

### 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	0171500754		
法人名	株式会社ケアサービスドワン		
事業所名	グループホームハッピードワンⅡ UT1		
所在地	亀田郡七飯町緑町3丁目1番1号		
自己評価作成日	平成23年9月13日	評価結果市町村受理日	平成23年11月30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)】

誕生日は、ご本人、ご家族希望を伺い、それぞれの思いを反映している。「地域で暮らす」をモットーに町内の夏祭りに参加したり、神楽や神輿が来てくださり、間近で観ることができたり、小学校の運動会や学習発表会に招かれ、プレゼントを贈呈したりし、交流している。SOSネットワークシンポジウムを8月に町内会単位で行い、認知症について理解して頂き、誰もが安心して住み続けられる町作りを目標にしている。運営推進会議の中で、地域の高齢化が進んでおり、買い物に不便を感じている方が多くいるという実情を知り、「ボランティアおかいものバス」を提案し、試行で行っている。

※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	<a href="http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171500754&amp;SCD=320">http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171500754&amp;SCD=320</a>
-------------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人北海道社会福祉協議会		
所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地		
訪問調査日	平成23年10月24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)】

開設8年目の当事業所では、サービスの質や職員資質の向上を目的とした人事考課を取り入れており、管理者は職員と定期的に事業所運営について話し合う機会を持ち、意見を反映する仕組みを築いている。また、職員による地域への積極的な働きかけによる「ボランティアバス」の運行や、SOSネットワークへの取り組みなどに見られるように活発に地域活動を実施している。管理者及び職員は、今後の事業所運営についてのビジョンを明確に掲げている。当事業所には通所介護事業所、短期入所事業所が併設されており、地域活動やボランティア活動の拠点になりつつある。

#### 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、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	
<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	もう一つの家、もう一つの家族づくり、一人ひとりその人らしい普通の暮らし、地域や自然、仲間の力を生かすという事業所独自の理念を掲げており、目につくフロアに掲示している。スタッフのネームの裏にも記載し、常に意識している。	事業所では地域密着の理念を掲げ、理念の実践に向けて定例の会議や申し送りで確認や自己啓発を行っている。職員は名札の裏に理念を明記したカードを入れており、常に確認ができるようにしている。		
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人として日常的に交流している	事業所の行事の案内を出したり、町内会の会員として、除草活動や夏祭りに参加している。毎年、町の文化祭、小学校の運動会に参加、神社の神輿や神楽はホーム前まで行列が来て見学することが出来る。	町内会や地域の学校と行事を通じて、交流を図っている。地域住民によるボランティア活動を併設の通所介護事業所で行っており、演芸などの活動の際にはグループホーム利用者も参加することができる。		
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	SOSネットワークシンポジウムやお声掛け運動を今年度は町内会単位で開催し、参加を呼びかけたり、SOSネットワークを通じて、認知症サポーター養成講座や認知症の歴史を理解してもらっている。			
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	防災訓練、ボランティアバスなど会議の中で提案し、意見など参考にしたり、取り入れたり実践している。議事録はホームページに掲載し、町保健福祉課にも議事録を提出している。	概ね2ヶ月に一度、運営推進会議を開催している。会議では、役場職員、町内会役員、利用者家族、職員らの委員が防災対策やSOSネットワーク、買い物バスの運行利用などについて積極的に意見交換を行っている。		
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	七飯町長が掲げている「安心・安全なまちづくり」にするために2回目SOSネットワークシンポジウムや2回目24時間チャリティー、今年は震災もあり、活気づけるために24時間ソフトボール大会を町民と行政、事業所が一体となって行った。	要介護認定の更新申請や事業所の運営について、日常的に町役場担当者と相談ができる体制にある。また、役場主体で行われたチャリティー企画に事業所として参加している。		
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	身体拘束マニュアルがあり、日中は鍵をかけておらず、夜間は防犯のため、ご家族に説明し、同意の上施錠している。年1回スタッフに説明し、周知させている。新人スタッフには入社1ヶ月以内に管理者が説明するようにしている。	身体拘束の事例は見られないが、事故・ヒヤリハット報告と合わせて再発防止や身体拘束を行わないケアの実践に向けた研修や学習会を法人内で開催している。		
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に注意を払い、防止に努めている	年1回虐待防止の道の研修に参加している。更に虐待防止マニュアルを作成している。			

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	ご家族、行政書士と連携を図り、1名の利用者が申請中である。その事例を通じて、スタッフにも成年後見制度の冊子を活用し、今後も必要となる方が出てくる可能性があるため勉強中である。		
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	契約時、内容を十分に説明している。改定時には文書を作成し、説明、理解して頂いている。後で不明な点や疑問点が出て、いつでも受付、問い合わせできるようにしており、対応している。		
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	意見箱を設置している。並びにホームページ、家族会、年2回その方の状態に合わせた個別の内容でアンケートを実施し、重要事項説明書に苦情窓口やホーム以外の連絡先も記載している。	年2回、事業所運営に関するアンケートを実施し、利用者及び家族から定期的に意見を聞き、事業所内のサービスの質の向上につながるように、意見を反映する仕組みを築いている。	
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	代表者との面談、月1回の管理者会議、毎月行われるミーティングや必要に応じて行われるミーティングで意見交換したり、日頃からコミュニケーションを大切に、意見を聞く機会を設けている。	法人では人事考課制度を導入し、職員が目的を持って業務に取り組み、その取り組み内容について管理者は定期的に職員と話し合い、意見を表出する機会を設けている。	
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	人事考課を行い、目標を設定し、上半期、下半期の振り返りを行っている。また資格取得を推進し、技術の向上に努めている。		
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	北海道GH協会、南北海道GH協議会の研修、その他、スタッフの力量、その人に合った研修会に参加できるよう配慮している。年間計画として年2回の社内研修、毎月DS、SSと合同で勉強会を行っている。		
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	北海道GH協会、南北海道グループホーム協議会の副会長として、認知症フォーラムの開催や会議に参加したり、町内の福祉施設と合同でSOSネットワークシンポジウムを開催するなど交流している。24時間チャリティソフトボール大会を企画し、同業者との交流を深めている。		

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
<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	フェイスシート、バックアセスメントから情報を共有し、ご家族からは生活習慣等を小さなことでも聞き取りし、ご本人からは聞き出すようなコミュニケーションを多くとり、安心に繋がるように努めている。		
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	困っている事、不安や要望に対して、どのようなケアを行って、どうだったかをご家族に報告し、そこからまたケアの方向性を導き出し、ご家族の協力を得ながら、利用者が一番良い方向になるよう努めている。		
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	医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターと連携し、協力を得ている。当事業所に居宅介護支援事業所、DS、SSがあるため担当者に引き継いでいる。		
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	センター方式を活用し、生活歴などなじみのある生活が継続できるように支援している。「人生の先輩」としてお互いに支え合う気持ちで勉強させていただいている。		
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	週1回のブログや月1度のハッピー通信にて生活の様子を伝えている。花見会や誕生日にはイベントを企画し、ご家族と一緒に過ごせる機会を作っている。		
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	友人が面会に来られたり、今まで通っていた美容室や地域の商店街に買い物や外出したりしている。誕生日には要望を聞き、スタッフが必要な場合には付き添ったりしている。	グループホーム利用者は、町が運営している「ボランティアバス」を利用しており、地域住民や馴染みの商店、知人との交流に活用している。事業所に友人が来訪したり、利用者家族とも連携を図り定期的に外出や外泊支援を行っている。	
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	みんなで過せる小上がりや気のあったもの同士が少人数でも過せる空間がある。またユニット、セクション関係なく、気の合いそうな方がいれば交流する機会を作っている。		

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	契約が終了しても入院先への面会や、ご家族へは「いつでも相談して下さい」と声を掛けている。			
<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	センター方式シートパックを使用し、希望、意思の把握に努め、楽しみ、喜びを得られるようにケアプランを作成している。	家族の面会時やカンファレンス時などに、介護サービスへの意見や希望を聞き、介護計画の中に反映している。		
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	センター方式を活用し、本人との関わりの中から聞き出したり、ご家族から伺ったり、直接記入してもらったりし、把握に努めている。			
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	記録やバイタル、水分、排泄、食事などチェック表に毎日記入し、状態を把握している。日中、夜間の状態について毎日申し送りをし、日誌に記載している。			
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	本人やご家族の要望や意見を聞いたり、医師や正看護師と相談したりし、カンファレンス、モニタリングを行い、プランを作成している。	3ヶ月毎に介護計画の評価を行い、評価に沿って見直しを行っている。利用者毎に担当者を決めて、アセスメントをより細かく行うような工夫をしており、カンファレンス以外にも朝夕の申し送りなどでは随時、状況に合った対応ができるような体制を整備している。		
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	連絡帳やカンファレンスノートを活用し、情報の共有を図っている。個別の記録から一ヶ月の状態をまとめ、それを元にモニタリングやカンファレンスを行い、ケアプランを作成している。			
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	3ヶ月毎のモニタリング、ケアプラン、アセスメントを行っている。個別の対応に力を入れている。			
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	防災訓練、体験学習、町民文化祭、地域のお祭り、イベント、お声掛け運動に参加している。			
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	内科、皮膚科、眼科、歯科が定期的に往診に来ている。入院設備のあるなえ新病院、なるかわ病院と連携している。入所時にはかかりたい医療機関を聞き、受診助している。	協力医療機関を中心として、定期的に往診を受けることができ、健康管理を行っている。検査結果や病状について医師から説明がある場合には家族に連絡し、事業所も同席して現状の情報を把握している。		

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	
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	同一敷地内に正看護師が常勤しており、週1回の健康チェックや24時間体制で特変などあっても随時、相談、指示を受けられ、スムーズに処置や受診の対応できるようになっている。			
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。	入院時には、スタッフが面会に行き、不安の軽減に努めている。医師との話し合いの場を設け、家族と一緒に、今後についての話し合いやソーシャルワーカーとも連携を取り合い、早期退院にむけて相談している。			
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化対応、終末期ケア対応指針を基に、契約時などに家族に説明し同意を得ている。重度化が見られた場合は、代表・職員・医師・看護師・家族などで話し合いを重ね、合意を図りながら支援している。	重度化対応については、利用開始時に家族へ事業所の体制について説明を行い、同意を得ている。家族の希望をできるかぎり優先し、状態に応じて意向を聞きながら、対応している。		
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	応急手当初期マニュアルがあり、急変や事故発生時に備えて、緊急連絡網を作成している。状況から予測される場合にはミーティングでも再確認している。			
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	消防署立会いで、避難訓練を年2回実施。その際ダミー人形を用い、避難の仕方についての指導をしていただいた。スプリンクラーも設置し、朝夕点検を行っている。	防災計画及び防災マニュアルを作成し、これらに基づき年2回の防災訓練の実施や食糧の備蓄を行っている。運営推進会議を通じて地域や町内会からの防災訓練への参加を得ている。		
<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	プライバシーに配慮した統一した言葉掛けをしている。センター方式を活用し、誇りやプライバシーに配慮し、対応している。	プライバシーポリシーを策定し、研修会を開催して利用者個人の尊厳を保護するよう取り組んでいる。		
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	生活歴や表情、仕草、言葉、サインから、その人の思いや希望を読み取り、ご家族に確認したり、センター方式を活用したりし、自己決定できるよう働きかけている。			
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	買い物、散歩、外気浴、食事など希望に沿って支援している。			
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	季節に合った服装、定期的に美容室を予約したり、化粧品や衣類と一緒に買い物に行き、自分で好みを選択でき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
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	準備は見た目を重視し、外部の業者へ依頼している。配膳や後片付けはスタッフと一緒にやっている。スタッフも食事を共にしている。	事業所での食事の準備は、米飯の準備やみそ汁をつくる程度であるが、利用者が能力に応じて、準備や後片付けを行っている。旬の食材の使用や献立について利用者から意見を聞き、希望を反映させている。	
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	水分、食事チェックを実施している。栄養士が栄養管理しており、個々の状態に応じ、相談できる体制になっている。		
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	毎食後習慣とし行っている。声掛け、見守り、介助など、その方に合った対応をしている。		
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	個々の排泄パターンを把握し、日中はリハビリパンツからパンツへ、夜間もオムツからリハビリパンツへ替えたりし、対応している。	排泄管理表や温度板を使用し、個人の排泄パターンを把握し、排泄自立に向けた取り組みを行っている。居室にはそれぞれトイレを整備し、排泄時のプライバシーを保護している。	
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	個々に合った下剤の見直しをし、毎日の水分量、運動量を把握し、その時のスタッフで話し合い、医師、看護師、栄養士に相談し、アドバイスをいただいている。		
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	その都度状況、天候など曜日、時間にとらわれず、希望に応じている。	一週間に3回の入浴機会を確保している。入浴を拒否する場合には声かけの時間を変更するなどの工夫を行い、支援を行っている。	
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	本人の希望に応じ、日中休んでいただくこともあり、あえて就寝時間は決めていない。		
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	処方箋で容量、用法を確認し、飲み込みの確認をしている。新しい薬が処方された時は、副作用等を医師に確認し日常の変化にも早く気付けるよう対応している。		
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	ケアプラン、家族支援、家族アンケートをもとに、ご本人の好みやなじみの場所を聞き、月1回屋外食出やおやつ外出に出掛けている。		

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	天気の良い日には買い物や散歩を行っており、希望や好みを聞き取りしたり、会話や言動などから外出を考え出かけたりしている。出先には事前に連絡し、協力を得ている。	事業所周辺の散歩などの日常的な外出のほかに、希望者には町が運営している「ボランティアバス」を利用して商店へ出かける機会を確保するなど、日常的に外出支援を行っている。	
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	個人でお金は持っていないが、スーパーなどで買い物した時には利用者に支払っていただけるようにしている。		
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	2名の利用者が電話を希望されることがある。以前はハッピー通信にメッセージを書いていたが、今は行っていない。テレビ電話出来るシステムを導入した。		
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	フロアには馴染みのミシンやたんす等の家具を設置している。生け花や手作り作品を飾ったり、季節に合わせた設をしている。湿温計で温度管理し、冷暖房、除湿、加湿調整している。	共用空間には、昭和時代のダンスやストーブをオブジェのように配置している。事業所内には所々に吹き抜けがあり、吹き抜け箇所には天窓を整備するなど、自然採光に工夫している。	
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	多数で過せる共用スペース以外にも所々ソファを置き、一人や二人といった小さなスペース空間がある。		
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	今まで使いたない寝具、ダンスや家具、仏壇やご家族の写真、観葉植物など、家族に協力を得て馴染みの空間作り心掛けています。	居室には洗面台、トイレを整備し、プライベート空間を確保している。居室は洋室と和室があり、思い出の家具等を持ち込んでいる。	
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、浴室、トイレには手すり、床はクッションフロア、各居室にトイレ、洗面所を設置、トイレは広く車椅子でも使用できるようになっている。フロアも広く移動スペースが確保できる。		