

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	017051050		
法人名	有限会社ライフアート		
事業所名	グループホーム福寿荘		
所在地	札幌市白石区北郷5条9丁目8-33		
自己評価作成日	平成30年7月15日	評価結果市町村受理日	平成30年11月9日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kihon=true&JigyosyoCd=0170501050-00&PrefCd=01&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 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	平成30年10月24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)】

・入居される一人一人のこれまでの生き方や価値観を大切にしながら、認知症の各疾患(アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型)の特徴を踏まえた個別ケアを行っています。
 ・日々のケアの実践と毎月の社内研修を通して、認知症ケアの在り方について学びを深めていくことで、認知症の重症度や疾患の特徴の違いがあっても、それぞれの意向を尊重した生活支援にとりくんでいます。
 ・どんなにBPSDがあっても、本人の意向を中心にご家族、医療と適切に連携を図りながら、チームでの統一したケアの展開により、本来のその人らしさを取り戻す実践を重ねています。
 ・平成27年度北海道GH教会相互評価モデル事業に参加。

【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)】

2年前、同法人の福寿荘Ⅲを一部改・増築し隣接して移転した、1ユニット9名の事業所である。幹線道路から近い閑静な住宅街で、真新しく、明るく落ち着いた雰囲気の中で利用者は思い思いの場所でゆったりと暮らしている。ここでは認知症の各疾患の特徴を踏まえ徹底した個別ケアを行っている。毎日の楽しみとなっている食事を例にとると、量や見た目、形状など一人ひとりに合わせて盛り付けし、食器もその人に応じたものを用意している。味付けもその人の嗜好に合うように配慮している。嚥下機能の低下した利用者には固いものを別のものに変更したり、圧力をかけて軟らかく煮るなど食材の形状が分かるような調理を心掛けている。一人ひとりを大切にされた個別ケアに取り組むことにより症状も落ち着き、以前には出来なくなっていた電話が普通に会話できるようになり家族を驚かせた事例もみられる。事業所では、本人を家族と共に支えていく関係を大切にしている。年2回の家族会は、家族同士の交流ばかりでなく、家族と一緒にその人を支えていくための連携を図る場としており、一人ひとりへの「家族交流ノート」は、きめ細かに家族の意向を受け止め利用者本位のケアに役立てられている。医療面では、協力医・かかりつけ医との連携もよく、看護師を配置し健康管理にあたっている。重度化した時の対応についても看取り経験があり、家族に安心感を与えている。法人の会長は全国認知症ケア学会で研究発表するなど、優れた見識を持って職員を育てており、これからも認知症ケアの更なる向上を期待したい。

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	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)	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)	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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (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)	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せている (参考項目:30,31)	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)		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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、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	事業所の理念をスタッフ間で共有し、ケアカンファレンスの時などは理念に沿ったケアになっているかなど意識して取り組むようにしている。またユニット会議の中でも理念の確認を行った。	「法人理念」、「ケア理念」を目につく場所に掲示するとともに、名刺サイズにして携帯するなど理念の共有に努めている。会議では、理念に沿ったケアとなっているか確認し、年間目標、毎月の目標を定め更なるケアの向上を目指している。	
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	町内会に加入し、地域の行事に参加するなどして交流をしている。地域にボランティアグループ(オレンジリング)をつくり、地域の方に対して認知症講座を開催したり、月1回地域食堂を開いたり地域との交流を行っている。町内会の花壇の手入れの協力を行っている。	お祭り、ゴミ拾い、花壇の手入れなど町内会の行事に参加し地域との交流を深めている。認知症講座の開催など地域貢献に努めるとともに、地域食堂・子ども食堂・認知症カフェでの利用者・家族と地域の人との触れ合いを大切にしている。	
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	地域運営推進会議で地域の方々に、困ったことがあれば相談しに来ていただくことも可能な旨を話している。また、「高齢者110番の家」のステッカーを掲げ、地域での相談窓口の役割を担っている。		
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	運営推進会議を行い、利用者やホームの近況、サービスの実際、防災や研修などについても報告、話し合いを行っている。その中で参加者より出た意見を運営に反映している。	包括支援センター、地域代表(民生委員)、家族代表参加のもとに併設の福寿荘Ⅲと合同で定期的に開催している。事業所の活動状況を報告し、出された意見・提案をサービスの向上に活かしている。議事録は全家族に送付している。	
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	報告書の提出や調査・アンケートへの回答など適宜連携をとることができるよう取り組んでいる。また、市町村との直接的な連携は少ないが、包括支援センターや管理者連絡会などを通して、行政との情報交換を行っている。	市の管理者連絡会議などに参加し、行政方針の理解、情報の共有に努めている。毎月の報告、照会事項への回答など行政と連携した運営を行っている。	
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「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	日中、玄関の施錠はしていない。社内/社外研修に参加し、身体拘束に関する理解、意識を高め、不適切ケアにならぬよう努力している。	身体拘束排除マニュアルを整備している。社内研修では、拘束の弊害について理解を深め、日頃のケアを振り返り不適切なケアが無いチェックしている。社外研修参加もあり、受講者は会議で伝達研修を行い、身体拘束をしないケアの実践に努めている。	
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逃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・社外研修等で学ぶ機会をもち、虐待の防止に努めている。社内研修では、不適切ケアについて学ぶ機会があり、ケアのあり方について理解を深めている。その際に自分たちの日頃のケアを振り返り、薬剤の使用も含めて不適切ケアがないかチェックをしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	成年後見制度について学ぶ機会を持っている。個々の必要性に応じて、制度活用が出来るよう情報を提供したり、制度活用が円滑にできているよう支援に努めている。		
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	入居前の面談及び契約の際に行っている。また、職員全員が契約内容を理解している。		
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	家族会の際に、運営に対する経過や方針を報告するとともに、ご家族からの意向や意見を頂き運営に反映している。また、玄関に意見ボックスを設置し、意見や要望を表明しやすいように努めている。	家族会を母の日や敬老の日の行事と合わせ年2回開催している。家族の来訪時・連絡時には利用者の様子・状況を伝え、また、個人ごとの「家族交流ノート」を設け、きめ細かに家族の意向を受け止め利用者本位のケアの実践に努めている。	
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	ユニット会議や申し送り等で聞く機会を設けるようにしている。	月1回のユニット会議、毎日の申し送り時などで話しやすい雰囲気を作り、職員の意見を意識して引き出すよう努めている。年1～2回の個人面談では、取組む目標、達成方法、進捗状況、意見や意向を聞く機会を設けている。	
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	キャリアパス制度における課題の設定や、スタッフの状況に応じて、資格取得や学習の場を用意する等の個別対応をしている。社内研修以外にも、管理者とリーダーの勉強会なども行っている。		
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	それぞれの力量にあった外部研修を受けられるように調整している。また、それぞれの課題に合わせて社内研修を組み立て、学びの場を作っている。他ユニットへの助勤は、様々なレベルや認知症の疾患による特徴的なケアを実際に学ぶことも目的としている。		
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	月に1度の社内研修では、他事業所のグループホームの職員と一緒に勉強会を行っている。また、ほかのグループホームの職員等の見学なども受け入れている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	家庭訪問やデイサービスの利用を経ての入居など、入居前の繋がりを作っている。入居後はホームでの生活に安心感が持てるよう個別対応でゆっくりと関わりながら、スタッフや他者との関係づくりに努めている。		
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	入居前に困っていること、不安なこと、要望などを伺うようにしており、入居後すぐは、こちらからご家族に本人の様子を電話連絡したり、随時情報交換をしながら、関係づくりを行っている。		
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	入居にあたって、入居時間の調整や当日の食事を共にしたりなど本人が安心できる様子を家族が理解できるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	調理や畑仕事など、本人が得意とする分野については持っている力を発揮できるような場面を積極的に作り、暮らしを共にする中で、スタッフも学んでいる。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	連絡ノートを作成したり、電話での連絡、家族あての手紙などを通じて連携を取るようになっている。ご家族と一緒に外出する支援やファックスや手紙などを活用した支援も行っている。また、必要に応じて家族との面談を行っている。		
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	親戚の集まり、知人宅への訪問、家族の墓参り、自宅に行くなどが出来るよう支援している。経営していた会社への電話や訪問など社会的な役割の継続のも取り組んでいる。また、疾患別ケアに取り組むことで症状が落ち着き、ご家族が親戚や知人とともに来訪し、再び関係継続がなされるようになってきている。	殆どの家族は市内に住んでおり、来訪頻度も高く、家族とともに馴染みの関係が保てるよう支援している。来訪時にはゆっくと寛いでもらえるよう配慮し、食事の提供や宿泊も行っている。正月には家族と一緒に過ごすなかで、以前は出来なくなっていた遠方に住む長男との電話で普通に会話し家族を驚かせた事例など、関係継続支援に大きな成果をあげつつある。	
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	スタッフが利用者同士の間に入り、相手の思いを伝えたり、関係調整を行うよう努めている。また、以前からいる入居者が新しい入居者を支えられる関係づくりを支援している。さらに、疾患別の特徴も考量しながら関係構築の支援にあたっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	死亡により退去された場合には、家族に対するフォローなどを行うように努めている。入居されていた方が亡くなった後にも、ご家族がホームのみんなに会いに来てくれていることがある。		
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	本人が訴える力を持っている場合には、直接本人の意向を把握している。困難な場合であっても、日常の関わりから気持ちの汲み取りや観察を通して本人本位の検討を重ね、ご家族からも意見を頂きながらケアプランに反映させている。	会話の出来る利用者には日頃から意向を意識して把握するよう努めており、特に、何かする時には本人の意向を確かめるよう心掛けている。困難な場合には表情や仕草、家族からの情報を得ている。個人ごとに毎日の「日常記録」があり、介護計画への反映を図っている。	
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	センター方式などのアセスメントシートを活用しながら、本人・家族から情報を得ている。また、ご兄弟などの来訪の際には、幼少期の話なども含めて情報収集を行っている。		
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	本人やスタッフ間でも話し合いながら、現状の把握に努めている。必要時にはアセスメントシートを活用し、より具体的な把握に努めている。		
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	課題とケアの在り方について、本人と話したり、スタッフ間でカンファレンスを行い、現状に即したケアプランを作成するようにしている。また、今年度はケアプランについて研修を行い、全スタッフでケアプランに取り組んでいる。	担当職員を中心にモニタリングを行い、本人・家族の意向、医師の意見を取り入れ、介護計画案を職員全員のユニット会議で検討している。介護計画は3か月に一度、状況変化のあった時は随時見直し、現状に即した計画を作成している。	
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	介護計画欄に、気づきやケアプランに基づき実践したことを記入し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	デイサービス・ショートステイ・グループホーム間で連携を取りながら、その時々生まれるニーズに対応できるよう努めている。		
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	町内会の行事に参加したりと本人のもつ心身の力に合わせて、安全で豊かな暮らしを楽しむことが出来るように支援している。		
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	かかりつけ医と事業所で連携をとりつつ、他の病院を受診する場合は同行し、情報を提供するなどの支援をしている。また、かかりつけ医より専門の往診医を紹介してもらい、受診が難しい方でも安心して医療を受けられるようになっている。	協力医の訪問診療は月2回あり、緊急時にも適切な医療が受けられるよう協力関係を築いている。看護師を職員として配置して利用者の健康管理に当たっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	職場内の看護職員と連携をとり、入居者の体調管理にあたっている。また、看護師不在時も必要に応じて電話で報告、指示を仰ぐ等している。			
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、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。又は、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。	入院時は、必要に応じてスタッフが病院へ訪問したり、家族との連絡を取りながら、病院との情報交換に努め、できるだけ早期に退院が出来るように支援している。			
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、事業所で行え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	入居時から終末期の支援の在り方について説明をしている。重度化してきた時には、医療職、家族(状況によっては本人)、スタッフでの話し合いを持ち、書面での確認も行っている。また、希望が変わった場合には、いつでも言ってもらえるよう支援している。	契約時に「重度化生活支援に関する指針」を本人・家族に説明し同意を得ている。重度化・終末期になった場合は家族・医師・施設で話し合い、ここでの看取りを希望するか、看取り経験の豊富な福寿荘Ⅱに移るかを確認している。なお、職員は、看取り経験があり、社内・外の研修にも参加している。		
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訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルを作成しており、ユニット会議などで、手順や対応の確認をしている。また、救急搬送時の役割や持ち物について取り決めを行った。さらに社内研修でも、急変時の対応等に関して学びを深めている。			
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	夜間を想定した訓練を、消防の協力を得て行っている。また、そのことを運営推進会議や回覧板で地域の方にも知らせることにより、協力体制を築けるよう努力している。さらに、地域の防災訓練にも参加することで、地域の特性を踏まえた防災情報を収集し、災害対策に役立てている。	消防の協力を得て、福寿荘Ⅲとの合同避難訓練を夜間想定で年2回行っている。緊急時の連絡網を整備し、避難場所の周知、地域の防災訓練にも参加している。	火災発生に対する避難訓練を定期的に行っているが、更に、自然災害や停電時対応、備蓄の検討、地震訓練の実施を期待したい。	
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	社内研修での学びを元に、日々のケアや申し送りの中でも、具体的にどのような声かけが適切であるのか、振り返り考え、取り組んでいる。	「一人ひとりの尊厳を守る」運営方針のもと、トイレや入浴介助の際など本人の誇りやプライバシーを傷つけないような対応や言葉かけに配慮している。書類は事務室に保管している。		
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	本人の意向や希望を確認する作業を常に行い、ケアプランに組み込んでいる。			
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	利用者からの要望があった場合には、環境の整備を図りながら、極力希望に沿った支援をしている。また、日々の暮らしの中でも本人の喜びや希望を知り、そこに沿った生活を送れるよう、取り組んでいる。			
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	好みの洋服を選んでもらったり、理美容室の利用など、本人の希望に沿った身だしなみ、おしゃれを支援している。ご家族からもなじみの服装などの情報を得るようにし、本人の習慣を継続できるよう支援している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食前より献立を提示し、食事への意欲や興味を高める場面作りから行っている。盛り付けの全体量や見た目、形状などを一人一人に合わせて工夫している。また、使用する食器もその人に応じた物を用意し、味付けについてもその人の嗜好に合うように配慮をしている。	利用者の好みを反映した献立で、利用者の持てる力に応じて手伝ってもらいながら、一人ひとりが楽しい食事となるよう工夫している。嚥下機能の低下した利用者には、固いものを別のものに変更したり、圧力をかけて柔らかく煮るなど食材の形状が分かるような調理を心掛けている。	
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	食事量や水分量をチェックし、一人一人の状態や力、習慣に応じた支援をしている。必要に応じて、使用するカップやストローの使用などを工夫し、本人の力に応じた支援を行っている。		
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	一緒に歯磨きをしたり(モデリング)、声掛けなどその人の力に応じた働きかけをしている。また、ご家族と相談し適切な用具を揃えたり、一人一人のレベルに合わせた口腔ケアを行っている。		
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	排泄の失敗やおむつの使用を減らすため、本人の排泄の傾向を踏まえたうえでのトイレ誘導、個別の自立支援をしている。日常的には排泄チェック表を活用し、排泄時間を勤務者で把握することにより、排泄シグナルの読み取りに活かしている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、適切なタイミングで声掛け・誘導すれば失敗は無くせるとの信念のもと、トイレでの排泄支援を心掛けている。家でリハビリパンツの人が布パンツに改善するなど今では布パンツの利用者が主となっている。	
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	起床時の牛乳や乳製品などの摂取や飲食物の工夫をし、可能な限り離床し運動を働きかけている。それでも改善しない場合は、医療連携をとり、薬剤を使用している。		
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、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	可能な限り、一人一人の希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるよう、柔軟に対応している。	入浴は週2回以上を基本としており、一日おきに入る人、午前中から午後にずらす人など一人ひとりの希望に柔軟に対応している。恐怖心に配慮した二人介助や会話を楽しむなどゆったりと入浴できるよう支援している。	
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	一人一人に合わせて、休息をとれるよう働きかけている。また、安心して就寝を迎えられるように夕方、落ち着けられるよう環境の調整を図っている。		
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	看護師および管理者が中心となり、介護職と連携しながら服薬の支援と症状の変化を観察し、適宜医師と連携を取り、調整を行っている。		
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	生活歴や力を踏まえた上での役割活動が行えるよう、また、嗜好品や楽しみごとを行える支援を心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	本人の思いや希望を聞きながら、家族にも協力を求め、本人の意向に合わせた支援をしている。(散歩、町内行事、家族との外出、買い物など)	日常的な近くの公園への散歩、広い庭でベンチに腰掛け菜園の野菜の生育や花壇の花々を眺め外気浴を楽しんでいる。家族の協力を得て外食や自宅への外泊、一泊温泉旅行など、本人の意向や希望に応じた支援に努めている。ホームからデイサービスに通う利用者も見られる。	
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	ホームでの預り金とは別に、自己管理が出来る人については、個々でお金を所持し、使え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している	本人が自ら電話連絡をすることを支援したり、スタッフが仲介しながら電話で会話したり、手紙をやり取り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	時間帯に合った光の調整、季節に合った温度や湿度の調整を実施している。換気についても注意し、意識的に行っている。また、時期に合わせた飾りつけをしたり、生活感や季節感を取り入れられるようにしている。	2年前に福寿荘Ⅲを一部改・増築し移転した建物で、真新しく、彫刻・絵画・壁飾りで飾り、明るく落ち着いた雰囲気である。温湿度・日差しも程よく管理され、リビング、ホール、共有スペースにはテーブル・ソファ・イスが置かれ利用者は思い思いの場所でゆったりと食事を楽しんだり寛いでいる。	
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	くつろぎの席や食事席を決めることで、なじみの居場所を確保している。また、適宜、利用者同士の関係性に配慮し安心できる居場所づくりに努めている。必要に応じて、共用空間の模様替えも行っている。		
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	入居前に本人や家族と相談し、なじみの物を出来るだけ持ってきてもらえるよう支援している。家庭訪問を行った際に、ご家族と相談を行った。	収納クローゼットがあり室内はよく整理整頓され、時計の位置、タンスの向きなど安全面にも気を配っている。家から使い慣れた家具や馴染みのものを持ち込み、家族写真を飾り、ラジカセで楽しみ、居心地よく暮らせるよう工夫している。	
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	居室やトイレの場所が分かりやすいように暖簾や表札、張り紙をするなどの工夫をしている。また、本人が紐を引っ張ることで点灯・消灯が出来るようにしている。その人の必要に応じて、センサーを設置している。		