

| 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  |
| 理念に基づく運営 |      |   |  |  |  |
| 1        | 1    | 理念の共有と実践<br>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。  | 運営理念の唱和を朝の申し送り時に行っている。運営理念を踏まえ、フロア目標・個人目標を毎年掲示し、運営理念に添ったケアの実践を行っている。各会議で管理者と職員は理念に添ったケアがなされているかの確認を行っている。  | こもれび運営理念を基とし年間フロア目標を職員間の協議で作り上げ玄関に掲げて朝の申し送り時に確認しながら唱和をし、目標を実践につなげるケアに努めている。  |  |
| 2        | 2    | 事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。  | 利用者様が地域の方々と日常的に交流できるよう、ホームの行事に招待したり、地域の一斉清掃への参加や、盆暮の挨拶などを行っている。また、運営推進会議には町内の方に参加頂いている。  | 地域の清掃行事に毎回利用者は職員と共に参加し交流がもたれている。散歩や買い物時に出会う近隣者とは日常的に挨拶が交わされている。母体グループ施設全体で催される夏祭り、秋祭りには地域近隣の方々の大勢の参加が得られている。   |  |
| 3        |      | 事業所の力を活かした地域貢献<br>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活かしている。  | 年4回刊行する『こもれび便り』に認知症への対応等を挙げ、運営推進会議に出席して頂いた方にお配りし、認知症に対する理解を深めて頂いている。   |  |  |
| 4        | 3    | 運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取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回運営推進会議を実施し、利用者・家族・職員は交流を深めている。推進会議では、日々の生活等のご報告をし、家族様よりご意見を頂いている。ご意見はリーダー会議で検討し、各フロア会議で全職員に伝え、サービスの向上に活かしている。   | 2か月に1回開催される運営推進会議は、第3木曜日を定例日とし家族の出席者が多数あり家族との良好な関係づくりが培われている。会議はホームの現状報告の後出席者より活発な意見を頂きリーダー会議で検討し、議事録は職員全員にも共有されサービスの向上につながっている。時々には食事会も取り入れて喜ばれている。   | 今後の推進会議の取組みとして、社会福祉協議会、地域の民生委員、警察署、消防署等よりの出席を求められ幅広い有用な社会資源の活用をされることが期待されます。 |
| 5        | 4    | 市町との連携<br>市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。   | 市町村の担当者に随時連絡を取り、助言等を頂く等、協力関係を築き、市町村と共にサービスの質の向上を目指している。  | 運営上の疑問点が発生する毎に市介護保険課に相談の電話をしているので馴染みとなり、丁寧に詳細に説明してもらえる。年2回の佐伯区のケアマネ会議にできるだけ出席し他事業所との情報交換を行い、サービスの向上に役立させている。   |  |
| 6        | 5    | 身体拘束をしないケアの実践<br>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。 | 身体拘束の規定を各階に整備している。管理者及び職員は、身体拘束の具体的な行為を理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。生命の危険がありベットの柵等最低限の拘束を必要とする場合は、家族の了解を頂き、身体拘束規定に則り適切に実施している。玄関は安全面よりテンキーとしているが、要望があれば職員の見守りの元で開錠している。 | 身体拘束をしないケアについて職員は施設内研修等で十分熟知され、実践されている。徘徊行動や、不穏になられた時は共に行動し、事務室やデイサービスルーム等にもお連れし、気持ちの転換をしてもらうこともある。1階フロアについては自由に庭に出入りされているが、2階3階の方は玄関がエレベーターに直結しているため安全見守りのため、テンキーで管理されているが、要望を汲み職員が同行し外出する様努めている。 |  |
| 7        |      | 虐待の防止の徹底<br>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。                                      | 勉強会や、新人研修を通じ、虐待の具体的な事例を学び、虐待について理解を深めている。また、虐待が見過ごされることのない様、職員同士確認しながら防止に努めている。  |  |  |

| 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 |
| 8    |      | 権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。    | 日常生活自立支援事業や成年後見制度について、研修等で学んだことを、必要なご家族様にお伝えし、活用できるよう支援している。パンフレットは常時窓口にて整備し、いつでもお渡しできるようにしている。                  |  |                   |
| 9    |      | 契約に関する説明と納得<br>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・解約は、重要事項等で十分な説明を行い理解・納得頂いたうえで、契約・解約をしている。改定等は、運営推進会議で説明を行い、ご家族の了承を頂き改定する仕組みになっている。                            |  |                   |
| 10   | 6    | 運営に関する利用者、家族等意見の反<br>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。                       | 契約時に苦情処理体制を説明するとともに、外部者出席の運営推進会議でご意見・ご要望等お聞きしている。日常的に職員は積極的に声掛けし苦情等が言いやすい環境づくりに努めている。要望・苦情はリーダー会議で検討し運営に反映させている。 | 職員間のチームワークのとれたケアで利用者との和やかな会話が持たれ、意見や要望が話しやすい環境が作られている。運営推進会議への家族の出席者が多く良好な関係が続けられ、活発な意見交換が行われ、職員にも共有されてサービスの向上につなげている。 |                   |
| 11   | 7    | 運営に関する職員意見の反映<br>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。                                      | 毎月2回フロアー会議を行い、出された職員の意見や提案を、代表・管理者出席のリーダー会議・全体会議で取り上げ、意見交換を行い、運営に反映させている。  | フロアー会議での職員の意見をリーダー会議で検討し実践に移され、職員の遣り甲斐にもなり、意識向上につながっている。   |                   |
| 12   |      | 就業環境の整備<br>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。      | 代表者は、職員の状況の把握に努めている。また、職員の意見や発想を尊重し、それが実践できるよう配慮している。毎年、年間個人目標や年間フロア目標をたてることにより、目的意識や向上心を持って働けるようにしている。          |  |                   |
| 13   |      | 職員を育てる取組み<br>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。          | 代表者は職員一人一人のケアの実際と力量を把握するように努め、研修会への参加を働きかけている。また、働きながらの介護福祉士や介護支援専門員の資格取得も助めている。                                 |  |                   |
| 14   |      | 同業者との交流を通じた向上<br>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組みをしている。 | 事業所全体としての交換訪問等の取り組みはなされていないが、外部研修や介護支援専門員自主勉強会への参加を通じ、同業者との交流を図っている。他事業所の取り組みを参考にサービスの質の向上に努めている。                |  |                   |

| 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 |
| 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<br>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。 | 契約前に、聞き取り調査を行い、ご本人・ご家族と面談している。現状を確認し、困っていることや不安に思われていること等をゆっくりお聞きする機会を持ち、本人の安心を確保するための関係作りに努めている。また、入居前にホームに体験入居されるよう勧められている。 |  |                   |
| 16                |      | 初期に築く家族等との信頼関係<br>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。            | サービス開始時には、再度フロアリーダー・サブリーダーが、ご本人・ご家族と面談を行い要望や不安なことをお伺いし、信頼関係の構築に努めている。   |  |                   |
| 17                |      | 初期対応の見極めと支援<br>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。        | 契約前の聞き取り調査の段階で、入所を希望するに至った経緯・現状をお聞きし、より良い支援方法をご家族と共に考え、入所以外の支援方法も含めた最善の方法を、アドバイスするよう心掛けている。                                   |  |                   |
| 18                |      | 本人と共に過ごし支えあう関係<br>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。                           | 職員は、利用者様を人生の先輩として尊重し、学ばせて頂くという姿勢で支援させて頂いている。「介護する側」「介護される側」という関係ではなく、共に支え合う関係作りを目指している。                                       |  |                   |
| 19                |      | 本人と共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援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。            | ご家族の協力・支え無しでは良いケアは出来ないことを理解いただき、共に悩みを話し合える関係づくりを目指している。また、一筆箋や「こもれび便り」で利用者様の様子を、毎月お伝えすることにより、ご家族と利用者様の絆がより深まるよう支援している。        |  |                   |
| 20                | 8    | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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。                        | 今までの馴染みの方々に気楽に訪問頂き、居心地良く過ごして頂けるよう配慮している。併設のデイサービスに来られる友人に会いに行く機会を設ける等これまでの関係が途切れない様支援している。馴染みの場所には、ご家族にご協力頂いている。              | 入居前にお付き合いされていた友人が訪問された時は、居心地良く過ごしていただけるよう、職員が特に配慮している。又以前通所されていたデイサービスルームを訪問される機会を作っている。手紙を出される利用者には外出を兼ねて投函に同行している。 |                   |
| 21                |      | 利用者同士の関係の支援<br>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。                    | 職員は、利用者同士の関係を把握し、輪を保ち仲良く支え合った生活ができるよう支援している。月に一度は3ユニット合同の食事会を行い孤立しない生活を提供できるよう努めている。  |  |                   |
| 22                |      | 関係を断ち切らない取組み<br>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。     | 退去時には、退去後も心配事や相談事等あれば、いつでもお受けする旨をお伝えしている。   |  |                   |

| 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 |
| 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    | 思いやりや意向の把握<br>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。   | 一人一人に担当者を決め、本人の希望や意向の把握に努め、全職員で情報を共有している。他の利用者様とのバランスを取りながら、希望を尊重し、本人本位に検討している。              | 利用者個々に担当職員が当たり親密感を持たせつつ、職員全員で各フロアの利用者の思いや情報を共有し、日常の声掛けの統一が保たれている。優しく寄り添う支援をフロア目標とされ、職員の意識の高さが覗えた。                                       |                   |
| 24                       |      | これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴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。                                       | 一人一人に担当者を決め、生活歴やこれまでの経緯の把握に努め、全職員で情報を共有している。ご家族よりこれまでの生活や幼少時のことをお聞きし、会話に取り入れている。             |   |                   |
| 25                       |      | 暮らしの現状の把握<br>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。   | バイタル測定・食事摂取量・排泄状態・表情等により、その日の心身の状態等の把握に努めている。その日の状態により、柔軟な対応を心がけている。                         |   |                   |
| 26                       | 10   | チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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・ご家族の意向を確認し、健康相談医・職員の意見も踏まえ、介護計画を作成している。介護計画は6か月ごとにサービス内容を検討し、見直しを行い、現状に即した介護計画となるよう努めている。 | 担当制でモニタリングを先ず作成し、健康相談医の意見を取り入れ、本人、家族の要望を基にした介護計画書をケアマネが作成している。介護計画の作成の流れが図式で示され、担当別に支援の責任意識をもって3か月に一度検討作成される。次に6か月の見直した介護計画書に移行され作成される。 |                   |
| 27                       |      | 個別の記録と実践への反映<br>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。                        | 個別生活記録に日々の状況、状態、気付き等を記録し、申し送り等で情報を共有している。生活記録は介護の実践や介護計画の見直しに活用している。                         |   |                   |
| 28                       |      | 一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 身体機能が低下し共同生活が困難になられた場合には、併設の有料老人ホームを紹介している。また、併設のデイサービスの利用や適切な病院を紹介する等の支援を行っている。             |   |                   |
| 29                       |      | 地域資源との協働<br>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。                         | ご利用者が、活気ある生活を送れるよう、地域のボランティアの方々から、演奏や舞踊等の支援を受けている。近隣の警察や消防署とも安全面での協力を得られている。                 |   |                   |
| 30                       | 11   | かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。                    | 本人・家族の意向により、かかりつけ医を持って頂いている。かかりつけ医と連絡を取り合いながら、適切な医療が受けられるよう支援している。提携病院・協力医療機関には職員が付添い受診している。 | ホーム入所時より殆どの方は隣接の母体病院がかかり付医となり24時間の対応がされ、1か月に1回の往診又毎週1回認知症専門の健康管理医が往診し本人や家族の相談に応じている。又家族の協力のもとに入所前の医療機関にも通院される方もある。                      |                   |

| 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 |
| 31                    |      | 看護職員との協働<br>介護職員は、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。                     | 職員はバイタルチェックにて体調を把握し、変化が生じた場合はかかりつけ医に報告している。また、週1回の健康相談日に報告・相談し適切な指示を受けている。緊急時には、隣接の提携病院から支援を受けられる体制にある。また、同敷地内の有料老人ホームやデイサービスの看護職員の協力を受けている。 |   |                   |
| 32                    |      | 入退院時の医療機関との協働<br>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。又は、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。 | 入院時には、出来るだけ見舞いに行き利用者様が不安にならない様配慮している。提携病院に入院の際は、定期的に洗濯物を取りに行く等、情報交換に努め、病院関係者と信頼関係を構築している。また、一時外出や、一時外泊などを試みることで、早期退院への取り組みを行っている。            |   |                   |
| 33                    | 12   | 重度化や終末期に向けた方針の共有と<br>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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。  | 契約時の重要事項を説明する際に、重度化した場合の対応についての説明をし、了解後に署名を頂いている。重度化した場合は、数回にわたり、ご家族・管理者・リーダー・代表・健康相談医が、同席し納得の行くまで検討を重ね、方針を打ち出している。                          | 契約時に看取りの対応について説明し、ホームとしての方針は看取り介護は行っていない。重度化された場合は家族、管理者、リーダー、健康管理医等が同席して話し合いをして方針を決めて転院された前例が数回あった。今後もその方針で支援される意向である。 |                   |
| 34                    |      | 急変や事故発生時の備え<br>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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。  | 急変や、事故発生時の対応についてのマニュアルを整備している。応急処置、初期対応ができるよう健康相談医から指導を受け、実践力をつけている。緊急時には、昼夜を問わず、提携病院から支援を受けられる体制にある。  |   |                   |
| 35                    | 13   | 災害対策<br>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。  | 消防署の協力により、毎年避難訓練を実施している。また、防火管理者から災害時の対応について指導を受け、実践力をつけている。緊急時には、近隣の施設や提携病院と連携が取れる体制になっている。推進会議では、近隣の方々に、非常時のご協力をお願いしている。                   | 毎年の避難訓練は消防署の指導を受けながら、実施されている。母体を同じくしている施設内連携はもとより、運営推進会議において非常災害時の近隣地域の協力が得られた。又非常災害時に近隣者を受け入れる体制があることを町内会に伝えている。       |                   |
| 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<br>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。   | 職員は利用者様を人生の先輩として人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないよう注意し支援している。個別の生活記録は、部外者の目に触れない様配慮している。   | 職員が食堂や廊下で行き交う利用者に親近感を持った丁寧な言葉で声掛けをされ、笑顔で受け答えをされている利用者の様子がしばしば見受けられた。  |                   |
| 37                    |      | 利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。  | 信頼関係を築き、日常生活の中で利用者様が自由に話せる環境づくりに努め、自己決定できるよう働きかけている。自己決定の難しい方の場合は、表情や態度からくみ取る努力をしている。  |   |                   |
| 38                    |      | 日々のその人らしい暮らし<br>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。                                  | 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、可能な限り利用者様本位の支援を行い、利用者様のペースに合わせ、待つ介護を心がけている。   |   |                   |

| 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 |
| 39   |      | 身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                    | 月2回の訪問理美容を利用し、好みの髪形を楽しんでいる。毎朝、職員が身だしなみの支援をしている。ご家族の協力の元、季節に合わせたおしゃれを楽しんでいる。   |   |                   |
| 40   | 15   | 食事を楽しむことのできる支援<br>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。       | 栄養面やゆったり安全に過ごして頂きたいとの思いから、食事は隣接の施設で作っている。利用者様には、盛り付けや後片付けをして頂いている。おやつ作りや、月1度の手作り料理を楽しんで頂いている。職員は、利用者様と食卓を共にしている。                      | 利用者の高齢化、認知度の進行で危険も伴うこともあり、ホームでの日常の調理は行わず、隣接施設より運ばれ、配膳等を手伝われる利用者はおられる。フロアごとで行う手作りおやつの日や1か月に一回の施設合同の昼食バイキング等を楽しみにされている。 |                   |
| 41   |      | 栄養摂取や水分確保の支援<br>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。            | 毎食 摂取量を記録し栄養状態の把握に努めている。栄養士はバランスの良い食事を心がけている。嚥下状態の悪い方には、きざみ食やとろみ剤使用のミキサー食を提供する等 きめ細やかな対応をしている。水分補給は、午前と午後のお茶の時間、入浴の前夜等に行っている。         |   |                   |
| 42   |      | 口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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。                    | 毎食後、利用者様の状態に合わせた口腔ケアの支援を行っている。口腔内の状況を把握するように努め、異変時には訪問歯科医に診察をお願いしている。   |   |                   |
| 43   | 16   | 排泄の自立支援<br>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。     | 排泄表を記録することにより、排泄パターンの把握に努め、トイレ誘導を行っている。出来る限りオムツを使用しないケアを心がけ、トイレでの排泄を基本としている。  | 排泄管理表が詳細に記入され、一人一人の排泄パターンが把握されトイレ誘導が行われている。各フロアのトイレは清潔保持が行き届き、利用者への細やかな配慮が感じられた。                                      |                   |
| 44   |      | 便秘の予防と対応<br>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。                     | 職員は便秘により、認知症の周辺症状が悪化することを理解し、水分や食物繊維の摂取、運動等の便秘予防に取り組んでいる。3日以上排便がない場合は、健康相談医の指示で、服薬を行っている。オムツ使用の方にもトイレにて排便を促している。                      |   |                   |
| 45   | 17   | 入浴を楽しむことができる支援<br>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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 通常時は週2回、夏季は週3回の入浴支援を行っている。入浴拒否の強い場合は無理をせず、翌日入浴して頂く等柔軟な対応を心がけている。体調不良で入浴できない時は、清拭を行っている。   | 週2回の入浴は順番を自分で要望されている利用者は出来るだけ要望通りとし、入浴を拒否される方には無理をせず翌日に繰り越す等の対応をしたり、清拭をするなどで清潔保持に配慮している。                              |                   |
| 46   |      | 安眠や休息の支援<br>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。                      | 照明・室温・寝具等で入眠しやすい環境づくりを心がけている。眠れない時は、お茶にお誘いしたりお話し相手になるなど、安心して眠れるよう支援している。夜間の睡眠の妨げにならない範囲で、お昼寝等の生活習慣も大切に、生活リズムを崩されない範囲で、起床時間にも幅を持たせている。 |   |                   |
|      |      | 服薬支援   | 職員は、薬の目的や副作用等をお薬情報にて確認  |   |                   |

| 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 |
| 47   |      | 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。 | 理解し、服薬支援を行っている。症状に変化のある場合には、健康相談医に報告し、適切な薬を適量服薬できるよう、きめ細かな指示を受けている。 |      |                   |

| 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<br>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。  | 毎月の食事会や季節の行事により気分転換して頂いている。日常では洗濯物たたみや食事の配膳・後片付け等その方の希望や状態に合わせた役割分担で、張り合いのある生活を送れるよう支援している。近年、ドライブや園芸、役割分担等、困難な方も増えている。                                       |   |                   |
| 49   | 18   | 日常的な外出支援<br>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。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。                     | その日の希望により、散歩や園芸等で、戸外に出られる機会を増やすよう支援している。ドライブ等、希望されない方にも声掛けにて外出を促している。初詣やお花見、その他、夏祭り、花火大会、秋祭り等の行事を屋外で行うことにより、極力外気に触れて頂く機会を増やすよう努めている。遠方への個別外出はご家族の協力により行われている。 | 買い物や散歩など個別に外出する機会を作るよう職員は外出を勧めている。最近では高齢化が進み外出を拒否される方が増えてその対策を職員間で相談しながら実施している。初詣、お花見等は出来るだけ平坦な場所を選んで、利用者の方が歩きやすいように配慮している。   |                   |
| 50   |      | お金の所持や使うことの支援<br>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。  | 職員は、ご本人がお金を所持する大切さを理解しており、希望の方には少額のお金を持って頂いている。買い物に出かけることは、年々困難になられており、職員が希望を聞いて、買い物代行を週に1回行っている。   |   |                   |
| 51   |      | 電話や手紙の支援<br>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。   | ご家族やお友達に電話をかける、取り次ぐ等の支援を行っている。お手紙を書かれることは、稀になられてきている。   |   |                   |
| 52   | 19   | 居心地の良い共用空間づくり<br>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、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。 | 季節に合わせて室温を調整している。夏には、除湿器・冬場は加湿器を使い湿度にも気を付けている。照明は複数整備し、その日の天候や時間帯により使い分けしている。夜間はトイレ前の照明をつけ、トイレの位置がわかりやすい様配慮している。各フロアそれぞれに、季節を感じて頂けるよう飾り付けにも工夫をしている。           | 各フロアの食堂を兼ねたりリビングは南側に面し採光も十分で、側面のソファで2～3人の利用者がゆったりと過ごされ、職員と楽しそうな会話が交わされていた。12月の装飾として、各フロアは各々の特色を持たせたクリスマスの飾り付で賑やかな雰囲気づくりがされていた。浴室、トイレ等共有場所は清潔に管理され、職員の細やかな配慮を覗うことが出来た。 |                   |
| 53   |      | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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。  | 共用空間には、食卓テーブル・ソファ・畳スペースがあり、利用者様は気の合った方とお好きな場所ですつろいでおられる。お一人になられたい時には、自室にて過ごされている。   |   |                   |
| 54   | 20   | 居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。  | 入居の際には、今まで使い慣れた物や馴染みの物を持ってきて頂くようお願いしている。ご本人・ご家族と相談しながら家具の配置をしている。各部屋、壁紙やカーテン、居室のドアのサインを変えることにより、ご自分の居場所が認識しやすい様工夫している。  | 居室は自分で作られた作品が飾られ、壁には家族写真や好みの絵画が掲示されたり、利用者の思いを表現されるように支援がされている。自宅で使用されていた調度や椅子を持ち込まれて使用されている方、仏壇を大切に持ち込まれ守られている方もおられた。   |                   |
|      |      | 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、バリアフリーで、各所に手すりを整備し  |   |                   |



| 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 |
| 55   |      | 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。 | ており、できるだけ自立した生活ができるよう配慮している。また廊下幅や脱衣場、トイレにもゆとりを持たせ、車椅子での生活にも対応できるようにしている。 |      |                   |