

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要（事業所記入）】			
事業所番号	3171400595		
法人名	社会福祉法人 中部福祉会		
事業所名	グループホームあずま園		
所在地	鳥取県東伯郡北栄町東園331-1		
自己評価作成日	令和6年12月9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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3171400595-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号
訪問調査日	令和6年12月18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)】

前回と引き続き、運営理念の一つでもある「地域社会との交流を図り、つながりを大切にします。」の視点に特に力を入れています。今年度は数年ぶりにさつまいもの収穫祭を地域住民の方々、近隣の施設の方々にもご参加頂きました。また、近隣の施設からもイベントのお声掛けを頂き、少人数ではありますが参加させて頂きました。年4回オレンジカフェの運営、自治会事業の神社清掃は定期的に参加させて頂き、地域との繋がりを大切にしています。

【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)】

開設20年を迎えられ、理念に掲げられている「地域社会との交流を図り、つながりを大切にします」ということを大切に運営されているグループホームです。
開設以来地域との交流を活発に行なわれていましたが、コロナ禍になり中断となりましたが、今年度はさつまいもの収穫祭、年4回の認知症オレンジカフェの運営や地元自治会との神社清掃や小学校のあいさつ運動等、地域とのつながりを意識した活動が復活して行われました。
北栄町の「認知症ケア向上連絡会」にも参加され地域包括や町内の事業者との連携を図り、研修会や運動会を開催され、職員の資質、利用者のQOLの向上、事業者同士のつながりを深める事業も継続して取組まれています。

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 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広がったり深まり、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

〔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	月1回の職員会議で理念唱和し5つの理念を共有し実践しています。 理念の基本にある「春風秋霜」を理解し人に優しく自分に厳しくの精神で実践を重ねています。	毎月の職員会議で理念を唱和し共有することで実践につながるよう意識されています。理念の基本を理解され実践されています。	開設から年数が経っているので職員の皆さんが考える理想とするグリープホーム像に近づける目標を作成されることも良いと思います。	
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	畑でさつまいもの苗植えや収穫祭など通じて交流を図っている。また利用者と東園を散歩して挨拶や談話をすることがあります。	コロナ禍前から行われていた畑でのさつまいもの苗植えや収穫祭が再開されています。小学生との交流活動も行われました。近道を散歩される際には地域の方と挨拶を交わされています。		
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	週1回公民館での地域介護予防活動支援事業と、月2回開催「オレンジカフェ」の運営に年4回、ラフターヨガを認知症予防として職員を派遣、普及に努めています。また理学療法士が町の専門職派遣事業へ参加しています。			
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	運営推進会議は会議形式と施設行事参加により開かれた施設として会議を開催。日々の支援内容や問題点について様々なアドバイスを頂いています。	運営推進会議は会議形式と施設行事参加形式で開かれており、地域や利用者家族からも意見が出やすくサービス向上に活かせるよう工夫されています。		
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	引き続き包括と町内事業者で立ち上げた認知症ケア向上連絡会の事業に参加しています。(研修会、各事業所が集まり運動会を秋に実施)職員の資質、利用者のQOLの向上、事業者同士での繋がりを深めています。	町と連携をされ、認知症オレンジカフェの開催、あいさつ運動推進事業、地域介護予防活動支援事業、認知症サポーター小学生養成講座、認知症ケア向上連絡会(地域包括と町内事業所が参加)等各種事業があり、職員の資質、利用者のQOLの向上、事業者同士のつながりを深めておられます。		
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	毎月の職員会議で具体的な禁止行為を理解し、利用者の尊厳を守るため身体拘束をしないケアに取り組んでいます。会議・研修を行いながら問題意識を持つように話し合いを行っています。	身体拘束廃止委員会を開催されています。また、毎月の職員会で具体的な禁止行為を理解し、利用者の尊厳を守る身体拘束をしないケアについて話し合い取り組まれています。研修も行い問題意識が持ち利用者との信頼関係が築けるよう話し合われています。		

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
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	毎月の職員会議で虐待防止について理解を深めています。不適切ケアの理解を深め、また関連付けて理解することで虐待の防止へ繋げています。	虐待防止委員会も設置、開催されています。職員には不適切ケアについて理解できるよう研修が行われています。言葉掛けも含めどのようなことが虐待につながるか理解されています。	
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	成年後見制度利用者2名。後見人との交流で制度に関して具体的に学ぶ機会あります。内部研修等で理解を深めて、情報共有を図っています。		
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	契約時に施設の取り組みや考え方、契約内容全てを説明し納得の上で契約。必要であれば経済面の制度紹介や他施設の特長も説明し、選ばれる施設であるよう誠意を示しています。		
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	家族来園時に要望や意見を伺い、ケア樹の申し送りにて全職員で共有。生活支援月報による意見交換を日々の個別支援向上に活かしています。	利用者には日々の会話から聞き取られています。現在感染状況を見ながら、面会は玄関先で行なわれていますが、家族が来園時には意見・要望を伺い、プラン評価時にも意向・要望を伺っておられます。毎月利用者の様子が分かるようお便りを出し、家族との信頼関係が築けるよう心掛けておられます。	
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	職員会議で業務について振り返りと改善を全員が行っています。ユニット会議では利用者の現状や課題、支援内容について意見を出し合い、介護の仕事にやりがいを持てるようにしています。	職員会議に於いて業務の振り返りと改善について全員で話し合われています。法人本部に当たり、理事長も常勤されているので職員からの意見が伝えやすい環境となっています。	
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	一部の職員のみが業務負担が大きくなりやすいよう配慮しています。面談などにより本人の思いを伺うようにしています。	人事考課制度は導入されていませんが、面談の機会を持ち、ワーク・ライフ・バランスを配慮した働きやすい職場環境を目指しておられます。介護ソフトやタブレットを使用している記録入力導入等、事務時間の軽減を図られています。	
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践と力量を把握し、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	職員の個性に合わせた業務分担を提案するよう心がけています。研修会への参加も奨励し、後日施設内での研修会などで伝達を行い情報共有を図っています。	それぞれの職員の得手不得手が補い合いながら、チームケアが行えるよう配慮されています。研修会への参加も推奨され、参加者による復命研修を行ない情報共有が行われています。	
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	北栄町の「認知症ケア向上連絡会」で開催される研修等へ積極的に参加をし、サービスの質の向上を図るとともに、同業者との交流の機会としています。また、近隣の施設の行事等可能な限り参加させて頂くようにしています。		

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	
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	事前の面談・聞き取りにてご本人の要望や興味、思いを伺うようにしています。		
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	入居申し込みを受ける段階で家族の要望や在宅介護の様子をお聞きし、入居前信頼関係のあるケアマネや相談員からの情報も大切にして関係性を築いています。		
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	利用者本人と家族の思いを受け止め紹介先の相談員や包括、居宅着業者と情報交換し適切な支援の提供に努めています。		
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	ユニットは一つのコミュニティ、利用者同士支え合い、職員も利用者に精神的に支えられています。利用者に寄り添い過ごす時間を大切にしています。		
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	利用者の主な住まいが施設に変わっても、家族が可能な限り関わりを継続して頂いています。 受診やふるさと訪問、面会やはがき等で職員と共に利用者を支えて頂いています。		
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	お店、美容室、図書館、医院、自治会や近所付き合いを把握し、以前持たれていた地域とのつながり可能な限り保持できるよう努めています。地域の方のボランティアで散髪や、北栄町の図書館より読み聞かせなどがあります。	コロナ5類移行徐々に再開され、地域社会とのつながりが以前のように復活してきています。本人の馴染みの人や場所を確認して可能な限り関係継続して頂かれています。また、家族の協力を得て外出支援も行われています。	
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	生活歴や相性を把握し、職員が介入しています。 利用者同士が明るい気持ちで関わり支え合えるよう環境面も工夫しています。		
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	病院や施設へ入居後の近況報告をしています。 退去後の利用者の状況を聞き家族が相談できる体制あり。退居された後も状況に応じて、相談など必要な支援を担当者と行います。		

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
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	入居時に「暮らしの情報」を把握し、ご本人の思いや要望、関心を確認しています。意思疎通が困難でも、日頃の表情や会話から思いを掬い把握に努めています。	利用者開始時に「暮らしの情報」を把握され、本人の思いや要望、関心のある事を確認されています。また、日常的に思いや希望が聞けるよう会話ができるよう心掛けておられます。	本人の思いや意向から本人の生きがいに つなげていかれる事も良いと思います。
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	入所前に家族の了解を得て自宅訪問し生活の様子をみせて頂いたり、在宅のケアマネや相談員からの情報や利用者本人から得られる様々な情報を把握するよう努めています。		
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	日常の様子を記録、本人の表情変化や会話の内容、各種療法の取り組み等で把握するよう努め、記録の共有を支援に活かすようにしています。また専門職と協力し、現状の把握に努めています。		
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	日々モニタリングと月1回のユニット会議(担当者会議)で話し合い、本人家族の意向をふまえて介護計画を作成。また主治医や理学療法士等、出来るだけ多職種の意見を取り入れた介護計画となる様取り組んでいます。	日々のモニタリングと月1回のユニット会議(担当者会議)で話し合い、6ヶ月に1回評価・見直しが行われます。本人・家族の意向を確認された上で介護計画が作成されます。できるだけ多職種の意見を取り入れた介護計画になるよう心掛けておられます。	
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	日々様子や気になること、記録に残しています。気づきや共有したいことは申し送りに挙げて、職員間での情報共有を行っています。	タブレットでチェックする事項はチェックされており、介護ソフトを活用しながら、トータルで利用者の様子がわかるようになっています。プラン変更の留意点も計画作成者から伝えられており、個々の見守り、支援についても情報共有されています。	
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	介護予防活動支援事業や認知症カフェ、学校の認知症サポーター養成講座アドバイザー等に職員を派遣しています。また看護師、理学療法士など多職種で連携しサービスに取り組んでいます。		

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
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	利用者が小学校を訪問しあいさつ運動、オレンジカフェ参加等町内福祉事業を活用し、楽しみながら参加しています。		
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	かかりつけ医との関係を継続、現在往診医療機関2か所、受診5か所。全職員が医師と言葉を交わす機会を持つようにし信頼関係を築いています。	本人、家族の希望される入居前からのかかりつけ医を継続して利用されています。往診の無いかかりつけ医には受診支援が行われています。歯科は往診があります。整形、皮膚科、眼科等についても受診支援が行われています。	
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・介護職が協働し利用者の情報を把握。指示ではなく相談に乗り共に利用者の状態について話し合い、医療連携及び日々の食事など生活面の助言も得ています。		
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。	訪問や電話で病状経過はもとより必要品の補充や洗濯、家族連絡なども対応。入院先医療機関の事情に合わせて事務、看護・MSW・医師と日頃から連携し信頼関係を築いています。	入院時には病院への訪問、電話での病状経過、必要品の補充や洗濯、家族への連絡など細やかな対応をされています。また、病院の地域連携室と連携しながら早期退院を目指され、退院カンファレンスもあり、退院後の生活のアドバイスももらわれています。	
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	契約時に看取りの実績があることを説明。重度化した場合、主治医の病状説明に職員も同席し家族の反応、本音を聞き取り本人の思いが叶うよう時間をかけて対応しています。	契約時には看取りについての説明をされ、看取りも希望されれば対応されています。重度化された場合には、主治医からの病状説明に職員も同席され、家族の希望を聞き取り、本人の思いが叶うよう対応されています。看取り研修も行われています。	
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	急変時の対応について職員会議で全員に周知、救急対応の手順をユニットやカルテに掲示し慌てず対応できるようにしています。		
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	避難誘導方法の掲示実施。職員会議で防災食作りや危険箇所避難場所、防災必要品について年代別の話し合いをし毎年地域の防災訓練に参加しています。	年2回の避難訓練(うち1回は消防署立会いの総合訓練)を実施されています。事業継続計画(BCP)も策定されています。備蓄品も備えておられます。毎年地域の防災訓練にも参加されています。	

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	
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	高齢者虐待についての研修・施設理念の理解を通じて利用者の人格尊重を実践しています。	接遇マナー、身体拘束、虐待の研修が行われており、一人ひとりの尊厳を損ねないケアが行えるよう努めておられます。排泄、入浴等には、マニュアルに従ってプライバシー確保に努めておられます。	
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	日常の些細なことも利用者に問いかけて意向確認しています。言葉で意思疎通がとりにくい利用者は日常会話や非言語による表現を理解するよう努めています。		
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し、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	体調管理に配慮した上で食事や休息の取り方、イベント参加についても利用者のペースに合わせ、希望にそった生活を送っていただけよう支援しています。		
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	気候に合わせた衣類を利用者が選んで着用、櫛・ブラシ、化粧水やリップクリームを洗面台に常備。髪型も希望を聞き、髭剃りや顔そりも行い、より美しくを目指しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理の準備、味見、片付けを手伝って頂くことがあります。	それぞれができることを職員見守りの基、手伝って頂いておられます。昼夜は御飯、汁物はグループホームで準備され、主菜、副菜等は併設のデイサービスの厨房より届きます。朝ご飯はホームで作られています。食事形態の対応はホームで行なわれています。畑で収穫したさつま芋を使ったおやつ作り、季節に応じた献立が提供されています。近所から野菜を頂かれることもあり、ホーム内調理の際に活かされています。	
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	かかりつけの医療機関や法人内の管理栄養士へ相談を行います。		
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	毎食後と就寝前に口腔ケアを声かけ、訪問歯科医の勧めでコンクールやスポンジ・シートなど利用者に合わせた口腔ケアを行っています。	毎食後、就寝前には口腔ケアが行われており、それぞれの利用者の状態に応じて、声掛けや介助が行われています。義歯は夜間は容器に入れ洗浄液に保存されています。	

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
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	日々の記録を基にユニット会議などで排泄方法やパッド等の使用についての検討を行っています。	記録を基に排泄パターンを把握され、それぞれに応じて、声掛け、誘導、介助をされています。立位保持ができる方はトイレで排泄して頂き、最期までトイレでの排泄が継続できるよう心掛け、支援をされています。	
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	排便チェック表で排便コントロールを行うと共に、食事の状況や日中の離床を促しています。		
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	利用者の希望を確認し入浴実施。入浴が出来なかった方は手浴・足浴を楽しんでいたいています。	週2回入浴されています。行事や面会もあるので日曜日は原則的にはお休みです。入浴拒否傾向の方には声掛けや曜日の変更して柔軟に対応されています。	
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	利用者の生活習慣や体調に合わせて休息や午睡をしています。ベッドマットや居室の明かり、ドアから差し込むひかりの調整など安らげる空間を作るよう工夫しています。		
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	処方内容を確認できるようにカルテとお薬手帳を管理。変更内容を申し送り把握。薬管理のマニュアルを作成し、服薬時に間違いが起きないよう声かけをしています。	薬は薬局から届き、仕分けは看護師が行ない、服薬時には職員がチェックし手渡されています。薬の変更時には職員に伝え、注意し観察、何かあれば看護師に連絡され、医師の指示を仰がれています。服薬管理のマニュアルも作成されています。	
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	洗濯たたみ、洗濯干しについて利用者の役割として継続。野菜や草花の栽培、裁縫など生活歴による特技を生かし、楽しんでいたいています。		
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	地区住民の理解を得て地域内の散歩や地域行事に参加、町が実施する認知症に関わる人の憩いの場やあいさつ運動で町民や小学生と交流しています。	認知症カフェやあいさつ運動にも参加され、地域の方たちと触れ合う機会を持たれ、天気の良い日にはベランダに出てお茶を飲まれたり、玄関先のベンチに座り外気を感じてもらわれています。	

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
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	買い物希望があれば家族の了解のもと一時立て替えて購入してもらいます。手元に小遣いを持っていることで安心される方には少額の現金を管理していただくこともあります。		
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	家族や友人に年賀状を送ります。家族や友人から届いた葉書は職員と一緒に何度も読み返し居室で管理しています。		
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、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	可能な範囲でリビングの壁の装飾を毎月利用者と一緒に作成し、作品を眺めて充実感や安らぎを感じていただいています。温度計や湿度計を設置して健康で快適に過ごせるようにしています。	温度・湿度計を設置され、換気にも気を付け快適に過ごせるよう心掛けておられます。リビングの壁面は利用者と一緒に作られた季節の感じられる作品が飾られています。	
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	共有のテーブルは利用者同士の相性を職員で検討し適宜席替えを行っています。個人テーブルが落ち着ける人には一人用を提供、ソファでもくつろぐなど自由に過ごせるよう工夫しています。		
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	家庭で使い慣れた家具や写真を「家族と協力して落ち着ける空間を作るようにし、入居後も居室の装飾や清潔を心がけています。	使い慣れた家具やお気に入りの品など本人が居心地良い居室になるよう持って来てもらわれています。身体の状況やエアコンの風向き等にも配慮されそれぞれが動きやすい動線になるようベッドの位置も調整されています。	
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	施設内はバリアフリーで手すりを完備。トイレはセンサーで点灯にしています。掲示物表現も利用者の馴染みのある方言等工夫しています。		