

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	0572307999		
法人名	有限会社 恵の里		
事業所名	グループホーム恵の里 A棟		
所在地	秋田県潟上市天王字棒沼台387-11		
自己評価作成日	平成26年9月25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.kai gokensaku.jp/05/index.php
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

【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26年10月23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)】

必要以上に介護する事で持っている力を落としてしまう事がないように、個々に合わせて利用者様が持っている力を引き出していけるケアを目指していますが、身体的機能の低下や認知機能の低下により、出来ない事が増えています。本人の自尊心を傷つけないようサポートしながら、自分の役割を継続できるように支援しています。その中でも山菜の下拵えなどは多くの方が参加されています。また、山菜やだまこ餅、鱈など季節感のある食材を提供したり、近くの河原でわらび掘りや畑で収穫をしたりしています。その人に合わせた対応を心掛けています。

理念がそのまま利用者と職員の生活に浸透し営まれている事業所である。利用者の目線に立って常に笑顔と気づきを大切にサービスが心がけており、利用者の穏やかな表情と優しい笑顔から安定した生活が送られていると感じる。地域との関わり合いを大切に考え、町内行事への参加、災害時の協力体制の整備など、地域へ溶け込んだ良好な関係を築いている。利用者ごとに、介護記録、支援記録、医療記録として整備し、家族への状況説明や介護支援計画の作成などに活かしている。今後、地域の相談窓口の充実と利用者及び家族との絆を深めつつ、全職員の知恵と努力でなお一層充実した利用者との生活が営まれていくことを期待したい。

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	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 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) ○ 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、安心して暮らしている (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

[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	毎日の申し送りの時に理念を唱和を行い、理念に基づいて、ケアを行われるように確認をしている。	理念に「自己決定の引き出し、心地よい居場所の提供」を掲げて、サービス提供の拠り所としている。代表者及び管理者が率先して日々の実践に取り組み、毎朝の職員の申し送り時の唱和により理念の意識付け・共有に努めている。	
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	町内会に入り、公園の草刈りなどの町内の活動に参加している。また、老人会の方がボランティアにいらしている。	町内会の行事に積極的に参加しているほか、事業所の感謝祭に地域の方が参加している。また、地域の相談、ボランティアの訪問、介護実習、中学生の職場体験の受け入れなど孤立することなく地域と良好な関係を保っている。	
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	中学生の職場体験や日赤短大の実習を受け入れを行っている。		
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か月に1度、会議を開催し、利用者や施設の状況を報告している。会議の中で避難訓練の開催報告を行い、今後についてのアドバイスを頂いている。	2ヶ月に1回、運営推進会議が開催されている。会議では、事業所からの報告・連絡を行うほか、委員の方々と様々な意見や情報交換を行い、具体的な改善課題を話し合っている。	
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	運営推進会議に出席して頂き、助言を頂いている。	運営推進会議には毎回、市職員の参加を得て情報交換をしているほか、生活保護受給の相談など機会あるごとに行き来しており、連携を密に問題解決に取り組んでいる。	
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	玄関にセンサーを設置、またドアを閉めておく事により、扉を開ける作業をして貰うことで外へ出るまでの時間を稼ぎ、外出願望の強い方の対応をしている。	玄関にはセンサーが設置されており、施錠は夜間のみで、日中は施錠をせず見守っている。職員は身体拘束による弊害を理解し、身体拘束防止のマニュアルを作り、身体拘束をしないケアに全職員で取り組んでいる。	
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	事例を参考にし言葉による不適切ケアについて学ぶ機会を設けた。言葉の掛け方でも虐待に繋がる可能性があり、気になる場合には個別に注意を行っている。		

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
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	青年後見制度の活用について、話し合いを行っているが、活用には至っていない。		
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	契約の解約や利用料の改定の際には、丁寧に説明を行い、家族からの理解を得るようにしている。		
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	契約時やホーム便りに第三者機関への苦情申し立てができるようにお知らせしている。また、家族の面会時に状況を説明しながら、意見を伺い、運営に反映させている。	毎月、家族に利用者毎の居室担当者より「スタッフだより」を送付している。家族との面会時には利用者の状況報告をとおして、意見や要望を汲み取る努力をし、出た意見や要望に対しては、申し送りやカンファレンスなどで話し合い、改善に向けた取り組みを行っている。	
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	カンファレンスや申し送りの中で意見を聞き、業務の改善や運営に反映させている。	職員は、毎朝の申し送り、月1回のケアカンファレンスで忌憚なく、活発に意見を出し合っている。管理者は職員の意見を吸い上げ実践に繋げ運営に反映させている。	
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・パス制度や査定を利用し、資格取得や勤務状況に応じて、昇給や昇格に反映させている。		
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	職員の経験や能力に応じて、外部研修会に参加して貰ったり、職員の能力向上のため、その人に合わせた指導行ったりしている。		
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	男鹿・潟上・南秋GH協で行っている介護員部会に参加させ、交流する機会を設けている。		

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
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	初回面談では、在宅のケアマネージャー、病院の看護師・相談員に同席して頂き、関係作りを行っている。また、本人の話を伺い、サービスに繋げている		
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	本人の生活歴や現状などを伺いながら、家族が困っている事、要望を聞き、丁寧な説明を行い、安心できるように心掛けている。		
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	身体的、認知的な能力の低下により日常生活を営む事自体が困難になっている方が多くなっている。出来る方、また、少しでも出来る事をお願いしたり、頼る場面を作り、行って頂いている。		
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	毎月、担当者からお便りを発送し、様子を説明している。必要に応じて家族と連絡を取り、相談をしている。受診、外出、面会など家族からの支援をお願いしている。		
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	今まで通っていた美容院に希望に応じて行けるように支援している。しかし、殆どの方に関しては、馴染みの場所に行く事が困難になっている。	高齢化に伴って困難になっているが、利用者が生き生きと暮らせるよう、行きつけの床屋や美容院、店舗など大切にしてきた馴染みの人達との交流やつながりが、継続できるように個別に支援している。	
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	利用者同士の関りを見守りし、必要に応じてスタッフが間に入って緩衝剤の役割をしたり、過度になりにすぎないように気を配っている。		

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	退所後の次のサービスがスムーズに受ける事が出来るように病院の相談員、在宅のケアマネジャーなどの関係者と連携し、情報提供を行っている。また、家族からの相談にも応じている。		
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	思いを表す事が出来る方には希望を聞きながら、その希望に近づけるように努めている。困難な場合には、アセスメントを通じて検討している。	利用者一人ひとりに寄り添いながら利用者個々の希望や意向のほか、家族からの情報をもとに、一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、その人らしい生活ができるよう支援している。	
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	本人から話を聞くだけでなく、家族や在宅のケアマネジャーからもこれまでの生活やサービスの経過などを伺い、今まで暮らしてきた延長線上として過ごせるように努めている。		
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	申し送りやカンファレンス、アセスメント会議などを通じ、ADLや健康状態などの把握に努めている。		
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	普段から家族からの希望や要望を聞き、そのうえでアセスメント会議で検討し計画作成をしている。	日々の介護状況や経過記録、利用者・家族の意向などを確認し、居室担当者・介護支援専門員が中心になり現状に即した介護計画を目指し、ケアカンファレンスで話し合い、介護計画を作成している。介護計画の見直しは6ヶ月に一回実施し、必要があれば随時行っている。	
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	介護記録に日々の様子を記入し、申し送りや申し送りノートで共有している。また、その中で気づいた事も必要に合わせ計画作成に反映させている。		
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	近隣の方の花壇の花を散歩の時に摘ませて頂き、季節感を味わわせてもらっている。また、近くのスーパーと一緒にいる。		
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	本人、または家族が希望する医療機関があれば、継続して治療が出来るように支援している。また、通院困難な方は家族と相談し、訪問診療を受けている。	利用者・家族が希望する医療機関の受診や、協力医、歯科医の往診の支援を行っている。通院介助は家族の協力を得ながら支援している。看護師とは24時間の連絡体制がある。受診結果などは電話や「スタッフだより」などで利用者・家族と事業所との情報の共有を図っている。	
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	バイタルチェックや日常の様子を観察し、気づいた事をホームの看護師に相談し、状態に合わせて医療機関に受診を行っている。		
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。	入院時に利用者の状況について情報提供を行っている。また、退院が可能な場合には、退院にむけて病院の相談員と連携、相談をしている。		
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	契約時に医療行為が必要になった場合には、退所しなければならない事を説明している。家族から重度になってもホームで過ごさせたいとの希望があり、終末期に向け、訪問診療の対応をしている。	看取りの経験があり、「看取りに関する指針」を作成している。事例が出た場合、本人・家族などと話し合い、他の関係機関と連携を図り、対応の検討に結びつけていくことにしている。	
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	以前、救急救命の内部研修を行ったが、本年度は実施していない。実施計画を作成している。		
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回火災による避難訓練を行い、春には地域の方も参加している。窓からの避難を試みたが、大変であった為、新たにトイレに非常口を設置し、地域の方にも見学して頂いている。	消防署立会いのもと年2回の夜間想定、伝達訓練なども盛り込まれた避難訓練を実施している。職員だけの誘導の限界を踏まえて、地域の協力体制も構築されている。災害時の緊急マニュアルの作成、火災通報装置、スプリンクラーの整備、発電機の設置、食料の備蓄など非常時に備えている。	

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
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	個々の性格や理解力に違いがあるので、その人に合わせた声掛けや会話を心掛けている。	職員は、利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応を心掛けている。とくに、尿意の確認などはさりげなく小声で声かけするなど配慮している。利用者に対して少し気になる職員の言動などがあれば職員同士で互いに注意し合っている。	
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	利用者自身が出来る事、したい事を出来るだけ行って頂いている。自分の思いを表現出来ない人はアセスメントで検討し、支援をしている。		
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	食事の時間などの決まっているベースがあるが、その日の体調に合わせて、時間をずらして起床して頂いたり、食事をして頂いたりしている。		
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	利用者の希望や状態に合わせて、散髪やパーマなどを美容院や移動美容院を利用している。受診などの外出や行事参加の時にはそれに合わせた服装や化粧など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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に作業することが困難な利用者も多くなっていますが、食器拭きやおしぼり作りなどの出来る事を行っている。また、一緒に畑から収穫した野菜を利用したり、季節の食べ物を提供したりしている。	利用者は食材の下拵えや食器拭きなど、できる範囲で手伝っている。それぞれの食卓に職員が入り、さりげないサポートをしながら同じものを一緒に食べ、会話しながら楽しく食べられるよう支援している。職員が献立を作成し、普段の会話から食べたいものを確認して取り入れ、系列事業所の栄養士に相談しながら栄養管理に努めている。	
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	お粥や刻み食、ミキサー食の提供やとろみ剤を利用し、安全に食べる事が出来るように対応している。チェックシートを利用し、食事や水分の摂取量を確認し、ゼリーや好きな飲み物で水分が摂れるようにしている。		
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	声掛けや見守り、必要に応じて介助で行っている。義歯の洗浄の支援や口腔内が炎症を起こしていないか確認を行っている。		

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	時間単位でトイレ誘導を行っている。パッドを使用している場合には、汚染がなければ、リハビリパンツ、オムツは2日目で廃棄している。リハビリパンツ使用者でも失敗がなく、尿意がしっかりしている方であれば、布パンツに切り替えた方もいる。	利用者個々の排泄状況をチェック表で確認し、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。ポータブルトイレを使用している利用者もいる。機能訓練や薬の変更などでリハビリパンツ使用から布パンツへ移行できた例もある。	
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	起床時、または水分補給の時に牛乳やヨーグルトの提供、水分の強化、野菜中心の食事の工夫をしている。		
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	バイタルチェックを実施し、変動のある場合は再検とし、看護師と連絡をとり、特変がなければ、入浴を施行している。入浴を楽しめる方もいるが、落ち着かず、不穏になる方もおり、曜日を決めている。	入浴は週2回である。利用者の体調を総合的に把握し、希望やタイミングにも留意して、気分転換を図り、清潔が保たれるように支援している。入浴を好まない利用者には、その時々に合わせて言葉掛けをするなどしながら促している。	
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	気持ち良く静養して頂けるように寝具は常に清潔にしている。夜間覚醒がないように日中の活動を多くするようにしている。		
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	服薬の目的、副作用、用法について、常に意識し、また誤薬のないように努めている。臨時薬、新処方方の作用とその後の経過について記録し、申し送っている。		
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	その人に合った役割を与えることで張り合いとなっている方もいるが、歌が好きで一日中、歌っている方、お人形と遊んでいる方、それぞれが、その人らしい気分転換をしている。		
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	気候にあわせ、スタッフ付き添いで対応している。	利用者の希望や心身の状態、天候など考慮し、事業所周辺の散歩や買い物、ドライブ、外食など、戸外に出て外気や様々な刺激に触れることのできる機会を設けている。	

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
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	お金を管理できる方には、所持金があり、困難な方にも本人のお金だと、わかるように用意しており、必要に応じて手に取ってもらい安心出来るようにしている。また、希望に応じて一緒に買い物に行けるように支援している。		
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	自分で電話をかける事が困難な時には本人の希望に応じて家族と電話や連絡をとり、話が出来るように支援している。居室に携帯電話を持参し連絡が自由に取れる方もいる。		
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	玄関やホールに季節の花を飾ったり、ホールや廊下に入所者が作った季節毎の作品を飾ったり、明るい雰囲気作りをしている。その時々に応じて窓を開けて換気を行い、温度や湿度の調整を行っている	廊下・ホールは適度な光が入り、明るく清潔に保たれており、湿度や温度管理にも配慮している。利用者の作品、写真などが壁に飾られている。屋外に菜園をつくれるスペースがあり、利用者の楽しみとなっている。	
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	ホールにはソファや個々に座れる事が出来る椅子があり、車椅子を使用している方も加わる事が出来る配置にしており、テレビを見たり、会話をしたり楽しく過ごして頂く工夫をしている。		
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	本人が使い慣れた家具や思い出の品、置物、写真など持参して頂いている。また、本人が過ごしやすいように家族と話し合いながら、レイアウトを行っている。	各居室は明るく、ベッド、タンスが設置されており、ゆっくりと落ち着いて過ごせる。また、利用者が使い慣れたものを持ち込み、これまでの生活の雰囲気が保たれるように配慮している。	
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	一人ひとりの安全に配慮し、歩行時には、歩行器をして頂いたり、手すりを使い、歩行できるように支援しています。居室やトイレなどがわかるように入所者の目線に合わせた高さに指示する工夫をいっている。		