

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	0170202899		
法人名	株式会社 TSヘルスケアネットワーク		
事業所名	グループホームら・そしあ 3階ユニット		
所在地	札幌市北区新川1条6丁目3番3号		
自己評価作成日	平成25年1月18日	評価結果市町村受理日	平成25年4月1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.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0170202899-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【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)】

グループホームら・そしあは、2ユニット18名定員で、平成18年3月に開設。平成22年4月からショー
トステイ2名(空床利用型)も利用可能となった。3階建ての2階・3階が居住空間でデイサービスセンター、
居宅介護支援事業所、ホームヘルプサービスステーション、訪問看護ステーションが併設されている。
ユニットはバリアフリーとなっており、エレベーターやスプリンクラー等もあり、安全面にも配慮している。
利用者本位のケアができるよう、外部研修の参加や内部研修を実施し、人材育成にも取り組んでいる。
開設当初から町内会に加入し、行事への参加や近隣住民の避難訓練の協力など交流もすすめている。
外出行事・誕生会・ボランティア訪問等、個別対応や家族参加で楽しんだだけの企画も実施している。

【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 25 年 2 月 27 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)】

郊外の交通量の多い道路に面した場所にある2ユニットのグループホームです。建物は3
階建てで、1階がデイサービス、2～3階がグループホームとなっています。医療機関の
関連法人が運営しており、往診や医療機関との協力体制が整っています。建物内は広く清
潔で、キッチンやスタッフルームから共用部分の全体を見渡すことができます。トイレや
浴室も広く、エレベーターもあり、バリアフリーが行き届いています。観葉植物や雑誌、
カラオケマシンなどが置かれ、手作りのカレンダーや季節の装飾などが飾られて、家庭的
な雰囲気を醸成しています。また、全体が暖かく、湿度、明るさも調整され、快適に過
すことができます。職員は理念を共有し、利用者一人ひとりに明るく優しく接してい
ます。また、職員が働きやすい職場づくりを実現しています。食事の面では、彩りが豊富
で、品目数も充実した美味しい食事が提供され、利用者と職員が楽しく会話しながら食
事を楽しまれています。行事では、花見やいちご狩り、紅葉見学、クリスマスツリー見物、食
事ツアーなどに出かけています。

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、活き活きと働いている (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	事業所理念に「地域との関わりを大切にす」内容を取り入れ、理念をスタッフステーションに等に掲示している。職員間で共有できるよう会議等に取り上げ、実践できるよう努めている。	法人の理念の他に3項目からなるホーム独自の理念を作り、その中で「地域との関わりを大切にす」という文言を加え、地域密着型の理念として確立しています。理念はスタッフルームに掲示し、会議や研修の際に確認しています。	
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	町内会に加入し、町内会長と連携をとり、行事に利用者・職員が参加。散歩時には近隣の人々に積極的に挨拶している。事業所の避難訓練は、町内会の協力の下、実施している。	町内会に加入し、ごみ拾いなどの行事に参加するほか、散歩の際に住民と挨拶しています。手品や歌などのボランティアを受け入れたり、避難訓練の際に地域の消防団員の協力を得ています。	
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	上記のように地域との交流があり、併設のデイサービスセンターには近隣の人々の利用も増えている。今後は、認知症の人の理解に向けた地域活動の検討が必要である。		
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2ヶ月に1度開催し、利用者の状況やサービスの実際について、報告し、話し合いを行っている。アドバイスや意見を参考に、サービス向上につながるように努めている。	運営推進会議は2ヵ月毎に開催され、地域包括支援センター職員、町内会長、利用者家族、有識者などが参加しています。防災や外部評価、行事など様々なテーマで討議しており、参加者がホームの食事を試食する機会も作っています。	
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取り組んでいる	市役所の担当者や地域包括支援センターの職員と連絡をとり、サービスの実施状況やショートステイの運用など相談・報告し、協力関係を築けるよう努めている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加を得ています。また、管理者が区の管理者会議の役員となり、行政担当者と情報交換をしています。ショートステイの運用などの件で、行政に相談や報告をしています。	
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	禁止の対象となる具体的な行為については、職員間で話し合いをしている。対象となる行為は行っていない。ホームの立地上、交通量が多いため、時間帯や職員の配置人数等を考慮して玄関を開錠している。	身体拘束は行っておらず、研修資料をもとに定期的に勉強会を行っていますが、禁止の対象となる具体的な行為が明示されたマニュアルは作成していません。共用部分からエレベーターホールへのドアは周辺の交通量が多いことによる危険性を考慮して施錠しており、外出の気配があれば察知して開錠するようにしています。	身体拘束の禁止の対象となる具体的な行為を明示したマニュアルを作成し、事例検討なども加えた勉強会を開催することを期待します。
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法関連の外部研修に数名参加し、内部報告会で、虐待に当たる事項などの確認をしている。一人ひとりの人格尊重し、プライバシーを損ねないケアをすよう努めている。		

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
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	権利擁護の制度に関する内部研修会を実施しているが、活用できるような支援に至った例はまだない。		
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	契約時や改定等の際は、時間を取り、重要事項や改定事項等の説明を行い、同意を得るようにしている。解約時にも、今後の方向性の相談に応じている。		
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	利用者・家族から日常のお話を伺っている。また、運営推進会議を開催し、各階に意見箱を設置している。意見要望等があれば、職員間で検討し、運営に反映できるよう努めている。	家族が来訪した際や、運営推進会議に参加した際に意見を収集したり、情報交換を行っています。家族の意見は会議などで共有しています。毎月、ホーム便りを作成、送付し、利用者の様子を家族に伝えていきます。	
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	日頃から職員間の意思疎通を良くし、話しやすい雰囲気作りをしている。ユニットの会議や個別に聞いた意見を、反映できるよう心がけている。	月1回、ユニット毎の会議があり、職員同士で活発に意見交換しています。参加できない職員にも事前に意見を聞いています。また、年に1度、管理者と職員の個別面談を実施しています。行事や研修、食材、装飾、物品管理など、職員が役割を分担して運営に参加しています。	
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	現在の職員の勤務状況は比較的良好であり、ほぼ全員が的確な判断で業務を遂行している。今後は、定期的に人事考課等を実施し、個々の実績を評価することで、モチベーションを高めていきたい。		
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	外部研修に参加し、その後報告会を行い、月に1度は、「認知症介護実践研修」に準じた内容の研修を実施し、ケアの質の向上に活かせるよう取り組んでいる。		
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	札幌市、北区グループホーム管理者連絡会議、職員研修会等で交流する機会を持ち、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

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	入居前にホームの見学をしてもらうとともに、昔のこと、家で過ごしていたころのことを聴きながら、本人の困っていること、不安なこと、求めていることを聴きだし、信頼関係を築くようにしている。		
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	入居前にホームの見学をしていただく。家族から本人の情報を伺い、ご苦労や不安・困っていることなどに耳を傾けるとともに、本人がホームで安心して生活している姿を見てもらえるよう、ケアに努めている。		
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	相談時には本人や家族の思いを十分に聴き、その時必要としている支援やサービスにつなげるようにしている。		
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	職員は本人と会話する時間を大切に、特に食事や入浴の際、ゆったりとした時間を使い、コミュニケーションをとり、昔の話や知恵など、たくさんのことを学び、支えあう関係を築いている。		
19		○本人と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	本人が心地よく暮らしていけるように、職員は家族の来訪時や電話でのコミュニケーションを大切に、本人の日常生活の様子や職員の思い等を伝え、家族からも生活歴や在宅時のことをきき、一緒に支えていく関係を築いている。		
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	外出、外泊、友人の訪問、遠方の家族からの手紙など、本人の意思を尊重し、プライバシーを損ねないよう、家族等の協力を得ながら、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	友人や知人が来訪する利用者もおり、手紙のやりとりも支援しています。住んでいた自宅や自宅のある町内会の会合、本屋、100円ショップ、デパートなどに出かける際に、希望に沿って支援しています。	
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	毎日の体操や歌にはできるだけ全員参加していただき、お茶や食事の時間は利用者同士の相性を考慮した座席とし、職員と一緒に会話を持ち、楽しい時間が過ごせるように働きかけている。		

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
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	退居後も家族からその後の様子を尋ねたり、実際に本人に面会したりするなど、家族の気持ちに添った話し、継続してお付き合いできるような心がけている。		
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	日々本人の声に耳を傾け、生活歴や希望を把握し、生活場面や会話あるいは家族からも情報をいただきながら、本人の意向を汲み取るよう努めている。	言葉で思いや意向を表現するのが難しい方の場合も、表情や仕草を見て意向を把握しています。利用者毎の基本情報や課題分析シートを使い個々の情報を把握、共有しています。	
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	利用開始時に家族やサービス事業所から生活歴や経過等を情報収集し、入居後も本人、家族から状況を確認している。		
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	一人ひとりの日常生活の過ごし方から、その人にあつた役割を見つけるとともに、バイタル測定や食事・水分摂取量の記録などから心身状態の把握に努めている。		
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	本人や家族の希望を伺いながら、月に2回のカンファレンスで、本人らしい生活の継続を視点としたアセスメントを行い、介護計画を作成し、モニタリングや計画の見直しもやっている。	介護計画は6ヵ月で見直し作成しており、必要があれば都度の見直しも行っていきます。一方、モニタリングやカンファレンスを行う間隔や、ケアプランの目標項目に連動した日々の記録の方法がユニットによって異なっており、統一されていません。	個々のモニタリングやカンファレンスを行う間隔のルール化、およびケアプランの目標項目に連動した日々の記録の方法について、両ユニットが統一してルール化することを期待します。
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	血圧、脈、体温、食事、水分量、排泄状況、本人の言葉など日々の様子を個別に記録し、情報を共有するとともに、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	本人や家族の状況に応じ、通院や外出行事などで個別対応、家族参加も取り入れ、支援している。		
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	利用者が安心して暮らせるよう、避難訓練では消防の立会いや地域住民の協力をいただいている。近隣や町内会からボランティアに来て頂いている。		
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	協力病院から月2回の医師の往診を実施し、必要に応じて、通院・検査し、異変時の早期対応とともに健康管理をしている。かかりつけ医が異なる場合は通院の援助をしている。	協力医療機関による月2回の往診があり、その他のかかりつけ医を受診する時も、ほとんどの場合ホームで通院を支援しています。受診内容を個人毎にケース記録に記載し、必要に応じて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	併設のデイサービスの看護師が週に数回訪問し、職員の情報提供等で利用者の健康状態を把握してもらい、状況によって受診が必要かどうかなどの相談をしている。		
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。	入院時には介護添書を提供し、病院の医師、看護師、ソーシャルワーカー等と情報交換、相談しながら、早期に退院できるよう連携している。		
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	重度化した場合や終末期のあり方についての指針があり、利用契約時に本人・家族に説明している。変化があった場合には、本人・家族の意向を十分に汲み取りながら、支援している。	利用開始時に「重度化した場合の対応に係る指針」を本人、家族に説明し、同意を得ています。実際に重度化した場合は医師と相談の上で入院となる場合が多く、過去に看取りは経験していません。	
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	緊急時の対応についての研修を行い、職員間で確認している。救急救命講習にも参加しているが、新任職員も増え、定期的な訓練が必要である。		
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	夜間の火災を想定し、地域の人々の協力を得て、年に2回、避難訓練を行っている。また、2ヶ月に1度、職員間で自主訓練も行っている。	年2回、夜間を想定した避難訓練を消防署や町内会長、消防団の協力のもと行っています。救急救命訓練もほとんどの職員が受講しています。備蓄品については、非常時の食料の準備がまだ十分ではありません。	災害時に必要と考えられる非常時の食料についても、準備することを期待します。また、火災以外の、地震や停電、断水なども想定した準備を期待します。
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	話し方、排泄、入浴介助等において、不快に感じない、自尊心やプライバシーを考慮した対応をするよう心がけている。	呼びかけは「さん」づけを基本としており、全職員が丁寧な言葉づかいを心がけています。利用者へのより良い対応に関する内部研修も行っています。全体が見渡せるスタッフルームで、記録の記載とファイルの保管を行っています。	
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	本人の思いや希望、好み等を把握し、できるだけ自己決定できるよう、表情やしぐさからも思いを感じ取るよう努めている。		
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	その時々本人の気持ちやペースを尊重し、出来る限り、本人の意に添うように過ごしていただけるよう心がけている。		
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	必要に応じて介助し、身だしなみやおしゃれができるよう支援し、自己決定できる利用者には衣服を選んでもらっている。		

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
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	色彩、盛り付け、季節感に配慮し、一人ひとりの好き嫌いや量、形態などを把握し、提供している。配膳、下膳、野菜等の下処理や後片付けなどを一緒に行っている。	利用者が能力に応じて、野菜の下ごしらえや下膳、食器拭きなどを手伝っています。彩りや品目の豊富な食事が提供されており、利用者と職員と一緒に会話を楽しみながら食事をしています。また、毎月外食ツアーも行っています。	
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	毎日個別に食事・水分量を把握し、記録している。一口大や固いものは刻むなど、本人の好む形態や飲み物の変更・ゼリー等で、必要量が確保できるよう努めている。		
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	個々の状態にあわせて、食後にブラシやガーゼ等で清潔保持に努め、訪問歯科による口腔清掃等を行っている。		
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	日常生活で排泄のパターンを記録、把握して、話し合いで誘導時間を検討し、なるべくトイレで排泄が出来るよう、本人のようすも見逃さず、おむつ・パットは最小限の使用を心がけている。	バイタルチェック表で利用者の排泄パターンを把握し、必要に応じて誘導しています。誘導の際は羞恥心に配慮し、耳元でさりげなく声掛けしています。オムツやパットを利用する方も日中はなるべくトイレで排泄できるよう支援しています。	
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	繊維質の多いものや水分を摂ってもらい、食事・水分量、排便量や形態、頻度などを把握し、個々の状況を医師に相談し、緩下剤で調整し、便秘予防に努めている。		
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	血圧や熱、体調の変化を把握し、本人の希望を確認して、プライバシーにも配慮しながら、ゆっくり満足して入浴していただいている。	毎日入浴可能で、個々の利用者が週2回程度、主に午後の時間帯で入浴しています。入浴を拒む場合はタイミングを変えて誘い、入浴につなげています。湯加減を利用者の好みに合わせ、気持ちよく入浴しています。	
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	個々の状況にあわせて、日中休んでいただいたり、活動的に過ごしていただいたり、落ち着いて眠れるように支援をしている。起床もその人の状況にあわせている。		
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	利用者の病名を理解し、服薬内容を把握できるように努めている。服薬忘れや間違いが起こらないよう、必ず職員間で声かけ、確認を行っている。		
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	生活歴等を参考に個々にあわせ、楽しみや役割を担っていただき、外出や散歩、ボランティアの訪問や2階・3階の交流などの支援をしている。		

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
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	春から秋にかけて天気の良い日にはできるだけ散歩をしている。月に2回程度、個々の状況にあわせ、車で美術館や工場見学、外食などを実施している。家族の協力の下、外出、外泊の時間も大切にしている。	日常的には住宅街の散歩やコンビニエンスストアへの買い物、花壇や菜園の見物などで外出しています。年間行事では、デイサービスの車を使い、花見やいちご狩り、紅葉見学、クリスマスツリー見物、食事ツアーなどに出かけています。	
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	自己管理している方は少ないが、家族の理解の下、外出時の買物などで社会性の維持につながるよう支援している。		
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をしている	希望があれば職員が取り次いで家族に電話をしたり、本人・家族の了解の下、送られてきた手紙を読んでいる。		
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	共有空間には、大きな日めくり、季節感のある飾り、行事の写真等を掲示している。フロアでは馴染みの音楽やテレビをつけ、ゆったりと落ち着いて過ごせるように工夫している。職員は音の大きさや光の強さの調整にも気を配っている。	居間と食堂が広く、大きな窓があって眺めも良く開放的です。台所やスタッフルームから全体を見渡すことができます。観葉植物や雑誌、カラオケマシンなどが置かれ、壁には手作りのカレンダーや季節の装飾などが飾られて、家庭的で活気のある雰囲気をつくっています。全体が暖かく、湿度、明るさも調整され、快適に過ごすことができます。	
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	ユニットが比較的広い空間となっており、ソファ、食卓テーブル等の、一人ひとりが思い思いの場所で、新聞やテレビを見たりしながらゆったりと過ごしている。		
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	家族と相談し、本人の馴染みのある家具、日用品、家族の写真などを持ち込んでいただき、安心して居心地よく過ごせるようにしている。	居室内には利用者の使い慣れたダンスや鏡台、テレビなどを自由に持ち込んでおり、安心して過ごすことができます。壁にもカレンダーや写真、誕生日の寄せ書きなど、好みのものを自由に飾ることができます。	
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	居住空間はバリアフリーで手すりを設置。トイレも車椅子対応で出来るだけ自立した生活が送れるような造りとしている。床はクッションフロアで安全に配慮している。		