

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	0591100045		
法人名	株式会社ユニマットそよ風		
事業所名	たかのすケアセンターそよ風		
所在地	秋田県北秋田市米代町5-4		
自己評価作成日	平成24年11月10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)】

現在の利用者の状態が重度化している現状であるが、その中でも身体機能を維持し、生活の中で低下していかないように体を動かす機会を増やしている。(午前のレクや午後の機能訓練等)

【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)】

身体機能の維持と学習療法等の機能訓練が、楽しみに行えるように取り組んでいます。個人情報の取り組み(プライバシーマーク制度)として、外部の方にはカードを下げさせて頂く働きかけを行っています。
「個々の思いを聞くことで、本人らしい生活が継続出来るように」の理念の実現に向け、職員の共通認識を持つために努められてる事が感じられました。

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	職員の休憩室に理念を掲示し、職員が意識するように取り組んでいる。また、事業所共通の憲章を掲示して唱和している。	利用者が、住む所は変わっても自然に過ごすことが出来る環境作り等を行えるように、年に一回職員間で話し合い、実状に合わせた理念作りを行っています。	
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	地域との繋がりをもてるように地域行事もちっこ祭りの参加や事業所の行事納涼祭にも地域の方々に参加して頂いている。	事業所開設当初から、運営推進会議のメンバーの自治会長・民生委員の力添えを頂き、地域に根ざす努力をしてくれています。今では、小学校・ボランティア団体・年末の獅子舞等、お互いの行事としての交流が行われています。	
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	地域の方には行事の時などボランティアとして来て頂いたり中学生には福祉体験の場としての受け入れもしている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、市役所の職員や民生委員、家族の方が参加され、サービス内容について意見の交換を行っている。防災について地域、施設の役割は何か？について話し合い、研修している所である。	出席者の方からは、地域密着型のホームとしてどのようにしたらよいか。例えば、ホームの見学を子供達が行うことで、その親への波及効果もあるのでは等アドバイスを頂いています。	
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	防災に対して、市の職員から自主防災の今の流れを説明して頂いた。又、県の防災士を紹介して頂き講習会を開催できた。	介護保険班担当者とは、改正に伴う動向等、相談が行える良好な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	身体拘束委員会を毎月1回行い、全体会議で職員に周知している。事業所内部でも柵の幅が安全か？ベッドの高さは利用者の身長に合っているか？を勉強会や調査をし安全とは何か？を検討している。	身体状態の変化について家族に相談する機会を作り、共通理解を行うことで身体拘束にならないように努めています。常に、他にはどんな対応・方法があるか検討しています。	
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	虐待防止への研修へ職員が参加し全体会議で報告し、職員の知識を深めている。日常使っている言葉がスピーチロックになっていないか？又、どんな声掛けが合っているか、皆で学習している。		

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	成年後見制度について全体会議で職員の勉強会を設けている。		
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	契約時、説明を行った後、不安点、疑問点を尋ね説明し、納得されたうえで契約をかかわしている。4月の法改訂による料金、医療連携体制加算等についても、その都度連絡し説明を行っている。		
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	苦情窓口を設置している他に事業所以外にも苦情の受付があることを掲示している。面会時や家族会で日頃感じていることを伺うようにしている。正面玄関に意見箱を設置している。	職員の方から声かけや、利用者のことに対して家族等に相談をし、話し合いを行う機会としています。	
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	月のミーティングや利用者のカンファレンスを通して職員の意見などを聞き改善、反映に繋げている。例：他部署との合同レクや機械浴の活用等	職員→管理者→センター長等代表者まで、意見や提案等が届くシステムが確立されています。管理者の聞く態勢と上部へ伝える態勢が感じられました。	
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	それぞれが各委員会に参加し他事業所との連携を図り現場内で役立てられるように努めている。体調不良の職員には業務内容に配慮している。		
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	腰痛予防の研修に参加し負担の少ない介護技術を学んでいる。パートのみのパート伝達研修を月1回行い腰痛予防体操も取り入れている。		
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	東北エリアのそよ風でグループホームの事業所の職員が年に2回向上検討会を行い、会場は持ち回りとして、見学、話合う場を設けている。その時には書類等の相互牽制マニュアル作り等も行っている。		

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
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	家族から日常生活を伺い施設でも近づけた生活ができるように努めている。利用者の思いを聞いた時には家族へ連絡をし代弁をしている。		
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	相談を受けた時には計画作成担当者が同席し、家族の要望や困っている事を聞いている。連絡は密にとり、信頼関係づくりに努めている。利用前は見学に来ていただいている。		
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	利用者ができることは、本人に行って頂き、食器拭きや洗濯物たたみ等日常生活でできる作業は利用者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	利用者の思いを家族へ伝え、家族と相談しながら支援している。家族支援用紙へ記録して家族とのやりとりを職員間で共有し統一できるようにしている。		
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	入居前の友人や馴染みある近所の方の面会ができる環境をつくり良い関係が途切れないようにしている。が、高齢によりADL低下から難しくなって来ている。	隣りにある大型ショッピングセンターに出かけた時には、顔馴染みの方から声をかけられることがあり交流の場になっています。併設されているデイサービスや、ショートを利用しているお友達との交流も継続出来るように支援が行われています。	
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	認知症重度の利用者2名と疥癬発症という事があり、3月から9月頃までは、十分な利用者間の関わりが難しかった。現在は家事作業を再開し関わり作りに努めている。		

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
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	他の施設に入院しても状態が安定し退院してきた時には再度、利用が可能であることを伝えてある。退去時には利用者個人のアルバムなどを手渡すようにしている。地域でご家族とお会いした時には「その後どうされていますか」と声をかけている。		
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	本人や家族から情報を聞き、今までの生活、意向がケアにいかされるよう、カンファレンス等にて確認している。	本人の希望・意見の聞き取りには、入浴時の個別対応時やフットケア時に行われています。夜勤には、ゆっくり話しの出来る機会となるように工夫しています。	
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	家族からの情報をもとに、その人らしい生活を送れるように、職員間で情報の共有に努めている		
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	カンファレンスで生活の中で本人がで出来る能力を継続して行く方向で話し合い、過剰介護にならないように統一ケアしている。		
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	疥癬を拡大させない為に、介護計画書を見て手順の統一が図れるよう努力して来た。又、日課が継続できるようにする話し合いを多く持った。	日々の支援記録や申し送り記録を確認する事で、共通理解を行い支援を行っています。計画作成は、家族の意向確認等を担当者が対応しています。カンファレンスを行い、全員でケア計画に目を通し、共通理解を図り、入居前に過ぎて来た生活の継続援助を心がけています。	
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	目配りや気配り、また日常の会話から気付いた点は個別記録の記入とカンファレンスに取り組み職員間で情報を共有し早期発見に活かされている。		
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	災害発生時には職員だけの避難救助では限界があるため、民生委員や地域の方も交えて避難訓練及び通報訓練を行っている。		
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	入居前のかかりつけ医をそのまま継続している。家族が付き添いで受診される利用者には、日常の経過記録を手渡したり、職員も同席させて頂くことがある。急変時にはかかりつけ医に連絡をとり、指示を仰いでもらっている。	家族と職員が連携を図り、希望するかかりつけ医の受診が行われています。ケアにかかわる場合は、家族と共に受診に同行していません。受診状況は、その日に家族に報告をし、支援につなげています。	
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	医療連携で看護師が週に1回、利用者の健康状態の把握に努めている。職員は日常の状態報告を行っている。何かあった時には、看護師に連絡を24時間体制でとっている。		
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。	入院時は施設でのサマリーを病院に提供し、退院時は病院からサマリーをもらい情報の収集に努めている。入院中は利用者の不安な気持ちを考え毎日、面会するようにしている。		
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	入居する時に重度化の指針を説明している。年に1回、家族へ意向調査を行い、重度化した時の気持ちを伺っている。状態が変わってきたら、家族との連絡を密にとるようにしている。今まで、看取りの例はまだない。	グループホームは、共同生活する場であることを説明しています。重度化した場合等の看取りのチーム体制が確立されていないことから、緊急時や特養入所等の対応について話し合いを行っています。	
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	センター内で緊急時用のマニュアルを作成し勉強会で取り入れ職員間で確認し合っている。事故発生時のマニュアルは職員の目のつくところに掲示している。		
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	年2回総合避難訓練を行っている。地域の方や、民生委員の方にも参加して頂いている。地震による避難訓練も行っている。	ホームが2階にあることから避難方法については、より良い方法を模索しています。消防署員の知恵を拝借するため、訓練時には要請を行っています。毎月一回、地震が起きた場合の身体の安全保護にニット帽子等の準備を行い、訓練を行っています。	

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
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	利用者の居室に入る時にはノックをしてから入室するようにしている。居室に不在の時には、入室の許可をとるように声かけしている。	入居時に呼び方について、利用者に聞いています。ホーム全体が、言葉遣いの良い所であると感じました。	
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	利用者からは満足度アンケートから声を拾い次回の行事を計画している。利用者の状態に合わせて、日常生活の中で意思決定出来る場をもつように声かけしている。着替えの時等、服を選んで頂いている。		
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	毎日のレクはあるものの利用者の意志で趣味の時間をつくるようにしている。利用者から散歩や買い物の希望が聞かれた時は希望に沿って支援している。		
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	自分で出来る方は整髪は行って頂き、出来ない方は離床時には必ず整容するようにしている。着替えの服は利用者に確認しながら決めている。		
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	食事の盛り付けをしたり、職員と一緒に作業されている。手作りおやつ等で好みのおやつ作りを行っている。	下ごしらえを利用者で行うことで、皆で作った料理として食していました。職員も一緒に食べることで、会話の中で嗜好調査を行っています。テーブル拭き、おしぼりたたみ等も行っていきます。	
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	栄養士に栄養計算された食材をもらい、調理している。この食事量に応じ、不足している場合は食間に補食し、栄養補充している。1日の水分摂取量を記録し、1人1人の水分量の把握に努めている。		
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	出来るだけ利用者に行ってもらわなければならないが、うがいが出来ない利用者には清拭を行い、毎食後のケアに取り組んでいる。		

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	排泄表にて利用者の排泄間隔を把握するように努めている。定時でのトイレ誘導を行っている。トイレでの排泄が不可能な方は定期的に排泄交換している。	排泄間隔を把握し、トイレでの排泄が出来るように働きかけています。それにより、布パンツになった方もいます。介護用品の経費削減にもつながっているようです。	
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	毎朝、牛乳を提供している。また、。散歩、ベッド上でごろごろ運動をしている。宿便時には下剤調整し排泄へと導いている。		
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	入浴前にはバイタルチェックを行い状態の把握をしている。湯温や時間帯は利用者の好みに応じている。季節感を出す為その季節にあったバスクリンを使用し、コミュニケーション等で工夫し週2回は入浴が出来るように支援している。	1日置きの入浴になっています。入浴のない日は、フットケアを行い、スキンケアを図る機会にしています。	
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	足湯、足裏マッサージを行いリラックス出来るようにし、安眠へとつなげている。昼寝や就寝時間は利用者の生活に合わせて利用者の意思にそっている。		
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	薬の説明書は個人ファイルに保管しいつでも見れるようにしている。服用する薬が変更になった時には申し送りを確実にするためカーデックスの前に変更内容を記入している。症状に変化があった時は、主治医に連絡をし、指示を仰いでもらう体制になっている。		
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	本人の楽しみごとに、公文学習療法を希望者に取り入れている。又、日課ではベランダへ野菜のプランターを設置し野菜の成長を1日1日観察出来る様にする事で育てる楽しみをもてるようにしている。		
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	行きつけの床屋が近所にあり、利用者の希望があった時には、そこで散髪できるように支援している。その時には、床屋さんにも協力を得ている。面会時等家族と散歩をされている。又、四季を体感して頂くためにドライブに出掛けている。	近所の床屋には、送って行くと迎えの連絡が頂ける等協力体制が図られています。お天気の良い日は、散歩をしながら経験談を聞いたり、自然と触れ合う機会を作っています。	

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	利用者が管理出来る状態であれば持参金1万円以下で持参してもらっている。希望があれば買い物等出かけた時に気兼ねないように使ってもらっている。		
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	年賀状や郵送物が届いた時、連絡したいと希望があった時、電話をかける事を職員で代行し、連絡がとれるよう支援している。		
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	どこでも快適に過ごせるように温度差がないように設定している。外の光を入れ、日中は明るく過ごせる様に障子を外す等して工夫している。行事の写真飾ったり季節に合った装飾を利用者と一緒に行っている。	1日に2回、室温と湿度のチェックを行い、ホーム内の温度差がないように努めています。自然の明るさの中で過ごせるように、毎日障子の取り外しを行っています。	
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	テーブルを3箇所離して置き、共用空間でも、個々の空間を作るようにしている。テレビ前にソファを置き利用者が自由に過ごせるようにしている。		
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	自宅で使い慣れた寝具、生活用品などを持ち込んでもらっている。仏壇を持ってきている利用者もいる。家族の写真を飾ったり、安心できるような生活環境作りをしている。	利用者の身体状態に合わせ、寝具や家具の配置を考え、安全に過ごすことが出来る居室作りが行われています。	
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	入居時にのれんを持参してもらい、本人の居室が目印となっている。又、プライバシーの保護にもなっている。各居室に物干し台を置き、洗濯物を干す、たたむ行為を本人に行ってもらっている。洗面所の高さは独歩、車椅子の利用者、どちらの方も利用出来るようになっていて、本人に行ってもらえるよう促している。トイレの場所もわかるように目の高さへ張り紙をしている。		