

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	0270102171		
法人名	有限会社 協栄会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 桃源		
所在地	青森県青森市造道3丁目21番21号		
自己評価作成日	平成24年8月6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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成24年9月1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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内での勉強会を実施し、ケアの質向上に取り組んでいる。</li> <li>各行事には、入居者が季節感を感じながら参加できるよう考慮している。</li> <li>糖尿病、胃瘻の方も入居可能な体制を組んでいる。</li> </ul>
--

【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)】

<p>共有スペース以外にもテーブルと椅子を置いて、寛ぎの空間を作ったり、廊下にソファを置く等して、ゆとりを感じさせるような環境作りを工夫している。</p> <p>また、重度化や看取りのケアにも力を入れており、関係機関及び職員の連絡網を確立し、様々な面において、利用者が不安なく生活できる体制作りを行っている。</p>
--

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 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)
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)
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りや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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
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		○ 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
				○ 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
				○ 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. 全くない
				○ 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
				○ 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
				○ 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

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	・事業所独自の理念を管理者と職員が話し合い、作成している。 ・理念は地域密着型サービスの役割を反映させたものとなっている。	開設当初に管理者・職員と一緒に考えた理念に、地域密着型サービスの内容を踏まえた文言も盛り込み、各ユニットの事務室や台所に掲示している。月2回の勉強会で理念の共有化を図ると共に、職員は理念に立ち返り、確認しながら、日々のサービス提供場面で反映できるように取り組んでいる。	
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	・町内会のゴミ拾い活動や文化祭に参加している。 ・町内会の賛助会員になっている。 ・町内会が設置しているゴミ捨て場や近所の除雪をしている。	日頃から近隣住民と気軽に挨拶を交わしており、町内会のゴミ拾いや文化祭等に、利用者と職員が積極的に参加している。ホームでは秋祭りやクリスマス、正月、節分等の季節に応じた多彩な行事を開催しており、ボランティアの楽団等の訪問がある他、職場体験や実習生の受け入れも行っている。	
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	・市内の中・高・大学生の職場体験・実習を受け入れ、認知症について学んでもらっている。		
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	・実施している。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、議題は事前に前回の議事録と一緒に参加者へ郵送している。町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・家族代表が毎回出席し、多方面からいろいろな提案や助言をいただいております。今後のサービスの向上につなげるように努めている。	
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に取り組んでいる	・実施している。	市の福祉課職員がホーム利用者を訪問した際に話をしたり、疑問な点は市にメールで問い合わせしている他、自己評価及び外部評価結果の報告も行っている。また、運営推進会議には地域包括支援センター職員が毎回参加しており、困難事例等があれば随時相談し、アドバイスを受けている。	

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
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	・身体拘束防止マニュアルを作成している。 ・施設内勉強会において研修会を実施している。	「身体拘束は行わない」というホームの方針を全職員が共有し、日々のケアを行っている。外出傾向を察知できるように職員が連携しており、必要な時は一緒に付き添って散歩し、遠出になってしまった時は車で迎えに来てもらうこともある。やむを得ず身体拘束を行う場合は、家族に説明した上で同意を得て、理由・方法・期間・経過観察等を記録に残す体制を整えている。	これまでに利用者の無断外出はなく、職員の連携等で未然に防いでおり、更に利用者の安全と自由な暮らしを支援できるように、万が一に備えて、交番や地域住民等から協力が得られるような取り組みにも期待します。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	・虐待が見過ごされないよう、注意を払っている。 ・マニュアルを作成している。		
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	・内部研修を実施している。		
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	・十分な説明を行い、同意を得ている。 ・退去の際は、契約に基づき、利用者や家族等に十分な説明を行い、同意を得ている。 ・退去時には、退去先へ情報提供を行う等の支援を行っている。		
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並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	・運営推進会議に利用者代表、家族代表が参加している。	重要事項説明書に苦情相談窓口及び処理体制を掲載し、玄関にも掲示している。利用者の暮らしぶりや受診状況等は、毎月発行する広報誌と一緒に郵送で伝えており、家族面会時には意見や要望を聞けるように働きかけを行っている。また、出された意見は管理者・職員で話し合い、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	・日々の意見等を集約し、勉強会の時に時間を設け、話し合いを行っている。	月2回の勉強会で意見交換ができる体制である他、業務の中でも随時、職員同士で情報交換をしたり、管理者に直接話ができ、出された意見を全職員で共有し、ケアに反映させている。また、ユニット間の異動は職員の見解を取り入れながら、利用者との関係作りに十分な配慮を行っており、異動後もユニット間の行き来を自由に行う等して対応している。	

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
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	・努めている。(給与規程、処遇改善交付金)		
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	・実施している。		
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	・実施している。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	・努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	・利用に至る前から本人、家族等の希望等を受け止め、入居後も話し合いの場を作っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	・対応できることについては柔軟に対応している。 ・相談時の本人や家族のニーズに対し、何が必要かを見極めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	・利用者と職員が共に過ごしなが、喜怒哀楽を共有し、理解するように努めている。 ・家事等を利用者と共に行うように努めている。		
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置かず、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	・面会時に近況報告をしている。 ・月一回の受診状況等を報告している。 ・ケアプラン更新時に話し合いの機会を設けている。		

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
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	・入居する際に、利用者本人や家族等から生活歴等の情報を得ている。 ・入居後も、馴染みのある人の訪問を受けたり、利用していた商店等を利用できるように支援している。	入居時に本人や家族の他、在宅時に関わっていた各機関からも情報を収集しており、入居後も日々の会話等から情報収集に努めている。友人・知人の訪問を積極的に受け入れ、希望があれば、電話のやりとりのお手伝いもしている。また、外出の希望にもできる限り対応しており、ホームでの対応が困難な場合には家族にも協力をお願いしながら支援している。	
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	・仲の良し悪しや利用者の人間関係等を把握し、利用者が孤立しないように配慮している。 ・食席、休憩場所を考慮しながら対応している。		
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	・サービス終了後も相談や支援に応じる姿勢を利用者や家族等に示している。		
<b>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</b>					
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	・利用者との日々の関わりの中、表情や会話、動作等から利用者一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。意向把握が難しい利用者には、表情や動作から意向を把握するよう努め、関わる職員全員で話し合い、共通認識の基で業務に取り組んでいる。	日々のケアを通して、利用者の思い・希望・意向を把握するように努めている。担当制になっているが、全職員が連携して情報を共有し合い、適切な対応ができるような取り組みを行っている。また、家族や友人・知人が面会に来た際の会話等からも情報が得られるよう、多様な面からの情報収集を行っている。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	・入居の際、本人と家族を交えながら、これまでの生活ぶりや暮らし方等について事前面談を行い、把握している。		
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	・利用者の一日の過ごし方や生活リズム等を把握するように努めている。 ・利用者と共に生活しながら、出来ること、わかる力を把握している。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者及び家族の要望を取り入れ、介護計画を作成している。</li> <li>・介護計画は定期的な見直しと評価の他に、利用者の身体状況の変化や家族からの要望があった場合には随時見直しを行っている。</li> </ul>	<p>担当職員とケアマネージャーが中心となり、利用者・家族の意見や全職員の気づきを集約し、個別具体的な介護計画を作成している。日々のケアを通して、利用者の意見・要望の把握に努め、家族にも面会時の会話・電話・郵送による連絡にて確認をしている。実施期間は6ヶ月から1年の期間で設定しているが、個々の状況変化や家族の希望に応じて、必要に応じて、随時、評価・見直しを行っている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人ひとりについて、個人ファイルに具体的に記録すると共に、職員間で情報交換を行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期利用者の受け入れを行っている。</li> <li>・訪問診療、訪問歯科、訪問看護を利用し、日常の健康管理をしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町内会と連携している。(文化祭、清掃活動等)</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や家族が希望する医療機関を受診できるように支援している。</li> <li>・定期受診の他、体調に変化がある時は、適切な医療を受けられるように支援している。</li> </ul>	<p>入居時に受療状況を把握すると共に、入居後の方針について確認しており、家族にも可能な範囲で協力をお願いし、希望に沿った受診ができるように支援している。2週間に1回の協力病院の往診と、週1回の訪問看護があり、近医や他科受診の介助も行っている。また、必要に応じて家族にも付き添ってもらい、情報の共有化を図っている。</p>	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が看護職員や訪問看護師に気軽に相談できる関係を構築している。</li> </ul>		

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
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、また、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。	・入院時には担当者が定期的に面会に行き、病院関係者と情報交換を行っている。		
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	・重度化対応、看取りの指針を作成している。また、終末期の段階で家族と話し合い、希望する場合は、医療機関と連携し、看取りケアを行っている。	重度化・看取りに対応するホームの方針を明確にしており、指針及び対応マニュアル・緊急連絡網を作成し、職員にも周知している。実際に対応が必要になった時は、家族との話し合いで意思統一を図った上で医療機関と連携し、職員間の情報共有を図りながら、対応できるよう、体制を整えている。	
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	・急変時連絡先を電話の近くに貼り、すぐに連絡ができるようにしている。 ・夜間の対応を含め、緊急時の対応マニュアルを整備している。 ・応急手当や初期対応の訓練は定期的に行っていない。		
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	・2ヶ月に1回、利用者が参加した避難訓練を実施すると共に、専門業者による定期的な消防設備の点検を受けている。 ・非常食や飲料水を常備している。	年2回、業者立ち合いの避難訓練と防災設備の点検を行っている他、2ヶ月に1回、ホーム独自で夜間想定避難訓練も行っている。年2回の訓練では、消防署に訓練計画及び報告書を提出しており、災害時の協力をお願いしている。また、災害時に備え、簡易ストーブ・卓上コンロ・燃料・懐中電灯・水・食料等を十分に準備している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	・利用者を尊重したケアに取り組めるよう、バリデーション療法を導入し、認知症の理解と受容の姿勢で対応している。 ・緊急時を除き、同性介護をしており、利用者のプライバシーに配慮している。	バリデーション療法を取り入れ、認知症の方を理解し、受容する姿勢でケアに取り組んでいる。利用者の羞恥心や自尊心に配慮した声掛けや言葉遣いを心掛けており、気になることがあった時は職員同士でも注意し合っている。また、個人情報に関する書類は扉のついた場所に保管しており、広報誌等への写真掲載については、必ず同意を得ている。	

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
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	・利用者との日々の関わりや家族等からの情報により、利用者の希望や関心、嗜好等を把握しており、利用者の力量に応じて、自己決定を促す場面を積極的に作っている。		
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	・できていない時もある。		
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	・利用者の個性や希望を尊重している。 ・季節感のある服装ができるように支援している。		
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	・利用者の状況や意思等に応じて、調理の準備や後片付けを職員と一緒にしている。 ・利用者の苦手な献立の時には代替食を提供している。 ・職員も一緒に席で食事を摂っている。	管理者が献立を作成し、職員が交代で調理を行い、苦手な物等を考慮して代替食も用意している。個々の能力や希望に合わせ、できる範囲で食材の下ごしらえや配膳・下膳等を手伝っていただき、職員は、利用者が楽しく食事ができるよう、会話の取り持ちをしながら一緒に食事を摂り、食べこぼしへのサポート等も行っている。	
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、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	・カロリーや栄養バランスに配慮した献立となっている。 ・食事摂取量は毎回記録し、水分摂取量は毎日記録している。 ・水分摂取量の少ない利用者に対しては、ゼリーやスポーツ飲料等に対応している。		
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、口腔内の洗浄や義歯の手入れを行っている。 ・一人ひとりに合わせた対応を行っている。		



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向けた支援を行っている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・失禁時等の対応は本人の羞恥心やプライバシーに配慮している。</li> <li>・自己表現できない利用者に対しても、トイレで排泄できるように、定期的にトイレ誘導を行っている。</li> </ul>	<p>定時及び本人から訴えがあった時にトイレ誘導を行い、できるだけトイレで排泄していたるように支援している。排泄の有無をバイタルチェック表に記載し、体調不良の利用者に関しては排泄のあった時間も記載している。また、トイレ誘導時の声掛けは、周囲に気づかれないように小声で、工夫しながら行っている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便の有無を毎日記録している。</li> <li>・朝食にヨーグルトを取り入れる等、工夫している。</li> </ul>		
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、個々に応じた支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の入浴習慣、希望、体調に合わせ、入浴していただくようにしている。</li> <li>・入浴を拒否する利用者には、声掛けや対応等を工夫している。</li> </ul>	<p>個々の入浴習慣や好みを把握しており、体調に支障のない範囲で、希望に沿って入浴を楽しめるように支援している。利用者の羞恥心に配慮して、一対一の同性介助を基本としており、脱衣所でのすれ違いも避けている。入浴を拒否する時は声掛けを工夫したり、時間を置いて対応する等、無理には勧めず、柔軟に対応しながら、一人週2回は入浴できるように支援している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて、家族や医療機関と相談しながら、眠剤の服用等について調整を行っている。</li> <li>・個々の体調に合わせ、柔軟に休息を取り入れている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲み忘れや誤薬等がないように支援している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活歴や力量を把握し、職員の手伝いや外出、外食等、施設での生活を楽しく過ごせるように支援している。</li> </ul>		

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。また、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	・身体状況に合わせ、移動距離に配慮した支援を行っている。また、利用者から行きたい場所の希望が出されない場合は、職員の働きかけにより、話してもらえようように取り組んでいる。 ・天気の良い日は散歩や買い物、畑や花壇に出る等して気分転換を図っている。	天気の良い日は庭の畑に出たり、ホーム周辺の散歩や買い物に行く等、日常的に気分転換を図っている。利用者の希望を取り入れながら、季節毎の外出を計画し、個々の状態に合わせた移動方法や移動距離に配慮の上、外出支援を行っている。また、ホームで行う秋祭りには、家族にも参加を呼びかけている。	
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	・利用者及び家族の希望に合わせ、本人管理、ホーム管理としている。		
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	・家族に電話を掛ける時等に手伝いをしており、これまでの関係性を継続できるように支援している。		
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、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	・共用空間の照明は、落ち着いた雰囲気となるように、蛍光色ではなくオレンジ色の白熱灯を使用している。 ・廊下やリビングに椅子やソファを置いている。	共有スペースの照明に和風の器具を用いたり、古風な家具を置く等して、落ち着いた雰囲気を保っている。廊下の一角に椅子とテーブルを設置して、ゆとりのある空間を作ったり、ソファを置く等、利用者が自由に寛げるように工夫されており、飾りつけは手作りの物が多く、温かみを感じられる。また、各居室は冷暖房完備で、適宜確認して適切な環境を保ち、廊下には空気清浄機を置いている。	
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	・廊下やリビングにソファを置いている。		
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	・利用者個々が住み慣れた家で、使用・利用してきた物を持ち込んでいただいている。	生活環境の変化に少しでも早く馴染んでいただくために、愛用の物を持ってきてもらうように説明している。入居後も必要があれば、その都度家族と連絡を取っており、利用者が心地よく穏やかに暮らせる居室作りを支援している。また、持ち込みが少ない場合には、本人の意向を聞きながら、落ち着いて生活できるような居室作りを支援している。	
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」や「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	・身体状況によって手すりを増設している。		