

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	0176000081		
法人名	クリーンハウス株式会社		
事業所名	グループホームたんぼぼ新館		
所在地	三笠市高美町444番地		
自己評価作成日	平成26年6月30日	評価結果市町村受理日	平成26年8月7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"> <li>一人ひとりの生活に合わせ、個別のケアに努めています。</li> <li>地域の人との関わりを大切に、ホームの行事に招待したり、地域の行事に参加しています。</li> <li>利用者の好みや体調を考慮しながら、外出の機会を多く取り入れています。</li> </ul>
---

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=tue&amp;JigyosyoCd=0176000081-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=tue&amp;JigyosyoCd=0176000081-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

【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7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成 26 年 7 月 22 日

【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>開設9年目を迎えるグループホーム「たんぼぼ新館」は、基本理念のひとつである「地域の人との関わりを大切に、ホームの行事に招待したり、地域の行事に参加しています」の通り、グループホーム主催の焼き肉会、ミニ縁日には、家族・地域住民・幼稚園児など160人ほどが参加して活発に交流しその理念を実践しています。また、理念に掲げる「一人ひとりの生活に合わせ、個別のケアに努めています」では、管理者を中心に担当制を導入して利用者の個性を尊重したケアの実践を目指したケアマネジメント体制を確立しています。また、看取りを希望する利用者・家族には協力医療機関と連携し人生の最期をその人らしく過ごしていただけるようにきめ細かなケアを提供しています。さらに個々の職員の研修目標や資格取得の希望にあわせ費用や休暇などの支援を行うなど職員の資質向上に向けての取組みをしています。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 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、生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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	介護理念は職員全員で考え作られており、理念に基づいた支援を実践するべく日々努力しています。	職員全員で作成した介護理念を掲示し、「実践に向けて」の具体的な行動を文章化して職員間で共有しています。また、利用者個々に配慮したきめ細かなケアと家族や地域の方とのつながりを大切に積極的に交流する機会をもっています。	
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	市で主催の演芸会、盆踊り等への参加や焼き肉会、ミニ縁日などを通じ市民や近隣住民との交流を大切に実践しています。	町内会行事の盆踊り、ホーム行事の焼き肉会、ミニ縁日などで家族、地域の方、幼稚園児が相互に交流しています。また、日常的には買い物、散歩に出かけるなど地域の方々との交流が幅広く活発に行われています。	
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	運営推進会議を通じ行い、また地域の大切な資源として地道に努めています。		
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	その時々でのGHの状況を報告しご意見を頂きサービスの向上に活かせるよう努めています。	運営推進会議は、2ヵ月毎に地域包括支援センター職員、町内会役員、利用者、家族が参加して開催され、ホームの取り組みや利用者の健康状態・暮らしを報告したり、防災の協力体制に関する意見交換や協議を行い運営に活かしております。	運営推進会議への家族参加が少ない状況ですが、会議に直接参加が困難な家族でも、事前に意見をいただいたり、会議報告書の送付などを行い、家族の意見を把握したホームのサービス向上に活かす取り組みを期待します。
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	地域包括支援センター長様と報告、連絡、相談等を密に取らせて頂き協力関係の維持に努めています。	地域包括支援センター職員が運営推進会議のメンバーとして参加しており、意見を聞いたり、運営上の課題などを随時相談しています。	
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	施設内で身体拘束、虐待防止の研修会を設け、2回/年研修を行っています。また玄関の施錠は夜間職員1人のため防犯上からのみ行っています。	研修委員が中心となり、身体拘束・虐待防止の研修会を年2回開催し、「身体拘束・虐待は行わない」という職員としての基本姿勢が醸成される学びを行っており、身体拘束はしておりません。ホームの玄関は日中は鍵をかけず、夜間のみ18:00～7:00まで施錠しています。	
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	研修委員から虐待防止について知識を広め職員会議の中でも話し合われています。		

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
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	介護福祉士の有資格者も多く制度の理解はあります。また、施設内研修の中で触れる機会もありますが、相談を受けたことがなく実践はありません。		
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	入居申し込み時や契約時に支援の方向性、疑問、質問を受け納得頂けるよう話し合っています。		
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	ご家族の来訪時や手紙等で意見交換をする機会を常にもち、また利用者様との日々の会話の中から意見や要望を汲み取るよう心掛けています。さらに、苦情受付機関を貼り出しお知らせしています。	家族には、来訪時や担当職員が毎月発送するお便りなどで利用者一人ひとりの生活状況を伝え意見・要望を聞き取るようにしています。また、利用者から日々の会話の中から意見や要望を汲み取り、毎朝の引継ぎや会議で協議しながら職員間で共有し、日々のケアに反映するように取り組んでいます。	
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	毎月1回職員会議を行い施設長、管理者出席のもと職員との意見交換に努め多くの意見、要望が出され話し合う機会を設けています。また、日々の中でも都度、相談・報告があります。	施設長・管理者は日々の業務やケアに関して職員と定期個別面談や随時面談を行い何でも相談できる関係づくりに努力しています。また、月1回開催している職員会議で、運営課題、業務の改善や提案に関する協議を行い、職員の要望や意見を聞く機会をつくり運営に反映しています。	
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	施設長は日頃からユニットに来て職員の勤務状況については把握しています。管理者、各職員個々ともコミュニケーションを取り評価に努めており、毎年自己評価を行い施設長管理者と個別に面談を行い仕事に対しての話し合いをしています。		
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	施設内では毎月研修がありそれぞれの能力経験に基づき職員の能力向上のため参加させています。また、外部の研修にも参加させレベルアップに努めています。		
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	北海道GH協会の研修会で実践者研修に参加し同業他社と職員同士がそれぞれの施設で研修したりと交流が行われサービスの質の向上につなげています。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に利用者と面談を行い状況を把握し、家族からも多くの情報を得ながら家族的な雰囲気づくりの中から安心の確保につとめています。		
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	入居前に家族と話し合い求めているニーズを把握しケアプランの作成を行い入居後も利用者の様子と家族の要望に耳を傾け随時プランの見直しを行っています。		
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	暫定ケアプラン作成の段階でまず必要としている支援を聞き、利用者、家族に確認し提案しています。		
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	日々の生活の中で利用者の手助けを頂きながら共に生活する者同士として支え合う関係づくりにつとめています。		
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	利用者の状況は毎月お手紙で報告し、誕生会、敬老会等の行事にも参加していただき一緒に支える者同士信頼関係づくりに努めています。		
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	通院時や買い物、盆踊り、演芸会等の行事で友人、知人、に会ったら話をしたり、ホームに来られたら職員が率先して温かく迎えるようにしています。	通院、買い物、盆踊り、演芸会等の行事は友人や知人と交流する機会となっています。外出は利用者に行きたい場所を聞いて思い出の場所に行ったり、馴染みの商店へ買い物に出かけるなど、利用者のこれまでのつき合いや馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援しています。	
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	利用者同士の関係性に職員は注意し情報を共有することにより調整役として支援するよう努めています。		

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
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	サービス利用が終了すると関係性は薄くなってしまいますが、馴染みの職員に会いに来られたときは温かく迎えています。また、直接の相談はありませんが出来る支援は行えます。		
<b>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</b>					
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	意思表示の可能な利用者には直接意向を確認し、不可能な利用者には日々のアセスメントの中や職員の把握している情報などにより理解に努めています。	利用者の言動・表情や家族からの聞き取りから本人の望んでいることや困っていること把握しています。ケース会議・職員会議などで職員間の情報交換を密に行い利用者の意向を尊重したケアについて協議しています。	
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	利用者本人や家族からの情報収集に努め馴染みの暮らしに近づけるよう家具、小物類を配置するようにしています。		
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	毎日の支援経過記録、毎朝の申し送り及び申し送りノートにより、全職員が情報の共有を行い状況の把握につとめています。		
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	ケース会議や職員会議で時には利用者や家族にも参加して頂き意見、要望を聞き現状に適したプランにするべく作成しています。	ケース会議に参加する利用者と家族の意向を聞き、介護計画を作成し3ヵ月毎に見直しています。利用者・家族が望むケアが提供できているかを担当者が毎月モニタリングしています。ケース会議に参加出来ない家族には来訪時や毎月のお便りの機会に介護に対する意向を聞いています。	
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	支援経過記録、健康チェック、水分排泄チェックシート、事故報告、業務日誌等により記録されており実践や見直しに活かされています。		
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	状況に応じ通院の送迎、外泊時の用意等職員間や家族と連絡相談しながら柔軟に対応しています。		
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	買い物や理髪店に行ったり、お祭りなどの地域の行事に参加したりと楽しみの持てる暮らしが送れるよう支援しています。		
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、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	利用者及び家族の希望を大切に、医師に日々の生活状況を報告し定期的に受診支援を行っており、終末期の医師や訪問看護の協力、連携も取っています。	利用者・家族の希望でかかりつけ医を決めています。受診時は職員が同行して受診支援をしています。協力医療機関は月1回往診し健康管理や診療を行っています。また看護師が週2回利用者の健康管理を行い適時医療機関と連携しています	

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
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	看護職員や訪問看護師へ情報提供を行い相談し、支持を仰いで適した診療が受けられるよう支援を行っています。		
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。	入院の際ホームでの生活状況を病院側に報告し打ち合わせを行い、入院中の様子退院の見込みを医師や看護師と情報交換しながら相談しています。		
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	家族と終末期に向けての話し合いを重ね希望、要望を確認しながら医療方針を決め、ケース会議、職場会議の中で職員間で情報を共有しチームで支援しています。	重度化などに関する覚書やインフォームドコンセントを作成し、家族に説明し意向の確認をしています。ホームでの看取りを希望する利用者に対して、協力医療機関と連携しながら看取りケアを実施しています	
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	施設内や消防署の協力を得て救急救命の研修や訓練を実施しています。		
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	消防署と打ち合わせの上施設で春と秋に避難訓練、消火訓練を行い、近隣の施設、住民の協力を得られる体制を作っています。	消防署の立会いで、住民参加の避難訓練を年2回実施し、災害備蓄品も確保しています。しかし、避難場所についての明示がされておられません。	災害時に職員が避難行動を速やかに遂行できることや家族に避難先について連絡しておくことが必要なことなどから避難場所についての明示が望まれます。また、災害対策は火災のみでなく地震などの自然災害への対策が必要です。避難場所は冬季を想定し、安全な場所の選定や具体的な協力体制を確保しておくことが求められますので災害対策の見直しを期待します。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	個々の利用者に応じた言葉かけ、尊厳を持った接し方をするよう職場会議の中で周知しています。	利用者一人ひとりに応じた声掛けや介助方法に気を配り、利用者には「さん」で呼びかける、トイレ誘導時は耳元でさりげなく声をかけるなど利用者の誇りやプライバシーを損ねない接遇をしています。	
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	利用者の意思を確認するため自己決定できるような言葉かけに注意しています。		
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	自己決定できる利用者には自分のペースで生活していただき、意思表示の難しい利用者には状態に応じた支援を行っています。		
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	毎朝の整容や着替えの声掛け、外出時の身支度等状況に応じた身だしなみが出来る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
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	食材の買い物、下拵えをスタッフと一緒にしたり、食器洗い、食器拭きを毎日して下さる方、時々して下さる方と能力に応じた力を活かせるよう支援をしています。	メニューは施設長が作成し季節や行事に応じた食事を楽しめるよう配慮しています。利用者の状態や希望、意欲に応じて簡単な下ごしらえや下膳、茶碗拭きなどを一緒に行っています。職員は見守りながら和やかに利用者と食事をしています。	
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	食事摂取量、水分摂取量を記録しています。脱水状態にならないよう血圧を確認し細目に水分補給していただき、塩分の取り過ぎに注意した味付けにしています。		
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	介助している方は毎食後口腔ケアをしています。自立されている方は就寝前までに口腔ケアをしています。		
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	一日の排泄の記録をすることで、個々の利用者のパターンが把握でき、意思表示の出来ない方には状況やパターンから時間を見計らいトイレ誘導を行い排泄の失敗を減らすよう支援をしています。	「トイレで排泄する」を基本に排泄支援をしています。個人の排泄記録をチェック表で記録することで、排泄パターンを把握し、声かけを行うことなどで失敗やオムツ使用の機会を減らし、出来るだけトイレで排泄ができるよう支援しています。誘導時は耳元で小声で話しています。	
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	排便の状況を記録し便秘に注意した飲食物の工夫利用者と一緒に掃除、散歩等運動への働きかけをしています。また医師の診察を受け下剤により調整している。		
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	利用者の意向、身体状況、入浴状況の記録を確認し入浴していただいています。日曜日以外は毎日入浴可能です。	利用者一人ひとりの入浴習慣や同性介助の希望などを尊重し入浴を楽しんでもらう工夫をしています。週2回以上を基本としていますが、毎日入浴できる体制にあるので本人の希望や失禁や皮膚などの利用者の状態により回数を増やしています。	
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	個々の利用者の状態に合わせ居室で休まれる方、居間で過ごされる方とそれぞれのスタイルを大切にしない不快な音、温度、湿度に注意しています。		
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	個々の利用者の医療ノートや薬の説明書がファイルされ、いつでも確認できる状態にされており、変更があった場合は申し送りノート、職員会議等で共有している。		
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	多くの利用者に声掛けし掃除機かけ、拭き掃除、食器類を洗ったり拭いたりするお手伝い洗濯物をたたんだりスタッフと一緒に分担して行っています。		

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	
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	買い物や散歩、ドライブ等身体の状態や天気を見ながら外に出る機会を多く持たせていただけているようにしています。家族と外出や外泊をされる利用者には身支度、服薬の用意等をして支援しています。	ドライブや食べたいメニューを聞いて居酒屋、レストランなどでの外食、買い物、年間行事の花見・紅葉狩り、初詣などに出かけています。気候の良い時期は前庭に散歩に行ったり、設置しているベンチで外気浴などで楽しんでいます。また、今年は利用者の念願のふき採りを実現しました。		
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	9人中6人が少額ですがお金を持っています。お祭りのお賽銭やお孫さんにおこずかいとして渡したり、欲しい物を買ったりされています。			
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	手紙、ハガキのやり取りをされている方はいませんが電話を掛けたり、受けたりできる方には受話器を渡しお話しできるように支援しています。			
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	ひな人形、七夕、クリスマスツリー等の季節の飾りつけや生け花を置いたり、外出時や行事での写真を常時展示していつでも眺められ楽しんでいただけるようにしています。	リビングは広い窓から光と風が入り明るく温かみのあるスペースに食事用のテーブルと団らんでできるソファが置かれ落ち着いた雰囲気の共用空間となっています。トイレ、洗面所などはバリアフリー構造で車いすで利用できます。また、利用者が好きな場所で居心地良く過ごせるよう配慮し、廊下や玄関口ディルームなどに椅子等が置かれています。		
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	リビングには椅子、ソファを置き、裏玄関にも椅子が置かれ外の景色を眺めたり気の合った利用者同士がおしゃべりされたりしています。			
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	入居前に家族と使い慣れた家具、小物等を持ち込んで頂くよう打ち合わせをし写真、カレンダー、時計等生活感のある物を設置し居心地良く過ごせるよう工夫しています。	各室にクローゼットが整備されています。使い慣れた寝具や家具、身の回りの品、大切な仏壇や思い出の写真、自作の絵や習字などの作品が飾られ、整理、整頓され清掃も行き届いた清潔で居心地の良い居室になっています。		
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	廊下やトイレに手摺が設置され、トイレ、洗面所と書いた貼り紙や看板を付け、個々の利用者の出来る事支援の必要な事を見極め安全に自立した生活が送れるよう工夫しています			