

### 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	0572212678		
法人名	株式会社 松峰園		
事業所名	グループホーム松峰園		
所在地	八峰町峰浜水沢字下カッチキ台41-58		
自己評価作成日	平成24年12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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/05/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/05/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団		
所在地	秋田市御所野下堤五丁目1番地の1		
訪問調査日	平成25年1月16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)】

認知症・身体状態の重度化にも対応し、最期までその人らしくいられるよう努力します。松峰園で最期を迎えたいと考える方には、主治医・訪問看護師・薬剤師より指導を受けながら、その人らしい最期を迎えられるように家族との連絡も密にして支援します。  
また、利用者の生活リズムを乱さないということも心掛けています。例えば朝3時に起床される方がいれば、その方に合わせて3時から一緒に過ごします。  
認知症が重度になっても、今のその人のありのままを受け入れ、生き活きと暮らしていけるよう支援します。

【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)】

町内クリーンアップへの参加や、避難訓練への住民の駆け付けのほか、近隣の子ども園とは互いに招待し合ったり、中学校の職場体験研修を積極的に受け入れる等、地域との良好な関係を構築している。近隣の八峰町営診療所とは特に連携を密にしており、山本組合総合病院までの距離も約9Kmであることも安心感につながっている。2ユニットであるが、まるで1ユニットのように、工夫して互いに協力している姿が印象的である。実習生を積極的に受け入れては貢献している。家族の同意があれば、「出来る限り環境を変えずに済むよう協力したい。」という、重度化や終末期に対するベテラン管理者からの「あきらめないケア」に対する熱い思いが確認できた。

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input checked="" 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
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	天気の良い日は散歩に出かけたり、利用者が「家に帰りたい」と話せば連れて行きます。小さい施設だからこそこできる良いところがあります。	運営する複数事業所共通の理念の他に、開設当初に施設長・管理者・職員で作成した事業所の理念が、随所の見やすい位置に掲げられている。	
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	ご近所のバラ園や周辺を散歩したり、お祭り・地域の行事にはできるだけ参加しています。家族や幼馴染の方などいつでも遊びに来ています。	事業所職員が町内クリーンアップに参加したり、事業所の避難訓練には住民が駆け付けてくれている。また、近隣の子ども園とは互いに行事に招待し合ったり、中学校の職場体験研修を積極的に受け入れる等、地域との良好な関係を構築している。	
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	事業所に中学生等の職場見学があり、世代を越えて理解される努力をしています。		
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	定期的に(2ヶ月に1回)開催し、話し合いをしています。あまり意見が出てきません。	会議は2ヶ月に1回開催されており、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、報告や話し合いをしている。事業所からの報告等が殆どであることから、今後は、参加者から意見の出やすいように工夫をしていく予定である。	
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	福祉課職員の方に運営推進会議に参加してもらっています。	八峰町福祉保健課担当者の他、包括支援センターの社会福祉士、社会福祉協議会職員が運営推進会議メンバーとして参加しており、担当者とは、必要に応じ随時連絡を取り合っている。	
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	基本的には行っていませんが、利用者の安全を考えて行うことがあります。その時は、本人または家族の了承を得て行い、きちんと記録に残すようにしています。例)ミトン着用。車椅子のブレーキを自力で動かさないようにする。	一人で外出し、戻れなくなることがある利用者の状況に合わせ、夜間の他に昼のわずかな時間のみ、玄関に施錠している。センサーの設置等、玄関の施錠を極力少なくする方法についても検討している。	

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
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	自分の中の怖い自分に気付くことは、虐待防止になっていると思い、心に余裕を持って接したいと思います。		
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	成年後見人制度の講習会へは、数名参加しています。実際に使っている入居者の方を例にして制度を理解していきたいと思っています。		
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	契約書は分かりにくい為、ポイントを分かりやすく説明するようにしています。		
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	外部評価アンケートは参考にしています。	松峰園たよりを職員が持ち回りで毎月発行しているほか、利用者個別の写真と、担当者からの状況報告等を家族に送り、意見や要望が言いやすいよう工夫している。苦情解決に関する第三者委員の氏名及び連絡先が公表されていない。	苦情解決に関する第三者委員を設定し、その氏名・連絡先等を公表することが望まれる。また、家族に対するアンケート等により、意見要望を汲み取る工夫も今後期待される。
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	特別に機会は設けていませんが、日々の業務中に色々意見を聞いています。意見を言いやすい雰囲気を作るようにしています。	今までは、事業所の全職員が参加して自己評価を実施してきたが、今回は管理者と計画作成担当者2名で自己評価を実施している。また、事業所の研修計画に沿った職員の派遣が難しい現状にある。	自己評価について、全職員が参加して作成することが期待される。又、職員の外部研修への受講を更に進めていく事も今後期待される。
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	キャリアパスの要件の整備に取り組んでいます。職員個々の希望に沿った勤務時間にするなどしています。		
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	職員一人一人を知り、レベルアップできるように研修を積極的に行っています。また、朝の申し送り時に5～10分程度の研修を定期的に行っています。(感染症、認知症についてなど)		

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
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	代表者は、いつでも他事業所の見学へ行くようにと勧めています。職員は、なかなか時間がとれず実現できていません。		
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	入所前に何度も面会したり、話をする機会を多く作り、少しでも安心できるように頑張っています。		
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	入所の相談等、家族の困っていることや希望を聞き、思っていることを把握できるようにしています。		
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	ほとんどの利用者は職員に対しても自由に意見を表明することができます。対等あるいは利用者優位の関係ができています。皆さん家族のように暮らしています。		
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	写真やどんな暮らしをしているか手紙で知らせたり、状況を連絡したり、共に支えていく関係を築いていると思います。		
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	定期的に帰宅を援助し、家族と交流できるようにしています。床屋に行ったり、買い物・墓参りなど関係が途切れないように努めています。	利用者全員が八峰町及び能代市の方であり、外出の際に、本人や家族の希望の場所に立ち寄るなど、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう努めている。	

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
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	みんなで歌ったり、料理の下ごしらえをしたりする機会が多く、会話も弾んでいます。重度の方でもその場に連れて行くと、声を掛けてもらったりと良い光景を目にすることがあります。		
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	入院先の医師とも状態を話し合い、家族にわかりやすく伝え、支援者とも連絡を取り合っています。		
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	希望がある人は少ないですが、本人本位に検討しています。自分で意思を伝えられる人からは話を聞き、困難な人は様子を見たり、家族と話をして思いを汲み取る努力をしています。	意向を伝えることが不得手な方に対しては、日々の関わりの中で、会話、表情、仕草などから、利用者の意思をさりげなく確認できるよう心掛けている。	
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	分かる範囲でのことは把握するようにしています。その他にも担当のケアマネージャーや家族・本人に聞くようにしています。		
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	実際に本人と関わったり、記録用紙を見て把握するようにしています。記録用紙を24時間にして、1日の暮らしが見えるようにしています。日々良く観察し、把握に努めています。		
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	必要なケアをしています。変化があれば申し送り話し合い、ケアプランに活かすようにしています。その都度、家族に相談・報告しています。	日々の業務の中で、利用者のわずかな変化についても、職員同士で情報交換をしており、本人及び家族の意向を確認し、介護計画に反映させている。	
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	日々の記録にケアプランを記載して、確認できるようにしています。記録用紙に状態・様子を残し、気づきや工夫を心掛けています。気付いたことやこうしたら良いのではと思ったことをもっと話し合い、活かしていけるように取り組みたいです。		

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
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			
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	本人の生活力、活力等は尊重しています。地域資源の把握まではできていないと思います。		
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	認知症を理解してもらい、本人の望む治療を受けていると思います。また、本人と医療の間に入り、適切な医療を受けられるようにしています。個々のかかりつけ医も大切にしています。分からないことは、相談して適切な受診・看護を受けられるようにしています。	入居前のかかりつけ医との関係が途切れないよう配慮している。近隣の八峰町営診療所とは特に連携を密にしているほか、山本組合総合病院までは約9Kmほどの駆け付けやすい距離であることも安心感につながっている。薬について確認や相談等を行い、薬局とも良好な関係にある。	
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	職場内の看護師や訪問看護師に相談して、適切な判断をしてもらっています。訪問看護師は週1回来園しており、利用者の状態報告、処置の仕方などを教わっています。		
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。	入院時は安心して治療が出来るように、こまめに面会をしています。オムツの補充、洗濯物を取りに行くこともしています。病院関係者と話し合いをして信頼関係作りをしています。主治医を把握して、受診時に良く相談して関係を築いています。		
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	家族と話し合い、GHで出来る限りの努力をしています。本人・家族にGHで出来ることなどを話し、将来について話し合っています。終末期のあり方の希望は、本人・家族から聞いてある方もいます。現に重度化した場合は、必ず家族から希望を聞き、医師・看護師と連携してケアを行っています。申し送りでは、どのように最期を迎えるか話し合いをしています。家族との連絡も密にしています。	利用開始時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づいた説明をし、書面で同意を得ている。又、重度化や終末期に該当した時点で、詳細にその対応についての話し合いを行っている。家族の同意があれば、「出来る限り環境を変えずに済むよう協力したい」という管理者の思いが確認できた。	
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	救命救急の講習を受け(年1回)、いざという時に命を救うことができるよう努めたいです。		

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
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	避難訓練を年2回実施しています。近隣の方にも参加してもらっています。	近隣住民も参加しての避難訓練を年2回実施していることが確認できた。建物の構造や利用者の顔や特徴を、参加した住民の方にも理解してもらうことで、いざという時の協力体制の確保につなげている。	
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	相手のことを思って、言葉かけをしています。利用者は、おおむね満足しているようですが、職員によってばらつきがあり、努力している段階です。利用者に合わせて方言をつかって話すため、丁寧ではない言葉遣いだったりしますが、その方が変に飾らず思いが伝わるが多いように思います。	利用者個々の特徴を理解し、人生の先輩として尊重することで、誇りを傷つけない接し方や言葉掛けを行っていることが確認できた。「自分が嫌なことは利用者にしてない」が管理者の方針である。	玄関前の廊下に利用者の経過を記録した書類が数件置かれていたので、保管場所について早急に検討することが望まれる。
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	本人がどうしたいかを一番に考えています。皆さん、自由に暮らしています。		
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	食事の時間や回数など、その人に合わせて対応しています。各種のレクリエーションにも気が向いたときのみ参加できるようにしています。外出の希望には添えないこともあります。		
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	好みの服を自分で着ている利用者もいます。その人に合う服をダンスから選んだりします。園に床屋さんを呼んで、本人や家族の希望に合わせて整えるようにしています。本人が自発的におしゃれをしている時は、職員が褒め、意欲を持てるようにしています。少しの変化にも気付いて「似合うね」と声を掛けるようにしています。		
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	山菜の下ごしらえなどを手伝ってもらっています。調理方法も教えてもらいます。	もやしや山菜の下ごしらえ等、利用者の無理のない範囲で、得意な分野の調理に加わっている。当日の昼のたまこも、利用者が作ったものであった。食事の場面では「おいしいね」という言葉があちこちから聞こえた。	

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
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・水分量を記録し、特に摂取量の少ない方へは気をつけて介助しています。		
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	出来るだけ毎食後に行っています。その人に合った物品を使い分けて、口腔ケアを行っています。(歯ブラシ、ワイプ、ハミングッドなど)		
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	一人一人に合った物を使っています。(紙パンツ、紙オムツ、大小パットを使い分けています)オムツに頼りすぎることなく、トイレ介助を行っています。	出来る限り利用者個々の排泄の自立につながるよう、工夫して取り組んでいる。さりげなくトイレ誘導を行う職員の姿が確認できた。	
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	便秘によって精神的に不安定になる方もいるので、便秘にならないように気をつけています。薬に頼ることが多いですが、定期的に排便できるよう支援しています。		
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ず、個々にそった支援をしている	夜の入浴は行っていませんが、入浴をレクリエーションの1つとして捉え、日中に行っています。入浴剤を入れ、会話を楽しみながら入れるよう援助しています。日中であれば、誰でも好きな時に入れるようにしています。	週2～3回の日中入浴を実施している。利用者個々の心身状態に合わせ、少しでも快適な入浴ができるよう、入浴用補助具の工夫や職員の勤務調整をしている。足浴や清拭も行っており、清潔保持に努めている。	
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	個人の状況に合わせて、ベッド・布団・ソファなど落ち着ける場所で眠れるようにしています。寂しいと訴える人には、側にいて一緒に寝ることもあります。		
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	管理者と計画作成担当者は、薬について勉強しています。その他の職員にも薬の準備の際に覚えるよう話しています。		
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	好きな食べ物があれば、食べられるように配慮します。得意なことがあればやっています。		



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
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	利用者全員の外出は難しいが、個々に自宅へ戻ったり、美容室・買い物・食事会・墓参りなどへ出掛けられるよう支援しています。	通院の帰りには、利用者の希望する店に立ち寄り、買い物を楽しんでいる。本人や家族の希望で理容・美容室に送迎したり、自宅へ訪問することもある。利用者全員での外出は心身等の状況から難しい面もあるが、散歩も含め、出来る限り戸外へ出かけられるよう配慮している。	
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	自分でお金の管理が出来る方には持ってもらっています。外出時に買い物をするなど使う場も提供しています。		
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	希望があれば対応しています。手紙を出す時は、本人と一緒に書くこともしています。		
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	テーブル・ソファの置き方を工夫し、好きなどころでのんびりできるようにしています。生活感があり、落ち着いて過ごせているように思います。	冬は事業所内が乾燥しやすい傾向にあり、ホールや食堂を含めた全室に加湿器が備え付けられているほか、全室へは湿温計が設置されている。気になる臭い等も一切感じられなかった。	
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	特別工夫しなくても、それぞれ過ごしやすい場所をみつめています。		
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	テレビや家族写真・家具などを持ち込んでいる方もいます。	エアコン・棚・ベッド等は備え付けられており、利用者や家族の希望により、テレビ等使い慣れたものや好みの物が持ち込まれ、活用されている。	
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	部屋が分からなくなる方には、分かりやすくなるよう名前や飾りをつけています。洗面用具などは車椅子の方でも届きやすいよう、低いところに置いています。		