

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	0194600367		
法人名	社会福祉法人ふるさと		
事業所名	グループホームふるさと		
所在地	帯広市西20条南3丁目6-22		
自己評価作成日	令和2年2月1日	評価結果市町村受理日	令和2年3月19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	mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0194600367-00&Ser
-------------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 NAVIRE
所在地	北海道北見市とん田東町453-3
訪問調査日	令和2年3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)】

・2015年3月、帯広市西20条南3丁目に開設しましたグループホームふるさと。早いもので、この地で5年の月日が経過しました。法人の理念にもあります、入居者さんにとって「第二のふるさと」になるべく、日々スタッフ一同奮闘しているところです。これまでは法人としても初めての入居施設の運営に対し、手探りのなかでのスタートとある意味「言い訳」することも出来てきた数年間でしたが、これからはここまで積み上げてきたノウハウを、いかに入居者さんおよび入居者さんのご家族に還元することが出来るか、その真骨頂が問われる時期に入ってきた、と思っています。今後は、より入居者さんお一人お一人に寄り添い、その方の生活歴を大切に関わらせていただき入居者さん本人はもとより、ご家族にも「ここで良かったね。ここが第二のふるさとになったね」と思ってもらえるようなケアを提供したいと思っています。

【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)】

前企業組合から介護事業が分かれて、平成24年に社会福祉法人として出発しました「ふるさと」は帯広市の中心部に本部を置き、デイサービスや小規模多機能事業所を始めとして8つの事業を展開しています。そして9つ目の事業として住宅地にグループホーム ふるさとを、平成27年2ユニットで開設されています。「共生」「安心」「信頼」を中心に「あなたのそして私の第二のふるさとであるために」「安全・安心・笑顔の提供を目指します。地域に役立つ施設づくりを目指します。学び、成長する企業集団を目指します」を理念に、介護に取り組んでいます。開設から地域との関係は出来ており、町内会の健康事業で所長(管理者)が話をする機会や家族の相談に来る住民がおり理解を得る機会と成っています。所長、職員は利用者一人ひとりの個性を尊重し、想いを大切にする介護に取り組んでいます。毎日の生活の中で、片づけや清掃、畑作業それぞれの役割を持ち、充実した生活が送れる様に支援しています。法人では職員のレベルに合わせた研修に取り組んでおり、有給休暇取得や勤務時間の調整等で職員の希望を尊重し、働きやすい職場として喜ばれています。職員会議では、出来ない理由を言うのではなく、どうしたら出来るかを話し合う会議として行っており、行き易い雰囲気作りに取り組んでいます。

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 3. 利用者の1/3くらい 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. 全くいない
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している (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		
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	法人の理念、事業所の目標を掲示している。スタッフ、管理者は入居者に「ここが第二ふるさと」と感じていただけよう、ケアを提供している。	法人理念を玄関に掲示し、法人新人研修時に説明しています。その他パンフレットやホームページにも記載があり広く周知しています。				理念について職員の話し合う機会は少なく、理解と実践に繋げる意識啓発を期待します。
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	町内会に所属し、町内の行事などにできる限り参加している。運営推進会議の委員にも、町内会会長がなっていたらいい。	町内会に加入しており、総会新年会や清掃活動、祭りに参加しています。町内会で年に2回健康に関する行事、所長が認知症について話をする機会があり、理解が得られるよう取り組んでいます。また、近所の住民から花の差し入れや散歩時には言葉を交わし交流を行っています。				
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	地域において、介護にとどまらず広く福祉一般について、町内の住民の方が第一義的に「グループホームふるさと」に相談に来られるような働きかけを行っている。					
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践、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	会議において、文書報告のほかに、写真などを使用した報告形式を採用し文字には表現しにくい、入居者さんの表情などをみていただき、その雰囲気を手取るように感じられるよう工夫している。	運営推進会議は年6回、利用者家族、町内会役員、知見者、郵便局長等多くの出席を得て開催し、状況、活動、健康管理、事故ヒヤリハット、地域への情報提供を行って意見を得てサービス向上に役立てています。欠席家族への議事録送付や玄関に掲示して共有を図っています。				
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	事業所の運営やケア内容の法的根拠の確認を随時行っている。担当課もしくはセクションから指導や助言をもらっている。	市へは主に所長(管理者)が訪問して報告書提出や介護についての確認を行っています。これまでの担当者から指導や助言があり積極的に話をし、協力関係を築いています。				
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	『身体拘束』に関しては研修等を通して、その内容についてしっかりと把握することをつとめている。「不確かな」ケア内容については、そのままにすることなく、スタッフ全員あるいは主任、管理者と確認することで確認し合っている。	身体拘束廃止に関しては指針を策定し正社員による検討委員会が設置されています。会議の中で介護中の拘束に関する検証を行っています。全職員向けに会議の中で研修に取り組み、身体拘束の弊害や禁止行為について正しく理解に繋げ、身体拘束の無い介護に取り組んでいます。				

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
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	法人内外での研修を大事にして、自己研鑽はもちろんのこと、介護のプロとしてその防止につとめている。		
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な支援している	権利擁護については、現段階では広く浅くではあるが、伝達会議などを通じて学習の機会を創出して研修を行っている。		
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	実際に契約の事務作業は、管理者が中心となるが、こちら側の目線ではなく、利用者や家族の「わからない」目線で、文言の説明などを行うように気を配っている。		
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	来訪時や、請求書・領収書など郵送時、家族との接する機会を活用し、意見を徴収したり施設玄関に目安箱の設置、電子メールを活用した連絡の密度など意見収集を行っている。	利用者、家族の意見や要望は日常の会話や来訪時に話を伺う様にしています。意見箱の設置やメールを活用し機会を作っています。また、家族の運営推進会議への出席は多く、その中でも意見を得て運営に活かしています。ホームページや毎月ニューズレターを発行し状況を知らせ信頼関係を構築しています。	
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	「風通しのよい事務室」を目標に、スタッフが感じた些細な不満を聞いたり、ユニット運営に関わる意見や提案については「それは出来ない」からではなく、どうしたら出来るかの視点で聞くように配慮している。	職員の意見や提案は日常業務や正職員による職員会議、全職員による会議の中で把握する様努めています。風通しの良い事務室を目標にしており、有給休暇取得やシフトの希望などを考慮しています。意見や提案については、どうしたら出来るかを基本として話し合いを行っています。	
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	基本、就業については規定に準じるが、ホームの特性などに考慮するほか、スタッフの特性なども含めて聞く耳をもち、必要な内容については本部担当者に報告、相談する対応を行っている。		
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	教育研修部が中心となって、積極的に育成研修などを実施している。		

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
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	市役所や各種職能団体主催の研修会に、出来るだけ全員が参加出来るよう、毎回参加者を変えたり、数年単位で参加者を選定して、出来るだけ多くのスタッフが研修に参加出来るよう努めている。		
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	まずは、管理者・主任が積極的に声かけ、関わりをもって関係を作り、出来る限り本人に不安な感じを与えないように、関係づくりに配慮している。		
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	見学時や契約時に「わからないこと」を聞きやすい雰囲気を作るほか、今後生活する中で「こんなときは？」など聞きやすい、尋ねやすい雰囲気づくりに配慮している。		
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	ホームへの入居が、すべてではなくもしも上手く行かない場合は、リセットして考えましょうという主旨の声かけを本人、家族にあえて行うこともあった。		
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	『世話してやっている』『世話してもらっている』と言う関係ではなく、常に対等もしくは人生の先輩として敬う気持ちを持って対応するように心がけている。		
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	家族には出来るだけ来訪して貰うよう声かけを行っている。また、ホームからの情報提供を積極的に行い「会いに来たくなる」働きかけを行っている。		
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	友人の来訪を積極的に歓迎、入居後に関係が切れないよう支援を行っている。	利用者のこれまで通い慣れていた理美容室へは希望がある時は家族の協力で訪問しています。友人の訪問時は関係が途切れないように配慮しています。利用者同士の部屋交流があり見守りで支援しています。	
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	利用者同士の力関係、交友関係をスタッフが把握。出来る限りの「先回り」の対応で、トラブルを未然に防ぐように努めている。また、環境整備にも気を配っている。		

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	退居された後も、相談などに対応している。また、退去時にも状況に応じて「相談にのる」旨口頭で伝えている。		
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	直接本人から聞き取るほか、嗜好や生活歴から推測して把握する場合など臨機応変に対応している。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望は、生活歴や家族からの話、本人との会話の中で把握し対応できるように取り組んでいます。	
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	入居時のアセスメントのみならず、入居後の会話や関わりのなかで本人の生活歴や生活上の「クセ」をケア提供時に参考にしている。		
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	日々の暮らし中や各自の過ごした方からADLはじめ身体能力や残存能力の把握に努めてケアに活かしている。		
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	定期的なモニタリングを、複数の目で実施。適切な視点で計画の評価、見直しを実施している。	介護計画は利用者の状態を考慮しながら現状に即した計画になるように適宜見直しに取り組んでおり、毎月の会議の中でカンファレンスを行って利用者の状態を話し合い共有できるように行っています。	利用者の日常の記録はケア特記記録に記入されていますが介護計画のサービス提供との連動を期待します。
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	記録を大切に、些細なことでも記録に残し各スタッフが情報共有出来ることを念頭に、記録している。		
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	時には、計画に逸脱しかねないケアの提供でも状況的に必要であれば実施する。臨機応変さを身につけるよう日々、声かけしている。		
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	地域資源の把握が出来ておらず、地域資源との協働はこれからの課題ではあるが、現状の把握から初めて入居者とのようにリンクできるかなども検討しながら、考えたい。		
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	必要な医療を遅滞なく受けられるよう、努力している。受診時には、ホームでの様子を口頭もしくは文書で、かかりつけ医に情報提供を行い適切な医療を受けられるようにしている。	利用者や家族の希望するかかりつけ医への定期受診は家族が対応しています。月1回の訪問診療や週3日の法人看護師による健康管理、訪問歯科により歯のケアも行われ利用者の安心に繋がるよう心掛けています。	

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
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	週に3回来訪する看護師とは連絡ノートなどを有効活用して、体調の把握・管理が途切れないように工夫し適切な治療、処置などを受けられるに支援している。		
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	入院時には、必要に応じた面会や病棟との連絡を行い、状況の把握に努めている。また、退院時のICなどにも積極的に参加している。「ある程度の治療が終了したら、戻してください」と入院時に口頭で依頼している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	病状などに併せて、必要な話し合いを実施するようにしている。また、終末期医療(ACP)の考え方を採用し、家族に早いうちから考えてもらう働きかけを行っている。	入居時に重度化対応に関する指針により利用者の意思や家族の意向を最大限に尊重し「看取り」介護についての同意を得ています。現時点では医療連携体制が整っていないため、意思決定能力が低下する前に医師と家族とで話し合い持って頂き、変化があれば医療機関の受け入れなどの支援に努めています。	
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	急変時対応マニュアルの整備のほか、救急救命の講習会にも積極的にスタッフを参加させ知識の習得に努めている。		
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	各種マニュアルの整備のほか、災害時の備品や食料なども備蓄している。年2回の消防訓練が計画通りに進まないことが多く、今度は計画通りに実施することを目標としたい。	防寒対策としてポータブルストーブやカセットコンロ、発電機など準備しています。今年度の避難訓練は3月中に夜間想定避難訓練と、机上訓練を開催する予定となっています。	
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	入居者さんの「尊厳」について学ぶ機会を多く設ける工夫をするほか、「認知症」の学習・研修を通して、尊厳ある暮らしその環境を提供することを考えられるように教育している。	利用者一人ひとりのペースを尊重し、せかさず寄り添い、思いをよく聞き職員が安心できる存在であることを心掛けています。	
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	入居者さん本人の言葉、態度で表現してもらい「出来ない」「ダメ」「危ないから」という観点から、すべてを「制御」しないケアを心がけている。		
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	体制的に、サービス提供が難しいときでも工夫し考えることで、個々の利用者の生活スタイルを尊重し支援出来るようにしている。		

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	
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	季節にあった衣類の提供、本人が使いたい化粧品等の希望があれば、家族と相談し購入するなど支援している。一緒に洋服を購入に外出することも行っている。			
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	スタッフは、利用者さんの嗜好を把握しているので、献立にしぼられることなく、食欲、天気、気温等に合わせ、臨機応変に工夫して食を楽しめるように支援している。	食品業者により栄養バランスの取れた食材が届き職員が調理し提供を得ています。誕生日には利用者の好みを聞き、お寿司や外食をしたり、家族も参加した流しそうめんや鍋など季節感を体感して頂き、楽しい食事になるよう取り組んでいます。		
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	一人一人の食事量、水分摂取量を記録するほか、ゼリーや好みの水分を把握して、本人が摂りやすい工夫をスタッフが行っている。			
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、口腔ケアを実施。訪問歯科診療を利用している方は、スタッフが診療を同席して、直接注意点などを歯科医師、看護師から聞いてケアに活用している。			
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	個々人の能力などに合わせて、排泄介助を実施。身体的機能や残存機能の把握のほか、使用する介護用品にも細部にわたり考えている。	利用者の排泄行為プロセスを把握し、一人ひとりに合わせ声掛け誘導で促し、出来るだけトイレでの排泄に努めています。		
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	『食物繊維』を全員に摂ってもらうほか、かかりつけ医との、根気強く連携し薬の微調整など排泄コントロールに取り組んでいる。			
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	できる限り希望に合わせて入浴を楽しめるように考えているが、難しいときも。保清や気分転換の意味からも工夫しながら、入浴の機会を提供していく。	週2回を基本に入浴剤を使用しながら入浴しています。一人で入浴される方もおり、見守りで支援しています。脱衣室にはカーテンがあり羞恥心を感じさせないように配慮しています。		
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	起床時間は、一応決まっているが、起きられない利用者さんは、起きられる時間に起きてもらっている。			
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	お薬情報は、適切に管理してその人の服薬状況を把握している。普段の過ごし方や嗜好などを医師に情報提供して、処方上の参考にしてもらっている。			

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価	実施状況	実施状況
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	食事の下拵えや洗濯物をたたむなど、その人その人の得意なことを、自ら進んで、かつ楽しみながら手伝ってもらえるように支援している。		
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	季節や社会的な環境などを考慮し、不要不急の外出は出来るだけ控えるなかで、気分転換の外出などは、工夫して行えるよう家族や支援者との連絡・連携を密にしながら支援している。町内会の行事も参加させてもらっている。	天気の良い日には利用者の希望や体調を考慮し散歩に出掛けたり、花見ドライブや町内会長のご厚意で夏祭りの子供神輿のコースになり、利用者の気分転換になり楽しみとなっている。	
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	原則、施設預かりとしているが、少額でも手元がないと不安になる利用者さんには渡している。		
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	現在は、電話をかけさせて欲しいと希望する利用者さんは居ないが、今後も希望があれば事務室で利用は可能。携帯電話を利用している利用者さんも居る。		
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	みんなが集う共有スペースは、誰かの好みの物を飾るのではなく、公平に施設側が飾り付けを行う事が多い。なお、認知症状によっては、それが幻覚・幻影につながることを理解してデコレーションする配慮を行っている。	利用者が集う居間は食事スペースとソファやテレビなどが置かれた寛げる場所に分かれ、それぞれ個々で思い思いの過ごし方をしています。また、機能訓練を踏まえた音楽レクを取り入れています。温湿度に気を配り、職員のケアで生活環境が整い快適の過ごせるように努めています。	
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	利用者同士の関係、仲良いかどうかで座る位置を誘導して、上手な配置、位置関係がとれるように工夫している。		
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	使い慣れた家具を利用したり、荷物を極力少なくしている方もいます。家族の思いも大切にしつつ、本人の症状等も考慮し、居心地のよう空間を提供出来るよう支援していきます。	居室には利用者の使い慣れた物が持ち込まれています。読書をしたりと今までの習慣を大切にし途切れないように努め、穏やかに過ごせるよう支援しています。	
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	トイレの場所を掲示したり、居室の「表札」など工夫しているほか、複数の方が歩行器を利用している為、安全な動線も確保して支援している。		