

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	0590400081		
法人名	社会福祉法人 比内ふくし会		
事業所名	グループホーム山王台		
所在地	秋田県大館市池内字上野234番地1		
自己評価作成日	平成23年8月31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
----------	---

【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修会		
所在地	秋田市東通3丁目9-31		
訪問調査日	平成23年9月28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)】

今年度のケア方針は『明るい職員の中で一人ひとりの思いを受け止めて生き生きと暮らせる環境をつくりまします』です。入居者さんと職員が、日々元気に明るく活発なやりとりをしており、地域の行事にも数多く参加し、一瞬一瞬の楽しみを大切にしています。また、大館市内では初めての認知症対応型認知症通所介護(共用型)事業を行っています。そのため、居宅介護支援事業所や訪問介護事業所、通所介護事業所、DS利用者・家族さんとの日常的な情報交換があり、職員のケアの質の向上に役立っていると思います。一般の地域住民からの認知症に対する相談等も多くあり、今後も地域から「認知症のことなら山王台」と言っていたけような、愛される・頼れる事業所を目指します。

【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)】

2ユニットのグループホームほか、認知症対応型デイサービスを運営され、運営推進会議を活用しながら関係機関等と連携し、地域における中核的な事業所として様々な取り組みがされています。地域行事へ参加したり、事業所の行事に地域住民を招いたりと積極的に地域との交流連携が図られているほか、認知症講座や研修に職員を派遣し、講師を務める等の貢献も行っています。「自分ならどんなホームへ入りたいか。」を職員全員で考え、総括して事業所理念を構築し、瞬間を楽しみと感じてもらえるようなケアに努めています。

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)	○	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ます (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と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、生き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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(おばこ棟)

[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	年に1回、事業所理念の構築を行い、事務所に掲示して理念遂行している。共用型DSの事業も地域密着型サービスの理念の追求から開始している。また、近隣住民が気軽に参加できるイベントの開催をするなどし、実践に繋げている。	法人理念のほか、事業所としては、「自分が安心できるホーム。ホームへ入るならどんな所。」を職員全員で考え、総括しながら理念を構築しています。「瞬間の楽しみ」を大切に、全員で実践共有に努めています。	
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	町内会会員・老人クラブ会員に加入。町内会の行事、老人クラブの健康教室など声をかけていただいたり、回覧板等でお知らせを受け日常的に参加している。	町内会に加入され、地域の行事に積極的に参加しているほか、ホーム行事へも地域の方やボランティアを招き交流を図っています。定期的に踊りやオカリナ演奏のボランティア協力も得たり、「大館の祭典」には職員が役員として参加貢献しています。	
3		○事業所の力を活かした地域とのつながり	地域に向けて認知症サポーター講座を開催している。地域の福祉系大学から依頼を受けて非常勤講師を引き受けたり、学生ボランティア・実習生を受け入れ、これまでの実践を通して学んだことを伝えている。		
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	これまでの話し合いの中で、町内会の緊急連絡員の増員、検索マニュアル作成、職員の職業倫理観確立に繋げてきた。また、協力医院の医師を招き、地域医療について知識を得たり連携が図れるよう、活かしている。	町内会長、老人クラブ会長、市職員、地域包括支援センター職員、利用者代表、家族代表等のメンバー構成により、年6回開催されています。事業所の行事、医療との連携、町内会の協力体制等について話し合いが行われ、検索マニュアルは会議で話題が出て作成に至っています。	
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	運営推進会議の委員で参加していただき、報告・相談を行っている。事故報告の際も家族との関わりについても報告し、助言を受けている。	市職員が運営推進会議のメンバーとなっており、定期的に連携が図られているほか、管理者が認知症ケア研修や認知症サポーター養成講座の講師を務めており、協力関係も構築されています。	
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	日中の玄関や外へ繋がる戸口の施錠は行っていない。 身体拘束に関しても、職員は身体拘束についてのデメリットを理解しているため、身体拘束は一切行っていない。	身体拘束をした場合のリスクを職員が理解しており、転倒や徘徊の可能性がある方には寄り添い、見守り対応のケアにあたっています。	
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	職員個々のストレス耐性度・蓄積に影響があると考えているため、随時個人面談を行い、防止に努めている。 自宅で家族が介護している場合、家族からの相談は時間をかけて話を聞くように心がけている。		

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
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	サポートセンターを活用している方がいるため、関係者と話し合う機会が持てている。		
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	入居前の説明はもちろんの事、改定等の際は事前に予告し、疑問点を尋ね説明し納得を得た上で、契約の締結・確認書の作成等を行っている。		
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	家族説明会・家族昼食会・運営推進会議への積極的な参加を促し意見を伺っている。その意見等を第三者委員連絡会議でも公表し運営に活かしている。	面会時や行事参加の際に現状報告を行いながら意見や要望を聞いている。また、家族昼食会では一緒に作った物を食べながら、意見の出やすい雰囲気作りに努められています。	
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	職員会議は毎月1回以上、主任会議は月2回以上、日々の申し送りは随時参加するなど、常時職員の意見を聞く機会があり、業務改善を行っている。	管理者が定期会議や日々の朝夕申し送りに参加して、職員の意見を聞く時間を作り、意見や提案を受けて、業務の改善に反映するように努めています。	
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	法人では、毎年年度末に個人の意見を一人ひとり聴取し確認を行い、職場環境・条件の整備に努めている。また、法人内では職位に応じて研修を行ったり、キャリアパス制度の導入も行っている。		
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	法人では、キャリアパス制度・職位に応じた人材研修制度を導入し、整備を進めている。		
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	市で主催する、市内GH職員との交流会に参加するよう促したり、事例報告会(2棟目開所時)の開催を行っている。 また、共用型DS事業も行っているため、居宅支援事業所・ヘルパー・SS事業所・DS事業所との日常的な関わりで情報交換を行っているため、質の向上に繋がっていると感じる。		

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	入居が予め分かっている場合は、共用型DSをお試しで利用していただいて、環境に早く馴染んでいただけるよう配慮している。 入居してから最低3日間は、家族に報告・相談を行っている。 また、入居前の生活暦を把握して入居生活に早く馴染んでいただけるようアセスメント用紙(センター方式)の記入を家族にお願いし、本人の安心が確保できるよう努めている。			
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	NO. 15の内容に追加して。入居してから本人が不安を訴えている場合等は、可能な限り毎日でも面会・電話連絡をお願いし、その都度管理者・介護職員と話し合いを重ね、信頼関係を築けるよう努めている。			
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				
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	悩み・相談を互いに行い、じっくり話を聴くようにしている。 日常生活全般のことを職員と一緒にしている。			
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	家族説明会・家族と一緒に昼食会・運営推進会議には積極的に参加していただき、常に一緒に考えていきたいと思いますというメッセージを発信している。 家族と一緒に昼食会では、一緒に家事を行い、一方的な立場におかないよう心がけている。			
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	家族に記入をお願いしたアセスメント用紙(センター方式)を参考にしながら、なじみの理・美容院利用、墓参り、自宅への外出・外泊(家族行事)、親戚・近所の方の来苑していただくなど、関係性が途切れないよう支援している。	今までの生活歴を家族に記入してもらい参考にされています。馴染みの理美容院利用、墓参り、外出外泊を家族等の協力を得ながら行っており、関係性の継続支援に努めています。		
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	食事やおやつ・ラジオ体操などの声かけは入居者さん同士で行っていたり、互いの健康状態をいたわっている姿が見られる。それを職員は温かく見守っている。			

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
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	亡くなった後、家族が来苑し近況報告をしていったり、他施設へ移った後も相談員や居宅ケアマネに状況を確認し本人への対応等を助言したりして、ケアの継続に努めている。		
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ADL・認知症状に応じたケアに努めている。また、日々の暮らしの中でさりげなく希望を伺ったり、家族から得る情報(エピソード記憶など)から、本人本位の生活になっていくよう努めている。	日常生活の中でさりげなく聞きとり、思いや意向把握に努めています。困難な方は、以前の話を家族へ聞きとりながら、本人本位の生活となるよう検討されています。家族会や昼食会等の交流機会が多く、情報を得やすい環境体制となっています。	
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	アセスメント用紙はセンター方式を活用し、家族・親戚・友人・居宅ケアマネと連携して情報提供をしていただき、把握に努めている。		
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	NO. 23・24の内容に追加して。 日々の申し送りは時間をかけて丁寧に行っており、ケースカンファレンスも随時行い、現状把握はもちろんの事、状態変化に全員が対応できるよう努めている。		
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	NO、23・24・25の内容に追加して。 家族からの意見も遠慮なく言っていただけるよう、電話で意見交換も行っている。	利用者と家族からの聞き取りした情報をもとに、担当職員、計画作成担当者、管理者により担当者会議を開催し、チームで介護計画を作成しています。日頃からみんなで課題や意見を出し、情報共有しながら、現状に即した計画となるように努めています。	
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	NO、23・24・25・26の内容に追加して。 入居者個々人のケアマニュアルも作成し、随時見直しするなどの工夫をしている。		
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	買い物・踊り・歌・押し花教室のボランティアがあるため、楽しみながら暮らせていると感じている。		
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で継続的に受診できている。嚥下状態の変化により、薬剤処方の方針を検討していただいたり、歩行困難など状態不安定時には適切な受診時間を教えていただいたりしている。	利用者及び家族が希望した医師へ受診できるよう支援しています。受診時は職員が付き添い、結果については都度、家族へ電話連絡されています。	
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	受診前に、病院看護師へ詳しい情報提供を行った上で、受診が必要か否かを相談するなどし、受診による入居者への過度な負担がかからないように支援している。		
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。	入院した際は管理者や介護職員が、毎日のように状態確認の訪問を行うとともに、医師・看護師との情報交換も行っている。退院時に行う担当者会議や打ち合わせ時には、GHの施設概要説明も行い、関係作りも行っている。		
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	入居時から重度化した場合に事業所が出来ること・出来ないことを説明し、納得を得ている。入居後も家族説明会を利用し説明を重ねている。状態が悪化した場合も再度方針を確認し、必要であれば居宅支援事業所にも報告・相談し、在宅復帰・適当な施設への移行がスムーズに行えるよう取り組んでいる。	入居時や状態が変化した場合には適宜、事業所に対応できる範囲を説明し、了解を得ています。在宅時のケアマネジャーと連携を切らないよう連絡相談を行い、在宅復帰の際や移行施設への支援にも努められています。終末期ケアの研修も行い、研鑽も図っています。	
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	年に1回は応急手当、救命救急の研修を行っている。今年3月からAEDの設置したので、全員が取り扱えるよう研修を行った。また状態変化の激しい入居者が出た場合、転倒事故発生率が高くなるため、申し送りなどで発生事態をシュミレーションし、実践力を身に付けている。		
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回の義務付け避難訓練はもちろんの事、毎月1回は自衛訓練を実施している。また、避難訓練には町内会で構成していただいている緊急連絡員にも駆けつけていただき、参加いただいている。3・11の震災時には、町内会会長さんからの巡回もあった。	年2回の合同避難訓練のほか、毎月自衛訓練を行い、近くの会社(2社)、近隣住民で組織された協力員(21名)からも協力を得ながら、災害対策にあたっています。協力員等へは認知症の特性等を説明しながら、理解協力を得ています。	

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	実践しているため、入居者さんの誇りは高い。そのため、腑に落ちない言葉遣いがあった場合はすぐに「これはおかしいのではないか？」と入居者さんからの意見があり、声かけや対応に反映されている。	その人らしさを尊重した声かけ対応がされていました。排泄時等の声かけには、個別にさり気ない配慮をされており、対人援助に関する研修も行われ、質の向上に努められています。	
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	入居者さんから表現されることは、真摯に素直に感じ気づけるように、職員は心がけている。なかなか表現が難しい入居者さんには、職員が入居者さんの希望や思いを推測して、なおかつ自己決定できるように働きかけている。		
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	入居者の生活スタイルが保てるように、業務改善を図ってきた。また、一日一日の決まりごとではなく、その日の体調や希望に沿って生活支援ができています。		
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	その人らしい、いろいろなおしゃれがあることを理解し、それを認めたおしゃれの支援を行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者と職員が、一緒に楽しくおしゃべりしながら、準備・食事・後片付けを行っている。食事は一人ひとりペースにあわせ、あせらせることなく時間をかけ楽しんでいる。職員は入居者の好き嫌いも把握している。	食事の準備、下ごしらえ、盛り付け、後片づけ等の一連の行為が職員との共同作業によって行われ、食事中も会話を楽しみながら、ゆっくりと時間をかけて摂られていました。メニューについては、法人の栄養士が作成し、栄養バランスも踏まえています。	
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	温度盤を活用し、食事・水分・排泄の状況把握が出来ている。必要以上の刻み等は行っておらず、食材に何が使われているか分かるように、懐かしさが伝わってくるように調理法を工夫し提供している。		
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、職員と一緒に口腔ケアを行っている。歯間ブラシの使用・イソジンうがいも個々人に合わせて行っている。		

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	特に失禁が顕著になった場合は排泄チェック表を活用し、必要最小限の排泄用品使用で排泄の自立を目指している。	排泄パターンを把握しながら、声かけ誘導や個々に適した排泄用品を活用することで、自立に向けた支援を行っています。	
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	オリゴ糖・かんてん・果物・繊維の多い野菜・ヨーグルトの使用、起床時および就寝時の水分補給を行っている。ラジオ体操・屋内外の散歩も随時取り入れているため、下剤の使用は必要最小限になっている。		
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	曜日や時間は決まっていない。足浴は毎日行い、水虫悪化を防いでいる。	平均して週3回位入浴できることを基本としていますが、曜日や時間帯については利用者の希望に沿って対応されています。入浴を拒む方へは無理しないよう配慮しながら、声かけの仕方や個別に対応する等の工夫をされています。	
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	日中のお昼ねも必要に応じて支援している。不安感でなかなか眠れない場合は、居室など場所にこだわらず、本人が気持ちよく眠れる場所を提供したり、添い寝を行っている。		
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	個人ファイルに服薬・処方箋をコピーしており、いつでも確認できるようにしている。症状の変化があった場合かかりつけ病院・薬局にすぐに確認し、必要があれば受診に繋がっている。		
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	家族からのアセスメント用紙(センター方式)を活用。一人ひとりの好み・楽しみごとを把握し日々支援している。(ジグソーパズル、計算・漢字ドリル、塗り絵、トランプ、ビデオ・音楽鑑賞、踊り、縫い物、園芸作業、山菜処理、買い物、ドライブなどなど)		
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	自宅に帰りたい場合は、家族に理解を得て帰ったりしている。 日々の希望にあわせ、外出は頻繁にある。	日常的にホーム周辺を散歩したり、買い物や外食へ出掛けたり、できる限り個々の希望に沿って対応しています。外泊等においても、家族の協力を得ながら支援されています。	

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	金庫に預かっている方がほとんど。嗜好品や洋服の買い物の場合は、本人と一緒に残金確認を行っている。		
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	自分から電話をかけたり、職員が日常の報告を電話した後、ご本人に替わり会話を楽しんでいただいている。		
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	共有の空間に関しては、ごちゃごちゃと紙などを貼らず、すっきりとした空間になるよう心がけている。 夜間の照明は、眠りに支障がきたさないよう柔らかな照明にし、暗闇で混乱が強くないよう対応している。	明るい光が差し込むホールや廊下はとても広く、季節感が感じられるよう花を飾り、明るい色調の家具が置かれ、ソファも数多く配置されてゆったりと居心地よく過ごせる空間づくりに配慮されています。	
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	ソファの数を多くして設置場所を工夫し、思い思い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	本人の状況を見ながら、入居者さんや家族と相談して過ごしやすく混乱を招かない居室作りを行っている。	日常的に使い慣れた物が自由に持ち込まれ、落ち着いて、安心できる居室作りがされています。	
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	必要な方には居室に表札をかけたり、夜間はトイレの場所が分かりやすいようにセンサーライトを設置し、工夫している。		