

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	0174300434		
法人名	有限会社 マザープランニング		
事業所名	グループホーム ぼぶらの家		
所在地	川上郡標茶町富士5丁目16番地		
自己評価作成日	平成25年11月21日	評価結果市町村受理日	平成25年12月18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=0174300434-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人北海道社会福祉協議会		
所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地		
訪問調査日	平成25年11月21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)】

<p>1. 利用者がのんびり、ゆったりした環境の中で生活できる家になりたい。 2. 利用者は誰からでも慕われ、尊敬され、安心して生活できる雰囲気をつくる。 3. 健康で安心し、安全で楽しく生きがいを実感し、明るい暮らしが保障される住まいを目指す。 4. ぼぶらの家は町の中心で商店街に近く、隣に広い公園があり、昨年までの幼稚園が児童館に変更され、夕方になると学童保育児童が利用するようになった。夜間は自動車の騒音も少ないため、安眠できる環境にあり、公園は利用者の散歩コースとして日常的に利用することが多い。 5. 1ユニットであるがホームで愛犬を飼育しており、時折利用者が餌やおやつを与えたり、散歩から戻って愛犬と戯れ、癒しを受けることも多い。 6. 菜園やビニールハウスで野菜を作り、収穫された野菜が調理され食卓に上ると、菜園の話題で盛り上がることもある。</p>
--

【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>当事業所は平成13年に、高齢者福祉と町の活性化、雇用創出を目的として、町内の4人の経営者により開設された。「利用者が地域の中で、穏やかに、人間として尊重され、自分の持つ力を活かし、生活するための的確で親切的信頼される介護サービスを実践します」との理念を基とし、利用者と家族のために介護支援を提供する場としての役割を担っている。サービス提供の基礎となる介護計画は、センター方式のアセスメントシートのほか、「食事・水分摂取」「排泄」「入浴・清拭」「洗面・口腔・更衣」「基本動作介助・リハビリテーション」「医療・健康」「心理・社会面」の7項目に関する独自のアセスメント・ケアチェック表で利用者の様子を把握して作成されている。更に一人ひとりの介護日誌には短期目標、長期目標、サービス実施項目を記入し、全ての職員が情報を共有し的確なサービスが提供できるよう配慮している。また、毎月利用者の状況を手紙で知らせ、家族の安心感に繋げている。利用者は、友人と娯楽場や散歩に出掛けたり、経験を生かした畑仕事に精を出したりと身体能力維持に努めながら、その人らしい思い思いに暮らしを楽しんでいる。</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ます (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広がったり深まり、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. 全くいない
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	ホームの共有スペースや会議室、事務室に掲示し、時折会議でも周知して、実践に活かすように努めている。	理念を事務室、会議室、居間、廊下など、事業所内の各所に掲示し、常に振り返り実践に繋げている。現在の理念を基本として、より分かりやすく具体的な理念の策定に取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	日常的とは言えないが、地域との交流を図るように努めている。ホームのイベントや地域のお祭りなどの交流を行っている。	商店や住宅が混在する地域に立地しており、買い物の際に交流している。毎年、大正琴ボランティアの慰問など、可能な範囲で交流に努めている。	現在、町内会には加入していない。町内会の活動が少ない地域ではあるが、加入を検討して地域の活性化に寄与し、地域との連携強化を期待する。
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	高校生のインターンシップやホームヘルパーの実技研修などを行っているが、活かしきれていない現状である。		
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	運営推進会議の機能は十分とは言えない、会議への出席者が低調である。	運営推進会議は、利用者家族、民生委員、地域包括支援センター職員、学識経験者、町社協職員、幼稚園関係者、消防署職員と多彩な委員で構成されているが、出席者が少なく年1回の開催にとどまっている。事業所からは、入居状況、活動報告等を行っている。	会議の意義や目的等について、運営推進会議委員の理解を得るよう工夫し、出席を求め、協力体制を構築して、定期的な開催を目指すことを期待する。
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に取り組んでいる	連携を密にして、日頃から包括的な指導やアドバイスを受け、事業所の運営に活かすようにしている。	町の介護保険課とは、介護保険制度全般について相談し情報を得たり、天候不良の際に様子確認の連絡を受けたりするなど、日頃から緊密な協力関係を構築している。	
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	身体拘束はあってはならないことを念頭におき、職員がその考えを共有・自覚してケアに当たるように努めている。施錠は夜間のみ行っている。	ホーム長、管理者、職員は、身体拘束が及ぼす弊害や指定基準において禁止の対象となる具体的な行為について、外部研修や定期的なカンファレンスで学び、正しく理解するよう努めている。言葉での行動抑制にも気をつけ、身体拘束の無い介護を実践している。	

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
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	介護事業所では虐待は絶対あってはならないという、職員の共通する自覚と認識が重要であり、社内研修会で協議したり、外部研修にも参加して虐待防止に努めている。		
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	制度を理解するように周知を図りつつ、研修の機会があれば参加して認識を高めるように努め、市民後見人養成講座の受講を勧めている。		
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	情報公開票（一般町民向け用）で説明し、概要を明らかにしてから、重要事項説明書により詳しく説明し、利用者や家族から不安や疑問点を尋ねながら、理解し納得してもらって契約締結するようにしている。		
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	毎月の利用料請求書の下欄に通信欄を設けて、利用者の近況などをお知らせしている。家族が来訪した際に、常に意見や要望を聴くように努めている。	利用者家族には、毎月発行している「ポプラの家だより」や請求書の通信欄、電話連絡時に様子を知らせている。家族の希望や意見は、来訪の際などに聞き、運営に反映させている。	
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	日常的に職員の意見・要望・提言を出し易い雰囲気を作り、それを事業運営に反映するようにしている。	ホーム長、管理者は月1回のカンファレンス時や、日常の会話の中で職員の話聞き、意見を事業所運営に活かすよう努めている。	職員の意見、提案を把握する場や機会を設けるとともに、職員が相談しやすい関係の構築を期待する。
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	給与水準など十分とは言えない部分もあると思われるが、職員が向上心を持てる環境整備が必要である。（業務の内容や経営上、或いは入院・入居欠員期間が長引き、介護報酬等の減額が大きく影響する場合がある。）		
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、動きながらトレーニングしていくことを進めている	社会人として、職員としての心構えや自ら研鑽するという意欲が求められる職業であるが、社内研修や外部研修受講の必要性を感じつつ、十分な派遣・対応が困難な状況である。		

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
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	春の花見や夏祭りでの交換交流を行うようになっているが、十分とは思えない。なお、町内における隔月の介護事業所や地域包括支援センター、町立病院医師・看護師長を含め、ケア担当者会議で意見交換会を行い、ネットワークづくりや勉強会に参加している。		
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	本人の生活歴を尋ね、初期には強い刺激にならないように、本人の些細な訴えや意見を聞き、穏やかに、丁寧に話し掛け傾聴しながら、早く馴染むように努めている。		
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	家族も承知していないことがあり、不安だったり、要望もあるのでその話を聞き、丁寧に説明して信頼関係を築けるように努めている。		
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	介護サービスは選択利用できるということから、本人や家族の気持ちを聴き入れ、支援の見極めが出来るように説明している。		
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	本人の出来ること、出来ないことをよく観察し、本人の意向を尊重しながら、職員も共に生活するという気持ちになれるように努めている。		
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	職員は家族にはなり切れないことから、本人は家族との長い間の絆があり、家族に出来るだけ訪問してもらい、本人への声掛けや傾聴をして、更に本人との支えあいを強めてもらうように促している。		
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	認知症状が進行し、体力低下など、これまでと同じように行うことは難しくなっていますが、本人の意向を聞き、出来るだけ維持・継続するように努め、知人・友人の訪問を歓迎している。	利用者が知人と外出をしたり、馴染みの美容室へ出かける際は、見守りや送迎等の支援をし、関係が途切れないようにしている。	

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
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	認知症が進行して、状況を十分理解できない方も居り、難しいこともあるが、出来るだけみんなで楽しく暮らせるように努めている。		
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	他の介護施設入所や長期入院などで、これまでの関係性を保ちつつ、生活上の各種情報を提供するように努めている。		
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	共同生活する中でも本人の思い、意向を聞き把握に努め、希望に沿えるように心がけている。困難な場合には家族の意向や協力を得て解決するように努めている。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の意向を、アセスメントや日常の会話の中から把握し、希望に添って生活ができるよう本人本位に検討し、支援に努めている。	
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	本人や家族から生活歴や暮らしの馴染に関する話を聞き、出来るだけひとり一人の生活環境に合う雰囲気づくりに努めている。		
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	その日、その時に応じた心身の状況を見極め、その時の気持ちや体調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	出来るだけ本人がより良く生活できるように、家族の意向をくみ、カンファレンスや日常生活の中で話し合い、介護計画に反映するようにしている。	介護計画は6ヶ月に一度の見直しを基本とし、食事、排泄、入浴等の介護や生活に関する7項目のアセスメントケアチェック表で詳細に状況を把握して、目標設定に繋げている。介護日誌ケア記録に短期、長期、提供するサービスの記載が有り、職員で共有し、均一な支援の提供に役立てている。	
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	個別に記録した日誌やアセスメント・ケアチェック表を共有し、その時の状況に基づきサービス実践や介護計画の見直しに反映させるようにしている。		
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	難しさもあるがその時のニーズを捉え、柔軟に多機能化に対応するように心がけている。		
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	本人の気持ちを尊重し、地域資源(行事、催し、イベント、文化祭等)への参加、見学するなど、少しでも豊かな暮らしを助長できるように努めている。		

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
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	町内の医療機関は、町立病院1か所だけであり、選択の余地がないため、入居者全員は定期的に受診しているが、町内に存在しない専門医科の受診は、家族が自ら選択受診しているのが現状である。	利用者の多くが町立病院をかかりつけ医としており、事業所で受診支援を行っている。他科目の町外への受診は家族が対応している。歯科医による往診が有り、口腔の健康管理に役立っている。	
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	職場内に看護職員は存在しないが、職場内で利用者の情報を共有し、時には提携病院のアドバイスを受け、受診した際に看護の方法を享受してもらいながらその対応をするようにしている。		
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。	適切な治療が施され、早期退院のため情報交換を行いながら、関係性を深め相談するようになっている。		
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	地域の医療体制から医師の往診は困難であり、重度化、終末期の対応にあつては、医療機関への搬送・入院・治療が欠かせない現状にある。	協力医である町立病院では往診が困難であり、現状としては終末期の看取りの対応が難しい体制であるが、入院前までの可能な対応について利用契約時に説明し、理解を得ている。	
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	定期的(2年に1回)に普通救命講習を受講して、応急手当や初期対応に備えているが、有事にあつては救急車の要請を行い病院への搬送を心掛けている。		
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	防災避難訓練(夜間想定が多い)を年2回実施し、有事に備えた対策をしている。	年2回消防署の指導を得て、夜間想定総合避難訓練を実施している。訓練後に消防の講評を聞き、役職員全員で反省点を挙げて結果を活かせるよう対策を取っている。	夜間帯での火災発生避難手順は整備されているが、日中帯の手順確認が不足な状況となっている。また、付近に釧路川があるという立地を踏まえて、火災以外にも地震、水害などあらゆる災害の対策を検討することを期待する。
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	利用者は職員の大先輩であり、常に敬う気持ちを見失わないよう職員を指導している。利用者の誇りやプライバシーを大切にしよう声掛けや言葉使いに気配りするようになっている。	ホーム長、管理者、職員は利用者の尊厳や誇りを傷つけない言葉かけや、介助等に努めている。特に大きな声での対応は控え、一人ひとりに丁寧な気遣いを心掛けている。	事務室、トイレなど、職員以外の人立ち入る可能性のある場所では、利用者に関する情報が外部の目に触れないような対策を期待する。
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したり、自己決定できるように働きかけている	十分な対応は難しいが、本人が希望したり、表現できるように心がけ、自己決定できるように静観しながら支援するよう心がけている。		
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	食事や入浴は時間を決めているが、出来るだけその利用者のペースを大事にし、希望が叶えられるよう心がけている。		

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	
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	利用者の中には美容室に向いて美容したいという希望を叶えられるようにしている。身だしなみやオシャレは本人の意思を尊重するようにしている。また、定期的に理容所が出張来訪している。			
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	食事を楽しみにしている利用者は多い。好き嫌いを聴き取り、総じて楽しい食事になるように心がけている。利用者の重度化が進み、食事の準備、下膳などが難しくなっているが、出来ることは協力して頂くようにしている。	その日の調理担当職員が利用者の好みや希望を考慮して献立を立てており、利用者の状況や病状に応じた食事を提供している。時には家族からおかずの差し入れもあり、家庭的で楽しい食事となっている。	食材費のなかで工夫して食事を提供しているが、献立や食材の適量、衛生についても検討し、調理に反映させることを期待する。	
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	食事や水分摂取を記録し、必要量が確保できない場合はかかりつけ医師に相談・受診することがある。			
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	総入れ歯使用者が多く、夕食後外して出来るだけ本人と洗浄して終わったら、入歯保管ケースに入れて置き、翌朝装着している。自分の歯が多い方は歯磨きの声掛け支援するも、全員は出来ていない状況にある。			
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	全員の排泄状況を記録して、個々の排泄パターンや傾向が解るようにしている。基本的にはトイレでの排泄を目指し、自主・自立に向けた支援を心掛けている。	利用者全員の排泄記録を取り、時間、回数等のパターンを把握し、自立に向けて支援している。声掛けは目立たぬよう小声で行い、羞恥心に配慮している。		
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	飲食物(センナ茶、ヨーグルトなど)の試行、運動(散歩や歩行)を促しながら、便秘の予防に取り組み、状況によっては医師に相談して対応することがある。			
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むように、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	毎日の午後を入浴時間に当てているが、入浴拒否する方も多くなってきている。そういう方は毎日のように声掛けして、好機を窺って入浴意思があるときに入浴してもらうようにしている。	近隣の源泉から温泉を引き、週2回以上の入浴になるよう支援している。拒否が見られる利用者には、家族から声掛けなどの協力を得て、工夫しながら支援に努めている。		
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	日中は余り寝過ぎないように心がけ、休息はその人に合わせた支援を行い、基本的には夜間に安心して就寝できる環境を整えるように努めている。			
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	自ら服薬管理できる方はいないので、職員が薬を管理して服薬時に手渡し、服用の可否を確認している。			

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
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	生活歴を尊重し、外出やイベント、展示会の見学、菜園作業の取り組みを促し、中には晩酌を楽しみにしている方もいます。		
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	その日に出来ないこともあるが、希望に沿えるよう支援に努め、好天時は散歩やイベントなどに声掛けしてその体制を取り、車椅子など使用しながら外出をするように心がけている。	天候や体調に配慮し、日常的に近隣商店への買い物や事業所の向かいにある公園での散歩を楽しんでいる。町で行われる行事に、積極的に出かけている。	
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	小遣いなどは家族から手渡して貰い、紛失(物盗られ妄想?)の対応もあり、多額にならないようにして貰っている。職員が食材の買い物時に同行し、自分でほしいものを買うことがある。自分で管理できない方はホームで管理することがある。		
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	本人が電話したいときは支援している。使用頻度は極めて少ない状況であり、手紙の発送は殆ど見受けられない。		
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	季節感を感じられるような飾りつけや貼りもので、共用空間の居心地の良い雰囲気を出すようにしている。また、屋外には花壇を作り、季節ごとの花が咲き、長く観賞できるように工夫している。	事業所内は広々としており、食堂を兼ねたりビングは大きな窓から向かいの公園が一望でき、明るく開放的な造りとなっている。ソファが各所に配置されており、温・湿度も適切に管理され、利用者がのんびり寛げるようになっている。	
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	ロビーや廊下の所々にベンチや椅子を少人数で掛けられるように配置して、思い思いに自分の気に入った処に少人数で掛け、語り合っている光景がみられる。		
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	本人が以前から使い慣れ、親しんでいる物を居室に持ち込み、居心地の良く、生活してもらえるように家族にも協力して頂いている。	各居室には押入れが設置されており、使い勝手の良さに配慮されている。利用者は馴染みの家具や仏壇等を持ち込み、好みの物や写真を飾り、居心地良い部屋造りとなっている。	
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	安全に暮らせるように環境を整え、改善できるところは改善して、出来るだけ自立した生活が送れるように努めている。		