

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	0171501018		
法人名	(株)ケアサービスドワン		
事業所名	グループホーム ハッピーおおぬま 1階		
所在地	亀田郡七飯町字大沼184番地の1		
自己評価作成日	平成22年8月30日	評価結果市町村受理日	平成22年11月18日

※事業所のもと本情報は、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。

もと本情報リンク先URL <http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0171501018&SCD=320>

【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)】

地域との関わりが深くなってきています。防災訓練の際には町内会の方も参加くださり、災害時の協力を頂ける事になっています。利用者様は「地域で暮らす」をモットーに地域の行事やゴミ拾い、駅舎掃除などを行い活き活きと社会参加をされています。運営推進会議ではSOSネットワークについての必要性や認知症の理解をして頂き、「誰でもが安心して住み続けられる町作り」の啓発運動を地域ぐるみで行う話し合いが持たれています。

【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22年9月14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)】

当事業所の運営法人は、「豊かな高齢社会の建設をめざして」を経営理念とし、高齢化社会に向けて福祉を通じて企業として社会貢献の責任を果たすことを本方針に、3つのグループホームを始め、通所事業所、若年性認知症ホーム、ヘルパーステーション、学童保育などの事業を展開し、地域福祉のニーズと共に発展している。当事業所開設に当たっては、観光協会や町内会等を通じて、認知症の人が地域で当たり前に暮らすことの大切さや事業所の役割が地域に理解されるよう啓発活動に力を注ぎ、町と共催するフォーラムの開催や徘徊模擬訓練が実現するなど、5年の月日の中で地域住民と共に互いが支え合う関係性を構築する地域密着型サービスの実現に至っている。代表者は運営安定のために常に管理者の牽引役となり、ケアサービスの質の確保を最優先に図る姿勢で共に取り組んでいる。管理者は、現場職員の考えや意見を聞き、最善策を運営やケアサービスに反映している。職員は、どんな困難事例であっても笑顔で利用者に接することに努め、温かく寄り添うメンタルケアや自信を取り戻し高めるような働きかけを行っている。利用者と職員が平日に駅舎の清掃ボランティア活動を担い、関係者や住民から喜ばれ、お礼で受けたタオルを雑巾等に仕上げ教育機関等に寄贈し、また新たなつながりへと発展するなど、優しく温かい街づくりへの貢献となっている。雄大な山々に囲まれた環境で鳥の声や虫の音が聞こえる自然の中に位置し、広い畑を有し活用していることや併設通所事業所と連携した敬老会や緑日等の行事、名所でのおやつ外出支援、利用者、家族アンケートで意向や希望を確認する体制を整え、利用者、家族の幸せを事業所理念の実践で示しながら取り組んでいる。

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.理念にもとづく運営						
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	「もうひとつの家もうひとつの家族づくり」1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したくらしという事業所独自の理念をかかげており、理念は目のつくフロアに掲示している。月2回のミーティングでも確認し合っている。	法人の経営理念や本方針を根幹とする、地域密着型サービスの意義を盛り込んだ事業所独自の理念を標榜している。職員は、日々のサービス提供場面や困難事例において、拠り所とするも本的な考えに立ち返る事に努め、より良い支援を結実できるよう話し合いを深めている。		
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員として日常的に交流している	玄関横プランターには季節の花や野菜を植えている。フォーラム、勉強会等のポスターを玄関に提示している。町内会から案内のお声を頂き敬老会、町民文化祭、神社の夏祭り等積極的に参加させて頂いている。また小学校とも連絡を取り「お帰りの声掛け運動をしている。	利用者と職員が平日の毎日に駅舎の清掃ボランティアに出かけたり、資源回収の協力や町内会のクリーン運動に参加し、地域で必要とされる活動や役割を担っている。また、保育園の運動会や小学校の学習発表会、中学校の職業体験などを通じ相互交流を促進している。ボランティアの受け入れや福祉フォーラムを開催するなど、事業所機能を地域に還元する取り組みを行っている。		
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	キャラバンメイト認知症サポーター養成講座を開催したり、配食弁当を地域に配り安否確認を行っている。			
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	おむね2ヶ月に1回議題を決め参加して意見を頂き議事録に残しホームページに掲載し見て頂いている。町保健福祉課に議事録を提出している。	通常の運営推進会議のほか、さらに同法人の他のグループホームと合同会議を開催し、多様な組織や機関の担当者が集まり、あらゆる見地から要望や助言を聞く機会を設けている。サービスの実際の報告や行事、避難訓練、SOSネットワーク等、時々案件について協議を持ち、具体的な取り組みに結び付いている。		
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	SOSネットワーク作りについて私共から町や包括支援センターに働きかけ話し合いをもっている。この度はその働きかけでSOS徘徊模擬訓練を実施した。	町との共催で福祉に関するフォーラムを開催したり、町や地域包括支援センターと協議を重ね、SOSネットワークづくりの推進や町長も参加した徘徊模擬訓練の実施に至っている。また、運営推進会議では消防職員の出席を得るなどの協力体制を築いている。		
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もと準及び指定地域密着型介護予防サービス指定もと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、ミーティングで対応について話し合いを行っている。日中は鍵をかけておらず夜間は防犯の為ご家族に説明し同意のうえ施錠している。	事業所全体で身体拘束排除、防止マニュアルや身体拘束ゼロの手引をもとに学習を深めたり、これらに関する外部研修に職員は積極的に参加している。利用者本人の行動を制限せず、且つ、安全面について十分考慮しながら、その都度ミーティング等で望ましい支援について話し合い、状態変化のリスクが発生した際は家族と相談している。夜間のみ玄関を施錠している。		
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	管理者は年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スタッフに同意させている。			

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	すでに成年後見制度を活用している利用者が2名おり管理者は最低把握しているが、今後他スタッフにもミーティングなどで学んでいくようにする。		
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	契約の締結、解約又は改定等の際は利用者や家族の都合に合わせて十分な説明を行っている。説明時には不安、疑問等がないか話しやすい雰囲気から引き出そうとしている。		
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回家族アンケートを実施し気軽に意見が言える体制になっている。	事業所通信の発行やホームページを作成し情報を発信しながら、家族等がインターネットを利用して問い合わせができる環境を整備している。家族アンケートを実施し誕生日や思いでづくりについて意見をもらい、利用者、家族の希望を取り入れた内容を反映し取り組んでいる。	
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	代表者の面談、月1回の管理者会議ホーム内でのミーティング、他必要時に応じてのミーティング、常日頃からコミュニケーションに力を入れて意見を聞く機会を設けている。	代表者と管理者、また、管理者と職員は常に報告、連絡、相談をし合う関係を築き、管理者は現場での案件や職員の意見をまとめて代表者に都度報告を行い、助言や指導を得ながらサービスに反映させている。代表者は人事考課や研修等で職員を牽引しながら働く意欲を導き出している。	
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設定、それとは別に月毎の目標設定をしている。また資格取得を推進し技術向上に努めている。		
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協議会、南北海道GH協議会の研修をすすめている。また研修内容は力量に合わせてシフト調整している。		
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	七飯町5GH連絡協議会や七飯町介護保険事業所連絡会との交流を持っている。ネットワークづくりでは、七飯町GH連絡会を作りやすく、あたたかいまちづくりをテーマに取り組んでいる。		

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	フェースシート、バックアセスメントから情報を共有し家族からは生活習慣等を小さな事でも聞き、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、要望に対して、どのようなケアを行って、どうだったか家族に報告し、そこからまたケアの方向性を導き出し家族の協力を得ながら利用者が1番良い方向にな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	ケアマネージャー、地域居宅支援センターとの連携。当事業所には居宅支援事業所、DS、SSがあるので担当者に引き継いでいる。コミュニケーションを重視して見極めに努力している。		
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	フェースシート、バックアセスメントを活用し「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	月1度のハッピー通信では本人からご家族にメッセージを書いてもらっている。家族会主催の花見会には本人、スタッフが参加させてもらっている。		
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	お盆、正月、お通夜、法事、美容室などへの外出、正月には家に帰っておせちを頂き、お盆は仏壇に手をあわせたりしている。また誕生会にご家族と食事をしたりしている。	家族や利用者の大切な日を一緒に過ごすことができるよう家族の協力を得て支援している。地域の一人としての活動を通じ、地域との接点を持ちできるだけ支え合う関係を継続できるよう努力している。	
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	皆ですごせる居間にテレビを見たり、団欒したり一緒に料理や買い物、散歩、外出したりしている。		

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
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	契約終了時にこういう所はお手伝いさせていただきますとお話し、様子、経過を把握していくようにこちらから出向いていっている。		
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寄り添い支援している。	思いや意向の表出が困難な場合など、利用者の意思の尊重や自主性を引き出すため、本人の願いや出来ることに着目し、職員が利用者の言動や細かなサインをキャッチして本人本位の視点で検討し、把握に努めている。	
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	アセスメント、バックグラウンドから把握すると同時に本人から聞き出し、ご家族様の話に耳を傾け把握に努めている。		
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	毎日の記録、申し送り、カンファレンスでの情報の共有に努めている。		
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	カンファレンス、モニタリングを行いケアプランを作成している。家族の協力を得ながら時にケアのあり方については色々な方法を模索するようにしている。	センター方式を活用してアセスメントを実施し、日々の生活での気づきや計画に沿った記録をもとに定期及び必要時にカンファレンスを行っている。3ヶ月毎の評価以外に状態変化に応じてモニタリングを実施し、関係者から意見をもらいながら過不足を補い、新たな介護計画を作成している。	
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	毎日の記録を1ヶ月毎、個別に月間要約にまとめている。他にも連絡帳を使用し常に情報を共有するようにしている。		
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ヶ月毎のケアプラン、モニタリング、6ヶ月毎のアセスメントを行っている。個別の対応に力をいれている。		
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	消防訓練、体験学習、町民文化祭、運営推進会議に参加している。町内会のクリーン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	定期的な受診を行い、以前からのかかりつけ医を大切にし医療連携を図っている。	契約時等で事業所の医療連携体制や協力医療機関についての説明を行っている。協力医療機関以外での受診や通院支援が可能であり、利用者、家族の希望するかかりつけ医の受診を支援している。受診内容は詳細に記録化して家族へ報告し情報の共有を図っている。	

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
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3回看護師による健康チェックを行い健康管理を支援してもらっている。受診、往診、薬、病気や様子を相談できる体制をとっている。		
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。	入院された際毎日スタッフが交代で様子を見に行き状態を病棟看護師に聞いている。医師との話し合いの場には家族の了承を頂き同席し家族ケースワーカーとも連絡を取りあい早期退院に向けて相談している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入院時に説明し同意をいただいている。できるだけホームで共に生活していけるよう出来る事、出来ない事をお話し納得が得られる選択が出来るようにしている。	重度化対応、終末期ケア対応指針書をもとに契約時等で家族に説明し、同意を得ている。利用者の退院時や重度化が見られた場合は、関係者全員で今後の方針や対応について話し合い、合意形成を図りながら支援を進めている。重度化支援では利用者へのメンタルケアに力を注ぎ、家族と方針を統一して支援に当たったケースがある。	
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	年2回の消防訓練を行っている。前回指摘された夜間想定避難訓練については地域の方々と交えて実施できた。災害時に駆けつけると言って下さっている。	今年4月、消防署の協力を得て火災の夜間想定避難訓練をスモークマシン利用で実施している。地域住民の訓練への参加協力があり、災害時における協力者の確保と役割について支援体制を築いている。緊急時連絡網、対応マニュアルを整備し、災害時の備蓄品を確保している。	
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	ミーティングやカンファレンスでその人のプライバシーや配慮の統一を図り、その都度注意し振り返りをしている。	法人組織としてプライバシーポリシーを表明し、新人研修で人格の尊重やプライバシー保護等について学んでいる。職員は利用者への尊敬の念や配慮を持ち、一人ひとりの尊厳を守る接遇や対応に心がけている。	
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	行動や仕草、言葉からくみとったり言葉を引き出す努力をし、個別対応から選択し自己決定できるように働きかけている。		
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、食事など希望にそって支援している。見守りに自力でされる様支援している。		
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	季節にあった服装、慣れしたしんだ化粧、訪問理容を行っている。		

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	
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	週2回に食事作り、週1回のおやつ作り、配膳、片付けを職員と一緒にやっている。	週5日は併設の通所事業所で献立、調理した食事をユニットそれぞれで盛り付けて提供している。それ以外は手作りメニューの日として利用者の希望を聞き献立に反映し調理している。洗米や後片付け、洗いを職員と一緒にやり、誕生会や食事会、外食等で食への楽しみ方を工夫している。		
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	IN・OUTのチェック表の活用し摂取が少ない方に回数を多くしてこまめに摂っていただいている。			
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	口腔ケアの必要性をスタッフが周知して、毎食後習慣として行っている。声掛け、見守り、介助等その人のあ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もリハビリパンツからパンツに替えたり、夜間のオムツからリハビリパンツに替えて対応している。	失禁等による羞恥心や不安感、また、外出や水分摂取を本人自ら制限することがないよう、衛生用品を適宜に用いた排泄支援に努めている。衛生用品使用の際は根拠を持ち、本人や家族と相談しながら対応している。排泄記録や利用者個々のサインでパターンを掴み、誘導を行っている。		
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	個々にあった下剤の見直しをし毎月の水分量、運動量を把握した1日の動きや腹部マッサージをしなるべく自然に排泄されるようにしている。			
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	週3回の入浴予定をしているが、その都度状況、天候でも対応し臨機応変に対応している。ゆったり入れるように一人ひとり入れ時間帯も本人の好みに合わせている。	曜日や時間帯の決めごとはあるが、その日の利用者の過ごし方や状態によって柔軟に変更して支援している。入浴拒否が見られた場合は無理強いをせず、職員間で連携を取り、本人が安心して浴室に向う対応を工夫し、気持ちよく入浴できるようつろげる雰囲気心がけている。		
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	自室で好きな時にくつろげるようになっている。安眠できるように音、照明には気を使っている。			
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	処方箋で容量、用法を確認し更に、薬作りや服薬時は職員2人体制での確認をしている。			
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、ご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回昼食外出やおやつ外出に出かけている。			

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	平日毎日駅舎掃除のボランティアに出かけている。喜ばれ声掛けられる事で楽しみにされている。また個人の出来るだけ希望をかなえるようにしている。	利用者の楽しみや張り合いになることを見つけ、また、地域住民の支援を受けながら外に出る機会を積極的に設けている。残存している心身の力を発揮できるチャンスとしての駅舎での清掃ボランティアでの外出や文化祭への参加、選挙など、散歩や買い物、行事的な外出以外の場面でもこれまで通り外にでかけることを支援している。		
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	個人でのお金は持っていないが、スーパーで買い物した時には利用者に支払って頂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	本人が希望されると電話を掛けている。請求書を送付する際に利用者様からの手紙も入れるようにしている。			
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	季節に合った設え、利用者に合わせた室温、ソファでゆったりとすごせるように工夫している。他にも湿度計で過ごしやすい状態にしている。	利用者と職員が団欒できる広いスペースのリビングダイニングからは山々や裏庭の景色が見渡せ、落ち着いた雰囲気となっている。回廊式の廊下やセミパブリックスペースを設け、居場所の確保や利用者の生活動線、閉塞感等に配慮がある。浴室脱衣所のスペースは、車椅子でもゆったりと動ける広さがある。		
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	リビング、キッチン前のソファ、廊下のソファ等、小人数、多人数のものを作っている。			
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	ご家族様にお願ひし、使いなれたタンス、家族の写真、観葉植物等色々飾られ癒されておられる。	利用者がこれまで使っていた家具や思い出の品々を持ち込み、後々も本人が希望する物品がセッティングできるよう家族の協力を得て行っている。利用者が大切にしている品々の収納や保管については、本人の意思を尊重し安心して出し入れできるように状態に応じて支援している。		
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	廊下、浴室には手すり、床はバリアフリー、トイレも広く車椅子でも使用できADLが落ちても出来るだけ自力、一部介助で生活できる様支援している。			