

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	2691600031		
法人名	社会福祉法人 倣裏会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 あゆみの家		
所在地	京都府亀岡市 篠町篠下中筋44-5		
自己評価作成日	平成29年9月30日	評価結果市町村受理日	平成30年2月8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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JiyosyoCd=2691600031-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成29年11月29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)】

法人内に保育所があり子どもたちとの交流がある。日々の関わりの中で、入居者の言葉を記録に残し、入居者の思いを汲み取りケアに生かしている。

【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)】

当該ホームは地域との関わりを方針に掲げ、職員は地域の掃除に参加したり、利用者と一緒に地藏盆や敬老会に参加し、法人主催の秋祭りには地域の方の参加もあり交流を図っています。保育園の生活発表会の予行演習では見学をさせてもらったり、外気浴時に園児と交流したり卒園時には赤い花を作って園児にプレゼントするなど多くの関わりを持っています。玄関先の花を活着してくれる地域のボランティアの来訪も頻回にあります。また、家族との関わりの機会も多く新年会やクリスマス会には一緒に食事をしたり、京都府下の事業所の集まるグループホームオリンピックには利用者と一緒に楽しんでます。職員のコミュニケーションは良好で日々の業務やミーティングの中で活発に意見や提案を出し合い、速やかに検討し利用者を最優先した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. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○ 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

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ふ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	「地域とのつながりを大切にします」の方針があり、日々近隣とのあいさつは実行している。	基本理念を玄関に掲示すると共にパンフレットにも記載し新任入職時には理念について説明をし職員への意識づけを行っています。地域密着型の事業所であることと基本理念や指針を理解し職員自身の言葉で表現し行動に移せるようにアンケートにて理念の達成度を確認し理念の実践に向けて取り組んでいきたいと考えています。	
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	事業所周辺の地域の一員として自治会へ入会。回覧板を近隣に届ける、地域の溝掃除に参加、地域の行事にも参加している	散歩や買い物時に挨拶を交わし、回覧板や運営推進会議で地域の情報を得て、地蔵盆や敬老会等の行事に参加したり、職員は地域の溝掃除などに参加し地域との交流を図っています。法人主催の秋祭りには地域の方の参加も得て一緒に楽しんだり、保育園の発表会の予行演習を見学させてもらうなど子ども達との関わりも持っています。また、法人の運動場を地域に開放し、グランドゴルフの練習場として使用され、帰りにはホームに立ち寄り花を活けてもらうなどの協力も得ています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	地域へはできていないが、市内の同業者に認知症ケアの講演会を実施した		
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回運営推進会議を実施し、事業内容の報告や事故の報告を行い、改善策について話し合いの場面に活かしている	家族や民生委員数人、市役所職員、地域包括支援センター職員等の参加を得て、隔月に開催し、スライドショーにて行事や普段の様子等を見てもらい、入居状況や事故、行事報告を行い意見交換を行っています。参加者から情報をもらい地域の防災訓練に参加したり、在宅で生活されている高齢者の看取り支援時の話しから、アドバイスを受けるなど有意義な会議となっています。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に毎回、市の担当者が参加し、事業所の取り組み等を等を知っていただけるようにしている	市職員が参加する地域医療連携研修会に参加し、其々の参加者の顔の見える関係を作ったり、介護保険上等で解らないことがあれば、窓口に出向いたり電話等で聞くようにしています。管理者は認知症指導士の資格を持っており、市の担当者から質問を受けたり、市が主催するモデル事業の認知症カフェを手伝うなど協力関係を築いています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	身体拘束について、施設内研修を実施している。ケアの場面を振り返り、自身では身体拘束と気付かず間違ったケアをしていないか職員間で話し合いの場をもっている	年1回身体拘束についての施設内研修を受けると共に会議等で職員が講師となり研修を行い、業務中やミーティング等で日々のケアを振り返り身体拘束に当たらないかなど職員間で話し合い確認をしています。外に出たい利用者には職員が付き添い出かけたり、車でドライブに出ることもあります。不適切な言動が見られた場合は管理者が都度注意をしています。	

認知症対応型共同生活介護 あゆみの家

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	施設内研修において虐待についての学習会を実施している。入浴前など、利用者の身体に打撲や内出血が確認された時は、すぐに報告するように徹底している		
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	施設内研修を実施して学習している		
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	入居決定までも、訪問をし、家族の不安が軽減できるように話し合う機会を持った		
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	1年に1回満足度調査の実施をしている。家族会も実施し、職員と家族で報告会を行なって意見や要望を聞いている	年1回利用者や家族に満足度調査を実施し、結果は郵送にて報告をしています。また、運営推進会議や年1回の家族会の他、面会時や電話で利用者の日々の様子を伝え意見や要望を聞くようにしています。利用者から毎日入浴したいという要望があり清拭をしたり、隔日に入ってもらうなど得られた意見はできる限り思いに添えるよう職員間で話し合い運営やサービスに反映するよう取り組んでいます。	
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	3ヶ月に1度、管理者または主任が職員との個人面談を実施し職員の意見を傾聴し、その意見を職員会議で提案するなど反映している	職員の意見や提案は日々の業務の中や月1回のミーティング等で聞いています。事前に意見用紙を配付し利用者のことや環境、労働条件、設備についてなど記載してもらい、会議の中で検討しています。勤務時間について見直したり、設備面で機器の購入など出された意見については話し合い改善に向けて取り組むよう努めています。年4回管理者や主任との面談があり、相談をしたり意見や提案を出せる機会となっています。	
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	職員面談において、個々の職員の将来目標を把握し、個々の職員が目標達成に向けて仕事ができるようにしている		
13		○職員を育てる取り組み 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	日々の業務の中で、また3ヶ月に1回の面談において、個々のケアにおけるアドバイスを実施している。積極的な研修への参加をしている		

認知症対応型共同生活介護 あゆみの家

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、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	グループホームにおける部会への参加、職員の交換実習をしている		
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	日々のケアの中で聞いた入居者の言葉を記録に残して入居者の思いを汲み取り、ケアに活かしている		
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	入居者の担当職員を決めて家族会や面会など、ご家族とお会いする際には、職員が近況報告や相談など話す機会を確保し関係づくりに努めている		
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	他のサービス利用の実績がない		
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	残存能力を活かし本人のできることは積極的にしていただいている。人生の先輩として教えていただくことも多々ある		
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	ご家族は、受診介助や外出、行事への参加など積極的に関わってくださっている		
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	友人の方が面会に来てくださったり、ご家族、親族の方と電話や手紙のやり取り等をされている。隣のデイサービスのご利用者で当事業所のご入居者と古くからの友人がおられ、隣接するデイサービスに会いに行かれることもある	近所の方や友人の面会があり居室に案内し、お茶や椅子の用意をするなど、ゆっくり過ごしてもらえるよう配慮しています。以前から通院している病院に行ったり、地域からの入居が多く、敬老会等に参加した際には友人と出会うこともあります。家族と自宅に帰ったり、墓参り等に出かける際は身支度などの準備を行い、年賀状等の返事を書く場合は見守りしながら文章を一緒に考えたり、投函等の支援を行っています。	

認知症対応型共同生活介護 あゆみの家

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	馴染みの関係ができています。ご利用者同士が助け合っている場面も見られる。職員が間に入り関係作りを支援したり、不快な思いをされることがないように配慮している		
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	退居後もご家族から近況の様子など連絡があることがある		
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	ご入居者の言動から思いをくみ取り、ケアに活かさないかという視点を持つことができている。ケースカンファレンスにおいて個々の職員が持っている情報を持ち寄り、共有し、改善に活かそうと努めている	入居前の面談で生活歴や趣味、意向などを聞きフェイスシートに記載し、わかるところは家族にも記入してもらい意向の把握に努めています。入居後は日々の会話や月に1回テーマを決め、食べたいものや行きたい所など利用者の思いをシートに記載し、ケースカンファレンスで本人の思いを検討したり職員間で情報共有しています。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族からの聞き取り、ご入居者の思いやご入居者の発言などの情報を記録している		
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	職員優先なケアではなく、ご入居者それぞれのリズムで生活できるよう臨機応変なケアを心がけている		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	ケースカンファレンス前に個々の職員の意見や考え、視点を確認し、それを持ち寄り、計画作成時に反映させている	本人や家族の意向、アセスメントを基にケースカンファレンスで話し合い、介護計画を作成しています。1ヶ月毎に職員から意見を聞きながらモニタリングを行い、状況に変化がなければ6ヶ月毎に見直しを行っています。見直し時には再アセスメントと家族の参加を得てケースカンファレンスを行い、必要に応じて主治医からファックスや電話等で意見をもらい計画に反映させています。	
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	個別に毎日記録している。特記事項がモニタリング時に見直ししやすいように記録を工夫している。ご入居者の発言等も記録し、情報が共有できるよう努めている		

認知症対応型共同生活介護 あゆみの家

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	取り組めていない		
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	地域資源を活かしての生活はできていない		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	入居後もかかりつけ医は今までと変わらずかかっておられる。主治医には受診の際に報告や相談をして連携を図っている	今までのかかりつけ医を継続しており、月1回の往診を受けている方や家族対応で受診しています。往診医は必要に応じて随時の往診もあります。専門医への受診は家族が対応していますが緊急時や状況によっては職員が送迎支援をすることもあります。結果は書面や電話で共有しています。歯科往診は必要な方が受けています。	
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	看護師が入居者の健康管理をしており、互いが報告、連絡、相談をして適切な対応ができています。看護師からのアドバイスを受けられる環境で受診を促すこともできている		
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。	ご入居者の入院時、病院の地域連携室との調整を行い、治療が終われば速やかに退院して元の生活に戻れるようにしている。定期の受診時には、主治医に近況報告をしたり、場合によっては同行したりしている		
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	終末期についてご家族と話し合いの機会を持ち意向を聞いている。介護、看護、医療が連携しご本人、ご家族の希望が叶えられるよう努めている	契約時に看取り支援について家族に説明しており、医療的な行為が必要になったり、入浴や食事摂取が困難になった場合は家族の協力がないと対応できないことを伝え、利用者の状態が重度化した場合は医師からホームで支援する場合のリスクも含めて家族に説明しています。職員に看取り支援に対する意識調査を行い、それを基に会議で話し合いをしています。また、看取り支援に関する外部研修を受け、伝達を行うと共にホームでどのようにして対応していくかを検討しています。	
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	定期的に緊急時対応の訓練を実施している。対応マニュアルを見やすいところに掲示している		

認知症対応型共同生活介護 あゆみの家

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	施設内では訓練を実施しているが、地域とは協力体制が築けていない	年2回併設事業所と合同で昼夜を想定し、通報や初期消火、避難誘導等の訓練を行っています。次回の訓練については運営推進会議や回覧板で地域に案内し参加の依頼を行う予定です。地域の防災訓練には参加しており、水害については土嚢を確保するなど対策をしています。	
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	排泄などは隠語を用いて職員間で申し送りをしている。ご入居者の話しをする際はインシヤルを使うようにしている。言葉使いは職員間で注意できる関係である	接遇マナーやプライバシーについて会議の中で具体例を挙げ、勉強会を行っています。言葉の乱れは対応の乱れと捉え基本は丁寧語で話しをするように心がけ、不適切な対応が見られた場合は注意を促しています。居室への入室時は声かけやノックをするようにし、羞恥心を伴う入浴時等は希望があれば同性介護に配慮しています。	
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	ご入居者の自己決定を促し、思いや希望を引き出せるよう努め、それを尊重するようにしている		
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	天気の良い日は外に行きたいという要望があり外出したりしている。居室で過ごすことを好まれる方は居室で過ごしていただいている		
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	起床時に髪を整え、洋服に食べこぼしなど汚れがあれば随時交換し、外出の際にはお気に入りの洋服に着替え外出している。入浴後に髪や衣服の乱れがないかを意識している		
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	回数は少ないが料理を作る日を作ってご入居者の能力を活かしながら協力しあい食事を作る場面がある	食事は併設事業所の厨房で作られたものが届きホームで盛り付けて提供し、職員と同じ食卓を囲み食事を摂っています。誕生会など月に1回利用者の好きな料理を聞き、寿司など一緒に作ったり、少人数での外食や鍋料理の他、カステラやういろう、たこ焼きなどの手作りおやつも楽しみなものとなっています。	
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事については、法人内の厨房にて調理をしております栄養管理している。水分は自発的に要求される方が少ないので、意識的に飲水をしていただくようにしている。水分摂取表を作成したりして意識ができるよう工夫をしている		

認知症対応型共同生活介護 あゆみの家

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
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	口腔ケアは毎回実施している。必要に応じて食後だけでなく、食前にも口腔ケアを実施している。また、訪問歯科にて口腔ケアのアドバイスを受けたり、治療を受けていただいている		
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	トイレまで移動して排泄することが難しくなっても、居室にポータブルトイレを設置してトイレで排泄できるようにしている。失禁の多い方については、排泄チェックをしてパターンを把握し、失敗が減るように定期的な声掛けをしている	全利用者の排泄チェック表をつけ、個々のパターンに合わせた声かけやサインなども見逃さずトイレへ案内し、できる限りトイレで排泄できるよう支援しています。排泄用品や支援方法の見直しなどはケース会議等で話し合い、自立に向かうよう支援し紙パンツから布の下着に変更した利用者もいます。	
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	運動不足や水分不足は便秘の要因でもあるので、意識的に活動を取り入れたり、水分補給を促している		
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	基本的なベースはあるが、ご本人にお声をかけて、気分が乗らないときは無理強いせず、またご本人が入浴したいといわれた時には入浴できるようにしている	入浴は週3回を目途に日中に支援しています。曜日は決まっていますが希望があれば変更することも可能であり、体調等も考慮しながら入ってもらっています。入浴を嫌われる方には時間や曜日を変更し無理のないよう支援しています。ゆず風呂をしたり、職員が歌を歌ったり、ゆっくりと会話をしながら入浴をしています。	
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	個々の生活リズムに合わせて、表情を見て疲れを感じているときなどは、声をかけ休息をしていただいたり、日中に寝すぎて夜間に眠れなくなることがないように配慮している		
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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	看護師が服薬管理をしている。看護師が準備した薬に間違いがないかを再度確認しダブルチェックできるようにしている。服薬の一覧表を作成している。また、服薬確認も間違いが無いように確認の徹底、周知をしている		
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	昔に培った能力を活かし、裁縫や編み物に取り組みされている。定期的な外食の機会を設けたり、誕生日にはご本人のお好きなものを提供できるようにしたりしている		

認知症対応型共同生活介護 あゆみの家

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	日常的な外出は市内周辺が多く、頻度も少ないが、年に1度はご本人の体調に合わせてながら遠方への外出を企画し実施している	日々の散歩や地域の行事への参加、気候の良い時期は玄関先でお茶を飲んだりして、外気に触れる機会を作っています。初詣や桜、コスモスなどの花見、紅葉見学など季節毎の外出や家族と一緒にグループホームオリンピックへの参加の他、植物園へのピクニックや高速道路のサービスエリアまで出かけ食事をするなど多くの外出の機会を設けて楽しんでいます。	
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	お金は施設で管理しているが、ご本人の希望される嗜好品や必要な日用品などを購入している		
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	ご家族にはがきを出している。ご家族にも手紙を書いていただけるよう協力依頼している		
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、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	廊下の壁に季節感が出せるように創作壁画を作っている。玄関先に季節の花をボランティアさんが生けてくださっている。頂いた花をご入居者に生けていただき飾ることもある	玄関やリビングには季節の花が活けられ、リビングにはいちょうやもみじの切り絵、壁画などが飾られ、季節を味わうことができます。手作りの日めくりカレンダーや座布団が置かれ温かい雰囲気となっています。談話室やフロアの随所にソファや椅子が置かれ好きな場所で寛いで過ごすことができます。温湿度計や加湿器を置き温湿度にも配慮し、毎日掃除や換気を行い快適に過ごせる共用空間を作っています。	
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	共用スペースが狭いが、歌の好きな方が多いので歌を聴いたり、唄ったりしながら過ごされていることが多い。また、お互いの居室に集まって過ごされている場面も見られる		
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	ご自宅で生活されていた時に使っていた馴染みのものを持ってきていただき使っている	自宅で使用されていた家具等馴染みのものを持ってきてもらうよう伝え、テーブルやタンス、テレビ、ラジカセ、仏壇等持参され過ごしやすいよう配置しています。自身の作品や刺し子の材料、編み物道具、家族の写真なども傍に置き、掃除や換気も日々行い、快適に安心して暮らせる居室となるよう配慮しています。	
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	同じようなドアで居室が分からないご入居者もおられるので、ご自分で表札代わりものものを作っている		