（別紙4-1）

NPO法人　福祉サービス評価機構Kネット

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	0174300434		
法人名	有限会社　マザープランニング		
事業所名	グループホーム　ぽぷらの家		
所在地	北海道川上郡標茶町富士5丁目16番地		
自己評価作成日	令和元年　月　日	評価結果市町村受理日	令和2年2月12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_022_kihon=true&JigyosyoCd=0174300434-00&ServiceCd=320

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利活動法人　福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4　高砂サニーハイツ401
訪問調査日	令和2年1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）】

1、利用者がのんびり・ゆっくりした環境の中で生活して欲しい。
2、利用者の皆さんから慕われ、尊敬背れ安心して生活できるホームにしたい。
3、健康で安全に生きがいを感じ、明るい暮らしが保障される住まいを目指します。
4、ぽぷらの家は街の中心地に位置し、近くに公園がある。公園内は散歩コースにも適し、平日には幼稚園、保育園児が時折遊びに来て、ホームにも立ち寄って入居者に声掛けしてくれるので、元気を頂くこともある。
5、開設当初から犬を飼育していたが、昨年老衰で死亡した。再度小動物を飼育するか検討中である。
6、隣接して町有地があり、年間賃貸借契約して畑として借用したいます。ビニールハウスや菜園で利用者と職員が野菜を造り、収穫量は少ないが、時折食卓に上り、みんなで話題にしながら食事を楽しむこともある。

【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）】

当事業所はJR標茶駅から商店街を抜けた徒歩圏内にあり、児童会館や戸建て住宅が並ぶ静かな住宅地に開設され、また大型の公園が事業所に隣接して拡がっており、四季の移ろいや子供たちの歓声が響く、生活に適した環境下に立地している。建物は木造平屋建てで、男女含めた高齢者が9人、生活を続けている。当事業所の優秀な点は、9人1ユニットという最小の規模を生かした個人に特化した介護の実践を挙げたい。無人になった家が心配で、一日何回も確認に行きたい利用者には中継点に協力員を何人かお願いし、都度連絡しあいながら町全体で見守る体制で個人外出を可能にし、晩酌も主治医の確認の元で認める等々、個人の思いを尊重する介護を実践している。また利用者家族へのお便りも日常的な生活の様子を写真でお伝えするほかに、食事から日中の様子、行事への参加、定期受診結果、ケアプランへの実施過程等をひと月のまとめとして家族宅に送っており、介護計画への説明だけではなく具体的な方法とその経過を示しており、家族の共感、好評を得ている。職員の子供たちが事業所内で遊ぶ姿も日常的な風景であり、利用者にも職員にも、人に優しい「ぽぷらの家」に今後も期待したい。

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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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

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	概ね実践に繋げている。ホームの共有スペース(ロビー)に表示している。カンファレンス等で理念の意義を周知している。	理念「入居者の尊厳を守り、健康で明るく穏やかに、安心して生活」を事業所内に貼りだし、利用者や職員等々の関係者に示し、その覚悟を共有、実践に望んでいる。	
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	周辺地域とホームの関わりを深めるように努めている。ホームのイベントに参加を呼び掛けて交流している。	開設後15年を経過し、知名度は周知されているが、地域活動全体が減少しており、行事やイベントへの参加を呼びかけ、活発化へ向け取り組んでいる。	
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	地域貢献しているとは言い難いが、グループホームの役割が地域住民の方が認識しており、時折、認知症のことで質問される方に、職員が対応し理解して頂いているケース、ホームの入居状況や空室を尋ねる方もある。		
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	運営推進会議は定期的に開催し、毎回入居者の近況を報告し、委員から意見を拝聴してサービス向上に活かすように努めている。	行政や家族、地域代表の出席を得ながら運営推進会議を開催している。最近は介護職員の確保への論議が交わされ、サービス向上へ繋げている。	
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	町役場保健福祉課や地域包括支援センター(町直営)とも日頃から連携して、困難事例等を相談しながら、協力関係を保持している。	小さな町で行政窓口とは近しい関係にあり、事業所設立15周年記念の会には町の幹部も臨席し協力的な連携が持続されている。	
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	身体拘束は基本的にあってはならない行為であり、職員会議やケアカンファレンス時に周知し、特に認知症の行動・心理症状(BPSD)の認識を深め、理解する事により身体拘束をしてはならないと、各職員が自覚することが大切である。また、玄関の施錠は夜間帯を除き解錠している。	身体拘束委員会を設置し、指針の基に3ヶ月ごとに開催し、現状の介護への検証を行なっている。その結果については直近の会議等で職員に周知徹底し、拘束も抑制も無縁な介護に取り組んでいる。	
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注意を払い、防止に努めている	上記身体拘束と同様に、BPSDの理解を深め虐待は絶対あってはならない。ケアカンファレンス等で身体拘束と共に防止の徹底を図っている。		

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
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	特に制度研修は行っていないが、利用者で成年後見制度を利用している方が居り、ケアカンファレンスの中で制度の内容を周知している。(ホーム長が市民後見制度講習会、フォローアップ研修を受講している。)		
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	入居希望があり、入居できる状況の時に契約締結の前に、重要事項説明書で入居する場合の概要を説明して、出来るだけ本人・家族がホームを見学して貰うように促している。		
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	ケースは少ないが、出来るだけ利用者や家族の意見・要望を聴き、運営・管理に活かすように努めている。	毎月お便りを家族宛に発行し、利用者の日常を伝える他に、介護の内容や受診結果をひと月にまとめ、克明な内容を裏表なく伝え、好評を得ている。	
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	会議やケアカンファレンス、また、日頃から職員の意見や提案を聴収できるように心掛け、運営に反映するようにしている。	日々の申し送りや会議で職員の提案や工夫を聴取している。1ユニットの良さを活かし、職員が一体となって話す場もあり、各意見を現場に反映させている。	
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	職員の給与水準は十分とは思っていないが、出来るだけ給与水準の改善に努め、法定労働時間を遵守し、働きがいのある職場環境の構築に努めている。 特に近時は人材不足に苦慮している。		
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	職員の介護知識や技術の向上が大切である。OJTは勿論であるが、外部研修も重要であり、出来るだけ参加機会を計っている。 職員の人材不足から外部研修に多くを派遣できないことを痛感している。		
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	町内に同業者は少ないが、年に1～2回の交流を行い、隔月の地域包括ケア会議に参加し、介護事業者・医療関係者・行政等との意見交換や交流、研修を図っている		

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
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	本人の生活歴や日常の習慣などを本人・家族に聞かせてもらい、初期における強い刺激を緩和できるように努めている。認知症がある場合が多いので、現状に直ちに対応することが難しいためである。		
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	家族の方もホームの運営を理解できていないこともあり、不安や要望・意見もあると察するので、耳を傾け丁寧に分かり易く説明しながら、信頼関係を築けるように努めている。		
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	家族はGHに入居申し込みの段階で、他のサービスが見当たらないケースが多い。可能な限り家族の希望や意向を聴き、場合によっては地域包括支援センターに相談して対応することもある。		
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	利用者の尊厳を尊重し、出来る事、出来ない事を見極め、出来ることは積極的に取り入れ、出来ないこと難しいことは側面から支援して、共に生活しているという関係づくりに努めている。		
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	家族に対して職員は家族になり切ることは出来ないことを伝え、本人と家族の絆の強さを大切にして頂くためも、出来るだけ多くの面会を呼び掛け、本人が家族との関わりが途切れないように依頼している。		
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	知人・友人の訪問は常に歓迎するようにしている。美容室や馴染みの場所への出入りが出来るように支援するようにしている。	美容院に行きたい、空いた自分の家を見たい、晩酌を続けたい等々の今までの習慣を断ち切ることなく、最大限の努力や工夫で支援を続けている。	
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	認知症が進行し、高齢者(90歳以上半数以上)が多いことから、利用者同士が関わり合いや支え合うという行為は消極的な現状にある。声掛けしながら出来ることの関わり合いの支援を行っている。		

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	介護福祉施設への入所、病院の長期入院の場合は、関係性を持ちつつ、これまでの生活の各種情報や習慣を伝え提供している。これまで家庭に帰宅復帰したケースは皆無である。		
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	共同生活する中で本人の思い、意向を聴き希望が叶えられるように心掛けている。難しい場合は、家族に意向や協力を得て解決するように努めている。	一人ひとりの思いを尊重できるように把握に努めており、聞き取った意向は職員で共有し、本人本位の生活になるよう努めている。	
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	入居開始時に、本人・家族から生活歴や馴染む暮らし方を聴き、一人ひとりの生活に合う雰囲気づくりに努めている。 晩酌を習慣としている方は、希望が叶えるようにしている。		
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	その日、その時に応じた心身の状態を見極め、一人ひとりの気持ちや体調、有する能力等の現状を把握す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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画の策定はできるだけ本人・家族と協議して作成するが、時には家族と十分協議出来ないケースがある。その時は事業所のアセスメントやケアテェック票を参考にして、計画に反映することがある。モニタリングを記録し本人・家族に周知している。	居室担当が生活の中からモニタリングを行い、その中から実践的な提案や工夫を出し合いながら介護計画を立案している。病変等の場合は即応して変更し、現状に即した介護計画になるよう支援している。	
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	個別に記録した日誌やアセスメント、ケアテェック票を共有し、その時の状態に基づいてサービスの実践や介護計画に反映している。		
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、その時々に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	多機能化の実践は難しさもあるが、その時、入居者が求めるニーズを重視して、臨機応変に実践に活かすようにしている。		
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	本人の気持ちを尊重し、地域資源(町内の行事・産業・自然・公共施設等)への参加・見学・利用して、より豊かな暮らしへの助長に努めている。		
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	町内には町立病院のみであり、入居者全員がかかりつけ医として定期受診している。町立病院と提携している専門医(眼科、皮膚科、精神科、泌尿器科等)は町外であり、家族の判断で受診しているのが現状である。	医療機関は町立病院が主であり、かかりつけ医が協力医院であることが多い。専門科の受診は釧路市が多いため、家族での受診となっている。	

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
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	職場に看護師は不在である。利用者の情報を共有し、時には提携病院のアドバイスとして、受診した際に看護のあり方を享受し、日常の介助に活かしている。医療行為と判断される場合は、受診して対応せざるを得ない。		
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。	利用者が入院した場合は、出来るだけ多く面会して話し掛けするとともに、病院の看護師にその時の病状を確認することに努め、適切な治療・療養が施され、早期退院のため担当医師と情報を交換しながら、関係性を深めるようにしている。		
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	本町は地域医療体制が絶対的な医師不足により、救急時や終末期における医師の往診診療は困難な状況にあり、救急時等は救急車による搬送が欠かせない現状にある。	看取り介護で絶対不可欠な往診体制が困難なため、実質的な看取り介護は難しい実勢である。本人にとって適切な処遇を、医療と家族、事業所で話し合いながら支援している。	
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	消防署の協力を得て、全職員が2年毎に普通救命講習会を受講し、応急手当方法や初期対応に備えている。有事にあっては救急車を要請して、町立病院へ搬送しているのが実態である。		
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	防災避難訓練を年2回実施して、有事に備えた対策を講じている。また、標茶町の水防避難訓練にも参加している。 地域住民の参加協力が求められるが、近隣住民は高齢者が多く難しさもある。	年に2回の避難訓練を消防署指導で行なっている。直近を流れる釧路川の洪水対策も過去の経験を活かし、独自の対策を検討している。	
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	日頃から利用者を敬う気持ちをもって、本人の誇りや私生活を尊重するため、声掛けや言葉遣いに気配りしている。時には方言も大切にしている。	馴れ馴れしさと親しさとを区別し、いつも敬意を持って利用者と接しており、誇りやプライバシーを損ねないよう支援に臨んでいる。	
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	認知症の進行から十分な対応は難しいところもあるが、本人の希望や表現を注視し、自己決定できるよう静観しながら支援するように努めている。		
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	三度の食事の時間は概ね決めているが、朝食は早起きと遅くまで寝ている方も居り、そこは臨機応変に対応している。共同生活の中でも一人ひとりのペースを大切にするように心掛けている。		
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	本人の希望を尊重し、服なども本人が選び着用できるようにし、以前からの美容室や理容所の希望があれば、叶えられるように支援している。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事を楽しみにしている利用者は多い。好き嫌いを聴き、楽しい食事になるように心掛け、夕食時に晩酌を習慣にしている方はそれを叶えている。重度化により食事の準備や下膳が難しい方も増えてきた。	献立は事前に用意することなく、利用者の希望や食材と相談しながら食事の支援を行っており、お手伝いもお願いしながら、楽しい食事になるよう努めている。	
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	食事や水分量を記録し、出来るだけ必要量を摂れるようにし、病状により食事制限や栄養過多がある(医師の診断・指示)場合は、当該者には調整して提供している。		
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	口腔内の清掃は非常に重要で、総入れ歯でも食後のうがいを勧め、就寝前は外して洗浄・除菌して、翌朝に装着する方もいる。口腔の汚れは誤嚥性肺炎の要因にもなるので、口腔清掃は大切である。		
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	全員の排泄状況を記録し、一人ひとりの排泄パターンや傾向を把握し、出来るだけトイレで排便排尿できるように支援している。中にはパットや紙パンツを使用している方もいるが、トイレ誘導を行って、自立に向けた支援を心掛けている。	排泄はトイレで行なうを基本として、ベット上でのおむつ交換は極力避け、トイレ誘導を時間や仕草で行なっている。自然な排泄に近づけるよう情報を共有し排泄の支援をしている。	
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	水分補給や牛乳・ヨーグルトなどの飲料品で調整している。時々声掛けし排便を促し、便秘する前に排泄できるように心掛けている。改善が見られない時は、医師に診断・相談して対応することもある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	午前9時から午後3時半を入浴時間としているが、職員の介助や見守りを要することが多いので、中には入浴拒否うる方もいるので、必ずしも定期的に入浴できていない状況もある。	温泉を引いており、週に2回の入浴日には温泉水で楽しんで貰っている。入浴拒否の際は無理強いすることなく、時間や介助に変化をつけながらお風呂が楽しめるように工夫し支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中の睡眠は短時間にとどめ、休息はその人に合わせた支援で、基本的には夜間に安眠できるように、室温や布団・丹前で調整し、良い就寝環境を整えるように努めている。		
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	薬の効用や副作用は医師の処方箋により、職員全員が確認するようにしている。利用者全員が服薬管理は困難なので、職員が管理して服用は手渡しで服用できる方、直接口腔内に挿入して完全に飲み込んだかを確認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	生活歴を尊重し、外出やイベント、展示会を見学したり室内ゲームに興じ、晩酌を楽しみにしている方も居り、その意向を酌み、自費による飲用で満喫されている。		

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	希望通りには至っていないが、近くに公園があるので見守る中で散歩する方もいる。片道1ｋｍ位ある自宅に一人で毎日行き来できるように、途中の商店や病院・民生委員・銀行・ハイヤー会社等に情報を知らせ、SOSネットワークに登録して対応している。最近は回数が減少している。	外出、散歩には恵まれた環境であり、事業所の前に広がる公園を歩いたり、また散歩者と話し合ったり、外気浴を意識して閉じこもらないように努めている。建物の横にある畑も眺めたり触ったり手伝ったりと、戸外への誘いとして有効利用されている。	
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	自分で金銭管理している方はいない。小銭を持参している方は一名いるが、殆ど自分で買い物に行くことはない。家族や職員と買い物に出かける程度である。		
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	通話したい時はホームの電話を提供しており、使用頻度は少ない。手紙の発送は皆無で、届いた場合は手渡し、利用者によっては音読して説明を加え支援している。		
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	季節感を感じられるような飾りつけや貼物、花・観葉植物を置き、空間の居心地の良さを醸し出すようにしている。また、屋外には花壇を造り、季節ごとに花が咲き、出来るだけ長く、色々な花を観賞できるように工夫している。	茶の間は大きく開放的に造られており、食堂も一体的に活用され、ゆっくりと過ごせるように工夫が凝らされ、また季節感も生花によってあらわされ安心して過ごせるような配慮が成されている。	
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	ロビーや廊下にベンチや椅子を置き、少人数で掛けられるように配置し、自分のお気に入りの所に掛けて、思い思いに過ごせるようにしている。		
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	以前から自分が使い慣れて、親しんでいる家具や仏壇・写真・飾り物を持ち込み、自分の居場所として生活していただけるように、家族の協力も仰いでいる。	居室には思い思いの家財が持ち込まれ、ベットや椅子の配置も自由に行なわれ、自分が過ごしやすいよう工夫されている。	
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	フロアーは全面バイアフリーになっている。安全に暮らせるように、目印や誰でも分かり易いように、居室、トイレ(便所)などは大きな文字で表記して提示している。		