

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	1176502092		
法人名	株式会社ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家・七里		
所在地	埼玉県さいたま市見沼区春岡1-23-5		
自己評価作成日	平成29年10月8日	評価結果市町村受理日	平成29年12月14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	有限会社プログレ総合研究所		
所在地	埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル2階		
訪問調査日	平成29年11月	7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)】

入居者様にご自身の有する能力を出来るだけ長期に維持して頂く為、心身の健康を第一に提携先や近隣の医療機関と緊密に連携を図っている点です。これまで「認知症」は「脳血管性」と「アルツハイマー型」の2タイプに分類されるのみでしたが、診断技術の進歩により、「レビー小体型」、「前頭側頭葉変性型」といった病態も明らかになって来ました。偶然、近隣の「岩槻中央病院」の脳神経外科に良い医師がいらっしゃることを知り、3年ほど前から延べ20名ほどの入居者様がお世話になっております。こちらでは、脳のCT画像データをもとに脳内のどの部位がどれくらい萎縮し、どういった形状に変形しているか、さらには問題行動とも呼ばれる周辺症状の聞き取りや、患者本人への問診や関節の動きなどをチェックした上で認知症の病態を分類し、激越な周辺症状を緩和しつつADLを維持出来るよう薬の種類や量をキメ細かく調整して下さるので、多くの入居者様が再び元気を取り戻しております。

【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)】

「地域に根ざし 温かい雰囲気の中で笑顔が七色にかがやく」という事業所理念を実践している。医療機関との連携を密にすることにより、利用者のADL(日常生活動作)を下げずに、認知症の周辺症状の緩和を行い、妄言、徘徊の激しかった方が落ち着かれています。管理者は家族の生活も預かっているとの思いを持っており、家族は利用者の落ち着いた姿を見る事で安心出来る。入居前はけんかばかりしていた夫婦が、面会時一緒に散歩に出る姿も見られる。以上のように利用者、家族、職員が笑顔で過ごせるように支援をしている。又、利用者の個性を大切に、出来る事はしていけるように、職員が一体となり介護をしている。機能低下の予防の為に、職員2人介助で便座に座っての排泄を促したり、退院後、褥瘡が小さくなったり、元気になられた利用者がある。

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)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらい 3. 家族の1/3くらい 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、戸外に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	○ 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	法人や事業所の理念につきましては、月1の職員会議やフロア毎のケア会議の中で、折に触れ職員への周知徹底を図っております。欠席した職員については議事録を回覧し、確認後は「確認印」を押すよう指示しております。	事業所独自の理念が有り、フロアの入り口に掲示している。職員にケア会議で理念を具体化させる為の具体的な支援を考えてもらい、職員自ら行っている。利用者の情報を共有し、個々に合わせた実践に努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	今年度は所内の4事業所(グループホーム、デイサービス、ヘルパーステーション、居宅支援事業所)が合同で、地域の福祉関連事業者や住民を招いて当事業所の活動を広く知っていただくイベントを開催する予定です。	近隣の方が見学に来られたり、散歩時に挨拶を交わす。飲み物の訪問販売で利用者が購入する事もある。中学生の職場体験の受け入れ事業所となっている。今後、自治会、近隣との交流を深めていこうとしている。	
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	地域の方が突然、入居のご相談に来られても少なくともパンフレットを渡して、入居相談の窓口をご紹介出来るよう現場スタッフに周知しております。		
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	近年はご家族様の高齢化や身寄りの無い生保の方々の受け入れなどが増えて、中々出席いただけない状況にありますが、今年度は所内の4事業所合同で、日々の活動を地域にアピールするイベントを開催予定です。	行政、近隣の方々の参加はないが、医療と連携した介護の取り組みや、事例の発表を行う。参加した家族から、専門医と話をするきっかけになったり利用者の状況の理解が出来た等の意見が出た。	利用者が地域の一員として暮らし、地域の方々の理解や協力を得る為にも、近隣の方々の運営推進会議への参加の向上を期待します。
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	最近、生保の方々の受け入れが増加したことで、地元の福祉事務所の担当者と連絡調整を行う機会が増えて参りました。	役所から研修等の連絡も受ける他、管理者が直接区役所に出向いたり、不明な事を電話で尋ねる等連携をしている。社会福祉事務所職員が利用者との面会や、状況の確認に来所される時にはその都度対応をする。	
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	禁止となる身体拘束の具体的な行為を明文化し、職員への周知を図ると共に職員会議や社内研修の場で折にふれ身体拘束廃止への取り組みを行っております。	年に1回の会社の研修、毎月の身体拘束廃止委員会の中で確認をしている。家族から要望があった時は、行わない理由を伝え、医療と連携を密にする。マットレスの下にナースコールを置き、転倒転落の予防をする等身体拘束をしない為の工夫をしている。	

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	社内研修等を通じて、虐待への意識を高めると共に「高齢者虐待ゼロ宣言！」を掲げ、職員会議などで職員への理解を図っております。		
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	社内で実施される会議や研修を通じてこれらを学ぶ機会があり、その内容は現場での会議等で職員への周知を図っております。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約の際は、重要事項説明書に記載された該当箇所をご家族様の前で読み上げて説明し、ご理解頂けるよう取り組んでおります。		
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	ケアプラン更新の度ごとにご家族様への意向を確認し、また面会などの際に意見を伺ったり、時にはカンファレンスに同席いただくなどの取り組みも行っております。	1階の入り口に意見箱を置き、運営推進会議開催時に家族会を行う。面会時、プラン更新時に声掛けをし家族の意見を伺う。外出の機会を増やして欲しいとの意見に対し、散歩を増やす等の対応を行った。	
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	代表取締役へ直接Eメール等で意見などを具申する制度などがあります。その他にも報告書や意見書によってそれを反映させる機会があります。	本社の職員が面談を行い、管理者は会議や個別に文章、口頭で職員からの意見を聞く機会を設けている。福利厚生や物品の話が出る。業務の流れ等は、職員同士で話し合いをし、その時々合う様に行っている。	
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	人事考課などによる職員の実績評価の他に、労務や権利擁護の観点から現場におけるハラスメントなどの相談や通報を、当事者のプライバシーを守りながら受け付ける取り組みも行っております。		
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	経営が昨年6月から「ALSOK」の傘下に移り、現在はこの取り組みの再編を図っている。		
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	系列内においては管理者会議等で交流が行われ、同業他社との交流については、法人全体として行っております。		

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	
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	先ず、計画作成担当者がご本人の要望などをもとに入居時から1ヶ月間の暫定プランを作成し、これをもとにご本人の状況を見ながら職員間で協議を重ね、ご家族様からのご意向も踏まえてご本人の安心を確保する関係作りを行っております。			
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	入居契約時はもとより入居後、ご家族様が面会に訪れた際などにご要望を伺うなど関係強化に努めております。			
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	最近では、特に激越な周辺症状を有する方は入居当初から、認知症の専門医の下を訪れて薬を見直し、症状が改善して元気になられた姿を見て、面会に訪れたご家族様等に安心いただいております。			
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	お元氣だった頃と全く同じとは行きませんが、ご本人が長年培って来られた生活力を活かして、掃除、洗濯など活躍いただける機会を設けております。			
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	必ずではありませんが、先の認知症専門医の下を受診する際にご家族様にも検査や診察に立ち会ってもらい、ご本人の現状を知り治療内容を理解いただくことで、共にご本人を支える関係の構築に努めております。			
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	以前、ご入居前にご近所で懇意にされていたご友人から、入居後も毎月お便りが届く方が居りました。手紙が来ると「友達に返事を書くからハガキを5枚ほど買って来て・・・。」と職員によく仰っていた方でした。	友人の面会や、家族と共に入所前からの病院、法事、墓参りに外出する等の支援を行う。家族や利用者との会話の中から以前の関係を理解し、事業所から利用者の好きな事を家族に伝え、協力を得る事が有る。		
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者様どうしの相性などを考慮しながら、お手伝いやレクなど日々の活動を通じて関係性の維持を支援しております。			
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	経過施設という性格上、入院や転居などで契約終了となるケースが大勢を占めており、その後も関係性を維持することは困難な状況にありますが、時折、職員が転居先の施設等へ様子を伺いに行ってくれるケースも有ります。			

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
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	日々のケアや面会時にご家族様からの聞き取りを通じて把握した情報をもとに、毎月のケア会議でカンファレンスを行い、状況に応じて再アセスメント並びにケアプランの見直しをしております。	過去の情報や日常のかかわりの中で、具体的に把握をする。言葉での表現の難しい利用者には、好きであろう事を提供し、態度の変化により理解をする。職員同士で情報交換し、家族と相談しながら検討している。	
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、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の実態調査に始まり、入居後もご本人はもとよりご家族の面会時などにお話を伺ってその把握に努めております。		
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	毎月、各フロア毎に計画作成担当者を中心にケアカンファレンスを実施して状況把握に努めております。		
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	計画作成に当たっては、居室担当を含む3名以上の職員でケア会議を実施し、内容に応じてご家族とかがかりつけ医も交えて協議し介護計画に反映しています。	3ヶ月毎に見直しをする。家族の意向は文書、電話にて伺い、医療連携し、本人の意向を尊重した個性のある計画になる様に検討する。個別ケアの申し送り連絡帳を生活記録と共にモニタリングで活用している。	
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	ケアカンファレンスの中で情報や気づきの共有を図り、またモニタリングを通じてケアの実践や結果の検証を行い、次に活かすよう努めております。		
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、その時々にも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	ご家族から同意を得た上で契約を結び、リハビリ・マッサージ、シニア・セラピーなどの付帯的なサービスを提供しております。		
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	インターネットの普及により、最近では「さいたまボランティア情報サイト」などを活用して、地域の方々に特技を披露する機会をご提供して、私共に楽しいひと時を提供いただく。ささやかですが「地域資源との協働」を実践しております。		

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
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	提携医の訪問診療は月2回実施されますが、提携医による受診支援は入居者やご家族様の希望も取り入れております。通院の付き添いはご家族様をお願いすることを前提としているもののホーム側で代行するケースが多いです。	提携医は24時間のオンコール、緊急時の往診も日中、状況に応じて対応する。利用者の状況に応じ、専門医の受診の提案を家族に行っている。受診後は、「報告書」を作成し、職員間の情報共有を図っている。	
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	弊社の訪問看護ステーションより「居宅療養管理指導」の名目で「医療連携看護師」が週1回訪問しており、月2回の提携医の訪問を補完する形で入居者様の健康維持管理に努めております。		
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	入院先の病院関係者との情報交換や相談には提携医療機関や弊社の訪看ステーションの支援を活用しており、早期退院に向けて訪看ステーションの看護師が直接、入院先を訪問し医療関係者に相談する体制を取っております。		
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	重度化した場合の対応に係る指針を文書化し、入居契約時にご家族様に同意いただいております。これまで看取りの事例は無いものの状況に応じてご本人、ご家族、提携医と協議し支援する体制を採っております。	家族が後悔を残さないよう対応をしている。重度化した場合は、家族に受診の同行を促したり、事業所、医療機関と三者が密に話し合いを重ねる場を作る。他施設に移る場合も、医療機関と連携をとりながら、家族に情報の提供や相談をおこなう。	
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	弊社の「医療連携室」と提携クリニックが作成した「緊急・急変時対応マニュアル」を参考に、事案が発生した際にはマニュアルにあるフローチャートの手順に従って確認を行うことで介護現場においてもスムーズな対応が可能となりました。		
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回の消防訓練では地元の消防立会いの下、昼または夜を想定した避難訓練を実施し、そのつど消防担当者から指摘いただいた内容を次の訓練に生かすよう心掛けております。地域との協力体制については、現在も模索中です。	消防署員からの指摘は、職員会議において具体的な行動として確認し反映をしている。職員連絡網や避難マニュアルを作成し、広域避難場所の確認を行っている。3日分の水の備蓄がある。	災害時、地域の理解や協力を得て、連携を図るために、近隣の方々への声掛けや地域の方を交えた避難訓練等を行う事を望みます。

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	倫理規定や運営マニュアルのみならず、接遇に関する研修などを通じて職員に「感謝の心」や「敬う心」を持って、相手に配慮した対応を採るよう指導しております。	排泄の声かけは誇りを損ねない様に、又、家族の面会は居室で行う等の配慮をしている。各委員会の中で尊厳や接遇の話をしているが、特に利用者に対する声掛けについては管理者が各職員に指導をしている。	
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	認知症ゆえに自身の思いや希望を的確に伝えられない方に対しては、職員側からのアプローチを色々工夫し相手の思いを探り当てるよう働きかけております。		
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	1日の流れは一応決めてあるものの、その時々入居者様の状況を見ながら、相手に無理強いしない支援を心掛けております。		
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	同じ物を繰り返し着ないよう気をつけると共に、ご自身で主体的に判断できる方に対しても状況により適時、声を掛け支援しております。		
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	その時々入居者様の状況を見ながら、ご本人の出来ることは適時行っていただくよう支援しております。	利用者は下膳等出来る範囲で参加をする。献立は専門業者が作成し、行事に合わせてイベント食を用意している。敬老会や希望のおやつ提供、外部の店舗から寿司をとった時は、喜ばれ良く召し上がっていた。	
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	食事の献立については法人の給食部門に任せておりますが、食事の形態や水分摂取量などにつきましては、給食部門や医療関係者に相談した上でその指示に従い支援しております。		
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	口腔ケアは毎食後入居者様の能力に応じて行うと共に、提携の歯科クリニックによる「居宅療養管理指導」に基づく歯科訪問診療を実施し、口腔内の衛生管理や治療を行っております。		

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
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	排泄チェック表を使い排泄パターンを個別に把握した上で、機能低下を出来る限り抑えるために出来るだけトイレに座っての排泄を心掛けております。個別支援のため状況により2人で介助することもあります。	消臭剤の使用等、夜間トイレに行くことに負担のある利用者には、ポータブルトイレの使用時の配慮をおこなう。ケア会議で個々の対応について、医療面からも検討し、パッド使用に対しても家族と職員間で情報交換を図っている。	
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	便秘の予防と対応については、月2回の提携医による往診や週1回の医療連携看護師の際に個々に相談の上、その指示に従って対応しております。		
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	週2～3回の入浴を原則としております。入居者様の日々の状況に合わせて入浴日を変更したり、季節に応じて菖蒲湯、ゆず湯など出来るだけ入浴を楽しんでいただけるような支援を行っております。	午前、午後で希望に沿った入浴が出来る。入浴嫌いの利用者には時間や、日にち、職員を代える等反応を見ながら支援している。シャンプー、石鹸は事業所の物が有るが、個人の好みの物を使用する事も出来る。	
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	居室内の換気、温度や湿度を調整しながら、昼寝や居室内での休息など各人の希望や日々の状況に応じて随時支援しております。		
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しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	法人が実施する研修や運営マニュアルなどにより、副作用などの薬に関する情報や服薬管理についての知識は適宜提供されており、職場会議などを通じて現場の職員にも周知を図っております。		
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	左記のとおり支援すると共にケアカンファレンス、モニタリングを通じて各人の個性や状態の変化などに合わせて見直しております。		
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	加齢や認知症の進行と共に外出できる方が少なくなり、以前と比べてその頻度も減ってしまいました。そこで、ご家族様にもご協力を仰ぎ、ご本人と共に外へ散歩、買い物や食事に出掛けていただくなど外出の機会が少しでも増えるよう支援しております。	月に1～2回裏手の公園や中学校に3～4人で、散歩に出掛ける。職員と水、菓子等の個別の買い物をしたり、家族の協力を得て、食事に出かける等の支援をした時は、家族から利用者が喜んでいた等の声を伺った。希望者と公園で花見を行った。	

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
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	ホームでは各人のお小遣いをご家族様よりお預かりしており、個々の希望に合わせて職員と散歩に出た際に近所で買い物をしたり、職員がその代行をしたりと適宜支援しております。		
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	ご本人の希望により相手に迷惑の掛からない時間帯であれば、いつでも電話できるように支援しております。ご家族様やご友人へのお手紙などもそのつど支援しております。		
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、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	認知症の進行により、身体機能は低下します。特に排便は下剤に頼るケースが増え、失禁に伴う臭いが問題となります。そこで、悪臭を香りでごまかすのではなく、根本から除去する植物由来の安全な消臭剤の希釈液を散布しております。	清掃、冷暖房の調整は職員がこまめに行う。手の届く所に雑誌や新聞が置いてあり、自由に読める。利用者はソファで横になったり、洗濯物たたみや広告紙のゴミ箱折等を行っている。炊飯器が居間にあり、ご飯の炊ける匂いを身近で感じる事が出来る。	
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	各人の自主性を尊重し、個々のご希望に出来るだけ合わせて支援しております。		
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	入居者様の馴染みの品々の居室への持ち込みは自由です。居室内の清掃は基本的に毎日、職員が行っておりますがご自分で出来る方は、状況を見ながらお手伝いを日課としてお願いしております。	個々の持ち込み品以外にも、ホームで作った作品が飾られている。認知症の症状に合わせてレイアウトや物品を変えている。フロアで過ごす方が多いが、居室で午睡、スポーツ中継の視聴や、新聞を読んで過ごされる。	
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	各人の認識力やその時々々の心身の状況などを合わせて、環境整備や支援の方法を工夫しながら支援しております。		