行い、身体拘束を行わないケアに対する職員の意識を高められるようにしている。	職員は勉強会を通じて理解しており、拘束を行わ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	高齢者虐待防止に関する外部の研修を受講するように努めている他、マニュアルを整備しておりホーム内で虐待が発生しないようにしている。また職員間で勉強会を行い、虐待防止に対する職員の意識を高められるようにしている。		

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
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	福祉関係者のための成年後見活用講座へ参加した職員を配置している。また年に1回は日常生活自立支援事業や成年後見制度に関する内部研修会を実施し、職員の制度理解に繋げている。		
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	契約の締結や改定がある場合は、文書と口頭で説明を行い、質問等を聴き十分に理解して頂けるよう努めている。また解約前には、退居後の利用者の生活に不安がないよう居宅介護支援事業所や転居先の関係者と連携を図る等、必要な支援を行っている。		
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	重要事項説明書に苦情等を受け付ける窓口について記載している他、建物内にも掲示している。また不満や要望等について日常の何気ない関わりから汲み取るようにしており、家族からは面会時にも話して頂けるよう努めている。苦情があった場合は、職員間で話し合うと共に法人内の会議でも話し合い、改善に繋がるようにしている。	家族には「ほのぼの通信」を送付して行事の様子等を報告しており、また、毎年アンケートを実施して意見の引き出しに努め、意見や提案が運営に反映されるように取り組まれています。	
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	日常の業務の中で、職員が気付いた事、検討が必要と感じた事を記録出来るようにし、それをミーティングで意見交換している。また、職員から経営者へ意見等があった場合は、その結果について職員へ繋げている。	毎月の会議の中で、サービス提供する上で日頃気づいたこと等を話し合い、ケアの向上に繋げています。	
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	資格取得や勤務年数といった条件を満たしている嘱託職員等に対し、正職員への登用の機会を確保するなど、各職員が向上心を持って働けるよう取り組んでいる。		
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	法人内や事業所内での研修を計画的に実施している。また経験年数などに応じて、認知症介護などに関する研修を受講できるよう機会を確保している。		
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	白神認知症研究会の主催した相互勉強会に参加し、市外のグループホームと交流を図る事が出来ている。		

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	サービス利用希望理由などを担当ケアマネジャーを通じて把握したり、利用前には本人から話を聴き、本人について理解するよう努めている。		
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	担当ケアマネジャーを通じて、家族の状況を把握している。また利用前には、話をする機会を持ち、不安なくサービスを利用する事が出来るよう努めている。		
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	利用者と職員と一緒に生活している雰囲気となるよう、同じ食卓を囲むなど可能な限り職員は利用者の傍で過ごすよう努めている。		
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	利用者の病院受診に事業所職員と家族と一緒に付き添ったり、帰宅した利用者の迎えを必要な場合は事業所で行う等、家族と事業所が共同で利用者を支援する事が出来ている。		
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	年賀状のやり取りや電話で話が行えるようにしたり、希望がある利用者の関係者にはホーム便りを送付する等人との繋がりを持つようにしている。	階下にあるデイサービスを利用している知人へ訪問したり、電話で話ができるようにする等、家族の協力を得ながら馴染みの関係が継続できるように支援されています。	
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	気の合う利用者同士が過ごせるよう食事の際の席に配慮する等の対応を行っている。また利用者同士が声を掛け合う場面が見られている。		

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
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	長期の入院や転居によりホームを退居した場合であっても、必要に応じて関係者に情報提供するなど利用者本人の支えとなるよう努めている。また利用者や家族へも、気軽に相談して頂けるよう話している。		
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	日常の関わりの中から利用者の希望や願いを把握するよう努めている。本人からの確認が困難な場合には、面会時などに家族から聴き、利用者本位となるようにしている。	利用者の生活歴に配慮しながら、日々の生活の中で意向の把握に努め、また、日常において希望することを直接聞く等して本人の望む生活となるよう検討されています。	アセスメントの内容を更に充実させて、思いや意向の把握に繋がることを期待します。
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	利用者や家族から話を聴いて個人史を作成し、楽しみ事などの把握に努めている。またセンター方式の一部を活用し、ホーム利用までの経緯を記録している。		
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	日々の観察と経過記録を基に、利用者個々の出来る事出来ない事の把握に努め、日常の活動に繋がるようにしている。		
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	本人や家族の意向を確認して職員間でカンファレンスを行い、職員の意見などを介護計画書に盛り込むように努めている。	3~6ヶ月に目標を設定して見直しが行われています。現状に即した介護計画となるよう、ミーティングの際に日頃の気づきを話し合っています。また、職員の気づき等を記入するノートを設置しています。	
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	日常の様子を経過記録に記入している。また、ケアのアイデアについて、実践してその結果どうであったか記し、継続して実践可能なものであれば計画書に盛り込むようにしている。		
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	地域のボランティアや児童館の子供たち、また保育園の子供たちといったたくさん世代と関わりを持つ事が出来ており、精神的な活性を図る事が出来ている。また、利用者の情報をご家族の同意を得た上で地域の派出所へ出しており、安心して生活を送る事が出来るようにしている。		
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	利用者は、それぞれかかりつけ医を持っており、状況に応じて電話で相談ができたり往診をして頂けるなど協力を得ることが出来ている。また歯科についても利用者や家族が希望するところがあれば、そこを受診して頂いている。	利用者、家族が希望する医療機関で受診できるよう支援されています。その時々において、家族が同行したり、職員による介助が行われています。	
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	看護師が職員として配置されており、利用者の日常的な健康管理と医療機関との連携を図ることが出来ている。また看護師には、24時間連絡を取れる体制にある。		
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。	利用者が入院した際には、治療経過などについて医療機関との情報交換を家族を通して行っている。また退院時には、医療機関側から入院中の様子等の情報を文書等で頂く事が出来ている。		
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	重度化した場合や看取りに関する指針を作成しており、利用者や家族の同意を得ている。実際に重度化した場合は、協力医療機関やかかりつけ医から助言を得ることができ、それを家族や職員で共有し利用者の支援を行っている。またかかりつけ医や家族の協力を得て、ホーム内で看取りを行ったケースもある。	終末期の指針を明確にして説明、同意を得ており、状況に応じて対応できるよう体制づくりをされています。	
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	全職員が救急救命の講習を受講している。しかし実際の場での対応が不安であるという声職員から上がっている。そのため、本年度から年に2回は事故発生時に備えての内部研修を実施する事としている。		
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	日中を想定した避難訓練と夜間を想定した避難訓練を、それぞれ年に2回実施している。また、訓練には、地域の方の参加協力を得る事が出来ている。	夜勤職員と宿直の2名体制にしている他、地域との緊急時連絡網を整備し、これまでの訓練の反省を踏まえてマニュアルを作成しています。	夜間の火災時に、2階から利用者全員を避難させることができる訓練や体制の充実を期待します。

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	利用者の居室へ入る際に声を掛けるなど、日常的にプライバシーを守るよう努めている。またその人が望む呼び方で声を掛けたり、利用者それぞれに合った言葉遣いをするようにしている。個人情報について、利用者の支援に必要な情報以外は、他へ漏れることがないように管理を徹底している。	利用者の尊厳が損なわれない配慮が十分に行われ、一人ひとりを尊重した対応をされています。	
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	日常の何気ない会話の中から思いや希望を汲み取り、それを可能な限り実施出来るよう努めている。また着る服を自分で選んで頂くなど、利用者個々の力に応じて自分で決められるようにしたり、残っている力を発揮できるよう場面を作っている。		
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	日々の生活の中でそれぞれが楽しみ事を持つよう支援している。またホームの生活が、画一的であったり制限があったりしないよう努めている。		
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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする	個々の能力に応じ着る服を自分で選んで頂くなど、本人や家族の望む衣服で過ごして頂いている。理美容店についても行きつけの所があれば、そこを利用できるよう支援している。		
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	昼食のメニューは、メインを2種類準備して利用者を選んで食べて頂く機会を設けている。また味噌汁や他のおかずを利用者と職員と一緒に作る機会を作っている。朝・夕の献立について、利用者と職員と一緒に考えるように努めている。	昼食はデイサービスで調理されていますが、盛り付けを利用者が行う等、できることを手伝っていただくことで、利用者の力が活かされています。	
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	利用者個々の1日の水分摂取量や食事摂取量を把握しており、摂取量が少ない場合は、好みに合わせた物を提供し補えるようにしている。		
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	利用者の状態に合わせて、毎食後うがいや入れ歯洗浄・歯磨きを行えるよう努めている。また口腔内の健康状態に問題がないか、歯科を受けら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
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	利用者個々の24時間の排泄状況を可能な限り把握するよう努めており、トイレへの誘導を行うことが出来ている。	排泄パターンを把握して適切に誘導し、トイレで排泄されています。夜間や外出時にはリハビリパンツを使用する等、状況に応じて対応されています。	
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	利用者個々の好みに応じ水分を摂取できるようにしている。また、ホーム内にいても身体を動かす機会を持つ事が出来るようにする等、便秘予防に繋がるよう努めている。		
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	利用者のその時々々の心身の状態に応じ入浴が行えるように配慮している。また安心して入浴が行えるよう、その前には健康チェックを実施している。	週3回は入浴できるように、利用者の希望や状況に応じて支援されています。	
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	ソファーや畳で過ごす事が出来るように環境を整備している。また寝床として、介護用ベッドではなく、畳で眠れるように対応したケースもある。		
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	職員が利用者の服薬内容をすぐに確認する事ができるようになっており、持病と共に把握に努めている。内服薬の変更や随時の処方があった場合には、申し送りや記録から職員が内容を共有することが出来るようになっている。		
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	利用者や家族から情報を収集し、日々の生活の中で楽しみ事を持てるようにしている。また家事など持っている力を発揮出来る場面を作り、役割の一つとして行えるよう支援している。更に、お酒等の嗜好品の希望がある場合は、利用者の健康状態に応じそれを楽しめるようにしている。		
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	ホームの近所を散歩したり、ドライブや買い物・地域の行事へ参加する等、外出を行えるように配慮している。	年間計画を立てて外出できる機会をつくっている他、受診の帰りに買物をしたり、家族の協力を得る等して支援を行っています。	

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	家族の理解もあって、利用者本人がお金を所持しているケースもある。		
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	家族が遠方に住んでいる等、なかなか会いに来られないケースや、随時の希望がある場合等電話の利用を支援している。また希望により、ホーム便りを一人の利用者に対し、複数の送付先に郵送しているケースもある。		
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	ホームフロアや居室に花を飾っており、季節を感じられるようになっている。また随時換気をしたり消臭剤を活用し、心地良く過ごせるように努めている。また室温についても、高齢者に合った環境となるようにしている。	ホーム内には随所に職員が自宅から持参した季節の花がさりげなく活けられており、心遣いが感じられる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、テーブルを随所に設置しており、それぞれの利用者が好きな所で過ごす事が出来るようにしている。		
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	ベッドやタンスは事業所の備え付けの物がある。その他、本人が必要とするテーブルやテレビ等を持ち込まれている方もいる。居室内のレイアウトについては、入居時に本人や家族と相談して行っている。	ベッド、タンスはホームで用意されており、利用者が必要とする物を持ち込んで、個々の生活状況に合わせた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	見やすい大きな時計や暦を設置し、トイレ等に分かりやすく大きな字で印を付け、間違いや混乱が起きないように配慮している。また物干しについても利用者が使いやすい高さの物を置いている。		