

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	0173800228		
法人名	合資会社 富川グロリアホーム		
事業所名	グループホーム 富川ヒカルホーム (I)		
所在地	沙流郡日高町富川西2丁目9番3号		
自己評価作成日	平成23年1月17日	評価結果市町村受理日	平成23年3月28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/informationPublic.do?JCD=0173800228&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西5丁目3番地北1条ビル3階
訪問調査日	平成23年1月31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)】

※重度化していく利用者様を、御本人や御家族の希望があれば「看取り」まで、医療と連携し最期まで介護をさせていただきます。職員は研修や勉強会に積極的に参加し、一人ひとりのスキルアップに努め、自己研鑽に励み資格取得やより良い介護を目指しています。

【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)】

運営母体である富川グロリアホームは、高齢者介護福祉と地域医療の充実のために、平成14年に開設しました。医療に携わる運営者と管理者、職員は丸となり、理念を掲げ所に、日々より良いサービスの提供を迫り、邁進しているホームです。療養支援に力を注ぎ、音楽、園芸、学習療法にタクトを向け、職員が資格を取得し、積極的にケアサービスに取り入れた事により、利用者の心に寄り添い、個々の生活の質を高め、症状の緩和や身体機能の維持に結実しています。更にホームは低利用料金で、運営者の福祉最優先理念の基に、サービスの質を高める努力が続けられています。早期より看取り支援にも取り組み、終末期の利用者を支えるために、医師、看護師、職員がチームとなり、その人らしい最期を迎えられるように、医療機関との連携体制も確立されています。別棟の「もてなしの家」を活用し、地域と相互交流を深めながら、利用者の豊かな生活の継続に努力しているホームです。

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る (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				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらい				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. 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、活き活きと働いている (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、安心して暮らせている (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				

有限会社 ふるさと

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	ホーム独自の地域密着型サービスの理念「一人ひとりの個性が大切にされて毎日を生き生きと過ごす事が出来、地域に密着しながら安心して暮らせるホーム」を掲げております。	開設時の理念を、地域密着型サービスの意義と重ね合わせ、改めて全職員で確認し、新たに具現化した理念を理解して共有し、申し送り時には唱和し、サービスの実践に努めています。	
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	地域の商店や近隣の美容室を積極的に利用しており、町内会清掃、花見への参加、行事の際には御家族や町内会にお知らせし、参加を促し協力を得ております。	町内会行事であるゴミ清掃、新年会、お花見などに参加し、ホームでは多目的ホール「もてなしの家」を活用し、蕎麦作りや漬物作りなど、地域住民の方々と共に交流を深めています。	
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	中学生高校生の訪問ヘルパー実習生の受け入れ、見学者の受け入れ実施。行事ソバ作り際には近くの独居者にも積極的に参加を促し利用者様と一緒に過ごして頂くことにより、認知症の理解を深めて頂ける様にこころがけております。		
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（隔月）では、報告や反省、地域の問題やホームでの検討事項など今後に向けて改善点等も話し合う取組をしています。外部の方からの質問に対して解りやすい様にケアマネも含み説明をしております。	2ヵ月毎に開催され、状況報告や行事案内、災害時における地域との協力体制強化に關しての意見や提案など、運営に活かしています。参加者からの質問には、担当者から分かり易く説明し、認知症への理解を深めて頂いています。	会議メンバーが固定化されてきています。特に家族に対しては、全家族に案内を出していない状況です。ホーム便りに案内を掲載したり、議事録を配布することで、当事者である家族の参加を促し、また、地域からも民生委員や近隣住民の方々など、多くの方々に参加協力を呼びかけ、更なる会議の活性化に期待します。
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に取り組んでいる	町の担当者、案件について意見を仰ぐ為に行政の窓口に出向いたり、電話相談をしております。	町担当者とは、介護サービスにおける手続きに關して、常に相談や報告を行い、ホームの実情を伝え、指示を仰ぎながら連携し、協力関係を築いています。厚生労働省の担当者の訪問を受けています。	
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	職員に身体拘束の研修に参加し拘束について学んで頂き、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。ただ、一人体制の為やむえない場合、又はホームの玄関が道路に向いている為不穩にて飛び出す危険性があるとみなした際玄関に施錠する時間帯がある。	外部研修参加者による、内部研修を行い、全職員が身体拘束に關する具体的禁止行為の内容と弊害を理解しています。但し、外出傾向の強い利用者に対応する為に、家族の了解を得て、安全面を考慮して、やむを得ず日中でも施錠を行う事が有ります。	
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	虐待防止の研修会などに参加し防止に努めております。職員、御家族の行っている事が虐待につながる事のない様に注意し防止に努めております。入浴の際には身体に変化が無いかわ見過ごす事が無いようにこころ掛けています。		

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	現在の所、該当者はおりません。		
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	契約を結ぶ際には、利用者、ご家族の不安、疑問点を尋ね十分な説明を行い理解をえている。		
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	意見箱を設置したり、来訪の際には何かあれば遠慮無く話して下さいと声をかけ要望を気軽に話せる機会を設けている。	毎月発行のヒカル通信に加え、ブログも開設し、遠方の家族に喜ばれ、反響を得ています。家族の訪問時にも積極的に関わり、意見や要望の汲み取りに努めています。	
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	ミーティングを行い現状を職員に説明し意見、提案聞きコミュニケーションを図るよう努めている。勉強会、カンファレンス、研修も行い積極的に参加している。	責任者会議、医療連携会議、合同会議などで、職員の意見や提案を取り上げ、運営に反映させています。ホーム独自の処遇改善計画により、職員の努力や実績を把握しています。	
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	毎週代表者と各部署責任者との職場会議を実施職員の要望等上げている。隔月毎に各部署独自の事例発表検討会を実施しケアを振り返りながら全職員で情報共有、確認しあいながら自信を持ってケアにと取り組めるフィールドバック、相互研鑽している。		
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	研修委員会にて介護年数又は一人ひとりのケアの力量に応じた研修への参加をうながす。又研修会連絡が届いた際には掲示板に表示、積極的に参加		
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	ブログの公開、情報公開や他施設見学、グループホーム協会へ加入しており、定期的に研修会に参加している。		

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	新しい環境に早く慣れて頂く様に本人と話す機会を多くもつ事を意識している。ご本人が困っている事、不安な事求めている事をご本人、ご家族、施設職員が情報を共有する事により不安内容を取り除くよう努めている。		
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	ご家族の一番困っている事、望む事、不安な事などを面談時に細かく傾聴している。その後も面会時などにご家族の要望を聞きながら、ご家族との関係作りに努めている。		
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	相談時、実際にホームを見学して頂き面談を行っている。利用者ご家族の思い、状況を確認し、その際、緊急性に高い場合にはケアマネージャーを通したり、他の受け入れ可能なサービスを紹介するよう努めている。		
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	センター方式の活用により本人のこれまでの生活歴を理解したうえで本人の得意な分野を引き出し、教えて頂く、感謝する事を基本としている。一人ひとりのペースに合わせた療法、支援に努めている。		
19		○本人と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	ご家族の面会時に利用者様の状況を細かく伝える様に努めている。状況に変化があれば、速やかに連絡を取り、ご本人に何かあれば協力を得ている。		
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	他町村の方が多いので馴染みの方に合うのは、とても難しいが今では家族、職員が馴染みの顔になっております。	馴染みの店で買い物をしたり、家族同伴で墓参りに出かけます。以前入居していた家族の訪問を受けるなど、今までの関係が継続できる支援に努めています。	
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	利用者が自分の居室にて殆ど過ごされず、いつもホールに集まり過ごされているので一人一人が孤立はせず利用者様同士が支えあっている。		

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
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	利用終了の理由は、入院、死亡が主で入院の場合はお見舞いに、死亡の場合には葬儀等は参列させて頂いてます。終了後の関係は必要以上に行ってはいませんが野菜、果物等差し入れをして下さる。		
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	一人ひとりが思いなどがはっきり伝えることが出来なくなってきているが、毎日のかわりの中で把握出来る様に努めている。利用者が発した言葉を記入し、ご家族の来訪時に聞くこともあります。	特に一人ひとりとゆっくり関わられる入浴時や夜間帯に、思いや意向を聞き出しながら把握に努め、職員は情報を共有しています。訴えが困難な場合は、家族からの情報や生活歴、職歴などを考慮し、利用者本位に検討し支援に努めています。	
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	利用者、家族から生活歴、馴染みの暮らしを聞き取り得た情報をもとに、職員で情報共通しサービスを提供している。センター方式活用		
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	業務日誌や日々の申し送り日誌を活用ミーティング、モニタリング会議で職員間で情報を共有している。		
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、必要関係者と話し合い、それぞれの意見やアイディアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご家族に必ず意見を聞いています。ミーティング時個別の身体状況の変化や介護記録をもとに意見等を記録し、本人の気持ち、言葉を重要視し介護計画に反映させている。	利用者の重度化に伴い、医療に関する指示を基に、担当職員がアセスメント、モニタリングを実施し、全職員で内容を検討し介護計画を作成、家族の同意を得ています。	前回の課題でもありましたが、介護計画と介護支援記録が、連動する書式には改善されておりません。更に検討し、計画・実践・評価の流れに基いた適切な記録になるよう期待します。
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	毎日、業務に入る前に朝、夕の申し送りをし、個別に利用者の状況、活動、排泄、睡眠等パソコンに記録し介護計画に活かしています。記録、日誌を読む事によって情報共通出来る事を基本としている。		
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	24時間医療連携対応の医師、看護師等の協力を得て個別にあった柔軟な対応を行っている。夜勤帯の緊急時であっても柔軟に対応できている。各部署が4か所があり他の施設との交流ができる。		
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	行事の時のボランティア、読み聞かせやボランティア来て頂いてる。避難訓練時の際は消防の協力を得ている。有価物回収には積極的に協力している。		
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	毎週訪問診療に来て頂いてます。必要に応じ、かかりつけ医に連絡するなど適切な指示をうけられる。また、歯科の往診も行っている。	週1回の協力医療機関の訪問診療と、看護職員による週3回の健康チェックに、歯科医の定期往診も行っており、24時間対応の適切な医療連携体制が構築されています。	

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
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	事業所として、看護職員を配置しており、状況把握・管理されている。医療連携にて24時間対応がされておりま		
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。	主治医が24時間医療連携をくんでいる病院に勤めている為、医師、看護師、介護者、家族との情報の共有が出来ている。		
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	入所時より家族から終期末のケアについて意向の確認書作成しています。看取りについては、都度、家族で話し合い確認頂いています。状況に応じて担当医にも相談している。	重度化・終末期意向確認書を作成し同意を得ています。医師である運営者と職員全員がチームとなり、早期からターミナルケアに取り組んでいます。利用者の状態変化に応じて、かかりつけ医、看護師を交え家族と話し合いながら、方針を共有し支援しています。	
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	日頃から利用者の既往歴を把握し体調変化時の対応、緊急時の対応など対処できる様に消防署協力にて救急救命訓練実施。緊急マニュアル作成、急変、事故発生に対応できる様にしている。		
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	消防署協力にて年に数回昼、夜間の避難訓練実施。各グロリア部署、地域との協力体制を築いている。	消防署指導の下、地域住民の方々の参加を得て、昼夜を想定した避難訓練を実施し、具体的な支援体制も整備されています。自動火災通報装置を配備し、備蓄品も確保しています。	スプリンクラーの設置は申請中ですが、運営推進会議において、緊急時連絡体制網が検討され、協力体制が築かれています。様々な災害に慌てずに対処出来るように、日頃より自主訓練を重ね、更なる災害対策への取り組みに期待します。
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	プライバシーを損ねるような言葉かけや対応が無いように心がけています。記録等の個人情報には注意をしております。個人情報の取り扱い（通信、ブログ等）については了解を得ている。	利用者の誇りや自尊心を尊重し、プライバシーを損ねないように言葉かけに配慮しています。個人情報の取り扱いについては、同意を得ながら通信やブログに掲載しています。	
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	本人の解る力に合わせ自己決定をさせていただいているが、尋ねると殆ど自己決定は不可能にちかいです。		
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し、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	個々のペースを大切にしているが、その日をどのように過ごしたいかと尋ねても決定ができないので、こちらから誘導しています。		
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	地域の美容院に来て頂いています。行事の際には御自分でお化粧が出来ず、お化粧の支援をさせて頂く。		

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	テーブル拭き、野菜の皮むき、米とぎ、茶碗洗いなどを行っている。季節の旬の食材を使う様に心がけ会話に繋げる様に努めております。	利用者の嗜好、旬の食材を反映した献立を作成し、行事食も取り入れ、食事が楽しみとなる工夫をしています。食事形態は個別に調整しています。	
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	水分摂取量が定められてい方、1日を通じて確保出来ない方がおり健康チェック表（体重、食事、水分、排泄）の活用にて職員が利用者の状況を把握し対応をしている。変化にのめる時は家族に連絡に繋がる。		
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 口腔ケア支援を行い、就寝前には入歯を外して頂き洗浄し保管をしている。		
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	排泄表をつけ排泄パターンを把握し気持ちよく排泄できるように支援している。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、身体状況に応じた衛生用品を使用しながら、さりげない声かけで誘導しながら、トイレでの排泄を促しています。	
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	乳製品の提供、日常的に運動をするように支援している。又 意識的に水分摂取も心がけている。		
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	入浴の曜日などは自己決定が出来ない為こちらで決めています但し当日入浴を拒否された場合は翌日に入浴入浴出来る様にしております。本人のタイミング、体調を考慮し支援しています。	無理強いせず、入浴は週2回を目途に、支援しています。入浴剤など使用して、ゆったりと寛いだ入浴になるように配慮し、浴室では歌を歌ったり、職員とおしゃべりを楽しんだり、個別ケアにも繋がっています。	
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	日中の活動を充実させ、生活リズム作りに考慮しているが、個々の生活習慣やその時の状況に合わせている。眠れない利用者には温かい飲み物や会話を楽しく眠れるよう支援している。		
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	定薬内容が直ぐに調べられる棚に定薬処方箋綴りが置いてあります。全員が御自分で薬の管理、内服出来ず職員が支援を行っております。薬に変更があった場合は状態観察を行う。		
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	利用者の気持ちや出来る事を活かした場面作りとして、洗濯物たたみ、野菜の収穫、野菜の皮剥き、テーブル拭き、団子作りや、利用者の読み聞かせ、昔婦人部の会長さんをやっていた方には、いつも行事の時に挨拶をして頂く場面づくりの支援があります。		

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
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	一人で、もう一つのGHには自由にしています。	利用者の介護度が進み、全員での外出は難しくなり、散歩や買い物、ドライブなど、家族や地域住民の方々の協力を得て、一人ひとりの希望に沿って支援をしています。	重度化により、移動に伴う車椅子対応車や他の協力者の手配、利用者の健康管理など、配慮しなければならない事が多々ありますが、五感刺激や、地域の方々との触れ合いなど、外出は、その人らしく暮らし続けるためには重要な事で、一人ひとりが、外出を楽しめる支援に取り組むことを期待します。
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	御自分でお金の管理が出来ないので職員と買い物に行った際に食材を選んで頂たく。		
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	希望時には支援をするが、御自分で言う事は今のところは有りません。		
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	季節感が解るように外の景色が見えるように大きな窓にしている。渡り廊下を利用して外の景色を見ながら自由に2ユニットを行き来出来る。	大きな窓から見える景色や日光は開放感が有り、寛ぎの場所となっています。清潔感のあるリビングに、対面式キッチンが設置され、利用者と職員が、会話を楽しみながら調理が進められ、家庭的な雰囲気や温もりを感じる共有空間となっています。	
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	ホールにはソファ2個と食卓テーブルセットが置かれ、本人たちで居場所を決めて上手に過ごされております。		
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	居室は本人の馴染みのものなど自由にもってきていただいている。	利用者の使い慣れた家具や身の回りの品、仏壇などが持ち込まれ、趣味の作品や写真などを飾り、その人らしく自由に落ち着ける居室となっています。	
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	ヒカルⅠ、Ⅱに繋がる渡り廊下に手すりをつけ利用者様が自由に行き来できる様に工夫している。家事の出来る範囲内で野菜の皮むき、洗濯物たたみ等をして頂いてます。		