

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	0170503916		
法人名	医療法人社団 鈴木内科医院		
事業所名	グループホーム きよたⅡ 1階		
所在地	札幌市清田区清田4条2丁目10-27		
自己評価作成日	平成22年8月25日	評価結果市町村受理日	平成22年10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://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0170503916&SCD=320
-------------	---

【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22年9月8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)】

・町内会の行事に定期的に参加し、地域住民の理解と認知症の理解を深めて頂いています。また、入居者ひとり一人に、個別の内容で、定期的にホーム内での様子を写真付きのお手紙で、御家族にお知らせしています。2ユニットを18人のスタッフで、1、2階を兼務しており、退職時のダメージを最小限にとどめるめることが出来ます。また、18人の入居者のケアをすることから、多くの事例と関わり、経験を積むことが出来ます。

【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)】

当事業所の周辺には、小学校と市営住宅があり、内科医院に隣接しているなど、環境に恵まれている。窓からは、樹木や児童公園、小学校のグラウンドが見え、利用者の楽しみとなっている。また、隣接する建物が病院とデイケアセンターとなっており、利用者は見学がてら参加して、交流や楽しみを共有している。デイケアセンターの休日に、広いスペースを利用した行事を行ったり、車椅子対応の自動車を借用して外出の機会を持つなど、多目的な支援を行っている。近隣の大学から園芸療法を取り入れ、職員も学び、個別に対応することで利用者の楽しみが増え、潤いと張りのある生活となっている。事業所全体を職員全員で勤務する体制にしていることにより、職員の交替時に支障が少なく、職員間の協力体制を培い、全体的な視野で利用者への支援を行っている。また、研修や会議での発言が積極的になってきて、家族との関わりを管理者のみに任せないで、職員も対応している。事業所として町内会に加入するだけではなく、毎月老人会に数名交代で出席し、地域住民と交流がある。運営推進会議には地域住民や家族が出席し、防災の協力体制が充実している。毎月個別に利用者の様子を書いて便りのほかに発信している。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				

平成22年度 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

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	「ここが、私の家です」という理念に基づき、住み慣れた地域で、その人らしく今までの生活を継続できるよう支援しています。ホーム会議などで、管理者と職員は、その都度理念を共有して、実践に繋げるよう努力しています。	毎月発行の便りに理念を記載し、職員は日々の業務の中で利用者本位を念頭に、管理者とともに共有し、実践に向けて努力をしている。また、地域密着型サービスの意義を踏まえ、毎月の老人会に参加するなどの取組みをしている。	
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人として日常的に交流している	月1回の老人会の定例会に参加して、直接地域住民との交流を行っています。近所のクリーニング店、回覧板を届ける等、地域の住民との関わりを大切にしています。	理事長は長い年月内科医院を継続してきた実績で地域の信頼度が高く、町内会長はじめ地域の住民と連携が取れており、盆踊りの呼びかけなど日常的な関係づくりができています。	
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	ホームの見学者、待機者のご家族には、悩みをお聞きして、今までの経験上の認知症介護の知識をお話して、相談や支援を行っています。今後は、地域の住民に向けた認知症介護のお話をする機会を設けたいと思っています。		
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	2ヶ月に1回行っている運営推進会議では、町内会会長をはじめ地域包括支援センターの職員やご家族との話し合いの時間を共有することで、グループホームへの理解が少しずつ深まっていると感じます。	運営推進会議は、定期的に開催している。会議では、町内会役員、地域包括支援センター職員、家族の活発な発言があり、単に報告のみではなく、地域の協力や支援が具体化されている。	
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	清田区の担当者との連携を持ち、ホームの運営などに助言を頂き、改善点などあった場合は、速やかに取り組んでいます。	区の担当者とは、身近な相談先として電話や訪問があり、助言を受け、サービスの質の向上に努めている。	
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	玄関のカギは、夜間以外は鍵をかけず、身体拘束になるような行為をしないように努めています。ホーム内で起こりうるケアを職員一人一人が理解し学ぶ姿勢を持ち、身体拘束のないケアに向けて取り組んでいます。	居室や玄関を施錠せず、自由に外出できるようにしているが、夜間は施錠している。身体拘束をテーマにした研修会に職員は参加し、ケアのあり方を学び実践するように努力している。	
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	職員一人一人が、高齢者虐待対応支援マニュアルを持ち、ホーム内で起こりうる虐待について検討し、小さい兆候も見逃さないように注意して、毎日の支援を行っています。		

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
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	併設の居宅支援事業所のケアマネとも連携し、ご家族からの質問などには案内やパンフレットなどをお渡しして、次の支援に協力しています。		
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	契約時に、重要事項説明書や契約書について説明し、その都度質問事項にお答えしています。		
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	直接職員に伝えたり、必要であれば管理者がお電話して、意見をお聞きして、運営に反映させている。	運営推進会議に家族が出席した際の意見や来訪時の会話などを参考にして、会議などで話し合い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	職員は、月2回のホーム会議に参加し、意見を広く聞くようにしており、代表者との会議には、管理者が参加して、職員の意見や提案を反映させる機会を設けています。	職員は事業所全体の会議で自由に活発に意見交換をし、管理者は意見を聞き、運営に反映するようにしている。日々の引継ぎの際にも提案などが発言できる体制になっている。	
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	毎年1回、職員の自己評価とホーム長との面談を行い、日頃の成果や質問、改善点などの話をしています。その内容を代表者に伝えて、努力や実績を評価しています。		
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	新任職員のための介護メソッドにそって、ケアのトレーニングをしています。介護雑誌を読んで、自己で学んだり、院内研修で学ぶ場を設けています。また、今年は、清田区管理者会の研修会で、多くのスタッフが研修に参加しています。		
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	清田区グループホーム管理者会議に参加し、共に意見交換や勉強会を通じて、サービスの向上に役立っています。また、年に1回の交流会を通して、お互いの交流を深めています。		

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
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	入居当初は、職員が個別で対応し、入居者の嗜好や生活リズムを確認しながら、少しずつホームでの生活に慣れて頂くように支援しています。		
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	最初のケアプランを作成するときに、ご家族の不安に思っていること、期待していることをお聞きして、ケアプランに反映し、信頼関係をつくる様に努めています。		
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	初期の場合は、何が一番大切な支援であるか、話し合い、生活歴や嗜好などから、ご本人らしい生活をケアプランに反映するようにしています。		
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	ある時は、職員の悩みを聞いてもらえるような、人生の先輩としての関わりを大切にしています。		
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	ご家族の関わりで、ご本人の持っている力を引き出せる場合を見極めて、共に支援して頂くよう説明し理解できる関係をつくっています。		
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	ご家族や、兄弟が自由に訪問できる環境を築き、定期的に泊まりに来られています。また自由に電話や手紙での交流を持ち、馴染みの関係を継続できるように支援しています。	地方に居住する家族が来訪した時は、宿泊をする場合もあり、柔軟な支援を行い、利用者本位に配慮をしている。また、地域の馴染みの関係を継続できるように協力して、楽しい場を共有できるように支援している。	
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	利用者同士の関係がスムーズに行われるように、トラブルになりそうな時は、職員が間に入ったり、共につながりを持てるように孤立しないよう支援しています。		

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
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	退去された御家族から、連絡を頂いたり、訪問して頂くこともあります。ホームに入居されていた時の想いを懐かしまれたり、感謝の言葉を頂き、職員のやりがいにつながっています。		
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	ご本人の意向をお聞きし、必要であれば即サービスとして取り入れ、その方に合った生活を提案しています。訪問マッサージの使用を支援しています。	日々の関わりの中で声をかけたり、言葉や表情などから本人の意向を把握するよう努め、確認している。また、園芸療法や訪問マッサージ利用の支援を行い、利用者の満足を得ている。	
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	これまでの暮らしを把握できるように、ご家族からお話をお聞きしたり、ご本人から要望を確認して、馴染みの生活を支援しています。		
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	ひとり一人の時間を大切に、自室で作業をする方、居間で職員と過ごす方、その方にあった、生活を支援しています。		
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	職員が担当を持ち、それぞれがモニタリングを行い、ケアプランに反映しています。また、ホーム会議で、共通の理解を持ち、統一したケアを目指しています。意見やアイデアをケアプランに反映するようにしています。	2人の職員が3人の利用者を担当し、複数で介護計画を考え、利用者が望む事業所の生活を家族等と話し合い、より良い暮らしを目指して作成している。	
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	毎日の生活の記録に記入し、必要であれば、センター方式を利用して、情報収集し職員で共有しながら、適切な介護計画を作成するよう努力しています。		
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	身体機能低下を心配する方には、訪問マッサージによる、リハビリを行い、ホーム外のサービスを利用できるように支援しています。御家族との外出や泊まりも支援しています。		
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	町内会の定例会に参加したり、クリーニング店たコンビニなどへ行って、社会とのつながりを大切にしています。清田区のお祭りや、小学校の運動会に見学に行きます。		
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し、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	入居前からのかかりつけ医を希望された場合は、継続を支援し、ご本人とご家族の意向を優先しています。また、併設している医院と連携し適切な医療が受けられるよう支援しています。	併設している内科医院と良好な連携体制を構築しており、利用者と家族は安心を得ている。適切な医療を受けられるように、法人内の医師と協力体制が充実している。	

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	看護師と連携をし、毎日の情報を共有して、異状を早期発見しています。その方に適切な病院の受診や看護を受けられるようにしています。		
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。	入院時や退院時は、病院に情報を伝えて、連携を深めています。退院時は、病院関係者やご家族との連絡をとり、体制が整い次第できるだけ早期に退院に向けた準備を行っています。		
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、事業所で行え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	入居当初から、重度化した場合の方針について書類にて提示している。また、その都度、スタッフ間の出来ること出来ないことについて話し合い、ご家族にも了解を得ながら支援しています。	事業所として利用開始時に重度化の指針を提示して了解を得て、書類を取り交わしている。さらに、重度化した場合、関係者と話し合いを持ち、納得のいく対応をしている。	
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	実際に起きた急変時の対応について、ホーム会議にて勉強会を行い、または医師や看護師から助言してもらいながら、実践力を付けるよう努力しています。		
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	夜勤帯の避難訓練を行っています。職員の緊急時の連絡網の実践や地域ボランティアにも協力してもらい、協力体制を強化しています。	日中だけでなく夜間の避難訓練も実施して、地域の住民協力体制も充実している。運営推進会議でも話し合っている。職員は救命救急講習の受講をしている。	職員の救命救急講習の受講が望まれる。また、避難用具の点検や非常時の緊急持ち出し備品の準備など、さらなる安全対策の実施とスプリンクラーの設置を期待したい。

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	人格を尊重した言葉がけを基本とし、理念にある尊厳について、意識しながら支援しています。	利用者一人ひとりの生活歴や性格、特徴などを把握して、個別の対応を基本として支援している。人生の先輩として尊敬し、言葉遣いなどに注意している。	
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したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人の言葉から出たどんなかたちの希望でも、出来る範囲で叶う様に支援しています。また、必要であれば、ご家族にも協力して頂いています。		
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	行事や余暇活動など、ご本人の意思を尊重して、臨機応変に対応し、体調やその日の気分を大切に支援しています。買い物、散歩など、突然の外出の希望にも、出来る限り対応しています。		
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	その方の希望に合わせて、近所の床屋や訪問理美容を使用して、それぞれの希望に合った髪形を支援しています。外出やお誕生日には、お化粧をして気分を変えて楽しまれています。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の下準備(野菜切り、皮むき)や盛り付けなど職員と一緒にを行っています。また、お茶碗拭きや後片付けも行っています。	テーブルの配置をユニットで利用者本位に設定し、職員と一緒に高齢者向きに味付けした食事を楽しんでいる。それぞれの能力を活かして後片付けなどを行っている。	
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	年に2回、管理栄養士の指導を受けています。一人ひとりの体調や状況に合わせて、お粥や刻み食、水分量を把握し、毎日記録している。月に2回体重測定して、健康状態の目安にしています。		
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	毎食後に口腔ケアを行う様声掛けし、その方に合わせて介助したり、仕上げ磨きをするなどして口腔内の状態を観察して、異常の早期発見をしています。		
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	毎日排泄チェックを行い、その方のパターンを把握し、トイレで快適な排泄が出来るよう支援しています。また、その方の状況によって、リハビリパンツから布の下着へ移行出来るよう観察しながら支援しています。	車椅子利用者もトイレで排泄ができるように、職員はプライバシーに配慮して個別対応の支援をしている。介護計画も排泄の自立を目指したプランに取り組んでいる。	
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	毎朝、ヨーグルトなどの乳製品や牛乳を飲む様にしています。また、毎日排便を促すように運動をしています。オムツを使用している方も排便の時は、便器に座り自然排便を支援しています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日を決めてほしい方、その日に入浴希望される方など、その方に合った方法で、希望や体調に合わせた入浴の支援をしています。基本的には、週2回入浴しています。	利用者の個別性を重視した入浴を支援している。身体状況の安全を考慮して2名の職員が介助する場合もある。	
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	その方の疲労感や倦怠感が見られたら、午前と午後に分けて、30分位の休息の時間を設けています。あまり長時間の休息は、夜間の良眠の妨げになるので、注意しています。		
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	個々の薬説明書があり、医師の指示どおりの服薬支援を行っています。症状に変化があった場合は、早急に医師に連絡して対応しています。		
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	季節に合わせた集団の行事と個別の活動(歌を歌ったり、ぬりえ、花の手入れ、買い物など)を支援しています。毎月1回フラワーアレンジメントを楽しんで頂いています。		

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
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	毎月1回町内会の老人会に数名参加し、地域の人との交流を行っています。外出希望時にも出来るだけ支援するよう努め、ご家族との外出(お墓参り、外食等)を支援しています。	花見、盆踊り、野外遠足やコンサートに出かけたり、毎月の老人会の外出の他にも個別の外出、全員の外出など楽しみの場を多く提供している。デイケアの車を利用した外出もしている。	
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	買い物など、ご本人の可能な限り、自分で支払いをして頂き、出来る範囲で買いたい物の希望をかなえるよう支援しています。		
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	ご自分で自由に電話をかけられたり、ご本人がご家族からはがきや手紙に返事を書き、ポストへ投函するよう支援しています。		
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	玄関は和やかな空間をつくり、居間は明るく開放的で、外の花が見えるように花台をつくり、季節感を楽しんでいたっています。暑さや寒さには、冷暖房を設定して、常に快適に過ごせるように環境整備して配慮しています。	共用の場所は、テーブルの配置を工夫し、落ち着いて食事ができるようにしている。浴室は2名の職員が介助できるスペースを確保している。また、窓からの近隣風景は植物が多く、また公園やグラウンドで子供の動きが視界に入り、利用者の楽しみとなっている。	
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	一人ひとりの快適な距離感に配慮して、テーブルの位置や椅子の位置を変えるなどして、居心地の良い空間づくりを支援しています。中庭や玄関横にベンチがあり、日光浴しながら、解放感を味わう空間があります。		
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	今まで使用していた家具を置いたり、ご家族の写真、お孫さんの手作りの物、仏壇などご本人の大切にしているもの、居心地の良い物を居室に置くように支援しています。	ベッドやタンスなど本人が使用していた馴染みの家具を居室に配置し、家族の協力や職員の工夫で落ち着いて生活できるように支援している。居室の窓からの見晴らしが緩和ケアにつながっている。	
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	転倒骨折完治後もトイレ誘導し、手すりにつかまる事で早期に立位が確保され、歩行も可能になるよう支援しています。洗面所は、車椅子でも使用可能で、できるだけ自立した生活を継続できるように工夫しています。		