

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	0173501008		
法人名	天理教本輪西分教会		
事業所名	グループホームタンポポ(さくら)		
所在地	室蘭市石川町202番地1		
自己評価作成日	平成27年2月3日	評価結果市町村受理日	平成27年10月9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://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=0173501008-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【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27年9月11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)】

豊かな自然に囲まれた環境を活かし冬季以外は、日に何度も利用者の皆様と自然の中を散歩し季節の恵みや移り変わりを楽しんでおります。利用者様のストレスの軽減、認知症の低下予防や能力維持に努めるため各季節行事以外にユニットレク、全体レクを充実させ、意欲ある安定した生活が出来る支援と介護を行っております。また、食事中もリスや小鳥などがデッキの餌場に来るので、その姿を間近で見ながら食事を楽しめします。生協に買い物バスの協力を依頼し認知症であっても利用者様の意思を尊重した生活となるよう、お菓子などの買物支援も実施しております。常に『笑いと安心』が一体となるサービスのある施設を目指し、職員の質向上、研鑽に努めています。経験の高い職員が揃っているため、ご家族との会話も多く絆も強まり、双方の連携により看取りも数件経験しているため、ご家族からは安心の声を多く頂いています。

【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)】

当事業所は、室蘭インターチェンジから近く、室蘭環状線沿いに立地している。自然に囲まれた里山の中で、ゆったりとした日々の流れが感じられる環境にある。2ユニットのグループホームで、利用者がお互いに顔を合わせながら個々の居場所を作れるよう、玄関ロビーや室内には長椅子、ソファが配置されている。月2回のかかりつけ医による定期往診と、週1回の訪問看護士による健康管理が行われ、緊急時や夜間も医療機関と連携できる体制が整えられている。「利用者が楽しく豊かな生活」、「安心安全」をサービスの基本として、家族会、運営推進会議を活かした支援を行い、利用者の笑顔が見える事業所となるよう取り組んでいる。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項目		取組の成果 ↓該当するものに○印		項目		取組の成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (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 ほとんどつかんでいない	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、活き活きと働いている (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	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作り、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	開所以来、事業所の基本理念を基盤に介護の基本と意識しケアプラン作成や利用者様本位のケアとなるようスタッフ一同、目標を共有し実践している。	基本理念である「利用者の人格の尊重、利用者の立場に立ったサービス、利用者が楽しく豊かな生活」を目指し、申し送りやケース会議などの機会を捉え、理念を共有し実践に努めている。	
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	推進会議を軸に地域の方への協力や要望を発信し、そこから編み物の糸や作物、清拭生地などの寄付を頂き、当たり前の生活となるよう交流している。また、利用者さんが編んだ手袋をお礼に返している。	町内交流センターの行事に参加している。町内の生産者から直接食材を購入する機会や、地域の方から野菜の差し入れ、必要物品の寄付などがある。ボランティアや学校帰りの子供達の訪問もあり、地域との交流が図られている。	
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	町内会の行事には出来る限り参加して、認知症の方の共同生活に対する理解と協力を頂いている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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	2か月ごとに開催しご家族、地域、各機関にも参加して頂き、施設の現状報告から様々な意見や提案を頂き、良質なケアとサービスの向上に努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回定例で開催している。市担当者、地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員、利用者家族が参加して、活動状況、介護保険、夏祭りなどについて意見交換を行っている。議事録は全家族に配布して情報提供し、ケアサービスの向上に繋げている。	
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	事務処理等の確認のために常に市の福祉関係機関とは連絡相談、連携、協力を図っている。	運営推進会議には市の担当者も出席している。適時連絡を取ったり、職員が出向いたりして、事業所の案件についても指導を受けている。相談や意見交換を行うなど、密接な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 代表者及び全ての職員が「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	日常的に拘束を行うことはない。万が一、緊急やむを得ず危険防止のため身体拘束を行う場合は、短期間であることを家族と相談し、ケアプランにも反映させ運営推進会議の場でも、その報告を行い意見交換しケアに取り組んでいる。	「身体拘束廃止マニュアル」を整備している。やむを得ず身体拘束を行う場合には、ホーム検討会議を行ったうえで家族に説明している。	「身体拘束廃止マニュアル」は整備されているが、今後は職員に対する研修などの実施が望まれる。やむを得ず身体拘束を行う場合、事業所のマニュアルに沿って行われるよう、職員一人ひとりが身体拘束に対する理解を深められるような取り組みを期待したい。
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	日常的なコミュニケーション以外にも内部研修、ユニット会議で当たり前のケアと利用者様の権利擁護について話し合い虐待防止には徹底して努めている。		

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	後見人制度の利用増加に伴い、内部研修で権利擁護や制度についての学習し、ご家族からの質問に対応できるよう努力している。後見人制度利用時の円滑な事務作業が行えるように職員も社会福祉士資格所得に取り組んでいる。		
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	契約前に、ご家族や利用者様が理解し納得されるまで詳細の説明を行って契約を行っている。契約の解約や変更、改定の場合は、必ず事前に家族会において相談し説明、意見を聞き、理解と承認を頂いて行っている。		
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	利用者様ご家族の苦情、希望の意見を頂けるよう家族会や運営推進会議、苦情箱の活用や面会時の意見を聞き、年に1回はサービスに対するアンケート調査を行い、結果を公表し、内容を真摯に受け止め、ケア会議などで協議し対応している。	利用者、家族の意見や要望は、電話や年1回実施する家族アンケートで把握に努めている。家族会総会では、収支明細や行事予定などの現状報告を行い、経営の安定に向けた取り組みに繋げるなど、サービスに反映させている。	
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	ユニット会議や個人面談、また、常時コミュニケーションを図り、スタッフの要望、職場環境について率直な意見を聞き、働きやすい環境改善に努めている。	人事考課を取り入れ、年1~2回個人面談を行っている。悩みの把握や意思疎通に努め、ユニット会議、食事会などでコミュニケーションを図っている。職員の意見を基に休憩時間について改善するなど、具体的に反映させている。	
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	各ユニットで食事会などの職員交流を行い職場での課題や環境改善を解決してもらったり、毎月リーダー会議で、職員の状況を把握し現状課題の解決と職員の働きやすい環境づくりに努めている。		
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	年度計画に沿って介護福祉士の資格所得者による内部研修や勉強会の開催と勤務調整により外部研修にも多数の職員が参加できるよう配慮した対応をしている。		
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組をしている	市内の全グループホームで構成している連絡協議会で組織を作り、職員の資質向上のためにも年間計画を立てて研修会を積極的に開催し、他の事業所の職員、関係者との交流を深め、情報収集や関係構築に取り組んでいる。		

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	利用者様が新しい環境で安心した生活が送れるよう、生活動作や表情の変化を見逃がさず、不安な様子が見られる時は、常に傾聴し、不安や混乱が軽減されるように寄り添ったケアに努めている。		
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	入居前には情報提供とご希望や悩み不安を入念に聞き、ご家族が安心して利用者様をお預けして頂けるよう努めている。		
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	入居されてからのご本人の適性や状況を見極め、ご本人の要望を聞きケアプランも短期で見直すなどの最適な生活になるよう支援を努めている。		
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	スタッフと利用者様は家族のように助け合い、寄り添ってお互いの存在が『安心』となるような関係を築くことに努めている。		
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	レクや行事内容によっては、事前にご家族にも声を掛け、参加して頂き、利用者様の生活状況の把握により安心して頂く機会を設けている。		
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	親しい知人や友人の訪問はご本人が安心されるような大切な時間づくりとして対応している。また、希望により広報や新聞掲載の行事にも同行し楽しく過ごしていただくよう努めている。	馴染みの美容院の利用、電話での連絡、家族への絵手紙の送付など、個別に支援している。知人や友人の訪問の際には、寛げるような雰囲気迎え、関係が継続するよう努めている。	
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	様々な場面で、孤立や争いのないよう留意し、常に利用者様が安心した空間で生活できるよう配慮している。またレクレーションを多く取り入れ認知症の低下を予防し共同生活を楽しくて頂けるよう工夫している。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	利用者様が退居された後も、移動先の医療や施設を訪問し、ご本人と面会し状況確認を含めた経過観察を行っている。万が一、ご逝去された場合も馴染みのある職員で弔問や葬儀に伺っている。		

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
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	これまでの生活歴を大切に、入居されてからもご本人が変わらず安心して生活されることを基本に、コミュニケーションにより希望を取り入れたり、ご本人の意思を確認して安定した生活になるように支援している。	「ひもときシート」を活用し、日々の会話や本人のアルバムなどから理解に努めている。困っていること、落ち着かないことなど、一人ひとりの視点に立ち、本人の安心に繋がるよう意向を把握している。	
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	本人の生活歴や、趣味などの情報の把握して、居室や日常の生活環境づくりに心掛けて利用者様が気おくれすることなく生活できるよう改善に取り組んでいる。		
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	利用者様の個々の生活パターン、保有能力の把握したケアを目指している。		
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	ご家族にケアやサービスの希望を伺い、ケア会議で内容を検討し、ケアプランを作成している。また6ヶ月毎のモニタリング以外に変化があれば期間に関係なく再アセスメントしている。	本人、家族の望む生活に基づくケアプランを作成し、毎月のケア会議で評価を行っている。利用者の状態変化に応じて随時見直しをしながら、現状に合った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	介護計画を意識したケアサービスを実践し、その状況や細かな変化や対応についても日誌に記載している。ケアプランも会議で再アセスメントし、その方らしい生活支援が行えるよう対応している。		
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	職員は常に利用者様の動きや変化を観察しその場、その時の適するケアが提供ができるよう配慮している。		
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	床屋ボランティアには自宅にいた時と同じように会話を楽しみながら、カットと顔そりを楽しんだり傾聴ボランティアの方には御茶飲みして昔話や周辺の散歩に出かけたりと利用者様が喜んで日常生活ができるよう様々な支援をしている。		
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	入居時に受診機関の希望を聞き、ご本人が安心する医療機関を受診できるようご家族と相談をしながら対応している。施設の訪問診療をご希望される際は主治医と面談し不安のない医療提供が出来るように支援している。	月2回かかりつけ医による定期往診と、週1回訪問看護師による健康管理が行われている。緊急時や夜間も医療機関との連携が築かれ、適切な医療を受けられる体制ができている。	

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	地域の医療機関と医療連携を図っているので看護師が日常の健康管理を行っている。変化が見られた場合は訪問看護による緊急対応をしている。		
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。	入院という環境の変化で混乱と不安なく治療が出来るよう毎日、病室を訪問している。また病院関係者やご家族からも状態の変化や説明を聞き、早期退院に繋がるよう働きかけている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	利用者様の状況の変化に気づいた時点からカンファを重ね、医療機関やご家族とも終末期に対する希望や思いを納得されるまで話し合い、ご家族の希望に添えるよう介護と医療でチームを作り、ターミナルケアの計画を立て取り組んでいる。当施設では数回の看取り経験のある職員が多いことから指針や要領を十分周知した対応ができています。	重度生活支援に関する方針を提示し、同意書を交わしている。医療機関との連携体制が図られ、ターミナル期の医師の判断、カンファレンスなどは記録に残している。看取りの経験もあり、職員は看取りケアについての研修を受けている。	
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	緊急時の対応マニュアルに沿って訓練を行っており利用者様の緊急時の医療搬送についても連絡網の確認や初期対応の訓練を行っている。		
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	消防署の指導を受けながら、年2回の火災(防災)訓練訓練を、地域の方にも参加して頂き実施している。	年2回消防署立会いの下、昼夜想定で火災訓練を実施しており、町内会、地域の参加もある。また、自主訓練として防災訓練も行っている。食料、カセットコンロなど、備蓄用品も揃えている。	
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	個人情報の守秘義務については常に職員に周知理解している。利用者様の性格を理解し行事の誘導も指示系統にならないよう配慮を心掛けている。介護記録等は記載時以外は書棚に保管している。	残存能力を大切に、明るく、楽しく生活できるように支援している。日内変動を把握して、言葉かけや声のトーンを工夫するとともに、誇りやプライドを傷つけない対応を行っている。	
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	各々の利用者様の状態に合わせ状況により出来るだけ、自己選択、自己決定となるよう配慮している。		

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
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、希望に沿って支援している	その時の利用者様のペースに合わせ、無理強いないで、ご本人の気持ちを優先したケアに最善を努めている。		
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	自分の持っている能力を損なわないよう更衣は自分で行って頂き、不足面をスタッフが補充している。美容院の希望があれば同行し、本人の希望を優先する。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の食事支度の際は利用者様の力に応じて、食材の皮むき、味付け、盛り付け、また食事後の食器洗いや片づけなども声を掛け手伝って頂いている	献立は職員が立て、味付け、盛り付けなど利用者の得意なことを職員と共に行っている。行事食、誕生会、クリスマス会、バイク方式などを取り入れ、食べることに楽しみに繋げている。	
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	1人1人の体調や状態に合わせて水分や食事を摂って頂き摂取量も記録にしている。メニューも食べやすい食事となるよう形、味付けも配慮したものを提供している。		
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に、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、必ず歯磨き・義歯洗浄・うがいが出るよう誘導して行って頂いている。自分でケアが出来ない方は職員が介助し感染のないよう清潔の保持に努めている。		
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向けた支援を行っている	個々の排泄パターンが違うので、記録を怠らざご本人の様子などを常に確認し声掛けによりトイレ誘導を支援している。	一人ひとりの様子の把握に努め、3割程の利用者は、布パンツでの生活となっている。リハビリパンツと衛生用品を使いながら、トイレ誘導による自立排泄に向けた支援をしている。	
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	便秘は食欲低下や不穏の原因にもなるので、記録などによる排便管理を基に体調変化に応じ訪問看護や医師に相談し、毎日の体操や水分、食事量や服薬などで対応している。		
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、個々に沿った支援をしている	入浴は計画表はあるが利用者様の体調と希望に合わせて入浴している。入浴の拒否の場合は強要せずタイミングをずらしたり入浴剤で工夫して対応している。	週2回を目途として入浴支援をしている。足浴を好む利用者には個別に対応するなど、楽しみとなるよう取り組んでいる。毎日清拭を行い、着替え、安眠に繋げるよう工夫している。	

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
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	個人の居室はご本人が安心して休息や安眠できるように馴染みのある物で配置し、リビングや玄関ホールでも、お互いが安心して休んだり、寛いで会話を楽しめるよう環境づくりにも配慮し支援している。		
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	薬の処方箋のコピーを個別ファイルに綴じ、常時、理解し確認できるようにしている。薬も個別パッケージで保管し、服薬時に渡す際も記名付の個別容器に入れ誤薬防止に努めている。		
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	利用者様の残存機能を見極め、利用者様の出来る役割を職員と共にケアプランに活かし生活の糧としていただいている。また行事の企画にも関わって頂いて生活に充実感を持って頂けるよう工夫している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、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	施設周辺の散策は可能な限りほぼ全員で出かけている。近郊で開催される展示会や催事などに、数名ほどで出かけ、デザートなどを食べてくこともある。	週1回移動販売車による買い物支援がある。牧場への外出、事業所周辺の散策、室蘭や伊達の道の駅での買い物など、五感刺激が得られるような外出支援に取り組んでいる。	
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	毎週決まった曜日に生協の買い物バスと連携し、事務所で管理しているご本人の財布を持ち、個々に買い物を楽しめる支援を行っている。		
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	利用者様がご家族、知人の声を聞きたい時には電話を掛け安心して頂き、年賀状や絵葉書なども一緒に作成して家族や知人に出すなどの支援は行っている。		
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	リビングは利用者様同士が安心して過ごせるよう奇抜な演出はせず、季節に合わせた小さな飾り物で四季を感じて頂く程度の工夫をしている。	広い窓からは季節の移ろいが感じられ、ウッドデッキから続く中庭、畑には野鳥や猫が訪れるなど、自然環境を活かした造りとなっている。2つのユニットが台所で繋がっており、玄関、和室設えの共用空間にはソファが配置され、それぞれが安らげる空間作りを工夫している。不快な臭いや音もなく、湿度、温度も管理されている。	
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	廊下にベンチを置いたり、玄関前の共有空間に団らんコーナーの環境を作ったり、それぞれが自由に寛いだり寄り合ったりできるようユニットの枠にも囚われない交流を図って頂けるよう「居場所」の環境設定に工夫している。		

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
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	利用者が安心して生活できる居室として、馴染みの物や好みの品を状況に合わせて配置していただいている。	居室にはベッド、筆筒、三段ボックスの棚が備え付けられている。馴染みの椅子、仏壇、写真、書などが持ち込まれ、安心できる部屋となるよう整えられている。	
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	施設内は総てバリアフリー対応にしている。利用者が自分の居室が分るよう工夫し、ご本人の残存機能が維持できるよう制約のない生活が出来れるよう工夫している		