

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	0173100363		
法人名	有限会社 シルバープラン		
事業所名	グループホーム プランタンびえい		
所在地	上川郡美瑛町大町2丁目531番地		
自己評価作成日	平成26年 3月 14日	評価結果市町村受理日	平成27年4月20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)】

プランタンびえいの理念は介護の理念のみならず、職員に対しての理念でもあり、入居者、職員の区別無く「あるがままに一人ひとりの個性を尊重し…共に暮らし、そして支えあう」ことを念頭に置き日々努力している。

※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.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=tue&JigyosyoCd=0173100363-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【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 27年 3月 28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)】

花々が咲き乱れる丘のまち美瑛にあるプランタンびえいは、開設から10年を迎える2ユニット18名のホームです。駅にほど近い場所に位置し、平屋建てのバリアフリーの建物で隣接する住宅型有料老人ホームが通路でつながっています。ホームは代表の思いである「地域高齢者にできるだけ低料金で良質なサービスを提供すること」と、「地域の雇用の場を作り地域へ貢献していくこと」を目指し運営されています。そのため、職員の研修に力を入れており、更に外部のコンサルタントからの助言も得ながら理念の実現に取り組んでいます。ホームでは、管理者が地域ケア会議に出席し地域の現状を学び、ネットワークを構築して地域生活の継続や途切れのない支援に取り組んでいます。ホームの持つノウハウを利用者だけでなく地域に対して還元し、支え合う関係を目指しています。

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
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	「あるがままの個性を尊重し」の基本理念を事業所各所に掲示し、理念に込められた言葉の意味を共通に意識し一人ひとりがその人らしく暮らして頂けるよう心がけている。	今月、研修会として外部講師を招いて理念や介護職としての心得などを学び、職員が理念についての共通理解を持っています。毎日のケアの中でも理念を振り返り、利用者本位の生活ができるよう努めています。	
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人として日常的に交流している	地域イベントの参加希望を確認し対応している。事業所でのお祭りや行事でボランティアの方や近所の方との交流機会がある。	町内会の行事に参加し、さまざまな催しにも出かけています。ホームで祭りを企画し、地域住民を招いて交流を行う他、ボランティアや幼稚園の園児の訪問もあります。	
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	地域ケア会議で入居者様の状況や認知症についての状態の情報交換を行ったり、運営推進会議でご家族や参加者の質問を受け付け理解して頂けるように努めている。		
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	運営推進会議を2ヶ月に1回開催しサービス状況や外部評価の結果報告、意見交換を行いサービスの向上を図っている。	運営推進会議は定期的に行っています。家族の来訪時に参加を呼び掛けていますが、多数の家族の参加には至っていません。事業所の取組を知ってもらい、家族の意見を活用したいと開催曜日を変えるなどの工夫を行っています。	運営推進会議への案内は行っていますが、結果に結びついていません。まずは議事録の送付など欠席した家族等への議事内容の周知から着手し、事業所にも議事録を設置することが期待されます。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者や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組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	月1回町役場主催の地域ケア会議へ参加し、各事業所と情報交換や連携をテーマにした事例検討会も行っている。各事業所同士の連携により住民の方にあつたサービス利用の調整も図れてきている。	管理者が地域ケア会議に参加し、行政を交えた事例検討など、実践的な情報交換や地域のネットワーク作りに取り組んでいます。今後は災害時の地域や行政が参加する仕組みの活用を行って利用者の安全確保にも取り組んでいくことになっています。	
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	職員研修等で身体拘束に繋がるケアの確認をして、ご家族の希望で一時的に施錠することはあるが、外に出たい希望には速やかに施錠を解除し、ご本人の行動を見守っている。	内部研修で身体拘束の排除について学んでいます。夜勤専門の職員もいますが、研修に参加し一丸となって取り組んでいます。玄関の施錠に関しては、職員が事務室を離れる場合などに限定し実施することもあります。利用者が外に出たいという意向がある場合は一緒に出掛ける等の支援を行っています。	身体拘束の排除について事業所として取り組んでいますが、引き続き学習の機会を持ち意識を高めていくことが期待されます。また、運営推進会議等でも状況を報告し、参加者や家族に事業所が行っているケアの取組を周知するなど、モニター役として知識を共有する機会とするなども期待されます。
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	高齢者の権利擁護も含めて虐待防止、拘束について全体会議で振り返り言葉による虐待も職員一人ひとりが自己評価する機会をつくり注意に努めている。		

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	職場内で権利擁護に関する職場内研修の機会をつくり、現在は成年後見制度が必要と考えられるご利用者はいないが将来的に必要な場合もある為、外部研修参加等の機会を増やし活用をできるようにする必要がある。		
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	入居相談時にサービス内容入院時、退居時の説明を行いグループホームで柔軟に対応するよう説明している。利用料金の変更時は理由の説明、納得を得て変更同意頂いている。		
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	利用者の方には日常の要望や感想を確認しているが発言がない場合もありご家族への定期的なアンケートを行い満足度、要望の把握に努めている。	請求書発送時に個別の様子を伝える文書や写真を同封し、普段の様子を伝えています。ホームの玄関には意見箱があり、家族の来訪時に職員が様子を伝え、意向を引き出すようにしています。毎年家族にアンケートを送付し、寄せられた声を接遇やケアに反映しています。	
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	代表者は個人との面談の機会をつくり職員の処遇改善に努め、必要に応じ全体会議で報告やその都度、意見の確認を行っている。	人事考課は法人役員が正職員に対して面談をして行っています。また、全職員に対し管理者が年2回の面談を行い、勤務についての細やかな話し合いを行っています。職員会議は毎月1回実施しており、職員が意見を述べやすいように普段から人間関係や職場の雰囲気良くするよう取り組んでいます。	
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	代表者は職員の意見、要望に耳を傾け把握し働きやすい環境や労働条件の整備改善に努めている。		
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	計画的に職場内研修を行ったりしているが、外部研修の機会が少なく職員が平均的には参加できていない。職場内に外部事業所からコンサルタントに協力を頂き、介護事業所においての心構えなど学ぶ研修機会を設けている。		
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	遠方の他法人の協力者と連携を図り職場内での仕事の悩みの解消、サービスの質の向上に繋がるよう定期的に勉強会を行うなど取り組み始めている。		

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	サービス開始時には生活習慣を尊重し新しい環境との違いを把握し相談と調整を重ねその人らしく出来ることを続けて安心して暮らして頂けるよう努めている。		
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	サービス開始前の相談の機会にはそのご家族の不安や要望を理解し、共に本人を援助ができるよう努め入居後も生活状況を随時報告し関係づくりの継続に努めている。		
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	利用相談時に必要としている支援の内容を確認し必要としている支援に適しているか相談している。		
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	「家庭的な雰囲気のもとで共に暮らしそして支え合い」の理念を心掛け、温かい関係づくりに勤め本人の思いを共感し、共に楽しく穏やかに暮らせ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	ご家族がこれまでご本人とどんな思いで関わられてきたか理解、尊重し生活や心身状況の情報交換をして本人らしい暮らし方を共通の思いで支援できるよう心がけている。		
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	ご家族と協力し趣味の継続や自宅への外泊機会や遠方のご家族とお墓参りの機会の継続など馴染んだ生活が継続できるよう支援している。	趣味が継続できるよう個別に支援しています。認知症や高齢化により段々に行えたことが難しくなっても、集まりの場に出掛けたり、思い出せるよう本等を身近に置いてもらい支援をしています。以前住んでいた住居へ行ったり、その時の知人が来訪してくれることもあります。	
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	日中に数名で談話を楽しむ機会があり気のあう方と席を隣り同士にするなど孤立に配慮し交流に繋げている。職員も関わり利用者同士の円満な関係の調整をしている。		

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	長期入院等で退居になる場合でも入居時と変わらず、必要に応じてご家族のご要望に答え柔軟な対応できるよう負担、不安の理解に努めている。		
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	日常の会話や本人の行動の中での表情等から思いやその人らしさを尊重し本人の願う暮らしができるよう努めている。	入居時の情報を職員が共有しています。利用者や家族からの情報だけでなく、利用者の持つ人間関係の継続を取り持つ中から意向や希望を汲み取ったり、察したりしながら支援しています。	
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	ご家族やご本人からこれまでの生活習慣等を聞き取り、ご本人の力を発揮しその人らしく望む生活が継続できるように努めている		
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	一人ひとりの心身状態の把握に努めその方の立場になり動作や判断など力を発揮しづらい原因はないか把握し改善でき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	本人、家族の生活意向を確認し介護計画を作成し介護援助している。本人、家族、関係者の意見を聞きモニタリングしその人らしく満足できるサービスの提供に努めている。	介護計画は6ヵ月おきに作成し、3ヵ月で見直しを行っています。変化があった場合は見直し時や随時検討を行い計画を変更しています。看護師が作る看護計画書と併せて利用者の生活面と健康面を支えています。	
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	日々の小さな変化など引継ぎ連絡帳で情報を共有し会議等で情報を確認しケア方法の見直しに努めている。		
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	ご本人やご家族が困っていて協力できることがあれば幅広く関係者の方と連携をはかり自宅での生活と変らず要望が叶えられるよう対応している。		
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	近隣の店を利用したり、地域・季節のイベントを伝え好まれる場合は参加の支援に努めている。		
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、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	近隣の協力病院を中心に事業所の看護師と連携し、本人、ご家族、医師と相談の上、専門病院への受診・検査が必要な場合は受診地域を広めるなどして支援している	協力病院がかかりつけ医の利用者が多く、専門医の受診も支援しています。ホームでは週3回看護師が勤務しており病院との連絡や、受診後の医師の指示を踏まえたケアへの支援を行っています。	

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	
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	事業所として看護師を配置しており、介護職員と入居者の方の心身状況の把握、対応の確認をしている。事業所看護師と医療機関との連携により適切な受診が受けられるよう支援している。			
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。	入院時は職員がご家族と同行し、本人の情報を提供し治療の内容を確認し、入院中は医療機関、ご家族と連絡し本人の負担など配慮し退院時期の相談をしている退院時は情報を共有し、その後の本人に負担のない対応の確認をしている。			
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	ご家族から終末期の意向を確認し、事業所に対応できる支援の説明をしている。病状の重度化が進み入退院が繰り返される場合は主治医、ご家族と相談し、本人の望む治療、療養の意向を尊重し出来る限りの対応ができるように努めている	看取り介護に関する指針と、同意書があります。事業所では終末期支援への思いがあり、家族や本人の希望があればできる限り支援したいと考えていますが、地域の医療体制が課題となっています。	地域的な問題として医療との連携が難しく、職員研修も今後の取組みとなっていることから、家族に対して提示している指針の実効性などについても検討を期待します。家族から同意書を受けていますが、指針や同意書の控えを渡すことも期待されます。	
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	消防署の協力により年2回、救急救命心肺蘇生法、AEDの取り扱い方法の講習を受け、職場内研修で急変時の対応に関する研修をするなど対応できるように努めている。			
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	非常災害時の物品を確保し、マニュアルの整備も行なっている。また消防署の協力で年2回（1回は夜間）避難訓練を行っている。災害時（噴火等）の避難経路についても全体会議で周知している。	避難訓練は年2回実施しています。夜間想定と昼想定で全職員が訓練を経験しています。火災や火山噴火時のマニュアルが整備されています。非常食は2日分準備されています。	火山噴火時の避難先が遠く、実際の移動に困難が予想されます。避難訓練には地域の参加や併設施設との協力体制が未構築のため、早急に取り組みが期待されます。オール電化の建物のため、停電時についてもシュミレーションを行うことが期待されます。	
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	事業所理念である「一人ひとりの個性を尊重し」を意識してその人らしく過ごして頂けるよう対応している。プライバシーの保護の研修機会もつくっている。	「職員の心得15ヶ条」や倫理が掲示され、常に意識して利用者のケアに当たるように取り組んでいます。権利擁護や言葉使いについて検討し、毎日の生活場面での不適切ケアがないようにしています。		
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	日常生活の何気ない会話の中などで希望を確認し自ら決められるよう話しかけている。判断に迷う場合はアドバイス、導きにより自己決定しやすいよう配慮している			
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、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	本人のタイミングや価値感にあわせそのペースを乱さないよう心がけている。			
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	季節の変わり目には洋服の買い物の同行などの機会をつくっている。外出時はコーディネートなど相談して決めている。			

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	配膳や片付けなど明るい雰囲気づくりに心がけ感想を聞くなどしている。外食など自己決定できる機会もつくっている。	併設の有料老人ホームの厨房で作った料理を運んでいます。職員が検食のため、利用者と食事を一緒に食べています。利用者の食べたいものを厨房に伝え、反映してもらっています。病院からの指示でミキサ一食にも対応しています。		
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	これまでの食習慣などを参考に食事量の調整、脱水などに注意し食事用具など使いやすいものを見極め自立した動作が出来るよう努めている。			
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	毎食後口腔ケアを支援し自らケアされる方は磨き残しなどないか見守っている。毎日、義歯の消毒の支援をして口腔内の違和感などの早期発見に努めている。専門家による口腔ケアに関する研修の機会はつくっていない。			
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	排泄間隔の把握に努め訴えが難しい方は行動の変化等の特徴を見極めトイレ誘導を行い、オムツ、パット、使用具の適正を見極め自立した排泄の支援をしている。	利用者の高齢化と重度化に伴ってオムツなどの必要なケースが増えてきていますが、できるだけトイレでの排泄を支援しています。排泄パターンやしぐさからトイレへの誘導を行ったり、パッドやポータブルトイレなどを活用し、失敗が少なくなるよう取り組んでいます。		
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	下剤の使用の他、水分量や種類調整を行ない運動機会をつくり、排便時の腹部マッサージを行ったりしている。			
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	入浴日は決まっているが入浴ができなかった方は翌日に入浴できるよう対応している。一人ひとりにあった状態でゆっくり入浴して頂けるよう支援している。	入浴は週2回、曜日を決めて行っています。午前中の入浴が多く、夕方にも実施する場合があります。年に1回は温泉に出かけることもあり、利用者の楽しみになっています。		
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	午前中の眠り過ぎに気をつけ午前中に体操など活動機会をつくり、その方の疲労など見極め休養を勧め夜間はその方のタイミングで就寝して頂いている。			
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	通院時に薬の変更がある場合は医師からの説明情報を受診記録等で共有し、看護師との薬の使用、注意事項の確認をしている。心身状態の変動がある場合は薬の副作用も考え通院時に医師に相談している。			
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	グループホームでの1日の流れの中で個々で役割を持ち習慣とし出来ることを維持している。趣味活動の必要品を揃えたりしている。			

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	希望者を確認し外出行事の機会をつくっている。個人では買い物や気分転換の為、その時の状況に合わせて突発的なドライブなど支援している。	気候の良い時期にはホーム周辺の散歩を行っています。喫煙をする利用者は職員と一緒に近所のコンビニまで煙草を買いに行ったりしています。夏には事業所前にあるベンチで夕涼みや花火を楽しんだりすることもあります。外出の年間予定を決めており、美瑛の自然と一緒に楽しんでいます。		
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	所持金は通常、事業所で預かりご家族に出納長を送付し報告している。外出時などは本人に所持金を渡し自由に使えるよう支援している。見守りにより個人で通帳等を所持し記帳や引き出しを自らされる方もいる。			
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	電話連絡の依頼には取り継ぎの支援をしている。			
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	ホーム内には季節にあわせ作った作品を明るく飾っている。室温、湿度のチェックを行い心地よく過ごせるよう対応している。音楽を流しゆったりとできる時間をつくっている。	ホームの入り口付近には、ユニットごとに催しや毎月の利用者の写真を掲示しています。居間には大きな窓があり、開放的な造りになっています。加湿器も複数台設置し、温度や湿度にも気を配っています。建物内に隣接する有料老人ホームへ続く通路があり、利用者と一緒に厨房から運ばれる食事を取りに行ったり、有料老人ホームの中央にあるホールで地域の演芸ボランティアの催しを見ることもできます。		
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	共有空間では決まった座席があり一人ひとりの居場所が確保されている。気の合う利用者同士を見極め座席の変更など配慮している。いつでも別ユニットに行き来ができ好きな空間で活動できるよう配慮している。			
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	自宅と同様に居室は馴染んだ物を持ち込んで自宅と変わらず趣味活動等ができるよう相談しご本人が中心に居室の整備などし補助的に必要品の準備や環境整備を支援している。	居室には蓄熱暖房機と介護用ベッドが備え付けになっています。利用者が懐かしい品物に囲まれて安心して自分の居場所と思えるように家具などを持ってきてもらっています。また、入居前の生活にできるだけ近い環境で過ごしたいという思いから、備え付けのベッドではなく、床にマットレスを敷いている利用者もいます。		
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	共有空間はバリアフリーになっており中心部のキッチンからは全体を見渡せる為、ご本人の思いのままの日常活動を見守り要望を聞き取りスムーズ過ごして頂けるよう配慮している。			