

## 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	0172901134		
法人名	社会福祉法人 美瑛慈光会		
事業所名	グループホーム虹		
所在地	北海道 上川郡 美瑛町 南町3丁目3番8号		
自己評価作成日	平成25年11月9日	評価結果市町村受理日	平成26年1月16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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0172901134-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0172901134-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 NAVIRE
所在地	北海道北見市本町5丁目2-38
訪問調査日	平成25年12月10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)】

家庭的な雰囲気の中で、決められた日課や時間にとらわれず、入居者それぞれのペースで生活していただいている。併設している小規模多機能事業所からの住み替えで入居された方が殆どで、利用開始当初から馴染みの環境や人の中で暮らすことができる。

## 【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)】

当ホームは多くの施設を有する法人グループの中の唯一のグループホームになっています。小規模多機能ホームが玄関を隔てて同一建物の中にあり、職員だけでなく利用者の行き来も常にあり、少人数のホームであっても寂しさを感じることなく賑やかに過ごせています。小規模多機能からの移って来られる方も多く、違和感なく利用されています。往來の要所でもある玄関には創設者の普通の暮らしを重んじた運営理念と地域とのつながりを大切に七彩の言葉が掲示されており、利用者は勇気付けられ、職員は自らの目標として意識付けをしています。小規模多機能は民家を改修した建物であり、このホームはその建物に増築されており、周囲の住宅と同じく普通の家として存在しています。テラスからは爽やかな煙や花壇を見渡すことができ、いつも美瑛の美しい四季を感じることができています。七彩の言葉にもあるように「自然」との交流・交感の中で生きることを感じさせてくれています。

## 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 掘りこんでいる (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. ほとんど掘りこんでいない	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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の間 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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	
<b>I.理念に基づく運営</b>						
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	法人としての理念はあるが、事業所としての理念はない。今後、職員全体で理念を作り共有、実践していきたい。	「虹の七色」として利用者が理想とする生き方、運営理念として法人の創設者の言葉が玄関に入った所に掲示しています。グループホーム独自の理念を、利用者・家族・地域・職員等と共有する事で支援の実践に繋がりたいと、今年度中の作成に向け検討しています。		
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	地域の集いには利用者、職員で参加している。運営推進会議等でも情報交換や交流をしている。法人の行事についても、地域住民や関係者を対象としている。	小規模の管理者は、総会に出席する事でその場を借りて要望や広報を行い、話し合われた内容をホーム内で報告しています。推進会議のメンバーから積極的に避難訓練の協力を地域に呼び掛け、多くの方が参加しています。日々の散歩や外気浴で挨拶を交わし、町内の祭りやイベントに利用者と一緒に出かけ、美瑛ならではの地域を感じています。		
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	運営推進会議で認知症の勉強会を開いている。運営推進会議の中で認知症サポーター養成講座を実施し、地域のサポーターを増やすことができた。			
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践、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	事業所の取り組みを報告し、運営に対し理解は得られたが、意見やサービスの向上という段階まではまだ発展していない。	多彩なメンバー構成により、2カ月に1度運営推進会議を開催しています。法人グループの「小規模多機能虹」「サテライト特養燈」と合同で開催し、取り組みの報告や意見交換、認知症講座、避難訓練の同時協力が行われサービスの向上に活かしています。	運営推進会議での検討は、利用している家族や地域に開かれたサービスの実践、ケアの質の確保を図る事が目的であり、議事録の充実を図り、出席されていない家族全員に配布する事で、情報を共有する事が望まれます。検討してほしい内容が、提案し易い取り組みにも期待します。	
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	必要に応じて事業所の実情を伝えるようにしている。困難ケースに対しては、相談し、連携しながら関わっている。	管理者は、小規模の管理者が毎月開催される町主催の地域ケア会議に出席し、町内の福祉関係の事業所と交流・情報交換の経過を聞いています。直接行政の窓口を訪問し、困難事例の相談や手続き、報告書の提出などを行っています。		
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	夜間のみ玄関の施錠をしている。身体拘束ケースはないが、身体拘束に関しての正確な理解度としては全体的に低く、今後勉強が必要。	契約書には、身体拘束その他利用者の行動を制限しませんと定め、マニュアルを用い正職員採用時に研修をしています。転倒防止の為に夜間センサー設置については、本人・家族と十分に話し合い、職員が出来るだけ早く駆け付けられるようにしています。経過の評価も行い検討を続けています。また、玄関の施錠も夜間以外はしていません。		
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	虐待のケースがあり、地域包括と協力しながら家族と話し合い、レスパイトをすることで状況を改善している。学ぶ機会が少なく、今後計画的に勉強会を実施していく必要がある。			

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	管理者は、研修等で学んでいるが、もっと理解が必要。		
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	その都度問題なくできている。		
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	機会が乏しく、家族会をつくりたいが多忙な家族が多く、実現可能かが心配。	家族には面会時等に直接日頃の様子を報告し、意見や要望を聞く機会としています。グループホームからは不定期に「虹通信」の発行や遠方の家族には個別にお便りも送付しています。今後はより言い易い環境作りとアンケートの検討もしています。	
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	年に何度か個人面談を行っている。年度開始前に、各スタッフからプランニングシートを提出してもらっている。	月1回合同でカンファレンスを行い、利用者の状況や運営に関する話し合いの場があります。意見や提案が反映され職員の意見を尊重しています。個別に管理者との話し合いや、法人の事業部長との面談の場も設けられ現状の様子が伝えられるようになっていきます。	
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	内・外部研修の機会や企画を担当させるなど、目標や課題を与えて取り組んできた。労働時間やシフトに関してはできるだけ負担の少ないようにスタッフに相談しながら組んでいる。		
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	年度開始前に提出してもらったプランニングシートで目標や課題を見出す。内・外部研修の機会や企画を担当させるなど、目標や課題を与えて取り組んできた。		
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	他事業所とのケース検討会や勉強会を何度か行っている。		

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
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	相性などを考慮し、入居者にはケアマネの他に担当職員を付けている。慣れないうちは担当職員を中心に意識的に関わっている。		
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	当面のプランはサービスの利用に慣れるということで設定し、頻りに連絡を取り合いながら状況について共有を図り、定期的に面接を行うようにしている。		
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	サービス開始前に、本人・家族との面接により、課題やニーズを整理し、他の選択肢を紹介した上で利用を決めてもらっている。		
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	ライフサポートプランを基に本人を主体に、家族や地域、事業所との関係を整理した上での支援を考えている。		
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	ライフサポートプランの作成や更新時には、必ず家族と話し合い、その中で家族の役割を明確にし、了解を得た上でプランを実行するようにしている。		
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	年に何度かは知人や親族に会う機会を作ったり、自宅へ行く機会も作っている。また、行きたい場所に一緒に行くなど、本人の思いに可能な限り応えるように取り組んでいる。	利用前からの主治医へ受診の対応が行なわれ、理美容についても昔から利用している店に送迎で関わっています。直接家族が対応する場面もあり、家族との関係継続の支援もしています。友人や知人の面会もあり職員が間に入り、状況を伝える事もあります。	
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	利用者同士の関係に関しては、日頃のケアや関わりから評価し、利用者のストレスにならないような配慮をしている。場合によってはトラブルを回避する為に、スタッフが間に入るなどしている。気の合う仲間同士を見極め、座る位置なども配慮している		

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
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	情報提供や、状況が落ち着くまでの経過を把握することに努めたり、契約が終了しても、いつでも連絡してもらえるような関係を継続できるよう伝えられている。		
<b>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</b>					
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	本人の視点を意識してライフサポートワークを作成し、実行している。家族支援が本人の支援に繋がることも意識している。	利用開始時には細かく情報収集し、シートにまとめ定期的に再記入する事で、状況の変化を掴んでいます。利用者の出来る事や経歴、嗜好、趣味等、利用者にとって一番大切な事の把握に努めケアに活かしています。利用者の何気ない様子や一言、家族から直接聞く事で意向の把握に努めています。	
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	家族や本人、利用していたサービス事業者から情報を収集し、シートにまとめ共有している。また、日頃の会話の中からも情報収集できるように意識しながら関わることもある。		
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	主にライフサポートワークを活用し把握に努めている。		
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、家族、担当スタッフを中心に、介護計画を作成し、ケースによっては随時カンファレンスを開催しているが、基本的には更新時に定期カンファレンスを開催している。	ケアマネジャーが中心に、職員から意見や気付いた事を聞きモニタリング内容を記入しています。事前に作成したプランを職員に提示する事でチェックしてもらい、カンファレンスで検討を行い、その意見が新しいプランに反映されています。	
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	記録に関しては、客観的事実と、主観を分けて記載できるような工夫をし、スタッフ個々のアイデアを自由に記載できるようにしている。また、気づき、振り返りノートというものを活用し、気づきを共有している		
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	行事や外出など、併設している小規模多機能事業所と連携しながら協同行うことが多い。		
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	本人のこれまでと現在の人間関係や地域とのつながりを把握し、途切れないように支援する方針はあるが、もっと情報があれば豊かになると思っている。		
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	事業所に対応する際において、診察の結果については随時家族に報告しており、今後の対応についても、その都度相談しながら行っている。必要に応じて家族と共に付き添うこともある。	グループホーム入居前のかかりつけ医を継続しています。受診はホームで対応し、家族には状況を報告し状況に応じて家族と一緒に受診する事もあります。	

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	必要に応じて報告、連絡、相談し、指示を仰いでいる。		
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。	入院中の経過に関しては訪問、連絡等で随時把握に努め、情報交換や今後の方針についての話し合いも行っている。		
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	必要に応じて随時、話し合っている。その中で事業所でできることについても伝えている。	医療関係者とは連携も取れており、必要時には主治医・看護師・家族・職員と十分に話し合い、終末期に向けたケアを取り組んでいます。今後はこのグループホームとして出来る最大のケア内容について書式化する事と、終末期ケアについての職員研修の充実を検討しています。	
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	何人かの職員は研修や勉強会を通じて学んでいるが、経験年数の少ない職員に関してはスキルが乏しく、今後研修や訓練が必要。		
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	火災における訓練に関しては、運営推進会議を活用し、地域との連携について話し合っている。地域住民が参加した形での避難訓練も実施できたが、マニュアル不十分等まだまだ課題が残っている。	年2回消防との協力で避難訓練を実施しています。前回の課題であった火災時マニュアルの作成に着手し、地域住民に協力の呼びかけも行っています。「小規模多機能虹」と合同で地域の多くの方の協力のもと訓練が行なわれ、消防からのアドバイスや、地域の方からの提案も寄せられています。	今後はこの「グループホーム虹」の立地から、どんな災害の可能性があるかの検討と、利用者に合わせた対応策の話し合いが行われる事を期待します。また、あらゆる災害に備えて食料・水・寒さを凌げる防寒具や暖房についての検討も望みます。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	スタッフとの個人面談の中で振り返りシートを活用して再認識している。事業所全体のルールを作成していきたい。	利用者ひとり一人の人格や個性を大切に支援しています。今後も職員個々の意見を取り上げ、気になった事は職員同士も指摘し合えるように、目標に理念を含め定めて行きたいとしています。	
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	重度の認知症の利用者の本心や希望を適切に察することができないことがある。日々の関わりから「なぜ？」という疑問から本人の立場に立つて考えるということを意識していく必要がある。		
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	本人のペースに合わせた関わりを意識していると共に、24時間シートの見直しを行っているが、現状としては、職員数の関係で、その都度希望に応えること難しいことが多い。		
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	日々気をつけているが、状況によっては行き届かないことがあり、改善の必要がある。		

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	動作に関してはアセスメントを基に、その日の状態に合わせた支援をこころ掛けている。準備、片付けは協働で行ない、職員も同じメニューと一緒に食べている。	グループホームの厨房で手作りされた食事を、職員と一緒に会話しながら楽しんでいます。出来る力を発揮し、準備や盛り付け、片付けを手伝っている利用者もいます。外食やイベント食で楽しむ工夫もあり、咀嚼困難な方には刻みやプリン食の対応もしています。	
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	摂取量に関してはケアチェック表を活用し、モニタリングした上で支援している。		
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	毎食後行っており、その人に合わせ、必要な部分や不十分な部分を支援している。		
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	ケアチェック表の活用により、日々のモニタリングを活かしながらパターンを把握し、失敗を減らすよう努めている。ADLに合わせて、見守りと介助を使い分けているがスタッフによっての差があるため、アセスメントシートを開発中	トイレ排泄を基本に、一人ひとりの排泄パターンを把握する事で個別に声掛け誘導を行っています。利用者にとってどんなケアがベストなのかをいつも話し合い、利用者が快適に過ごせるように検討しています。	
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	下剤に頼っていることが多く、今後の目標として下剤をなるべく使用しないということが挙げられている。飲食物での工夫に関して各職員が考えており、うまくいくこともある。ドライブや散歩も有効とわかり、必要に応じて実行している。		
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	午前中に入浴していただいている方が多い。体調や気分配慮するよう努めている。	小規模多機能虹と調整しながら、大きなお風呂に入浴する機会を楽しみにしています。入浴が好きな方は、希望により毎日や週に何回も利用しています。拒否傾向の利用者には巧みな声掛けや日にちを変える等、無理のない対応に心がけています。	
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	表情や姿勢などから本人の体調を察し、必要に応じて休むよう促しているが、夜間のことも考え、離床時間を配慮するようにしている。		
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	薬の内容については、担当職員中心に把握しており、いつでも確認できるように個人ファイルに薬の説明書を綴ってある。処方内容が変更された場合は、理由や内容等引継ぎをし周知に努めている。		
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	ライフサポートプランで暮らしのこだわりなどまとめていくが、活かしている機会としてはそれ程多くはなく課題になっている。		

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
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	その日の希望にタイムリーに応えることは職員の人数から難しいことが多いが、可能な限り対応するようにしている。事前に希望を訊いてから日程を調整し、個別に対応することが多い。	近隣の散策やホーム前で外気浴をする等、戸外に出かけられる機会を作っています。町内のイベントや美瑛町の祭りにも利用者と一緒に出かけています。ドライブの機会も多く持ち、見慣れた風景を楽しめるひと時を過ごしています。法人グループの他の事業との交流も、知人と会える大切な機会となっています。	
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	自己管理できる方がいない為、事業所で管理している。		
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	電話は希望時にいつでもできるようにしている。		
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	職員全員で居心地が良く、利用者にとって使いやすい環境づくりを目指している。現在も思考・実施中	吹き抜けのある開放的なリビングには、多くのソファやテレビが設置され、思い思いの場所で利用者はくつろいでいます。火の見えるストーブが、視覚で暖かさを感じさせ、厨房で調理される匂いが、食欲を誘ってくれます。室温や湿度も適宜調整され、利用者が快適に暮らせるように配慮しています。	
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	共用空間のしつらえやレイアウトについては、課題になっている。現在も思考・実施中。		
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	生活感が乏しかったり、私物が少なかったりと、課題は多い。その人にあったオリジナリティの高い居室を作っていく。現在も継続して思考、実施している。	居室にはベット、クローゼットが設置され、利用者は使い慣れた寝具や衣類を持ち込んでいます。自分らしい空間となるように、家族の写真や手作りの作品を掲示する事で、安心出来るように工夫しています。ベットや直接布団で休めるように、要望に応える対応となっています。	
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	ものの配置など、安全面を考慮しているが、定期的に見直ししていく必要がある。		