

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	01925000056		
法人名	社会福祉法人 古平福祉会		
事業所名	認知症グループホーム 夕風		
所在地	北海道古平郡古平町字浜町645番地 いきいき生活支援センター風花内		
自己評価作成日	平成26年6月21日	評価結果市町村受理日	平成26年7月23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_2013_022_kani=tr ue&JigvosyoCd=0192500056-00&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号室
訪問調査日	平成26年7月5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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしい生活や生き方を重視し、日々の支援にあたっています。 ・また、個人計画も同様の内容を意識し、3ヶ月おきに更新し作成しています。 ・身体機能が維持向上できるように、月1回は機能訓練指導員に訪問して頂き、運動を行なっています。また、日々の生活の中にも全身体操や嚙下体操、レクリエーションを行ない、楽しみながら体力の維持ができるよう心掛けています。 ・毎月の行事や畑を通し、地域の交流や四季を感じ取れるよう支援しています。

【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)】

<p>当事業所は、古平町中心街から南方向の閑静な住宅地に位置し、敷地1402㎡の広さに立つ2階建ての複合施設で、2階には高齢者共同住宅があり、1階に認知症対応型デイサービスセンターと居宅介護支援事業所を併設しているグループホームである。向かいには町福祉施設と診療所があり、盆踊りなどの行事を共同で開催するなど地域との協力関係が築かれている。施設内の共有空間は、廊下も幅広く、リビングや食堂もゆったりとした設備で、リビングにはいつでも外気を感じられるテラスがあり、敷地内には菜園もある。運営法人は障がい者施設を運営している社会福祉法人で、地域からの信頼も厚く、構築されたケアの理念を高齢者介護に活かしている。職員は、声掛けやプライバシーを尊重し、利用者本位のケアを心がけており、事業所の理念である「在宅生活の継続」「地域で暮らす」「地域とつながりを継続できる環境・関係性」の実践に努めている。古平町唯一の認知症高齢者の支援施設として期待したい。</p>

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	法人としての理念を掲示。当事業所の理念も、会議時に各スタッフへ共有し実践に繋がっている。	法人の理念は、事業所内に掲示し、事業所の理念は、事業所のパンフレットにて明示している。毎月の会議等で、理念の理解を深め、職員間で共有して実践につなげている。	
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	地域のお祭りや敬老会などへ参加。盆踊り大会は、当事業所と役場が共同で計画し、踊りのサークルの協力や地域住民へ参加を呼び掛け交流を大切にしている。	地域の行事や敬老会、お祭りなどに参加したり、町と共同で盆踊り大会などの企画運営を行うなど、地域と連携した日常的な交流を行っている。	
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	以前はヘルパー実習の受け入れを行っており、昨年は社会福祉士の実習を受け入れ認知症の方への関わりや接し方などを伝えている。		
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	ご家族や地域の有識者を委員として迎え、報告や話し合いを2カ月に1回実施している。頂いた意見は、サービス向上に向けて活かせる様に努めている。	運営推進会議は、町担当者、町内会役員、家族の参加により、定期的に開催して、事業所の運営の報告や意見や要望を聞く機会となっており、意見等はサービスの向上に活かしている	運営推進会議は定期的開催され、運営に関しての意見や要望を聞く機会となっているが、会議の検討内容の議事録を整備して、運営推進会議委員及び家族への報告を速やかに行うよう期待したい。
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	古平町高齢者福祉協議会や余市グループホーム協議会へ参加し、協力関係を築いている。又、町内会長や近隣住民の方へ緊急時の協力体制も依頼している。	町と共同で行事を企画したり、高齢者福祉協議会などへ参加するなど日常的に行政と連携しており、協力関係が築かれている。	
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	マニュアルや内部研修を通して、スタッフ間で対応を共有し取り組んでいる。必要以上の施錠は行わない。転倒予防でセンサー使用の方もおられるが、外せるよう毎月2回話し合いの場を持ち協議している。又、その内容を報告しご家族へ同意を頂いている。	身体拘束をしない指針やマニュアルを整備して、職員を外部研修会や内部研修会に参加させ、職員間で共有している。一部の転倒予防センサー利用も必要最低限度で、理由書及び同意書を整備し、報告して対応している。	
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	会議や外部評価を通して、スタッフ間で情報の共有や理解を深めている。		

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	成年後見人制度を活用している入居者がおり、経過を報告しながら支援している。また、法人内でも任意後見人を設立したため、研修以外でも、会議にて内容を学ぶ機会が増えている。		
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	入居や退居の際は、ご本人もしくはご家族に伝わる様意識し説明や対応をしている。また、制度の改正や体制の変更があった場合は、その都度、重要事項説明書の変更を伝え同意を頂いている。		
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	玄関にご意見箱を設置している。外部評価にて行うアンケートは職員会議にて報告している。また、運営推進会議でも、ご家族の意見を頂いた時も、出席できなかった方への報告とともに対応している。	事業所の便りとして「風花新聞」を二ヶ月に一度発行して、運営状況を家族に報告している。また、玄関に意見箱を設置し、食事に関するアンケート調査を行いメニューに反映するなど利用者や家族等の意見を運営に活かしている。	
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	毎月職員会議にて、幹事・統括・管理者が出席し、業務や医療、入居者の状況などの意見や提案を報告し反映する機会がある。	毎月1回ケース会議と全体会議があり、業務上の課題や運営状況、利用者のカンファレンスなどを含め検討しており、職員からの意見や提案は運営に反映している。	毎月会議を実施して、職員からの意見や提案を聞き取り運営に反映しているが、職員個々の意見や人材育成も含めた年1回などの定期的な個人面談による職員の意見を聞く機会の活用も期待したい。
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	統括や管理者が個々の職員の勤務状況の把握をするよう努力している。また、資格手当や居室担当など責任を持ち勤務するようにしている。シフト勤務可能かによって、準職員と正規職員の差があり努力や力量により、役職や委員への人事もある。		
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	全職員が年1回、経験年数や配置に合った外部研修へ行くようにしており、会議にて報告も行っている。内部研修は、少なめだが現場で必要なことを実施している。		
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	外部研修、余市グループホーム協議会、法人内の会議などを通し、懇親会も含め出席するようにしており、交流の機会を設けている。		

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
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	入居前訪問にて、ご本人やご家族から不安や要望を聞き取りアセスメントをしている。また、入居後も安心出来るよう配慮し、新たな変化に気付けるよう意識している。		
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	入居前訪問による聞き取り以外にも、面会や電話にて経過報告を行い、ご家族の不安や要望の聞き取りを継続している。		
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	在宅での状況やご本人やご家族のニーズをくみ取り、支援を開始している。		
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	日々の暮らしの中で会話を大切にし、趣味や得意な家事などを教えて貰ったり、一緒にを行い信頼関係を築いている。		
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	2カ月おきに通信を送付し、遠方の方へも様子が伝わるようにしている。また、面会や電話にて状況の経過を伝え、今後のケアの相談や協力をお願いしている。		
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	在宅にて通っていた美容室や病院へは継続して通っている方が多い。また、敬老会や祭りなど地域の行事に参加することで、知人との交流もみられる。	馴染みの理容院や美容院、思い出の場所への訪問、地域行事への参加など職員同行にて関係継続の支援に努めている。	
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	リビングにて行う、レクリエーションや体操を通し、交流の機会を設けている。また、個々の性格や認知症状を把握し、席配置や誘導をしている。		

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
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	亡くなった方のみだが、その後もご家族とは同じ町内会として交流をしている。交流する機会の場(運営推進会議等)を作り、相談や支援を行えるよう努めている。		
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	各入居者に担当職員をつけ、本人達の意向を聞いて記録している。三か月毎にアセスメントの見直しを行い、入居者のニーズに近いケアを行えるよう努めている。	センター方式のアセスメントシートを活用して、利用者ごとの担当者制にし、利用者の思いや意向を把握して、職員間で共有し本人本位のケアを行えるよう努めている。	
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	センター方式シートを活用し、以前のCMからの情報や家族・知人、ご本人からの話を聞きながら記載や追記を行い、把握に努めている。		
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	入居者の体調変化に気付けるよう、毎日バイタル測定を実施し個人記録に記載している。また、職員間で情報共有が出来る様に入居者の一日一日の記録を記載している。		
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	計画書作成するに当たり、三か月毎にアセスメントの見直しやモニタリングの実施、会議内でカンファレンスを開いて、ケアについて意見を出し合っている。家族へも説明し質疑の場を設けている。	本人の意向を聞き、家族の意見や要望は面談時や電話で聞き取り、医師や看護師の意見書を確認し、職員全員で検討して、介護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	個人記録に一日一日の様子を記載し、職員同士が共有出来るよう、何でもノートの活用や打合せに夜間・日中の様子を報告している。又、毎日、ケアプランに反映した目標が達成できたかチェックしている。		
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	入居者の状況に合わせて美容院や通院等のサービスが提供出来るよう、職員同士で話し合い実施している。また、法人や地域の方に相談して、協力して頂いている(畑等)。		
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	地域の行事(お祭り、敬老会、文化祭等)、法人の展示会等に参加している他、施設内でのクリスマス会に保育園と協力して園児を招待する等、楽しむ事が出来るよう行事を通じて支援している。		
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	出来る限り、以前かかっていた病院へ通院している。また、古平エキサイ会病院Dr.が月1回・佐久間歯科Dr.が年一回往診に来訪される。法人Ns.とも連携をとり、必要な治療を受けられるように支援している。	協力医療機関による月1回の訪問診療があるが、かかりつけ医は殆ど入居以前を継続しており、小樽市や余市町など職員が同行して通院を支援している。また、受診内容は記録して家族へ報告し共有している。	

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
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	毎日のように法人Ns.が訪問され、入居者の状況に応じて治療や受診への提示をしている。また、施設内不在でも法人Ns.に電話で相談や助言を頂く等の連携をとっている。		
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。	特変時にかかりつけのDr.のいる病院へ電話をかけ、相談や必要であれば受診する等の協力体制が出来ている。また、入院時は必要な情報を病院に伝え、定期的に入居者への面会し、Ns.からの話しを聞いて早期退院が出来るよう共有している。		
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	ニーズの把握を行うも、具体的な書式はない。具体的な内容は、必要に応じてご本人や家族へ相談する。出来る限りGHで受入れ・対応出来るよう調整し、必要に応じて次のステップに繋げていけるよう話し合いの場を設けたい。	重度化や終末期に向けた対応は、必要に応じて、本人や家族と打合せして、主治医・看護師の意見や指示の下、事業所として最善の支援ができるよう取り組んでいる。	重度化や終末期については、必要に応じて本人や家族と打合せして、最善策の支援を行っているが、事業所としての現状の態勢での方針を作成し、本人や家族に事業所としての対応を事前に説明し、理解と同意を得るよう期待したい。
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	普通救命講習の定期受講、AEDの取り扱いについても会議や内部研修で職員間共有している。また、救急マニュアルや対応策をいつでも閲覧できるよう事務所に設置している。		
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回避難訓練を実施(消防署員立ち合いの元・指導も受けている)。近隣の施設や町民も訓練への参加をして貰った。防災無線を設置。また、津波時の避難訓練・行方不明者の捜索協力訓練にも参加している。	火災の避難訓練は、年2回消防署の指導の下、地域や近隣施設職員の方の協力にて定期的実施している。また、津波の避難訓練に参加し、今後は原発避難訓練も始まる等地域との協力体制が構築されている。備蓄や発電機も整備して災害対策に取り組んでいる。	
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	日々の会話の中でも慣れ合いにならないよう、尊重した言葉づかい・姿勢を職員同士意識している。個人情報保護マニュアル作成し、みやすい所に設置している。	日常的に声掛け等職員全体で気を配っており、特に居室のドアのガラスにプライバシーを保護するためにロールカーテンを設置するなどプライバシーの確保に努めている。	
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現したり、自己決定できるように働きかけている	入居者の希望や思いを優先し、言葉かけの中で、入居者が自身で自己判断(自己決定)が出来るよう支援している(レク・手伝い・等、選択肢を与える等)		
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	日々の日課はあるが、入居者一人一人のペースが尊重されるように努めている。また、毎回ではないが、ニーズに合わせて個別支援を行っている。		
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	本人の好みを把握して提示したり、買物や美容院等の外出を通して入居者自身が品物を選べる機会を設けたりと、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	食器拭きや片付けを手伝う事で、少しでも食事に興味をもてるように支援している。また、嗜好調査の実施、行事で食事を選択して頂く等、入居者が食事に関して楽しめるように努めている。	食事についてのアンケート調査を行い、利用者の好みを聞きメニューに反映している。また、食器拭きや片付けなど利用者が職員と一緒に行い個々の力を活かした支援を行っている。庭ではBBQや楽しみな外食も定期的に行っている。	
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	入居者一人一人の食事摂取量を記録し、必要に応じて、高カロリーの補助食品の提供や水分強化等、栄養バランス良く摂取できるよう支援している。		
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	起床時・毎食後と計4回、マウスケアを実施。個人に合わせてうがい・入歯を洗う・口腔内の観察等の介助見守りを行う。毎夜に入歯洗浄剤を使用し、入歯に不具合あれば歯科医に相談している。		
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	一人一人の排泄パターンを把握、必要に応じてトイレ誘導を行っている。また、職員間で共有し、少しでもトイレで排泄出来るよう支援している。	利用者個々の排泄パターンを記録したチェック表を職員間で共有把握し、ひとり一人の表情等を確認しながらトイレでの排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	一人一人の排便間隔を把握し、Ns.へ腹部確認や、必要に応じて下剤調整等の相談をしている。また、水分強化・腹部マッサージ・ホットパック等を用いて、出来る限り自然排便出来るよう努めている。		
45	17	○入浴を楽しむことのできる支援 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	三日置きに入浴を促している。入居者の状況(気分がのらない、不調等)に合わせて後日に変更し、安全に入浴出来るよう支援や工夫(職員間で共有し情報出し合っている)を心がけている。	風呂は大小の2ヶ所あり、ゆったりとしたやや大の浴場が利用者に好評である。入浴は週二回程度で、利用者の状況に合わせて、安全に配慮工夫しながら入浴の支援を行っている。	
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	本人の希望や体調に合わせて休息がとれるよう促し、安心して過ごせる為に仮眠時間を意識して支援している。		
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	薬剤情報を薬局より貰っており、必要に応じて閲覧できるように事務所に置いてある。また、副作用等の不明点について、法人Ns.や病院(主治医)に相談している。		
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	入居前の生活歴を把握し、ご本人が興味あるものをケアプランに盛り込む事や個別支援・日中活動・行事等の場で提供し、気分転換に繋がるよう努めている。		

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
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	希望や周辺の散歩の支援を心掛けているが、実施するのが難しい(職員体制の問題)。その為、テラス・花壇や畑での作業・日光浴等の支援、又、昼食ドライブ・美容院・買物にて外出する機会を設けている。	敷地内での散歩やテラスでの日光浴、畑の草取りなど本人の状況に応じて支援している。また、BBQ、外出行事、ドライブ、理容院・美容院や買い物など日常的に外出できるよう可能な限り支援している。	
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	家族と相談の上で管理出来る方はご本人でお金を所持しているが、定期的に所在確認を行っている。管理が不安の方は、小口として預かり、家族来訪時には残高等の確認をして貰っている。		
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	毎年、お正月に年賀状を家族等に送っている。作成する時は入居者と共に行い、一言を聞きとりして代筆している。		
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	リビング・居室前等に季節にあった飾り物を、定期的につけている。又、食堂やトイレ等の使う頻度が高い場所は、入居者が不快な思いをしないよう清潔に努めている。夜間のみ空気洗浄機使用。	共用空間は、全体に広々として、幅の広い廊下で、中央にはゆったりとしたリビングと食堂がある。季節にあった飾りなどが施され、風通しや採光も良く、リビングにはテラスと外には畑がある。廊下には畳の小上がりと合わせた小窓があり、縁側のような懐かしい御休み処があり、居心地のよい共有空間である。	
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	リビング・食堂・小上がりと自由に過ごせるようになっている(テレビを見る・談笑する・本を読む等)。しかし、独りでゆっくり過ごす場所は居室以外では難しい(周りの目がどうしてもある)。		
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	居室になじみのある物をおき、居心地良く過ごせるよう支援している。又、入居時に家族へ、なるべく新しいものでなく使い慣れた物を用意して欲しいと伝えている。配置替えや新しい物を購入する際は、事前に家族へ相談している。	居室のドアのガラスにはプライバシー保護のロールカーテンが設置され、収納棚とクローゼットが別にあるなど配慮が感じられる。利用者は使い慣れた家具や馴染みの物を持参して、居心地良く過ごせるよう工夫をしている。また、夫婦にて入居可能な二人用の居室もあり利用者の状況に配慮している。	
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	1人で動いた時に認識出来るように、居室前やトイレ等に、わかりやすい名前や写真・絵を貼りつけて、工夫をしている。手すりを活用して歩行したり、洗面所の前に椅子を設置して座れるようにしている。		