

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	0172300121		
法人名	神恵内村		
事業所名	神恵内村認知症対応型共同生活介護事業所高齢者グループホームかもめの家		
所在地	古宇郡神恵内村大字神恵内村10番地		
自己評価作成日	平成29年12月12日	評価結果市町村受理日	平成30年1月17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_02_2_kani=true&JigyosyoCd=0172300121-00&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 マルシエ研究所
所在地	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12月23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)】

・地元の食材、施設の裏山等から採った山菜や家庭菜園で収穫した野菜を使い、季節の食を中心にした食事を提供しています。
 ・年中行事には、その風習にちなんだ食事の提供を心がけています。
 ・地域との交流を目的として民謡、お祭り、文化祭等にも参加しています。
 また、利用者が作成した作品を地域のイベントに出品しています。

【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)】

グループホームかもめの家は、神恵内村が設置し指定管理制度により運営されています。診療所の2階部分の入院施設を改修した定員9名の事業所で、開設から17年が経過しています。現在は利用者と職員全員が女性で、少人数でアットホームな雰囲気があります。目配りが行き届き利用者一人ひとりに合った支援を行うことで、自立の幅を広げています。職員は、介護側の都合でなく、利用者の身体状況や自尊心に配慮した支援について検討しています。排泄の自立につながる歩行機能の向上や、布下着によりトイレでの排泄への意識につなげる取り組みなど、職員の手間や時間のかかる見守りを厭わず、利用者の立場に立って能力の維持や生活の質の向上に取り組んでいます。また、人員配置の関係で難しかった全員での外出に代え、食事の楽しみの提供に力を入れています。食材の購入の方法や利用者のお好みを取り入れた献立の立案など、職員が知恵をばり、調理専門職員が一人ひとりの利用者の嚥下能力などにも配慮した、旬の食材を取り入れた出来たての食事を提供しています。また、ケアマネジャーの出勤日が減ったことを受け、計画の精度を維持するため、職員が計画作成の過程に参加できる場面を増やし、利用者がその時に必要な支援を適切に提供できるよう仕組みの変更も予定しています。

V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項目	取組の成果		項目	取組の成果	
	○	↓該当するものに○印		○	↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (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 ほとんどつかんでいない	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、活き活きと働いている (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			

(別紙4-1)(ユニット1)

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作り、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	毎日、介護理念を音読し実践につなげていけるように努力しています。	4年前に、既存の3つの理念に職員がどのような思いをもって利用者を支えていくのかを分かりやすく表現した文章を追加しています。管理者や職員は変わっていますが理念はそのまま継承し、事業所内に掲示すると共に職員は各自で唱和しています。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域のイベント(祭り、敬老会、交流会、文化祭等)に参加しています。また、民謡クラブの方々に慰問していただきふれあいを持っています。	地域の祭りや交流会など、地域行事へ利用者と一緒に参加できるよう計画を立てていますが、職員の配置不足で中止も増えています。しかし、民謡ボランティアの慰問や、祭りの神楽が事業所に立ち寄ってくれるなど地域の協力を得て機会を作っています。	
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	認知症の相談を受けた際は、アドバイスをしていきたいと思っております。町内会の活動が少なく、まだ未加入の状態です。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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度開催しております。利用者の状況報告、村の行事の参加協力施設の老朽化に伴う不具合等、質疑応答をして意見交換を行っています。	役場から開催案内が発送され2カ月毎に行っていますが、参加者も固定的で少ない状況が続いています。会議では、床材の張替えや窓の落下防止柵など、事業所の軽微な改修工事等が検討され、設備の改善を行っています。	運営推進会議の意義と目的を再確認し、その達成に必要な仕組みや、事業所の取組を知ってもらうため、議事録を家族へ送付することが望まれます。また議事録や資料は、利用者のプライバシーにも配慮した記載となるよう期待します。
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	村役場が事業主であるため、連携はとれています。	村長が利用申請の受理を行い、承認した利用者を受け入れています。そのため、利用者の日常的な暮らしぶりなどは、役場担当者が行事や設備の更新などのため、事業所を訪問した際に直接確認し、管理者と情報交換を行っています。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	1階は共同玄関であるため、防犯上夜間は鍵をかけていますが、日中は開放しています。	職員間で具体的な利用者への支援を取り上げ、身体拘束につながる行為がないか確認しています。マニュアルはいつでも閲覧できるようにしています。今年度、外部の虐待防止研修に参加し、身体拘束を含む不適切ケアについてなど、研修内容を事業所内で共有しています。	
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逃されることがないよう注意を払い、防止に努めている	11月に研修があり参加しています。また、参加後すぐに会議を開き話し合っています。		

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	現在、制度が必要とされる利用者はいませんが、今後制度的な知識を理解するために勉強していきたいと思います。		
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	利用者の家族の不安等に適切なアドバイスができるよう、また、納得が得られるように対応しています。		
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	来訪時に意見や要望等、遠慮なく話してもらえよう対応しています。また、利用者が不満を訴えた際は、少しでも不満が解消できるように職員と話し合い改善する努力をしています。	家族の来訪時に意見や要望を聞くと共に、来訪できない家族には電話をした際に聞くようにしています。利用者の意見は、利用者ごとの担当職員が日々の暮らしの中で把握するようにしています。得られた意見、要望は改善するように努めています。	
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	職員の意見や要望はできるだけ聞くよう心がけています。	職員会議等で提案された意見や要望を法人本部と協議し運営に反映しています。休日出勤手当の支給など、職員の雇用環境の整備も行っています。ケアマネの出勤日が少なくなったため、介護計画の会議の開催など作成手順の変更なども行っています。	
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	努力しています。		
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	外部研修はできるだけ参加したいと思っておりますが、身近な外部研修が少ないためあまり参加できていない状況です。		
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組をしている	村内のほかの施設と共同で研修に参加しており交流もできています。		
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	本人とコミュニケーションをとり、困っていること、不安なことは聞き、また、職員間で情報を交換し信頼関係を築くように努めています。		

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
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	不安なこと、要望等があれば聞いています。また、本人に合わせた対応についても話し合っています。		
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	家族に本人の現状を伝え理解していただき、家族の意見等も聞き支援しています。		
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	日々の暮らしの中で利用者ができることは手伝っていただいています。昔ながらの料理は教えていただいたり、作っていただいています。		
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	家族が来られた際、日々の出来事や気付きの情報を提供して、本人を支えるためお互い協力しあい利用者がよりよく過ごせるように支援しています。		
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	家族やなじみの方が来訪した際には居心地よく過ごせるように配慮しています。外出する際には、安心して出掛けられるように支援しています。	継続的な交流が行えるように、家族や知人の来訪時には、自室でゆっくりできるようにしています。家族との墓参りなど、本人との縁のある関係や、場所とのつながりや生活習慣を尊重しています。希望により電話を掛けるなど、利用者に合わせて支援しています。	
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	利用者同士の関係は把握しています。各居室を訪室し会話を楽しまれています。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	近くの施設に移動された際は顔を見る機会があるので関わるすることができます。相談などがあれば対応したいと思っています。		
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	日々の生活の中で会話を通し、思いや希望を見出しています。また、言葉だけではなく表情や様子からもくみ取り、意向に沿うように把握し努めております。	利用者ごとに担当が決まっており、日々のかかわりの中で、思いや意向の把握に努めています。意思疎通が困難な場合には、家族や関係者と協力して、情報を得るようにしています。表情を見て、利用者が快く楽しく過ごせる支援を心がけています。	

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
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	生活歴に関する情報を本人と家族から教えていただき、1日の過ごし方や趣味等の把握に努めています。		
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	本人の状況や状態を確認し、変化があればその都度口答で伝えたり、記録を残し職員で共有しケアにつなげています。		
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	計画作成者、担当職員を中心にモニタリングを行い、他職員と話し合い、気付きや情報を基に介護方法や方向性について話し合っています。	月2回ケアマネジャーが出勤し、6か月ごとのモニタリングと計画作成を行っています。今後職員が参加し、利用者の様子や希望を反映し、よりよい計画とするため担当者会議で協議する予定となっています。	利用者の希望を踏まえた生活の実現のため、職員が計画の立案と実践に積極的に参加することを期待します。また、計画書には同意のないものもあり、家族への介護計画の説明や意見聴取を含め協力を求めていくことを期待します。
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	個人の介護記録に日々の様子や排泄、食事、水分等を記録しております。介護計画見直しの際も記録と職員の情報を踏まえ作成しています。		
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人の状態や家族の状況に応じて通院、外出など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	地域の催し物等を把握して可能な限り出掛け、少しでも楽しんでもらえるように努力しています。		
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	医療機関を確保しており、月2回通院し、休診の時は協力施設の医師に連絡し、指示を受けています。また、週一回口腔ケアとして、歯科診療所に往診に来ていただいています。受診には、家族または職員が同行し状態を把握しています。	事業所の1階が診療所であり、訪問看護サービスがない地域ですが週2回看護師の訪問があり医療処置を受けている利用者もいます。診療所の休診時には協力医療機関からの指示を受け、適切な医療が受けられるようにしています。	
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	体調や表情の変化等に注意を払い、早期発見に取り組んでいます。変化が見られ気付いた時は病院の看護師に電話等で相談しています。		

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
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	入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供しており、関係づくりを行っております。回復状況等を医療機関関係者や家族に確認しながら情報交換を行っており、退院後の支援につなげています。		
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、地域との関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期については、その時点で家族を交えて話し合いを行い、できるだけ意向に沿うようにしています。	病状の進行など、重度化に伴う意思確認書を作成し、家族の同意を得ています。また毎年急変時の意思確認をし、定期的に話し合うきっかけとしています。往診医の確保が難しいため、協力医療機関と連携し、受け入れ施設があることも説明しています。	
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	緊急時の応急処置のマニュアルがあり、職員に周知しております。		
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	年2回の避難訓練を地域の方々も交えて行い意見等をいただき活用しています。近隣の施設にも協力要請をして承諾をいただいています。	年2回の火災想定避難訓練を行っていますが、日中想定のみで、地域からの参加もありませんでした。防災無線があり、役場や近隣の住民の連絡番号は把握しています。利用者全員の防災頭巾を作り、居室に置いています。備蓄は役場で行っています。	夜間想定訓練の実施や、自然災害、原子力災害など、想定できる災害に備えることが必要です。非常時に利用者と職員の命を守り、安全に避難可能となるよう仕組みを整え、運営推進会議でも協力を求めてい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	一人ひとりの人格を尊重し、その人にあった言葉かけをしています。居室に出入りする際は、声掛けをして了承を得るようにしています。	現在は、利用者も職員も女性だけの事業所となっています。利用者と職員が馴れ合いの関係にならないようにし、利用者が呼ばれたい呼称で共同生活を送っています。時間がかかっても、できることを自分でできるよう職員が見守りを行っています。	
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	日常生活の中から本人の思いを引き出すような声掛けをしています。誕生会のメニューや出前のメニューを決める際等、本人の希望を聞き反映させています。		
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、希望に沿って支援している	一日の流れはある程度決まっていますが、状況に合わせて、自分のペースで過ごしていただいています。		
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	朝の整容や外出等の身だしなみに配慮し、毛染めは希望があるときに職員が行っています。散髪は訪問サービスを利用しています。		

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	利用者それぞれの能力に応じてできることをさせていただいており、職員と一緒にしています。職員と共に食事をし、好みの物や季節の食材のこと等話し、メニューに取り入れております。	外出の機会が少ないため、季節感や旬の食材を意識し、利用者にとってより良い食事となるよう改善しています。誕生日のメニューのリクエストや出前の日を設け、利用者が選択できるようにするなど、食事を楽しめるように支援しています。	
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	個々の食事摂取量、水分量は個人日誌に記録しており、本人の嗜好を取り入れながら野菜中心で栄養が偏らないよう、バランスの良い献立を考えながら作っています。		
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	週一回歯科衛生士が口腔ケアを実施しています。自分で出来る方は声掛けや見守りをし、出来ない方は食後口腔内のケアやチェックをして義歯の洗浄、衛生管理を行っています。夜間は義歯洗浄剤につけ、毎食後の歯磨きも実施しています。		
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向けた支援を行っている	自尊心に配慮し、トイレでの排泄を大切に紙パンツ、パット等本人に合わせ検討しています。尿意、便意の訴えがない利用者でも、出来るだけトイレで排泄ができるように支援しています。	便意、尿意のない利用者にも、時間を見計らって誘導し、トイレで排泄できるように支援しています。利用者ごとの身体状況や泌尿器等の疾患、気持ちなど多角的に検討し支援を行うことで、パットやおむつの使用が少なくなる事例もありました。	
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	自然に排便ができるように繊維質が多い食事を心がけ、こまめに水分補給をさせていただき、軽い運動も取り入れています。		
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ず、個々に沿った支援をしている	入浴は基本的に週2回ではありますが、希望があれば毎日入浴することができます。	浴室までの段差解消や浴槽の深さ調節用の福祉用具の導入など、浴室設備を改良することで、利用者の入浴時の安全を確保しています。入浴は週2回が基本ですが、夏場の暑い時期や利用者の希望があれば、毎日入浴支援を行っています。	
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	本人のペースに合わせて居室や食堂で休んでもらうことができ、夜は居室を好みの明るさにして安心して眠れるように支援しています。		
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	個々の介護記録に処方箋を添付し、薬の効果・用量等把握できるようにしています。服薬の確認もきちんと行っています。		

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
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	一人ひとりの力を発揮してもらえるよう今まで行ってきた畑仕事やたちかま作り等を行っています。10時のお茶の時間には、好みの飲み物を毎日聞き、各利用者の好きな物を提供しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、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	利用者希望を聞き、図書館や散歩、買い物をできるだけ支援しています。催し物はみなさんで見学しています。	気候の良い時期には散歩に出掛けたり、近隣の図書館や買い物など、利用者の希望に応じて外出の支援を行っています。家族の支援で墓参りなどの外出も行っていきます。	
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	本人が持ちたいと希望の方は家族との話し合いのもと自己管理していただいています。		
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	利用者が自由に電話をかけられるようにしています。また、家族との手紙のやり取りをされている利用者もいます。		
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	温度や湿度に注意し、濡れタオルやペットボトルに水を入れて加湿器代わりにしたりと工夫しています。また、季節の生け花をベランダや玄関に飾り、匂いや視覚で季節を感じられるよう工夫しています。	利用者の外出時やレクリエーションの際の写真や絵などを飾っています。温度や湿度に気を配り、居心地のよさに配慮しています。また、夏場の暑さ対策として窓開領域の少ない窓の構造の相談や床の改修など、利用者の快適性と安全に係る部分は村役場に伝え改善につなげています。	
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	廊下にベンチやソファを置いて利用者同士が腰を掛けながら会話したり気分転換ができるように工夫しています。		
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	使い慣れた家具や装飾品を持ってきていただいたり、テレビ等を置いて居心地よく過ごせるように工夫しています。	診療所の入院施設を転用した事業所で、居室は殺風景にならないよう、利用者が使い慣れた家具や思い出の品を持ってきています。それぞれの利用者の好きなものや家族の写真などを飾りが居心地のよさに配慮しています。	
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	夜間でも迷わずトイレに行けるよう廊下の照明をつけたままで、居室入り口には表札やぬいぐるみ等を吊るし、目印にしています。		