

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	0572609246		
法人名	(株)えがお		
事業所名	えがお神宮寺 すまいる館		
所在地	秋田県大仙市神宮寺字上栗谷田67-5		
自己評価作成日	平成25年11月22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12月11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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・年間の社内研修計画に基づき研修を実施し、職員のレベルアップに務めている。また、法人で実践報告会を実施しており毎年発表している。 ・「家族の会」を年に2回開催し、ご家族様との交流や情報交換に務めている。毎年恒例になっておりご家族様の参加も増えてきている。 ・町内会に入会し、町内行事には職員が準備から参加させて頂いている。地域の方からは、農作物など頂いたり日常的に交流ができています。 ・利用者様の得意な仕事や趣味などを大切に、日常生活の中で取り入れている。ホームの裏側に畑を作り、利用者様から見えるところで農作物の植え、収穫や手入れなどを利用者様と一緒にやっている。

【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)】

<p>職員は理念を良く理解して、地域に根差した取り組みをされており、地域と良好な関係がつけられています。利用者には可能な限りできることをしていただき、残存能力を活かして生活リハビリに取り入れる工夫がされています。また、年間の研修計画に基づいた研修を行って職員のスキルアップが図られ、ユニット毎、個人毎の目標を設定してサービスの質の向上に繋がっています。</p>
--

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 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)	○ 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)	○ 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	理念の理解・共有のため、採用時研修や年度初めに研修を設定している。また、年度毎の会社の事業計画やユニット・個人の目標も、理念をベースに目標設定するよう意識的に取り組んでいる。	年度初めに代表が理念に基づいて話をされて職員の理解と共有を図り、更にユニット毎、個人毎の目標を設定して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員として日常的に交流している	町内会に入会しており、町内の総会や行事に参加し、行事の際には、準備の段階から職員が参加させてもらっている。また、町内児童館の鍵を事業所で管理させてもらっている。地域の子供たちを事業所の行事にお誘いさせて頂き交流もしている。	地域の理解が得られており、日常的に交流されています。町内行事には準備段階から参加し、子供たちは年に数回ホームを訪れています。地域に根差した事業所として、管理者始め職員全員が取り組まれています。	
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	地域住民に、「認知症なんでも相談所」の窓口を開設し、介護相談シートを配布したり認知症介護等の相談を気軽にいただけるようにPRに努めている。		
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	2ヶ月に1回会議を開催し、事業所の現状や活動報告を行っている。会議で出たご意見やご提案いただいた内容を、全職員に周知し、職員間で検討してサービス向上に活かすように努めている。	会議ではホームの取り組みに対して質疑応答、提案等があり、地域の理解と協力を得るための良い機会となって、サービスの向上に活かされています。	
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に取り組んでいる	認知症なんでも相談所の取組みは、行政と協働して行っている。また、サービス情報提供と社内研修情報を合わせた、「月刊えがお」を毎月配信している。介護保険事務所や福祉事務所、包括支援センターとは、必要時連絡をとり、出来る限り窓口に出向くよう心掛けている。	法人の広報を毎月配布している他、必要に応じて関係機関に相談する等、連携して利用者の支援に繋がっています。	
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	毎年、身体拘束についての研修会を実施している。また、適切なアセスメント・ケアプランに基づいたケアを実践し、身体拘束を行わないケアを方針としている。	研修、OJTを通じて周知を図り、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	毎年、高齢者虐待防止に向け研修会を実施している。職員の言動、利用者様の言動や表情などから、不適切なケアや虐待が行われていないか、日常的に職員間で確認し防止に努めている。		

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
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	毎年、権利擁護に関する研修会を行っている。また、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用が必要な方には支援が出来る体制を整えている。		
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	契約書や重要事項説明書に基づき、説明し同意を得ている。ご本人やご家族の不安・疑問に対し、理解・納得いただけるように説明し努力している。ご本人に対しては、状態に合わせ困惑しないよう説明することを心がけている。		
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	ご意見箱を設置し、ご意見・ご要望を遠慮なく言っていただけるように心がけ取り組んでいる。また、ご家族様へ無記名でのアンケートを実施し、ご意見やご要望を遠慮無く言って頂けるよう心がけている。	遠方に住む家族とは日頃から連絡をとることを心がけ、面会時には意見の引き出しに努めています。家族アンケートの結果と改善策の報告もされています。	
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	管理者は毎週開催する管理会議、毎月の主任会議やユニットカンファレンス等にて、職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また、代表者や総合施設長は、週に1～2度は来訪し、管理者と意見交換する時間を設けている。	管理者は職員が意見を言い出しやすい環境をつくり、アイデアは積極的に取り入れて運営に反映させています。	
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	個人目標を6か月ごとに設定し、目標達成に向けて向上心を持って取り組めるように、内外研修への参加促している。また、毎年、社内実践報告会を開催したり月2回の社内研修を設定して、学べる環境を整備している。		
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	内部研修は教育委員会を組織し、計画に基づき実施している。個人の目標に応じて、研修を選択する仕組みにしている。また、外部から専門的分野の講師を招き研修会を行っている。外部研修は、個人の能力・目標・希望に応じ計画的に参加させている。		
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	大曲仙北地域密着型介護事業者連絡会、その他の連絡会等に入会しており、研修会への参加等を通じて、同業者との交流・情報交換を行っている。また、日本認知症グループホーム協会に加入しており、全国大会の実践報告に参加している。		

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	利用申し込み後、ご本人と面談し聴取している。出来る限り、ご本人が不安なく利用開始できるように、入居前にお茶を飲みながら遊びに来ていただくなどし、関係づくりに努めている。また、ご家族からの情報も取り入れ望む生活を支援している。		
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	入居までに何度か連絡を取りあったり、見学して頂くなどして、出来る限り不安がない状態で入居していただ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	調理・洗濯・掃除等の家事作業や、生け花など、利用者様に教えていただきながら一緒に活動し生活するように努めている。一方的なケアではなく、同じ家に暮らすもの同士、共に支え合う関係を築けるように努めている。		
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	ご家族の負担にならない程度に、外泊・外出・面会・電話等にて、関わりが継続できるように努めている。また、「家族の会」を設立し、ご家族同士や職員との交流の場を設け、共にご本人を支えていくという関係を築いていけるよう努めている。		
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	アセスメントに基づき、馴染みの方との面会や思い出のある場所・馴染みの場所に出掛ける等の援助を行えるように努めている。大切なご家族と電話などで連絡がとれるよう支援している。	利用者の趣味や生活習慣に配慮し、家族の協力を得ながら、これまで行われてきたこと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	利用者様同士が、同じ家に暮らすもの同士、お互いに協力しあって作業を行ったり、仲の良い方同士で散歩や買い物などに出掛けられるよう支援している。様々な人間関係がある事を理解し、関わりを援助・仲介している。		

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	退去後も、面会したり電話にて連絡をとり相談にのり、必要に応じて必要な介護サービスにつなぐ等、情報提供をしている。		
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	ご本人に直接お話しをうかがったり、何気ない普段の会話やご家族から情報をいただき、望む暮らしや意向の把握に努めている。また、行事等の計画は利用者様と職員とで一緒に計画をたてたりしている。意思の伝達がうまく出来ない方については、ご本人の立場に立って把握するように努めている。	一緒に作業をしながら、また、入浴時に思いや希望を聞いています。その時々様子を記録し、アセスメントに活かしています。	
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	入居時に、ご本人・ご家族からうかがっている。入居後も情報が聴けた時に、フェイスシート等に追加するようにしている。		
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	アセスメントやモニタリングなどにより、現状の把握に努めている。また、日々の過ごし方や、心身状態、ご本人の能力等について、職員が情報を共有できるように記録に残し、総合的に把握するように努めている。		
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	ご本人・ご家族の希望を聴取し、また、介護職員・医師・看護師等、関係者からの意見やアイデアをまとめ介護計画書を作成するように努めている。サービス担当者会議に、出来るかぎりご家族に参加していただくようにしている。	3ヶ月毎の見直しを基本に担当職員がモニタリングを行い、利用者、家族の意向を踏まえた介護計画となるよう関係者が意見を出し合って作成されています。	
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	記録の重要性・必要性についての研修を実施し、職員の意識統一を図っている。ケアプランに沿った記録、その他、ご本人からの訴えや言動等を出来る限り詳細に記録するように努め、職員間で情報を共有し、モニタリング時・計画書の見直し等に活かしている。		
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	地域の学校との交流や、ボランティア、町内会の方々との交流等、地域の方から協力を得ている。また、消防署には避難訓練時の立ち会いや救命講習会をしてもらっている。地域の方も、避難訓練に協力してくださっている。		
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	ご本人やご家族の希望を確認し、GHのかかりつけ医が在宅療養管理指導を行っている。また、かかりつけ歯科医やかかりつけ薬局とも、必要時に必要な援助が受けられるように連携を図っている。ご家族やご本人が希望される医療機関にも定期的を受診をしている。	利用者、家族の希望する医療機関で受診されている他、希望を確認した上で、ホームの協力医をかかりつけ医として訪問診療を受けており、歯科医や薬局とも連携しながら適切な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	24時間対応可能な看護師(非常勤)を確保しており、週に2回は健康状態確認のため来訪している。急変時や体調不良時は、随時連絡をとっている。また、かかりつけ医の担当看護師とも、密に連絡を取り合い、継続的な健康管理に努めている。		
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。	ご本人が安心できる関わり方について、病院関係者に情報を提供している。また、入院時から退院に向けた調整や退院後に必要な援助について、病院関係者と情報交換をしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	事業所の「看取りの指針」に基づき、重度化・終末期のような状態が考えられる場合には、事業所のできる限界についても説明をしながら、ご本人・ご家族やかかりつけ医等と段階的に繰り返し話し合いをし、方針を決めている。	希望があれば看取りの指針に基づいて対応することを契約時に説明しており、体制を整えています。	
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	年に2回普通救命講習を開催している。事故発生時の速やかに対応できるようマニュアルも整備している。		
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	非常災害時の対策・対応について、研修会を実施している。また、定期的に様々な場面を想定した避難訓練を実施しており、町内の方にも協力を呼び掛け参加していただいている。災害毎の事業所独自のハザードマップを作り、事務所内に掲示している。	年間計画を立てて年2回の避難訓練、研修が行われ、マニュアルの見直しもされています。ヘルメット、飲料水等を準備し、コンセントプラグの点検、近隣の一人暮らしの方への声かけ等を日常的に行っています。	

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
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	ご本人のプライドを傷つけたり、プライバシーを損ねるようなケアや言葉かけにならないよう、研修等折を見て、「不適切なケア」への気付きを促している。また、職員間でお互いのケアについて確認し合うようにしながら、OJTしている。	利用者の性格等を考慮し、信頼関係をつくって、その人に合った自然な声かけを心がけています。入浴時の同性介助や排泄の失敗にも配慮されています。	
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	出来る限り、自己決定できるよう、個々人の能力に合わせ選択してもらう方法を考え支援している。また、思いや希望を表出できるように、個々人の能力や状態に合わせた、会話の仕方や関わり方を行うように努めている。しかし、全員が十分に希望が表出できているかといえば、課題はある。		
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	職員側の都合やペースで業務を進めることのないよう努めている。入居者様主体の生活を考え、個々人の状態や希望に合わせ、必要時は業務の変更等を行っている。ご本人の思いを大事にし、職員側の思いを無理に押しつけないように心がけているが、全員に対して十分にできているかといえば課題はある。		
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	ご家族にも協力をいただき、好みの衣服や化粧品道具等の準備をしていただいている。理美容室は、地域に数件あり、ご本人の希望や行きつけのお店に出掛けられるように支援している。		
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	買い物時に好みの食材を選んでいただいたり、事業所の畑やベランダのプランターでとれた野菜を取り入れ旬の物を使った献立作りを心がけている。普段の会話で食事のことを話したり好みの食べ物などを聞き食事提供している。また利用者様の能力に応じて、一緒に調理や後片付け等をしていただいている。	利用者の好みのものや旬の食材を献立に取り入れ、買物、野菜の収穫、調理等、できることを一緒に行い、食事が楽しいものとなるように支援されています。	
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	食事や水分摂取量は把握できるよう記録している。また、一日を通じて必要な水分量が摂取できるように取り組んでいる。栄養バランスについては、なるべく多くの食材を使用するように心がけている。		
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	毎食後の歯磨きやうがい習慣化され定着しており、職員は個人の状態に合わせ、必要な援助を行っている。		

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
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	排泄チェック表にて、個々人の排泄パターンを確認し、サインやその方の排泄機能や状況に応じた個別の援助が出来るように努めている。オムツやパットを使用する場合であっても、個人の状態にあったタイプの物を選択するよう努めている。	利用者個々の排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるように、残存機能に応じて個別に支援されています。	
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	個々人によって便秘の原因は多様であり、必要な援助ができるようアセスメントしている。適度な運動・食べ物の工夫、水分摂取量の確保を心がけ出来る限り自然排便できるよう努めている。また、個人の排便状況に合わせて下剤や整腸剤の調整等を行っている。		
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	毎日入浴可能な体制をとっている。可能な限り、ご本人が入浴したい時間帯に入ってもらえるように、入床前の入浴もできる体制を整えている。また、出来る限り同性介助を行うように努めている。バイタルや健康状態を確認しながら入浴の見極めしている。	2日に1度入浴されています。夜間入浴を希望される利用者等、必要に応じて業務を変更しながら臨機応変に対応できるように体制を整えています。	
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	日中の活動を援助し、夜間の眠りにつながるよう意識して援助している。また、作業後や散歩後等は、お茶をすすめるなどし休息をとっていただくように配慮している。睡眠障害のある方に対しては、温かい飲み物を提供したり、ゆったりとした関わりを努めている。		
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	投薬カレンダーを利用し、飲み忘れや投薬ミスが無いように管理している。用法・用量・副作用の可能性等、個々人の薬について職員が確認できるように情報をファイルし、かかりつけ薬局とも連携している。		
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	生活歴や職歴から、ご本人がこだわって行っている事やこれまで果たしてきた役割など、出来る限り継続できるよう支援している。		
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	散歩・買い物・ドライブなどは、日常的に支援している。ご本人の希望に出来る限り添えるよう努めている。また、地域行事への参加や外出・外食などに出掛けている。ご家族と一緒に、買い物や食事に一緒に出掛けたり自宅に戻りご家族と過ごされる方もいる。	食材の買物や散歩は日常的に行われており、利用者の希望に沿って、個別に対応されています。車椅子の利用者も一緒に外出できるように支援されています。	

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	お小遣いを自己管理されている方は、買い物時にご自分で支払いされたり、また、職員の付き添い援助のもとで支払いされている。お金を自己管理されていない方でも、買い物時にご家族よりお預かりしているお小遣いをお渡しし、買い物を楽しんでいただく等の援助をしている。		
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	希望により、電話を掛けることは自由にできるようにしている。個々人の能力や希望により必要な援助ができるように心がけている。しかし、個人によって偏りはある。		
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	家庭的な雰囲気になるように、季節感のある物や利用者様に馴染みのある物を用意するように配慮している。また、利用者様にお花を付けてもらい観賞して楽しんでいる。日射しや照明の調整、温度・湿度・換気は時間を決めてチェックする体制をとっている。	ユニット毎に造りは違いますが、それぞれの居間には食堂テーブルの他にソファーが使いやすいと設置され、落ち着いて過ごせる空間となっています。利用者が毎日仏壇に水をお供えています。	
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	廊下・玄関・窓際・ベランダに椅子を設置し、独りでのんびり過ごしたり、気の合う方同士で会話ができるように配慮している。また、利用者様同士で居室を行き来されている方もいる。しかし、構造上、共有空間がオープンスペースであり、他者の目を気にせず一人になれるような環境づくりは今後も検討していく必要がある。		
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	使い慣れた物や好みの物、ご本人がこだわりがあって使用している物はできる限り持ってきていただけるように、必要性をご家族に説明しお願いしている。出来る限り、自宅での生活スタイルを継続できるように配置なども配慮している。	ベッドや布団等、自宅と変わらない過ごし方ができるように、家族と相談して使用するものの配置を決め、自分なりの生活スペースをつくっています。	
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	アセスメントをもとに利用者様の身体機能にに応じ、シルバーカー・歩行器・ポータブルトイレなどを使用いただいている。また、必要な場合は、手すりを設置するなどしている。		