

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	
法人名	株式会社友愛エアシステム
事業所名	グループホーム友愛
所在地	福岡県北九州市門司区青葉台6番1号
自己評価作成日	平成29年11月8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。

基本情報リンク先	http://www.kai gokensaku.jp/40/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 アーバン・マトリックス 福祉評価センター		
所在地	福岡県北九州市戸畑区境川一丁目7番6号		
訪問調査日	平成29年12月20日	評価結果確定日	平成30年3月14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)】

1日の始まりは小鳥のさえずりを聞きながら始まる。利用者・職員共々、心豊かな気持で朝を迎えられます。1人ひとりが役割を持った生活を続けてきましたが、年を重ねる毎にその生活範囲が狭められ、健康や医療に十分な配慮が必要になっているのが現状で、介助が増しつつあります。そのために看取りの指針を本人・家族に提示して同意のもとで、医師・看護師・職員が重度化に備えています。

【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)】

開設して14年目を迎えているグループホーム友愛は、高台の住宅地に位置し、自然に囲まれ四季折々の草木や関門海峡が望める場所で利用者は穏やかに暮らしている。近隣にある同法人複合施設と協力しながら、行事等行っている。徐々に重度化する利用者のニーズや暮らし方、家族との関係に向き合いながら、医療との連携や喀痰吸引研修への参加、実践等に取り組んでいる。運営推進会議には、地域包括支援センター担当者・町内会長・後見人の参加を得ており、事業所の実状を共有しながら、サービスの向上に取り組んでいる。

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
58	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:25,26,27)	65	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:9,10,21)
59	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:20,40)	66	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:2,22)
60	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	67	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)
61	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:38,39)	68	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
62	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:51)	69	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
63	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:32,33)	70	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
64	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、安心して暮らせている (参考項目:30)		

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
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	1つひとつの行為が理念に基づくものか、日々検証しながら支援を行っている。	「私たちの願い」と題される事業所独自の理念を掲げ、「優しく光る小さな星」として利用者を見守り、支援している。管理者は職員が理念に基づいた行動をしているか振り返るよう指導している。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町づくり美化運動に参加しているが、重度化が進行して、自治会の行事に参加できる利用者が限られてきた。地域とのつながりを絶やさないためには、職員は積極的に自治会活動に協力し、会員のホームへの訪問を受けるよう働きかけている。	近隣で自治会に加入しているのは当事業所のみであり、地域交流に苦慮している状況である。近隣に位置する同法人複合施設とは、イベント等を通して交流を図っている。協力医療機関の施設参加型研修会に参加し、関係者との連携を深めている。	
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	学童保育の児童訪問を受け入れたり、遠足等でトイレ場所の提供を行っている。		
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	地域包括支援センター、町内会長、後見人、地元の有識者等交えてホームの方針や活動状況を報告し、またある1日の生活や行事の記録、困難事例など紹介して、意見や気付きを委員の方々に伺ってケアに活かしている。	運営推進会議は定期的開催され、町内会長や地域包括支援センター職員、利用者の成年後見人の参加を得ている。後見人より、センサーについて等情報交換が行われている。	
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	困難事例などは地域包括支援センター、法的な相談は介護保険課に問い合わせ等行い、健全な運営を目指している。	地域とは研修参加や空床状況の報告等、連携を行っている。生活保護受給者にはケースワーカーの訪問が定期的に行われ、情報提供など支援している。	
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	原則行わないことは、職員全員が周知しているが、身体拘束に係わりそうな事例を想定して職員全員で検討を行っている。判断に迷う場合のマニュアルを作成して対応の手順を全員が共有している。例えばベッド柵に足を挟み込ませないようにするにはどうすれば良いか等。	やむを得ず身体拘束を行っていたが、利用者の精神状態に応じケアを見直し、環境を整備することでベッド柵をはずし拘束をしないケアに結び付けた事例がある。また「身体拘束廃止セミナー」等研修に参加し、学習を深めている。	
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	下記の事例に重点を置いて取り組みを行っています。①. ご利用者に対して介助する側での立場で物事を進めない。②. 指導的態度や言葉使いは絶対に避ける。③. ご利用者の精神的な自立を尊重する。④. 習慣や好みを熟知して、職員で情報を共有する。		

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
8	(6)	○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	成年後見を受けている利用者1名。担当者の定期的な訪問で都度本人の身の状況等打ち合わせを行っています。また担当者を通じて各職員が後見制度を学ぶ機会を得ています。	成年後見制度を活用している利用者があり、後見人の方の定期的な訪問や運営推進会議への参加を得ている。制度の活用が必要な際には説明できるよう準備している。	
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	契約書や重要事項説明書は難解な文章にせず、事前に書類を利用者や家族にお渡しして予め目を通して頂き、質問を受けやすくして、説明をする際は十分に時間をかけて具体例をあげながら、わかりやすく説明をするよう心掛けています。		
10	(7)	○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	玄関先にポスターやその他の資料(外部評価資料・外部公表資料)展示しています。また意見箱を設置して要望や苦情相談に応じ、ホーム運営やケアに反映させています。	日々の生活の中や面会時に、本人・家族意見の聴取に努めている。出された意見や要望については、介護計画の中に位置付ける事もあり、できる限り実践に結び付けるようにしている。	
11	(8)	○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	他施設職員(老人ホーム・通所介護)との交流を毎月、定期的な会議を設けて問題点や新しい提案など話し合い、改善すべき点があれば、すぐに取り入れ実践しています。	月に1回、スタッフカンファレンスを行い、利用者の状態や対応の検討がされている。必要に応じて施設長より指導がされている。	
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	代表者はほぼ毎日ホームに顔を出し、各職員から職場環境に関する要望や運営方針に関する意見など汲み取って改善を図っている。定期的なカンファレンスの場では成功事例は皆で称賛し、資格取得による手当などの処遇を行い、各職員の自己啓発に努めています。		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している	男女年齢を問わず、資格を有することに、こしたことはないが、その人の介護に対する考え方人間性を重視している。また有識者や講演会などに参加して社会参加や自己実現の意欲が持てるよう努めています。	職員の採用にあたり、年齢や性別による排除はしていない。調理担当職員を配置し、介護職員が利用者のケアに専念できるよう配慮されている。外部研修参加を出勤扱いとし、勤務調整等に配慮している。	
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	プライバシー保護に関する知識は利用者に対する人権尊重の一部として捉え、職員は利用者や家族しか知り得ない事を大きな声で利用者に声掛けしたり、職員間で会話することがないよう心掛けています。	人権に関し「個人の尊厳のための実践」等、外部研修に参加し学習を深めている。また、利用者への言葉かけや対応にはその都度注意するようにしている。	

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
15		○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	外部研修会(病院医療連携会主催・市介護保険課・民間が主催する)に各職員のレベルに応じて、特別なテーマについて希望者を選定して参加している。研修を受けた職員はホームに持ち帰り、全員で検討会を行っています。		
16		○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	他のグループホームや介護形態の異なる介護サービス事業所に見学に行き、困難事例や同じ悩みを出し合い、解決策を検討しあっている。良いところは積極的に取り入れています。		
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		○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	アセスメントには利用者や家族から十分に時間を取って頂き、職員は感度を高めて普段の何気ない会話の中から今の希望や何についての不安を持っているか察知して介護計画を立て、本人が安心して介護サービスが受けられるよう努めていきます。		
18		○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	機会あるごとに事務所に立ち寄って頂き、現状の報告と相手からの要望や不安に思っていることを聞き取る。訪問が困難な家族には定期的な電話や手紙でやりとりしてコミュニケーションを図っている。		
19		○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	たいていの入居希望者は独居暮らしが長く、家族は一人で居ると危険だという認識がなく、詳細なことまでの把握がなされていないのが実情です。まずは当面の要望や不安なことへの対応から始めて、徐々に新しい環境に慣れて頂くことに努めています。		
20		○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	利用者一人ひとりの個性や意思を尊重して、特技や趣味を活かせる出番や役割を持って、共に生活をしているという実感を持って頂きます。		
21		○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	ホーム職員は家族の情報を共有して一方的なケアにならないよう家族の要望や不安を汲み取り、理解と協力得ながら介護を進めていきます。		
22	(11)	○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	馴染みの人に会いたい時、馴染みの店に行きたい時、家族と連携を取りながら、本人の希望に沿うよう便宜を図っている。(直接訪問するとか、ホームへ来て頂く、また遠方の方へはお手紙を出す)行事やイベントがある時には、招待状を出したりしています。	近所に住む知人の面会や自宅への外泊・外出等なじみの人との関係を継続できるよう支援している。年賀状への返信は利用者が一言書いて送るようにしている。	

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
23		○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	一つおチームを組んだり、席替えなどしてゲームをしたり、作業する機会を作り、良い関係になるよう努めています。貼り絵・食材の下ごしらえ、ペアを組んで散歩する等。		
24		○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	看取りを行っているためか、生きて退去する利用者は現在いないのが現状で、むしろ家族に配慮することが多い。手紙のやりとりやイベントに招待することがあります。		
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					
25	(12)	○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	入居後の意思を尊重して、その要望を達成できるよう努めている。そのためには、職員間での情報の共有は欠かせない。特に言葉で表現できない人やすぐに忘れてしまう人に対しては、表情や行動パターンによって理解出来るよう、常に職員の感度を高めてケアにあたっています。	6か月後の介護計画の見直し時に、本人・家族より思いや意向を確認し介護計画に記載するようにしている。「外出」や「食事」に関する意向等について本人の状態に応じて対応が検討されている。	
26		○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	独居暮らしが長くて家族がよく把握していない場合がある。本人や家族からどんな仔細なことでも収集し(若くて元気だった頃等)、それらを積み上げながら、より良い介護計画に仕上げていきます		
27		○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	個々の生活様式は押し付けるものではなく、その時の生活パターンは、その時々で変化していきます。本人の状態や希望に沿うよう、都度経過を見ながら臨機応変に対応しています。		
28	(13)	○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	職員が日常の見守りや援助する中での気づきや本人の意思・家族の希望を汲み取り、かつ主治医との医療分野での連携を取りながら、課題と目標を設定した介護プランを立てて、実践しています	6か月ごとに担当者会議を行い本人・家族の意向に沿った計画を立てるようにしている。	利用者の状態を家族と共有しながら、ホームで生活する上での課題を分析し、本人にとって有効なサービス内容を具体的に示すことでケアの充実につながると考えられます。
29		○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	個別ファイルと介護日誌及び職員連絡帳作成している。介護日誌には、変化のあるとき、状態を時系列で記録(本人の言動・職員がどのよぶにケアしたか・会話の内容・バイタル・食事摂取状況等)情報がひと目でわかるようにして、気づきや変化に対応しています。		

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
30		○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	その時々々のニーズに対応するには、日頃の生活ぶりを見て頂き、機会ある毎にボランティアや家族に来てもらうことが大切です。第三者からの気付きや要望など汲み取り易い環境づくりに努めている。		
31		○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	地位の所轄機関には、ホームの存在は認知されている。ホームPRの情報発信を行うと同時に、各機関からの援助を・協力を受け易い環境作りを行っている。地域資源である公共機関(自治公民館・福祉センター・植物園等)をフルに活用しています。		
32	(14)	○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	本人や家族の意向に沿って受診する主治医の他、特に主治医の指定が無い場合は、ホーム専属の係り付け医の定期往診を受け、医療と健康管理を24時間体制で行っています。看取り段階の入居者に対しては特別チームを編成して(医師・看護師・訪問看護師・ステーション・家族・介護職員)医療と介護の両立を図っています。	かかりつけ医は協力医療機関となっており、2回/月往診が行われている。医師とは密に連携を図っている。また、訪問マッサージの受け入れもある。	
33		○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	訪問看護ステーションの看護師が24時間体制で日常的な健康管理を行う。状態悪化時には、主治医との連絡調整を行い、適切な処置が行える体制をとっています。		
34		○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。	入院時には、迅速に情報提供書(これまでの病歴や生活習慣・服用している薬等)を提出している。また定期的なお見舞いと病院担当者(主治医・看護師)との面談を行い、家族との橋渡し役として状態把握に努めています。		
35	(15)	○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	看取りの指針を作成しており、全職員・家族・主治医・看護師が今後起こりうることを予測して、日頃より利用者本人・家族に指針を理解して頂き、意思確認と環境づくりに努めています。	入居契約時に看取りへの意向を確認し、状態が変化した際に再度確認し同意を得ている。重症化した場合には1階に転室し、見守りができるよう配慮している。また喀痰吸引等研修に参加し、重度化に対応できるよう取り組んでいる。看取りの際には振り返りを行い、家族にも聞き取りを行っている。	
36		○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	日勤帯と夜勤帯に分けてマニュアルを作成して急変や事故発生時に備えて実施訓練を全職員で行っている。またヒヤリハットを活用して事故防止の検討会を行っています。		

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
37	(16)	○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	非常災害に備えて緊急連絡先・避難場所を指定して定期的な訓練を行っている。また地域の自治会と協働して緊急連絡網整備し、近隣との協力体制を構築しています。しかしながら、風水害・地震に対する防災計画については、最悪事を想定しての対応に苦慮しています。	2回/年、夜間想定避難訓練を実施している。お向かいの住民には訓練時に参加を呼び掛けている。2階からの救出には滑り台を活用し避難するように準備されている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	(17)	○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	その人の習慣・習性を理解し、好ましくない習慣であってもその場での言葉掛けは避けて、それとなくその場から離し、他の事に関心を移すよう努めている。また個人情報に係わるマニュアルを作成して、全職員が秘密の保持を徹底しています。	個々の性格や状態を把握し、個別の対応をするよう心掛けている。1階の静養部分でおむつ交換を行う場合はカーテンをするよう指導されている。	
39		○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	個性や能力を把握し、その人のレベルに沿った介助や働きかけに努めている。動作が遅くとも自分で行おうとすることが予想出来る事を何件か質問し、本人に選択してもらっています。		
40		○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	本人の自主性を尊重し、自分で行おうとすることには手を貸さず見守りだけにしている。出来た時は共に喜びを分かち合い、また必要な介助は声掛けしながら支援しています。		
41		○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	朝食前や入浴後は、皆様の整容の時間としている。また外出時は、お化粧品等して、本人の気に入った服装になるよう心掛けている。理容・美容については、特に希望が無ければ定期的に美容師さんに来てもらっています。		
42	(18)	○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	季節に応じた旬の食材を並び、季節感を感じて頂いています。フキやツツの皮むき・コマすり・ぜんざいの団子作り・寿司具削り等手伝って頂き、出来上がりして食する時は会話が弾んでいます。	献立や食材の準備、調理はホームで行われてい売る。季節の野菜の皮むきなどできることは利用者も行っている。時には家族と外食に出かける姿も見られている。	
43		○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	バランスの良い(栄養・量・美味しさ)料理や体質や体調に配慮しながら提供している。また水分氷補給に関しては、常に摂取量に気を配り、かつ提供するものがマンネリ化しないよう工夫(果物・野菜ジュース・スポーツ飲料)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
44		○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	食後の口腔ケアは欠かせない。その人の能力に応じて介助しています。就寝する際は義歯のある人は、ポリデンで洗浄・消毒しています。		
45	(19)	○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	声掛け・トイレ誘導・見守り等による自力排泄を促しているが、年々重度化が進行して、一人ひとりの排泄管理が不可欠となっています。排泄チェックリストを作成して排泄パターンを把握・管理しています。自力排泄が困難な場合は主治医と相談して薬剤を用いることもあります。特に夜間に於いては、オムツ装着もやむなしと考えます。	利用者の状態に応じ、声かけや誘導、介助を行っている。日中は、尿意がなくてもトイレでの排泄を行えるよう二人での介助も行われている。	
46		○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	排便チェックは日々行い、食事を提供する際は、消化の良い食材を選んで調理します。また腸の動きが活発になるよう、毎朝の体操と散歩等は欠かせない。自分で動作出来ない方には、職員が腹部マッサージ等で刺激を与えます。		
47	(20)	○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	一人ひとりの健康状態に合わせて対応している。入浴が楽しい場所になるように、全国の温泉入浴剤を用いたり、職員との会話に花が咲き、リラックスしてコミュニケーションがとれる場所となっています	入浴は2～3回/週提供され、利用者の状態に応じシャワー浴等が行われている。季節に応じたゆず湯など入浴を楽しむ工夫がされている。	
48		○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	昼間に散歩や体操などで個人の能力や習慣に応じて適度な運動に心掛けている。体調がおもわしくない場合は居室やリビングのソファで休息して頂きます。夜間は昼間の適度な疲労が良眠を促してくれます。		
49		○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	主治医の処方により薬剤師が定期的に訪問して、個人毎に朝・昼・夜・眠前薬に分けて職員管理のもとで服用している。日々、誤薬や症状の変化に気を配っています。		
50		○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	行事計画を皆様に知って頂き生活の目標を設定してリハビリをつけていくよう努めている。①. 個々の趣味特技を活かした役割を持って頂く。		

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
51	(21)	○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	①.外出の機会を作っている ②.(花見・紅葉見学・ドライブ・町内での行事・地域の祭り見学等) ③. 一時的な帰省の支援 ④. 市民センター・公民館等で地域の方々との交流を図っています。	利用者の重度化に伴い、日常的な外出は減っているが、近隣の同法人施設で行われる敬老会やボランティアの慰問等にはできるだけ参加するようにしている。	現状として、戸外に出る機会は少なく、自然に囲まれた周辺環境を活かし、外出や気分転換の機会確保が期待されます。
52		○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	お金は大切だという認識はあるが、所持すれば必ず紛失するのでホームでお預かりしています。個人差はあるが、ご自身のお金を使って欲しいものを買える人はごく少数です。買い物を楽しさを味わって頂くために、ホームの共通の買い物に参加してもらっています。		
53		○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	年賀状や季節の変わり目などに、ご本人より家族や知人宛に手紙を書くよう、レクの時間を利用している。電話をかけたいという人は稀ですが、こちらから声掛けて「どこに？誰に？」など呼びかけたりして導いています。		
54	(22)	○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	廊下やホールには入居者と手づくりのカレンダーや作品、行事や日常生活の写真など展示しています。四季折々の花や植物を何気なく飾り、調度品や家具など家庭的なものを使用しています。	建物は2階建てであり、日中は1階のリビングで過ごされている。季節に応じた飾りつけがされ、明るく清潔感がある空間である。	
55		○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	以前ホールに堀コタツ風にした和室の空間があったが、好んで使用される方が少なく、移動に大変手間取り、失禁・失便の原因となり、今ではフローリングにしてベットの設置すると重宝がられました。		
56	(23)	○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	使い慣れた家具や生活用品・装飾品・家族の写真など飾って個性豊かな空間となっている。その反面、認知症が重度化するにつれ、清潔さや安全を保つという面では、部屋が簡素になってくるのも否めません。	1階に2部屋、2階に7部屋の居室となりエレベーターで移動している。家具や家族の写真などが持ち込まれ、ベッドマットやセンサー等事故への配慮がある。	
57		○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	個人差はあるが、能力に応じた備品・物品を揃えている。(歌本・習字セット・碁目盤・漫画本・カラオケセット・輪投げセット・ボールセットなど)利用者によっては基本的なことから介護計画見直す方もおられます。能力と意欲のある方は、個人的に能力を高められるようレベルアップを図っています。		