

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	0193600277		
法人名	三井ヘルスサービス		
事業所名	GH安平の郷		
所在地	勇払郡安平町安平675-16		
自己評価作成日	平成26年11月11日	評価結果市町村受理日	平成26年12月9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)】

入居者様の声に耳を傾けながら、思いに沿ったケアを行うよう努めています。地域の方々との交流を深め、地域の行事には積極的に参加し、又、事業所内のイベントにも参加して頂いています。安平町全体での介護の質を高める目的で、地域ケアネットワークが月1回開催され、そこに参加し、他の介護事業所や病院、役場の方と意見交換を交わしたり、研修を行うことで交流を深めています。

※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.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=tue&JigyosyoCd=0193600277-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成26年11月28日

【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町の合併に伴う新たな政策の一環として、高齢者の福祉向上のため当グループホームが平成23年に開設されました。デイサービスセンターも併設され町との連携の下サービスの質の向上に向けた職員の切磋琢磨が継続されています。家族との交流にも力を入れており年4回もの交流機会を作っています。二つのユニットはワンフロアで繋がり利用者の行き来も盛んに行われて、職員はお隣同士のお付き合いとして支援しています。二つのユニットの中央に設えた吹き抜けのパティオ(中庭)では、両ユニットの利用者が一緒に鉢花を愛でる姿を見ることが出来ます。大きなイベントでもあるホーム主催の夏祭りでは、地域の人たちの参加や、特に地域商工会の有志の支援は年を追うごとに大きな力となっています。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、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せている (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	管理者、職員は理念を共有し、実践に努めている。	入居案内のパンフレットには、ホームの根幹とも言える理念が優しい言葉で綴られています。職員はこの理念をもとにケア理念の中にある、助け合いと支えあい笑顔の創造を日々確かめ合うこととしています。	
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	地域の活動に積極的に参加し、入居者様との交流を図っている。ホームの行事にも町内の幼稚園や小学校の生徒、商工会の方々に参加して下さり、交流を深めている。	町の福祉に関わる事業及び地域の行事にも率先して参加協力をしています。また、ホームの事業にも地域の商工会の協力支援を始め小学校、保育園などとの交流があり、地域の一員としてなくてはならない信頼を得ています。	
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	地域の方の介護相談を受けたり、役場や町の病院の主催の認知症高齢者の為の研修にも参加している。		
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	各有識者の方々からご意見やご要望を頂き、運営上のサービス向上に努めている。又、ホームで行った行事や、入居者様の事故の状況の報告等も行っている。	自治会長、町の福祉担当者などのメンバーにより定例の会議が開催され、ホームの状況、地域と共に開催のイベント、防災活動など報告し質疑が行われ詳細な議事録が作られています。利用者、家族の参加が無く改善の取り組みが見られません。	インテーク時に運営推進会議の重要性の説明が不十分で、家族等の理解を得るに至っておらず、重要事項として家族に説明し、家族への開催案内及び議事録の送付をすると共に出席を要請する取り組みが強く期待されます。
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取り組んでいる	月に数回は安平町役場に赴き、担当者と事業所の実情や取り組みなどについて相談し、密な関係作りに努めている。	町の担当窓口を度々訪問して指導を受けています。また、運営推進会議には町の福祉課長の出席を頂いてホームの諸案件について指導を得ています。これからは、外部評価の結果を踏まえた話し合いをしながらサービスの向上を図ることとしています。	
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「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	身体拘束は行いません。職員にも勉強会を通じ、知識を深めてもらっています。施錠も夜間のみでとどめています。又、言語的拘束にも力を入れ、入居者様の自由な発言の場を作っている。	身体拘束をしないケアの推進については、外部研修を得て内部の勉強会の大きなテーマとして職員の共有を図っていますが、マニュアルが整備されてなく、外部研修の資料に頼っている現状です。また、契約書にあって家族への説明には不十分な内容となっています。	身体拘束に関する家族への説明は、契約書ばかりでなく重要事項説明書においても詳細な説明が必要となります。身体拘束防止に関するマニュアルなどの整備を行うと共に職員間での更なる勉強が必要で、これからの取り組みに大きく期待します。
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	機会がある毎に職員研修時に話し、虐待防止に徹底的に取り組んでいます。		

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	介護支援専門員を中心に、権利擁護の理解を深め、職員に指導しております。実際に成年後見制度をご利用されている入居者様もおり、活用されている。		
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	契約の際、管理者が十分説明する事で、理解が得られている。		
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	ご意見箱を設け、ご家族様からのご意見を得るよう努めておりますが、現在までご意見を寄せられていることはありません。苦情・相談窓口も契約時に説明し、ホーム入口に掲示している。	利用者の意見要望は、普段の暮らしの中で把握しながら運営に反映するよう努めています。家族の意見などは訪問時や電話などで収集し、ホーム独自の家族アンケートも実施して集約するほか、家族への情報提供を「ニコニコ通信」で丁寧に行っています。「意見箱」の効果的な使用に付いては今後検討することとしています。	
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	ミーティングやカンファレンスなどを通じ、職員の意見や要望を聞き、業務内容に反映させている。	通常は申し送りやミーティングで職員間の意見などが交わされています。また、カンファレンスを利用したユニット会議や毎月1回のユニット合同全体会議でサービス面ばかりでなく運営全般の話し合いが持たれています。代表者は毎週開催の管理者とリーダーの会議に出席して意見を聞くこととしています。	
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	代表者は就業環境などを把握し、環境整備に努めている。ほぼ毎週1回、代表者と管理者が定例会議を行い、労務管理の情報収集及び環境整備について話し合いを行っている。		
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	ホーム内にてほぼ毎月勉強会を開き、知識を深めることに努めている。勉強会内容も、職員が現状学びたい事柄を聞き入れながら行われることもある。町内での外部研修機会も増えてきているが、まだ少なく、町外への研修参加はまだ積極的とは言えない状況である。		
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	町内及び近郊の町のグループホームと密な関係が構築されつつあり、合同での研修会も実施している。		

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
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	入居前に必ず面談を行い、不安な点や要望をお聞きした上で、信頼関係を構築するよう努めています。		
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	入居契約前の事前面談により、ご家族様の不安や悩み、要望を聞き取り、ケアの実践に取り組んでいる。		
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	個々人の利用者様の状態・状況を把握し、話し合いのうえで必要な支援や優先事項などの対応に努めている。		
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	各入居者様が、生活する中で活躍できる場を見出し、生きがいややりがいにつなげ、尊重しあいながら支えあって生活する環境づくりに努めている。		
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	ご利用者様の現状を解って頂く為、毎月お手紙を郵送したり、ご来訪時には状況の提供に努めています。又、緊急時や状態の変化が顕著な際などには、お電話での報告を行い、ご理解、ご協力をして頂きながら、共に支える場を提供しております。		
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	来訪時間などは定めず、いつでも入居者様に面会できる環境を提供している。又、昔からのなじみの商店やご自宅近くのご友人の家にお連れする等、できるだけご要望に対応している。	利用者の住んでいた地域の友人の訪問は多いよう で、ホームとして歓迎しながら馴染みの関係維持の支援に努めています。また、散歩やドライブを兼ねて前に住んでいた地域めぐりをするほか、家族の協力を得ながら墓参りや初詣などで昔からの関係の継続に努めています。	
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、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	ご利用者様の身体状況や認知症の進行度合いなどを考慮しながら、円滑なコミュニケーションが図れる環境づくりに努めている。		

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	ご退去後も可能な限りで連絡を取らせて頂き、相談援助などに努めている。長期療養の為、ご契約を打ち切ったご家族様の要望で、回復された場合の退去者リストにお名前を残させて頂くというケースが生まれている。		
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	ご利用者様やご家族の希望や意向を聞き入れながら、安心してご生活が送れるよう介護計画を作成し、職員間の共有理解に努めている。	利用者の思いや意向については、職員のに寄り添いの暮らしの中から把握するよう努めています。家族からの情報も参考にしていますが。困難な場合は本人本位に検討することとしています。	
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	入居前の面談や、入居後のご家族来訪時にご家族様より情報を収集し、把握に努めている。又、日常会話の中から、ご利用者様が語られた事からも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	日々の生活記録や、アセスメントを通じ、入居者様個々人の状況把握に努め、その方にあった生活支援に努めている。		
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	カンファレンスを通じ職員の意見やアイデア、又ご家族様、ご本人様の要望を取り入れた介護計画書を作成している。	職員の寄り添いの支援の中で、モニタリングが行われて、職員間での話し合いやケース記録を基に介護計画の作成や見直しに反映させています。計画の概要は日々のサービスに反映させて連動した記録となっています。	
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	日々の生活記録を通じ、申し送り時やカンファレンスの際に情報を職員間で共有し、実践の場で生かしたり、介護計画の見直しなどにつなげている。		
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	希望や必要時に応じ、受診や薬の依頼と受取り、リハビリテーションの送迎や、入退院の付き添い、買い物同行など、以前住まわれていたご近所様の家への訪問の送迎など、柔軟に努めています。		
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	小学校の学芸会や地域のお祭りへの参加、小学校の社会科見学を受け入れ、敬老会への地元幼稚園園児の来訪受け入れなど、地域のお子さんや住民の方と触れ合える機会を提供している。		
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	かかりつけ医には、定期的(月1回以上)に受診しており、必要に応じてかかりつけ医より、専門医をご紹介していただき、体調管理に努めている。	これまでのかかりつけ医への受診は、家族の協力も得て行われていますが、町のかかりつけ病院への毎月の定期受診には管理者などが同伴して支援しています。家族に代わって受診同伴をした場合には、結果などを家族に報告しています。	

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	パート職員として看護師1名を雇用し、週1回の健康チェックを実施し、専門職としての意見をもらい、場合によって受診等の支援を行っている。看護師には職員から最近の様子や、入居者様が悩んでいることなどを、事前に情報提供するよう努めている。			
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。	入院中は様子や状態の把握のため定期的に訪問面会し、医療機関とも連携を図り、情報提供の依頼を行っている。入院時の物品のお届けや、洗濯物の回収なども行っている。			
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	入居契約時に重度化対応の指針についてご家族様に必ず説明を行っている。又、重度化終末期を迎えられた際は、ご家族様・医師と話し合いの場を設け、ご本人様、ご家族様の意思を再確認し、支援するよう努めている。	医療連携体制が敷かれており、重度化や終末期におけるホームの対応については家族に説明し同意書を頂いています。当地区において医師のホーム派遣については困難な状況にあり、ホーム内での看取りは現在行われず、病院への搬送となっています。		
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	勉強会を定期的に行い、緊急時対応の研修を行っている。			
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	年2回の防災訓練を実施し、災害時の対応の仕方を職員に教育している。開催後は地域運営会議で報告し、その際の気づきなどを報告、又参加していただいている消防職員の方からも意見を頂いている。	年2回の災害時を想定した避難訓練では、春季には消防署の協力を得て行ない、秋季では自主避難訓練を行っています。また、ホーム内の停電に対処するため発電機の設置及び備蓄品の充実も検討されています。	現在の災害時の避難訓練は、火災を想定したものとなっており、地震への対応など広範囲な想定と協力いただける住民の役割などを網羅したマニュアル作りへの取り組みを期待します。	
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	入居者様は必ずお名前でお呼びすることを統一している。入浴や排泄支援時にはプライバシーに配慮した関わりをするよう職員に注意喚起している。	利用者への呼びかけは、笑顔を絶やさない優しい声かけで対応しています。職員はトイレへの誘導、また、入浴への声かけなどプライバシーの確保に配慮が見られます。		
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	必ずご本人の言葉や思いを尊重し、自己決定ができるよう配慮している。認知症の進行がある方には、あらかじめその方の嗜好を把握し、選択しやすい声掛けに努めている。			
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	個別ケアを重視し、一人一人のペースをできるだけ守りながら生活していただけるよう支援している。			
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	ご本人の好みを聞きながら、身だしなみの支援を行っている。一緒に買い物などにも行き、ご本人の希望の商品を購入できる支援にも努めている。			

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	入居者様の好みを把握したり、希望のメニューを取り入れた献立を作ることを実施している。月に数回出前を取ったり、外食にお連れすることで好きなものを選んで食べていただいている。食後の食器洗いや食器拭きなどの作業も利用者様と一緒にしている。	利用者の希望も聞きながら職員が献立を作り、一部利用者が手伝い、家庭的な手料理が提供されています。予めの献立は作らず在庫の食材を主体に作られ味、盛り付けに職員の工夫と苦勞を垣間見ることが出来ます。利用者も下膳、食器洗いに参加しています。	
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	副食は三品以上提供し、バランスに気を付けたり、同じ食材が続かないよう気を配っている。食事摂取量、水分量とも生活記録に記載し、不足されていないか把握するよう努めている。		
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	毎食後口腔ケアを促し、自立でできる方は見守りし、援助が必要な方は口腔ケア介助を実施している。自立の方に関しても定期的に職員が介入し、清潔保持に努めている。		
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	一人一人の排泄リズムの把握に努め、失禁回数が減少できる様排泄誘導に努めている。失禁の状況を把握したうえで、使用する用具の選定や、おむつを使用しない生活を提案している。	利用者個々の排泄パターンの把握により、職員のそれとない誘導によりトイレでの自力による排泄が進められています。これらトイレでの自力排泄は、失禁の未然防止やオムツの常用化の防止につながり、利用者の自信にも貢献しています。	
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	毎日の運動や水分摂取量のチェック、食物繊維を多く摂取できるメニューを提供しながら、便秘予防に努めている。入居者様全体で便秘気味な際は、米飯にミキサーにかけた白滝を混ぜ、排便の促しを行うときもある。		
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	曜日を決めての入浴ではあるも、ご希望があれば毎日の入浴も可能な環境を作っています。職員配置の部分から、夜間の入浴には対応できていない状況ですが、入浴時間はご本人に確認したうえで、ご理解を頂いています。	利用者の要望に出来るだけ応えるよう入浴の支援が行われています。現在職員のシフトにより夜間の入浴は出来ていません。浴室前の更衣室は広いスペースを有してゆとりある入浴の支援を可能にしています。	
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	一人一人の睡眠状況や身体状況を把握したうえで、ご本人のペースでお休みしていただけるよう支援しています。		
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	服薬チェック表を作成し、誤薬や服薬忘れの無いように注意している。管理者が一元的に管理し、薬の変更を感じた際は主治医に相談し、薬の変更などにも取り組んでいる。		
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	余暇活動や生活の中でのお手伝いを通し、一人一人が役割や活躍の場を持てる環境づくりを支援している。		

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	
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	職員と一緒に散歩やドライブをし、出かける機会を提供している。地域のイベントやお祭りなどにも積極的に参加している。買い物などにもお連れし、楽しさを感じていただいている。	日常的な散歩は職員と一緒に買い物など楽しみの一つとなっています。夏季の菜園作業やウッドデッキでの外気浴、また、ユニット間に設けられたパティオでの鉢植えの花々の鑑賞などに加えて、地域の祭りや少し遠方へのドライブなど閉じこもりの防止への支援が継続されています。		
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	ご家族様と相談しながら、ご本人が扱える金額をご用意していただき、そのお金で定期的買い物支援を行い、希望に合ったものを購入していただいている。また、個人管理の難しい方は、事業所で一時立替を行い、ご家族の了承を得ながら買い物支援を行っている。			
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	希望があった際には、自由に電話、手紙の支援を行っている。			
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	落ち着いて、安全に生活ができるよう、なじみの家具や思い出の品や写真を飾り、居心地の良い空間を意識している。庭は広く、野菜を入居者様と一緒に作り、収穫作物は日常の食材として利用している。リビングや中庭には季節の花を飾ったりし、季節を感じていただけるよう支援しています。	広い廊下の両側に配置された居室、寛ぎの場となっている大きなソファのあるリビング、機能的なスタッフスペース、玄関脇の相談室など全体が心地よい共用空間となっています。また、夏季には鉢植えの花々が咲く二つのユニット間のパティオが利用者の憩いの場となっています。		
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	リビングは、人間関係や車いすの利用などを配慮し、基本の座席を設定しております。リビングでは入居者様全員が居心地の良い環境であることを考え、職員も声の大きさや動き方に注意しながら一緒に過ごしている。			
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	居室には自宅で使用されていた家具や仏壇など、思い入れのある品を置いて頂き、居心地の良い安心して過ごせる環境づくりに努めています。	利用者の使い慣れた生活用品の持ち込みは、個人差で違いがあるもののベット、テーブルと椅子、小さなソファ、茶器を揃えた茶箆筥、仏壇、植物の鉢などが整然と並び、安心と寛ぎの居室となっています。		
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」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	一人一人の身体状況や認知症場を考慮しながら、自立に向けた環境づくりに取り組んでいる。廊下やトイレ、浴室などの各所に手すりを設け、出来るだけ自立歩行できる様な環境を整えたり、ご自身の自室が解る様な工夫をしている。			