

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	0192500056		
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(2F 朝風フロア)		
所在地	古平郡古平町大字浜町645番地		
自己評価作成日	平成29年6月4日	評価結果市町村受理日	平成29年7月13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.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=0192500056-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マルシェ研究所
所在地	北海道札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2
訪問調査日	平成29年6月17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)】

・その人らしい生活や生き方を大切にし、介護計画や日々の支援にあっています。
 ・加齢とともに、行動範囲が狭くなってしまいますが、日常の関わりを大切に常に笑いや笑顔を意識して、日々支援を行っています。
 ・身体機能が維持向上できるよう、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嚥下体操、レクリエーションを行ない、楽しみながら体力の維持が出来るよう心がけています。
 ・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。
 ・入院された方に対し、時折お見舞いへ伺い体調確認や会話など心のケアを大切にしています。また、ご家族が遠方の場合、入院先にて何か困った事態が起きた時など、手を差し伸べる必要がある時は、可能な範囲で対応していくように努めています。

【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)】

グループホーム夕風は、地域で生活する高齢者と認知症支援の拠点としての機能を発揮するため、いきいき生活支援センター「風花」に開設し7年を迎えます。平成27年度からは2ユニットに利用定員を増やし、地域からの要請に応じています。事業所を運営する法人はケアの専門性や職員教育に取り組んでおり、法人全体の委員会での情報共有や定期的な研修を開催しています。さらに事業所でも外部研修への派遣や内部の伝達研修を通じて職員の知識の向上を図っています。生活動作の中でリハビリを意識的に取り入れており、職員は利用者のできる力を大切に、さりげない支援で自尊心を持った生活が継続できるようにしています。また、遠方のかかりつけ医の受診支援にも取り組み法人の看護師と協力し早期の適切な受診で利用者の健康を維持しています。入院の場合でも職員が見舞ったり、家族の宿泊の支援などを行い利用者を支えています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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	風花の理念である、その人らしい生活や生き方を重視し日々の業務にあたっている。また、会議やサービス計画作成についても意識して話し合っている。	入居前の生活の継続や地域との交流などを念頭に置き日々の支援を行っています。利用者ごとの介護計画の作成時に実践に向けた具体的な支援方法や目標に理念を反映しています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	風花では、ご家族や町内の方をお誘いした野外屋食会を毎年行っている。また、地域のお祭りや法人のお祭り、盆踊りなど様々な行事を通して地域の方との交流を大切にしている。	地域や法人の祭りの際に交流しています。近隣の福祉事業所等とも協力し盆踊りを復活させるなど、イベントを通じて地域作りにも取り組んでいます。	併設の通所介護事業所や近隣には高齢者住宅などもありますが、地域との日常的な交流の機会はありません。利用者が地域に出かけたり、ボランティアなどを受け入れるなど相互の交流の機会が増えることを期待します。
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	例年、地域の実習を受け入れており、昨年度は町内の中学生社会勉強の実習を受け入れている。		
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。頂いたご意見や助言は、サービス向上に向けて活かせる様に努めている。	年2回は併設の通所介護事業所と合同で開催しています。家族が参加する行事後に開催したり議事録を全家族に配布するなど参加者の拡大と意見を多く引き出すよう工夫しています。	
5	4	○市町村との連携 2017/6/17	介護保険係の職員が2カ月おきの運営推進会議に参加して頂いており、情報交換やアドバイスを頂いている。また、町や町社協との共同の行事を企画し、協力関係を築いている。	設立時より認知症高齢者の地域生活を支える中核的な役割を担い行政との協力関係を築いています。社協等との地域作りの協働や、町と防災計画の策定などの連携を行っています。	
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	マニュアルを作成。月2回の職員会議でも状況に合わせて話し合いや指導を行うとともに、内部研修を通し正しい知識を学んでいる。	毎年度、身体拘束や拘束による利用者への影響について職員全員で学んでいます。ヒヤリハット報告から拘束を行わない環境整備や介護方法について検討し、より安全で自由な生活の実現を目指して取り組んでいます。	
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	毎月、法人内の虐待防止委員会に出席している。外部研修や内部研修、虐待予防チェックリストを実施し予防を周知している。気になる事があれば、すぐ管理者へ報告する意識付けをしている。		

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
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	法人内でも法人後見や任意後見を設立しており、会議や内部研修にて成年後見人制度・法人後見人制度・任意後見人制度などを学んでいる。		
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	契約の際は、契約書や重要事項説明書にそって説明や確認の上、同意を頂いており、解約の時も、その内容に沿って対応をしている。		
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	玄関にご意見箱を設置している。また、入居者様の日々の会話から意向の把握に努めている。ご家族等の意見や要望は、面会時に意見を聞くように努めている。	利用者との会話を大切に、食事アンケートも行っています。家族には毎月事業所便りと担当職員の手紙を送付しています。家族からの要望や相談にも丁寧に対応しています。	
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	日常の会話や職員会議で意見や提案を聞いて運営に反映させている。業務の見直しなどの改善がなされている。又、職員の状況確認や目標が持てる様に管理者から個人面談も実施している。	ユニットごとに業務の開始時刻を調整する等職員の意見を活用しています。会議や個別面談での意見を基に業務改善に取り組み働きやすさやモチベーションの向上につなげています。	
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	個々人の能力に合わせ多種多様の職種や事業所が整っている。勤務の希望によってパートや準職員、正規職員と雇用形態があり、努力や力量により、役職や委員への人事も行っている。		
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	人事不足もあり、遠方の外部研修への派遣は難しくなってきた。そのため、今年度より、法人内での内部研修を強化し、学ぶ機会の提供を行っている。		
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	余市グループホーム協議会への加入。懇親会も含め交流の機会をもうけている。また、法人内の介護保険部門会議でも情報共有を大切にしている。		

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
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	入居前は、ご本人やご家族から要望や生活内容を聞き取りアセスメントしている。入居後も安心できるよう配慮し新たな変化に気づ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	同上で、入居申し込みや入居前訪問、入居後も面会の際などにご本人の様子の確認や要望などをうかがっている。		
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	申込みの相談の時点で、ご本人やご家族へ意向や状況を確認している。また、担当ケアマネやサービス事業所を通して、状況の把握を大切に調整を行っている。		
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	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、一緒に行い信頼関係を築いていけるよう会議などで共有している。		
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ヶ月おきに新聞やお手紙を配布している。他にも、日々の変化や通院の経過など、ご家族へ報告し意向確認をしている。また、外出の希望があれば、福祉用具の貸し出しや送迎の協力をする事もある。		
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	個々の生活歴を把握し、祭りなどの地域行事への参加、理美容院、買物など馴染みの関係が途切れないよう支援に努めている。また、外出の負担が大きい方へは、美容師へ出向いて頂く事もある。	入居前から利用する理美容院へ出掛けしています。また、家族や知人の来訪時には小上がりや居室でお茶を勧めるなどゆっくり過ごせるようにしています。	
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	食事やレク、行事では、それぞれの相性を考えた席配置を考えている。また認知症の進行や難聴など障害あっても楽しめるような関わりや工夫をしている。		

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	法人として、契約を終了しても、近郊にご家族がおられない方が、入院先で何か困った事態が起きた時など、手を差し伸べる必要がある時は、可能な範囲で面会や対応をしてきている。		
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	一人ひとり、ご本人やご家族から意向確認をしており、サービス計画書のアセスメントに反映している。また、上手に思いを伝えられない方には、ご家族から以前の暮らしなどの聞き取りを大切にしている。	利用者の様子や表情、入浴時など声を掛けるタイミングを見計らい、気持ちを聞き取っています。利用者の得意なことや好きなことが継続できるように、生活歴も参考に支援しています。	
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	アセスメントは、センター方式を活用し、ご本人やご家族から生活歴や在宅にて過ごされていた時の様子などを、教えてもらい記載している。		
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	入居者の体調変化に気付けるよう、毎日体調の確認と共にバイタル測定を実施している。また、朝夕の引継ぎや記録を通し職員間でも共有するようにしている。		
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	6か月毎にモニタリングやアセスメントの見直ししている。事前にご本人やご家族の意向も聞きとるようにし、カンファレンスを実施。職員内で協議し介護計画書を作成。改めてご家族へ説明し同意を得ている。	6か月毎に介護計画を作成しています。各ケア項目ごとに「実施記録統計表」に毎日記載し、適切なモニタリングを行っています。利用者の希望をもとに職員会議で話し合い次の計画を作成しています。	
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	個人記録や日誌に日々の様子や通院内容など記載し、職員同士が共有出来るよう引継ぎしている。又、ケアプランの目標が達成できたかを毎日評価し、毎月フロア会議にて確認し合っている。		
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	元々、法人の方針として制度にとらわれずに、必要な支援を形にする姿勢がある。ホームでも、例えば入院した方のご家族が駆けつけられない時など、可能な範囲で継続的に見舞いへ伺ったり、必要な支援をする姿勢をもっている。		
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	地域の行事(お祭り、敬老会、文化祭)等に参加している。また、古平高齢者福祉協議会に参加し、盆踊りの復興に力を入れている。また、年一回、町で実施している健康診断へも参加し、体調確認をしている。		
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	本人、家族の希望に添ったかかりつけ医に受診している。通院には介護員が付き添い、受診内容を記録し、病状に変化がある場合はその都度家族に報告している。	法人の看護師が日常的な健康管理を支援しています。薬の相談や受診のタイミング等適時アドバイスを受け、利用者ごとのかかりつけ医の通院支援を職員が行っています。	

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
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	法人看護師の訪問があり、入居者の状況に応じて処置や受診の判断を貫いている。また、施設内不在でも法人看護師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。	入院時は必要な情報を病院に伝え、可能な範囲で面会へ伺い話し相手になったり、医師や看護師、ソーシャルワーカーと状況の共有をし早期退院が出来るよう支援している。		
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、事業所の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	契約時に利用者、家族に「重度化や終末期に向けた方針」を説明し理解を得ている。医療面など状況に応じて、家族の意向を確認しつつ、主治医または協力医療機関と連携し希望に添えるよう支援に応じている。	入居時に方針を伝え、個別に話し合いを行い支援しています。入居者の高齢化が進んでおり、重度化に備え職員の介護技術の向上に力を入れ、体位交換や誤嚥防止の研修も行っています。	
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	普通救命講習の定期受講、AEDの取り扱いについても内部研修で職員間で共有している。また、救急マニュアルをいつでも閲覧できるよう事務所に保管している。		
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	地域所民の協力を得て年2回避難訓練を実施。津波や原子力防災訓練も年1回参加。発電機や防災無線完備、町とも協力体制も築いている。ご家族へはお便りにて避難場所や連絡先を伝えている。	年2回夜間想定で避難訓練を実施し、地域からの参加もあります。非常時の備蓄や町の津波や原子力防災訓練にも参加しています。現在、法人与行政で防災計画を策定しています。	様々な災害に備えていますが、発電機の使用方法が職員全員に周知されていない、重度化した2階の利用者の避難方法についてなど、課題が残っています。検討し有事に全職員が円滑に行動できるよう取り組みを継続して行くことを期待します。
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	慣れ合いにならないよう、会議でも尊重した言葉づかい・姿勢を職員へ伝えている。個人情報保護マニュアル作成し、みやすい所に保管している。	利用者の生活歴からそれぞれの価値観を学び、接遇にも反映しています。また個別の習慣や趣味の継続を支援しています。	
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	時折、ご本人が工事に訴えや思いを伝えられないことがあり、ご家族からの情報や日々の様子から察し、ご本人が何を伝えたいか模索しながら接し対応している。		
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	充分とは言えないが、入居者一人ひとり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も行っている。		
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	行きつけの美容室へ通ったり、来て頂いている。また、通院等の外出の際は、ご本人の好みなど伺い、おしゃれを楽しみながら外出出来るよう支援している。		

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	毎食の様に、一緒に準備した後片付けも協力して頂く習慣がある。また、食事も地元の味や季節の食材を大切にしており、一口検食をして職員も味の確認や評価をしている。年1回嗜好調査も実施している。	献立は嗜好調査を参考に栄養士が作成し、法人のセントラルキッチンで調理しています。地元の味やメニューを取り入れ、バイキングなどで変化を付けています。	
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	一人ひとり、食事量を記録している。水分強化や形状等も話し合い、ご本人が摂取し易い様に提供している。		
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	食後、自らマウスケアを行う方はお任せし、声かけや介助が必要な方は、最低でも夜間には必ず介入し、入れ歯洗浄剤にて消毒をしている。口腔内の不具合があれば歯科医へ相談している。		
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	個別の健康管理を大切に、水分摂取量、排尿、排便等を一覧表に記録して、職員間で共有し、表情や態度に気をつけながらトイレでの排泄が出来るようさりげなく誘導して自立に向け支援している。	おむつを使用する際でも、日中はトイレで排泄ができるよう支援しています。夜間のポータブルトイレの活用など利用者に合わせて方法を検討し、安全と自尊心を大切に支援を行っています。	
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	自由に水分が飲めるよう個別にポットの用意などしている。1日1000cc以上を満たしていない方には、水分チェックを継続し水分強化を図っている。毎日ではないが、全身体操など実施している。		
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	入浴は、週2回を基本にし、浴槽は大・小2ヶ所ある。入浴を嫌う場合は入居者の意思を尊重して、無理強いせず後日にしたり、声掛けを配慮するなど工夫している。入浴剤を使用するなど入浴を楽しめるよう支援している。	入浴は同性介助を基本とし、一人ずつ湯を替え、湯温や入浴剤の使用など、好みに応じています。職員との一对一の時間は会話も弾みリラックスして入浴できるよう支援しています。	
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	本人の希望や体調に合わせて休息がとれるよう促し、ベッドでの仮眠時間を大切にしている。また、生活のメリハリも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	処方のお薬説明書は、一つのファイルに綴じており、常に確認できるようにしている。副作用など心配な時は病院や薬局、法人看護師へ相談するようにしている。		
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	家事や食事の手伝いを通じた役割作りを大切にしている。また、レクや行事以外にも、日々の関わりの中で笑いや楽しい時間を過ごせるよう意識している。		

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、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出は、個別の対応が困難となってきたため、通院や床屋外出の帰り道に馴染みの店などにより、買い物を楽しむことがある。ご家族より、外出希望あり福祉用具や送迎の相談があった時は、可能な範囲で協力をしている。	外気浴や地域の祭りなど、出かける機会を多く持てるようにしています。家族との外出や自宅での宿泊の際は送迎などの支援を行っています。一人で散歩に出かける利用者もあり、希望に合わせて家族と打ち合わせや協力を行っています。	
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	所持金は、紛失しても責任を負えないことを、あらかじめご本人やご家族へ説明している。また、管理が不安の方は、小口として預かりご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	それぞれ自由に電話やお手紙のやり取りをしている。また、電話がうまくつながらない時は介入することがある。		
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。窓からは畑や花壇が見えるようにしている。食堂とリビングには空気洗浄機を使用。	共有空間は広く、廊下などに寛げるスペースが設けられています。調度品も懐かしさを感じられるものを多く配し、落ち着いた雰囲気となっています。清掃が行き届いています。歩行訓練用の平行棒などもあり、機能訓練士が訪問リハビリも行っていきます。	
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	それぞれ、独りで過ごしたい時は居室へ戻られることが多い。また廊下には小上がりが2か所、ソファを1台設置しており、自由に休まれている。		
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	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。	冷蔵庫や趣味の品物などを持ち込み、それぞれの居室を整えています。夫婦向けの2間続きの居室もあり、入居前の生活ができるだけ継続できるようにしています。	
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	居室には表札をつけ、トイレ等にはピクトグラムを表示している。手すりやナースコール以外にも、フロア内はオール電化になっている。洗面所の前に椅子を設置して座れるようにしている。		