

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	0172902116		
法人名	株式会社 健康会		
事業所名	グループホーム あけぼのⅢ		
所在地	旭川市忠和6条6丁目2番24号		
自己評価作成日	平成23年8月26日	評価結果市町村受理日	平成23年11月2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)】

事業所理念の通り、21歳～61歳までの幅広い年齢層で、新人～経験豊かなスタッフによって、きめ細やかな対応を心がけ、協力的な町内会やご家族様の支援の中で、ゆったりとした「うれしい、楽しい、やさしい」時を刻みます。
敷地内の畑を活用し、入居者様と共に野菜や草花を育て、隣にある保育園の子供達の四季折々の活動に触れ、情操豊かな時間を提供します。
北海道グループホーム協会のターミナルケア研修を終えた管理者の指導の下、ホームでの看取りを希望される入居者様には、しっかりと医療機関と連携したターミナルケアを提供しご満足頂いています。

※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.kaigooho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0172902116&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10月11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)】

当ホームは、複数の福祉事業を展開している運営法人が、平成17年に開設しています。系列の各事業所とは、情報交換、技術・知識の共有化、災害時の協力体制等が構築されています。地域の方々とは、運営推進会議、避難訓練、地域の高齢者相談受け入れ、相互の行事参加等で交流を深めています。終末期の受け入れ体制も整備されており、利用者、家族の安心に繋がっています。ホームの人間関係も良好な中、職員は「一日一度は、利用者の笑顔をみたい」と、自己研鑽に励み、切磋琢磨している「グループホームあけぼのⅢ」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 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	各職員の自身の目標を集約し、今年度より理念を変更。その目標に向かって各職員が、日々のケアに取り組んでいる。	今年度、理念の見直しが行われ、職員全員の意見が集約された理念を作り上げ、更に、ユニット、個人目標を掲げ、ケアサービスに努めています。理念を裏面に記載したネームプレートや日常業務、会議等で実践に繋げているかを確認しています。		
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	地域のお祭りや、盆踊り、とじこもり防止の集会等に参加させていただくと共に、運営推進会議をはじめホーム行事には町内会の役員様に参加していただいている。	挨拶はもとより、近所の商業施設利用、周辺のゴミ拾い、町内会やホームの行事への相互参加、実習生受け入れ、地域高齢者への助言や提案等で、ホームの理解に繋がっています。隣接の保育園との交流は、利用者が笑顔になる一時になっています。		
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	忠和地域の町内会ととじこもり防止集会等に定期的に参加。介護従事者の視点からの意見を発信すると共に、グループホームでの入居者様の様子を伝え、認知症の理解を仰いでいる。			
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	緊急時の連絡網のあり方の検討を会議にかけ、欠席者の方々からも書面にて意見を頂き結果を施行。また、会議の中でのご要望で「行事予定」の交付があげられ、翌月の定期おたよりと共に送付し、ご家族様より評価される。行政の協力により、市の担当職員も参加。	町内会役員の方々や市職員の深い理解を頂き、家族の方々に参加しやすい、土・日曜日や敬老会等のホームの行事に会議を開催し、ホームの運営報告、防災関連、家族の理解を頂き看取りまでの経過、地域連携等が協議され、ホームの運営に活かしています。	運営推進会議を開催する意義を理解して頂く取り組みとして、参加できなかった家族の方々へ、議事録の送付や、自己・外部評価の報告、リアルタイムな議題、議事録の更なる整備等で、ホームの質の確保に繋がるよう期待します。	
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取り組んでいる	保護課担当者とは、随時電話で利用者情報を交換。また、介護高齢化担当係様には運営推進会議に参加いただいている。	行政とは日頃から行き来する機会があり、また、電話等で情報交換やホームの課題に対して、適切な助言・提案を頂き、ホームの質の向上に努めています。		
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	必要に迫られた入居者様には「やむおえず身体拘束を行なう場合の対応」にのっとり対応。日々のモニタリングにおいて、必要性をご本人に確認すると共に廃止の方向に向け検討している。	職員は、身体拘束防止に関する外部・内部研修で理解を深め、職員間でも意識付けに努めています。玄関は解錠し、職員の見守りやセンサーで出入りを確認しています。SOSネットワーク登録や、近所の方々にも協力を頂いて安全に努めています。		
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ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	総会等の開催は無いが、マニュアルに沿ったケアを提供している。			

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	現在必要な対象者はいないが、管理者が研修会に参加し、その内容をユニットに周知する勉強会を開催。また、新規問い合わせがあった場合には、その勉強会の内容を活かした相談援助を行っている。		
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	利用者様、ご家族様おのおのの状況を踏まえ、そのニーズに沿った対応を心がけ、「安心」「満足」の評価を頂いている。		
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	契約書の苦情、要望等の相談窓口の記載を説明すると共に、年4回の機関誌にもご意見を募っている。お寄せいただいた意見、苦情に関しては、受け付けた者が「苦情・相談/要望票」に落とし、その内容に応じて対応している。	日々の関わりや、家族アンケート実施、来訪時等で、根底にある思いを汲み取るよう努めています。課題は状況に応じ、ホームや運営法人で解決策を協議しています。家族から光熱費の見直しの意見があり、検討しています。	
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	ユニット会議等で発言の場を提供すると共に、管理者が改善の必要性を感じた場合、職員に個別に意見を求める面談を積極的におこなっている。	管理者は、日常業務や会議、更に、年に一度の職員面談で意見や要望を収集し、全体像を把握しています。時には、管理者から課題を提示し、職員の意識統一を図っています。また、職員同士で課題を検討し、具体策を管理者に報告する事例もあります。	
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	管理者は各職員の就労状況を観察、情報収集に努め、必要に応じて個別面談を行い、状態の把握に努めている。また、事業所で解決できない事案については本部に報告し、改善策を提案、相談、実施している。		
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	個人目標を設定させ、それを指標に評価。内部ではリスクマネジメントの視点からの課題を与え、個別の意見を持ち寄ってユニットで検討し日々のケアに反映。外部への研修は全スタッフ年2回を目標に、経験、力量に応じた研修会への参加を義務付け、参加後はユニットで報告会を施行している。		
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	同一法人10事業所での委員会活動、法人行事にて交流をはかっている。札幌での研修等も各事業所から選抜された職員が一緒に参加している。		

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	センター方式のアセスメントツールを利用した情報収集につとめ、利用者御本人、ご家族様からのみならず、居宅ケアマネやサービス事業所での情報も活用。また担当職員を決め馴染みの関係づくりに務めている。		
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	ご家族様が事業所に求めているカラーにあわせ、心地よく関係を始められるよう対応している。		
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	入居予定となり、判定会議で入居日が確定する間にショートステイの利用が必要な方には、ホームでのショートステイ利用の情報提供をすると共に、日程の調整を日々行なっている。		
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	日々の関わりを大切にし、一緒に食事を摂り出来る限りでの会話を行い、関わりを持っている。また手伝いなどの簡単な作業を行、って頂き、信頼関係を築けるように努めている。		
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	面会時には、ご本人の様子を伝え、またアドバイスをいただいている。近況を知っていただける様、毎月お手紙を送付し、ご家族様との絆、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	個別のドライブ等を利用して馴染みの場所に行き見たり、ご家族様との外出を提案し、入居者様の状態に応じて施行している。	利用以前に住んでいた場所への訪れは、家族や職員が支援しています。友人・知人が来訪した際には、食事を提供するなど、利用者との繋がりを大切にしています。	
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	入居様同士が会話ができるよう仲介に入る。また一緒に洗濯物たたみや食器拭き等のお手伝いができるよう仲介している。		

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	長期入院等で退居された方から電話での状況報告をうけたり、死亡にて退居された方のご家族様からのあらたな相談も受けている。			
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	センター方式を使用し、ご本人の経歴や嬉しさ・楽しみ・不安・悲しみが汲み取れるよう努めている。またご家族様の意向も踏まえてケアプランを作成することに努めている。	利用者の思いや意向は、生活歴や家族からの情報、職員間の気付き等で把握し、利用者の希望に添えるよう努めています。		
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	ご家族様からの情報提供や以前に使用していたサービス事業所から情報収集に努めている。また入居後もセンター方式を使用し、馴染んだ生活が送れるよう努めている。			
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	日々の生活シートを使用することにより、ご本人の体調の変化を把握出来るようになってきている。またケアプランからも心身状態や有する力を汲み取れるように努めている。			
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	日々の記録からご本人の状態を把握し、ご本人・ご家族様の意向を確認。またかかりつけの医院より意見をもらい、より良い介護計画が作れるよう努めている。また、状況に応じて介護計画を変更している。	利用者、家族の意向を傾聴し、医療関係者の意見、個人別の記録を参考に、職員全員の意見が反映された介護計画を作成し、評価後に、6ヵ月毎の見直しや状態変化時には、新たに計画しています。介護計画は、介護記録、サービス実施モニタリング等で連動しています。		
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	個別に記録を作成し、日々の変化、介護計画の実施結果、気付いた事等を記録することにより、情報を共有し介護改革の見直し、実施に生かしている。			
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	該当対応なし。			
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	近所の商店で、利用者自身が買い物ができるよう、理解を求めて施行している。			
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	医療連携をとっている往診医には、些細な事でも相談し指示を仰いでいる。そこで対応不可能な医療に関しては、ご家族と協力し対応している。	利用者、家族の希望を尊重し、かかりつけ医への受診、協力医療機関による往診や受診支援をしています。診療内容は、関係者の共有とし、適切な健康管理がされています。		

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	協力医療機関の忠和クリニックと24時間体制で連携をとり、個々のご利用者様が適切な受診・看護が受けられるよう支援している。小さな変化でも相談し、早期に適切な看護を受けられるよう努めている。		
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。	医療機関の相談員を介して、情報の提供、状態の情報収集に努め、退院前には病院にて再アセスメントをしている。		
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	入居事に確認したりリビングウィルを定期的に再確認し、状態が著しく変化したときには主治医からのムネテラにも同席。家族、医療とチームを組んだ対応に務めている。	契約時にホームの指針を説明し、同意書を頂いています。過去に看取りを経験し、職員は、利用者や家族の思いを受け止め、更なる知識・技術習得に励んでいます。管理者は、職員の心身の状態にも配慮し、家族、医療関係者との連携強化に努めています。	
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	新入職員には必ずCPRの研修実施し、既存の職員も2年に1度は受講している。		
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	月に一度の会議の席で、火災が起こった状況を仮定して、対応のシミュレーションを全職員で行なっている。また、同一法人内の近隣施設や大家さんに、緊急通報装置で一斉連絡がいくようになっており、災害後の避難支援も確保されている。	年2回、消防署、町内会、家族、市の担当職員の方々の参加を頂き、夜間想定避難訓練を実施しています。災害備蓄品や避難場所は、系列のホームや事業所との連携が構築されています。	
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	愛称で呼ぶ事を禁止している。日頃の言葉遣いに注意し、相手を尊重し敬う言葉遣いに心掛けている。	利用者には、名前で呼びかけるなど、言葉遣いや対応には十分な注意を払っています。個人記録は、事務室に保管しています。	
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	日々の関わりの会話の中や表情・行動で希望が汲み取れるように努めている。ご利用者様ひとりひとりの状態に応じて自己決定が出来るよう努めている。		
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	起床から就寝までご本人が望むペースで生活が出来るよう起床時間・食事・入浴時間・就寝時間を出来る限り 希望に沿えるようにしている。		
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	その日着る服を自分で選んでもらったり、化粧・髪型等のご本人の要望に沿って支援している。		

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	野菜の皮むきや片付け、テーブル拭きを一緒に行なってもらい残存能力を生かすことで充実感を味わってもらえるよう支援している。他の事業所の配食サービス業者のメニューを活用し、高齢者に適したカロリー、メニューを提供している。	利用者の持てる力を発揮して頂きながら、食事作りを共にしています。菜園での収穫物や、前庭でのおやつタイム、誕生会では、希望のメニューやケーキ等が用意され、利用者の笑顔が見られる場になっています。	
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・水分量を把握し一定の量が確保できるように支援している。またご本人が馴染みのある物やその人に合わせた道具・食事形態を提供している。		
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	毎食後の口腔ケアの誘導・見守り・介助を行なっている。歯磨き・入れ歯洗浄・うがいをできる範囲で行なってもらう事で口腔内の清潔を保っている。		
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	極力おむつの使用は避け、トイレでの排泄が行なえるよう取り組んでいる。排泄で失敗が見られる人にはリハビリパンツを使用し、残存機能が維持できるように努めている。	利用者の状態により、衛生用品の軽減には至りませんが、介護記録等で、排泄パターンを職員は共有し、声かけや誘導により、トイレでの排泄支援に努めています。	
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	自然排便ができるよう水分や乳製品を摂るように働きかけている。慢性の便秘は主治医に相談し内服での調整を行なっている。		
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	午後より入浴を行なっている。入浴の希望がある入居様に入ってもらい、希望されない方でも声かけを行い入浴してもらうことでリラックスできるように努めている。	週2回、午後入浴支援を基本としていますが、利用者の心身の状態に応じて、清拭、シャワー浴、入浴時間や回数は、柔軟に対応しています。	
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	うたた寝や疲労感が強い時には自室にて休息をとってもらっている。自室での環境を整える事で気持ちよく休めるようにしている。		
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	薬をセットする際には、薬局・医療機関よりの薬剤情報と照らし合わせながら行なっている。情報に薬の目的・副作用・用法・用量について記載されており、内容を確認しながら行っている。異常が見られた時には、主治医に相談し、指示をもらっている。		
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	食事の準備・片付け、掃除、衣服たたみなどの他、野菜を収穫してもらう事等により張り合いのある生活が送れ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	
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	ご本人の希望により、頻繁に裏庭へ行かれる入居者様があり、ご家族様に事故の可能性を説明し同意の下で外出している。スタッフによる所在の確認や地域の人にも頻繁に外出される入居者様をいることを知ってもらう。外出希望がある時には、極力沿えるように配慮している。	花見や紅葉狩りなど、利用者全員での外出は、年に2～3回実施しています。日常的に散歩や買い物、敷地内での外気浴など、一人ひとりの希望に沿い気分転換を図っています。		
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	ご家族様了承の下で、紛失しても問題ない程度を自分で管理してもらっている。外出や買い物に行った際に一人ひとりの状況に合わせて、所持・支払いしてもらっている。			
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	ご本人からの希望時にはご家族様に電話ができるよう事前にご家族様に了承を得て、支援している。			
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	季節に合わせたレイアウトや普段の風景や外出した際の写真を飾っている。レイアウトを見てもらうことで季節を読み取ってもらう。また写真を見ることで懐かしさや見る楽しみをもってもらう。出来るだけ刺激の強い色・音を避け、居心地よく過せるように努めている。	空調や採光に配慮された共有空間は、清掃が行き届いており、随所に職員が活かした花々が潤いをもたらしています。利用者と職員の共同作業による四季折々の作品や、利用者の笑顔満載の写真が展示され、話題作りになっています。		
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	入居者様の心理・身体の状態に合わせて、椅子・テーブルを配置している。			
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	自室の飾りや置物はご本にが好む物や家族が持参された物にしている。また新しいものはできるだけ使用せず、使い慣れて馴染みのある物を使用している。	ベットやクローゼットが設置された居室は、利用者、家族の意向の下、家具や調度品が配置されており、安心して過ごせる場となっています。		
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	トイレ、お風呂場に張り紙をしてその場所が分かりやすいようにしている。また自室の前に名前、写真を一緒に飾る事で分かりやすいようにしている。			