

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	0177500170		
法人名	株式会社ハヤシ環境		
事業所名	グループホームカルミア さくら		
所在地	滝川市東町7丁目219番地6号		
自己評価作成日	平成22年9月24日	評価結果市町村受理日	平成22年12月24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://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0177500170&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)】

カルミアでは平成17年8月にAED(除細動器)を管内のグループホームでは1番最初に導入し、滝川消防署の主催する「防災のつどい」に当ホーム職員が寸劇に参加し地域住民の方々にも幅広くAEDの設置ホームとして誰もが気軽に利用できるよう備えております。
職員は定期的なAEDを含めた救命講習を受け又、新規採用者も万が一に備えて使用できるよう教育しております。
地域代表の運営推進委員の方にもカルミアのAEDを幅広く知れ渡るよう協力していただいております。
又、カルミアの食事は献立表は作らずその日の食事当番が冷蔵庫を開けその時ある食材で又、時には自家菜園で収穫した野菜を使用し
入居者様と相談しながら調理しています。特に夏場は気温・湿度が高く免疫力が低下するため入居者様の体調管理は十分配慮し栄養が偏ることのないよう彩り等を工夫し調理しています。

【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11月17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)】

当事業所は、地元で事業展開している運営者が地域貢献を目指し、平成15年に新興住宅地に開設した。鉄筋平屋造りの建物の中央にあるホールには自然光が降り注ぎ、季節の移ろいが感じられる開放的な空間になっている。敬老会をはじめ各種行事や朝の体操、家族との語らいなど、事業所に集う人々の憩いの場として活用している。理念をケアサービスの基本とし、職員は利用者の思いを汲み取り、個々に合わせた声かけで本人本位の支援に努めている。食に関する取り組みや季節毎の外出、事業所所有のリンゴの摘み取りに出かけるなど、日々の暮らしを大切にしつつ楽しみ事を工夫している。地域の認知症の人や家族のニーズに応じた利用の受け入れや利用者、家族の状況により通院送迎を柔軟に支援している。年数回の避難訓練の実施、救急救命講習の受講、AED装置の設置など、利用者の安心・安全への支援強化に取り組んでいる。行政との良好な協力関係も構築しており、サービスの質の向上に活かしている。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらい <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	理念を各ユニット入り口に掲げ、朝の申し送り終了時にユニット別に理念を読み上げ復唱している。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念を策定し、見やすい場所に掲示し、申し送り時に復唱している。会議などで話し合い、共有化を図りながらサービスの実践に取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	年会費を納め町内会に加入し回覧板等の受け渡しを行っている。	地域性もあり、近隣との日常的な交流は難しい現状であるが、地域とふれ合う機会の提供に努めている。町内会に加入し、行事の際には町内会婦人部の協力を得ている。また、地域の祭りに出かけたり、歌唱ボランティアや小学生の慰問などを受け入れ、交流を支援している。	
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	専門部会で情報の交換を行ったり勉強会にも参加している。高齢者の状態に見合った施設の空き状況等も確認している。		
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	入居者の状況報告及び事例を提供し検討して頂きアドバイス等についてはケアプラン内容や職員ケア指導時の参考としている。	運営推進会議は、町内会長、地域代表、地域包括支援センター職員、病院長、元老人福祉施設長などの地域密着型サービスの知見者をメンバーに構成している。会議では、事業所の現状や事例検討、災害対策、また地域包括支援センターから地域高齢者状況などの報告を受けて、メンバー間で協議し、運営に活かしている。	運営推進会議は、地域密着型サービスとしての役割を果たす上で重要な場であるので、開催日やテーマを工夫し、つつ年間3回に留まっている会議の開催頻度を上げることが望まれる。また、全家族に会議開催の案内をするなど、会議の認識を深めてもらい、積極的に参加を促す取り組みを期待したい。
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	月に一度の入居者状況の報告や入居者の身体状況・認知症の進行に変化が見られる場合は家族に相談し介護度の区分変更等その方が優位になるよう市町村と連絡し合っている。	地域福祉サービスの推進役である市の関係各所とは、日ごろから連絡を密に取り、良好な協力関係を構築している。介護認定業務や利用者の利用開始に際しての相互連携、防災対策についても相談し、支援を得ている。2ヶ月毎の市のケアマネジャー部会では、各種の情報交換を行っている。	
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	職場内研修を行い、身体拘束をしないケアについて職員で話し合い実践している。又、玄関にはセンサーを設置し日中は自由に入出りができるよう施錠はしていない。職員は常に見守りを徹底している。	身体拘束等、行動制限についてのマニュアルを基に学習し、職員は対象となる具体的禁止行為について共有認識を持っている。やむを得ず行う場合は、その妥当性を再検討し、家族同意の上実施している。日中は施錠せず、見守りを徹底している。外出願望のある利用者には一緒に外出に付き合い、不測の事態に備え、SOSネットワークの登録をしている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	北海道高齢者虐待防止推進研修に参加し、職場内年間研修計画のなかにも盛り込んで職員に周知し虐待のないケアを行っている。		

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
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	該当になる利用者もいないので実績はないが学ぶ機会があれば是非参加したい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約関係書類については、利用者(状態による)と家族には大まかな説明をし内容を読んで頂き不明な点については後日連絡を頂くことにしているが、入居時の説明で理解されているようである。		
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	来所時やプラン提供説明時など、家族からの意見を受け止める機会を設けており改善の必要なものについては随時対応している。	日常的な来訪のほか、毎月の利用料支払いの際や行事での家族の来訪も多い。介護計画作成時とはもとより、機会を捉えて家族の意見や要望などを聞くように心がけている。その時々出された要望などは、職員間で引継ぎを徹底し、迅速に対処している。	
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	年2回の個人面談を行い意見や提案を聞いてはいるが意見や提案をする職員は多くはないが、意見や提案があれば謙虚に受け止めたい。	年2回個人面談を実施し、職員の思いを受けとめ、意見などは管理者が総括して全体で話し合い、共有しながら運営への反映や改善につなげている。アンケートの希望を受け、外部講師による研修会の実施、スキルアップに向けた支援、親睦会の開催など就労環境の整備に努めている。	
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	勤務年数に応じ職員を必要と思われる研修会に参加させている。そのため勤務調整を行い研修費用についても会社負担としている。		
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	地域で行われる研修については案内を回覧し参加したり書籍を購入し回し読みしたり内部研修については職員からアンケートをとり職員の希望する研修を行っている。		
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	以前は地区ブロックに加入し交流していたが現在は脱会しているが、以前よりの付き合いのあるホームとは訪問したりされたり情報交換を行っている。		

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
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	事前面接調査を実施することによって本人の生活歴を把握し、調査表をもとに良い関係作りを築いている。		
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	相談に訪れたとき、家族の気持ちを深く受け止め、訴えのあるものに対して、できる対応や次のステップの切り替えなどについて相談しながら関係を築く努力をしている。		
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	状況に応じ入居支援をし身柄の安全確保に努めている。当初希望している施設の空きができるまでの対応として。		
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	調理や掃除をできる人は一緒に行っている。役割や居場所作りに努めている。		
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	利用者の日々の生活の様子や思いなどを家族に伝え情報の共有を図り一緒に支えていく関係づくりを築いている。誕生会や行事等に招待し喜怒哀楽を共有している。面会頻度の少ない場合、電話をお願いする場合もある。		
20	8	○馴染みの人や場所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	馴染みの理美容院に送迎したり、訪ねてきたとき等は場所や要望があれば機材を貸し出ししている。	利用開始後も馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援している。行き付けの床屋や商店への外出に付き添っている。また、以前の同僚や教会の信者仲間、自宅近所の友人などが訪れた時は、居心地良く過ごしてもらえるよう配慮している。	
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	利用者同士では会話にならないことが多い為、職員が間に入るよう努めている。入居者同士が交流を図り易いソファや椅子の設置の工夫等を行っている。		

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	具体的な取り組みはないが、関係機関や家族からの相談があれば随時対応している。		
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	スタッフ会議時のケアプラン見直しで検討している。	日常の会話で意向の把握が困難な利用者の場合は、その日の表情や仕草、行動、様子などから推測して捉えている。日常の暮らしの状態をアセスメントシートに記録し、家族からの情報も参考に、本人本位に検討している。	
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	入居前に事前面談調査を実施している。		
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	一人一人の生活リズムをアセスメントシートに記入し把握をしている。生活・心理面でのできること・できないことを見極め本人の全体姿の把握に努めている。		
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	利用者が自分らしく暮らせるように本人の思いや要望を聞き又、伝えられない利用者は日々の生活行動・表情・動作等から本人の視点にたつて課題を見つけ出し職員全員で話し合い介護計画に生かしている。	日々の記録や職員の気付きを基に作成した原案を会議で検討し、利用者、家族の意向や医療関係者のアドバイスを踏まえた具体的な介護計画を作成している。毎月、利用者の状況確認や計画に対しての評価、モニタリングを実施し、3～6ヶ月毎の定期見直しや状態に変化が生じた場合も、随時見直しを行っている。	
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	日々の状況を個別に記録し状況に変化のあった場合は様子を見る場合や緊急性のあるものについては即対応し随時職員間で報告し実践している。		
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	受診送迎・理髪店の送迎・日用品の購入支援を行っている。又、高齢家族の面会時には帰宅時に近くなれば家まで、遠くならバス停や駅まで送ったりしている。		
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	行事の時など婦人部の方をお願い見守りをして頂いたり関わりを持ってもらっている。		
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	利用者の状況や家族の希望要望を聴取し本人にとって現在どんな病院でどんな治療が必要かを把握し家族に助言し本人の症状に合わせた医療機関に支援して頂いている。	利用者、家族の希望のかかりつけ医の受診を支援している。通院は基本的に家族対応としているが、家族の状況や要望に応じて事業所の車両で送迎したり、職員が同行するなど柔軟に支援している。受診時の情報は家族と共有している。常勤看護師が日常の健康管理を行い、医療機関との連携体制も整っている。	

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	看護職員は地域包括支援センターや病院看護師や医師の支援を受けながら利用者の日常健康管理に努めている。			
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。	入院時には本人の健康状態や支援内容に関する情報を医療機関に提供し、入院当初は定期的に職員が見舞いに行き様子を見るようにしている。又、退院時は医療機関からの情報の提供を受け、退院後の支援に結びつけるようにしている。			
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る	ホームとしてのできることやできないことは限られているが最終的には本人の安全又は家族の安心のために病院や施設との連絡調整をし万事に備えている。	重度化した場合の対応に関わる指針を整備して、契約時に事業所の対応し得るケアについて説明し、同意を得ている。主治医の指示や経口摂取が困難になった場合は入院とし、看取りケアは実施していない。利用者の状態の変化の段階において家族や医師と協議し、その後の転院調整を行っている。		
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	利用者の急変や事故発生についてはマニュアルを整備し職員に周知を図っている。定期的に消防の救急救命講習を受け万事にそなえている。新人職員も消防で開催する救急救命講習に参加させている。			
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	年に数回状況を想定し避難救出訓練を行っている。地域の協力体制については運営推進会議で話し合いをしているも環境的に難しい状況にある。	年2回消防署立会いで、昼夜間想定火災避難訓練を実施している。災害発生時連絡網及び対応マニュアル等を整備し、自主避難訓練や救急救命講習、月1回の自主点検を行っている。スプリンクラーなど防火設備を設置している。	消防署など行政との連携は密であるが、災害発生時に地域の協力を得られる体制の整備に取り組むと共に、火災以外の災害についての対応策の検討や非常食等の備品の準備検討など、防災対策のさらなる強化に取り組む事を期待したい。	
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	入居者との接し方10ヶ条を作成し職員に配布し周知させ、プライドを傷つけないその人に合わせた声掛けをするよう努めている。	管理者は「入居者への接し方10か条」を職員に配布し、馴れ合いに注意して指導している。さりげない誘導、声かけなど職員で話し合い、誇りや自尊心を損ねる事のないよう心がけている。記録等の保管管理も適切に行っている。		
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	利用者に合わせて、声掛けをし意思表示が困難な利用者は動作・表情から読み取り自己決定場面を作っている(飲みたい・食べたい・する・しない等)			
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	基本的な一日の流れはあるが、一人一人の体調に配慮しながらその日その時の本人の気持ちを尊重し支援を行っている。希望により個別で買い物や散歩なども行っている。			
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	髪のプロウの仕方を勉強している。			

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	職員はそれぞれの嗜好を把握し、利用者と一緒にもやしのひげ取りをしたり野菜を収穫したり調理や片付けのサポートをしている。	その日の献立は利用者と相談しながら決定し、個々の能力に応じて準備や後片付けなど一緒に行い、食事を共にしている。収穫野菜を味わい、希望の漬物を皆で漬けている。行事食や外食、出前も好みに合わせ食事を楽しめるよう支援している。栄養士による献立の指導を受けている。		
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	水分は本人の好みで提供し1日1000cc以上を目標としている。栄養バランスは油こいもばかりにならないよう気をつけている。			
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	一人一人の能力に応じは歯磨きの促しや介助を行っている。入れ歯の人は夜間洗浄剤を使用し清潔保持している。			
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	毎朝牛乳を飲んでもらい、利用者個々の排泄パターンを把握しサイン等見逃さぬよう誘導しトイレで排泄できるよう支援している。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、サインを逃さず誘導をし、日中はできる限りトイレで排泄できるよう支援している。個々の身体機能に応じて介助し、失敗にはさりげなく対処をしている。		
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	自然排便を極力心掛け食事や体を動かす機会を設けても困難な利用者に対しては医療機関と連携する中で個々の状況にあわせた薬の量・頻度で対応している。			
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	基本的には週3回程度の入浴をしてもらおうと促してはいるがその日の体調や気分により入浴できないときは曜日や時間に関係なく入浴してもらっている。	基本的に午後の時間帯で、週2～3回の入浴を支援している。利用者の状況や希望に応じて、シャワー浴や清拭、2人介助や同性での介助で対応している。職員が手薄な場合は管理者も協力し、身体の清潔に配慮し、気持ちの良い入浴支援に努めている。		
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	一人一人の体調や表情・希望等を考慮しゆっくり休息がとれるよう支援している。なかなか寝付けないときは医師処方での眠剤を服用している。			
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	利用者個々のマニュアルに服薬の種類を記載しファイルしている。又、服薬は個々に職員が管理し服薬マニュアルに従い服用していただいている。			
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	ホールで音楽を聴いている。茶碗拭き掃除等本人の役割として行ってくれている。			

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	利用者との日常会話の中で個々の買い物や気になっている場所等を聴取しホームの車両で行っている。外出願望の強い利用者については時によっては利用者の後方より歩き見守っている。家族の方の支援もある。	天気の良い時や利用者の希望に沿って、散歩や買い物、ドライブに出かけ、菜園で野菜を収穫し、窓越しの日光浴をして過ごしている。年間外出行事を計画し、地域の祭りに参加し、季節毎の花見やリンゴ狩りなどを楽しんでいる。家族との外出の際には車椅子を貸し出し、身体機能に配慮した外出を支援している。	
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	外出時、買い物されるときお金の受け渡しの際、間違いがないよう見守っている。		
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	手紙を書くよう促したり、本人希望時に電話の取り次ぎをしている。		
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	家族から頂いた花を飾ったり、居間にはソファが3本ありそれぞれが利用し又廊下掲示板には活動写真を掲示し利用者・家族・職員がそれぞれに楽しんでいる。	建物の中心にあるホールの窓からは季節の移ろいを感じられ、利用者の憩いの場として多目的に使用している。各ユニットの居間もゆったりとして明るく、家庭的な家具を置いてあり、行事の写真や利用者の作品を飾っている。食卓やソファ、畳の小上がりもあり、利用者それぞれの寛ぎの生活空間となっている。	
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	ソファや椅子を設置し、好みの音楽が聴け、窓からは季節の移り変わりを感じ取れる山々が聳え、利用者が好きな時間に集まってきて過ごしている。		
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	入居の際に家族には、環境が変わることでの混乱を軽減する為に本人の見慣れた使い慣れた物を極力部屋に配置していただくよう家族にお願いしている。持ち物の配置についても家族・本人に任し不要な人はベットも片付けている。	クローゼット付きの居室には、出窓もあり広く明るい環境である。テレビ、冷蔵庫、ベットのほかに洗面台も設置し、使い勝手の良い設備になっている。壁には家族の写真などを飾り、馴染みの家具や仏壇、生活用品を持ち込み、心地よく過ごせる工夫をしている。脱臭換気システムを設置し、温・湿度も適宜調整している。	
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	各自の居室に表札等を掛け、廊下・浴室・トイレ・ホールには手すりを設置し歩行不安定な方への配慮をしている。玄関には椅子を置き座りながら靴が履けるようにしている。		