

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	0195700059		
法人名	空知パブリックメンテナンス株式会社		
事業所名	グループホームほほえみ 1F		
所在地	岩見沢市8条西16丁目2番地1		
自己評価作成日	平成26年9月10日	評価結果市町村受理日	平成26年10月31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)】

当事業所は閑静な住宅街にあり、近くには大型スーパーがあり、地域の一員として交流を深めつつある。事業所として特に力を入れているところは、利用者は長い人生経験の中で培われた知識や技の「力」を最大限に生かし、本人の思いを尊重して、その人らしい生活をマネジメントするよう心がけ支援している。

※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	http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0195700059-00&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26年10月3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、母体法人のグループ会社である株式会社トッキュウグループの地域密着型サービス事業所(グループホーム)として3番目に設立され、「ありのままにゆとりと笑顔のある暮らし」の理念を掲げ、市街地の中心部に開設されて4年が経過している。毎朝職員は理念を唱和しており、利用者一人ひとりの思いや意向を尊重し、レクリエーションの種類や外出先・食べたいものなどの聞き取りを行うなど利用者本位に徹し、本人の望む暮らしをサポートしている。利用者への言葉遣いを職員間で改め合うなど気づきを指摘しあえる雰囲気があり、職員同士や管理者との信頼関係の中で自由な意見交換が行われ、開かれた運営と安定したケアサービスを提供している。終末期を見据えた取り組みも試みており、家族同意のもと、ターミナルケアの研修やスキル向上に努め、近隣の医療機関との連携や常勤の看護師の配置で医療面での充実を図っている。運営推進会議は2ヶ月に1度開催し、地域との交流促進や災害時の協力体制について協議するなど、地域に根ざした成果を生み出しており、利用者が地域で暮らし続けるための基盤を整え、利用者の豊かな生活の幅を広げている。とりわけ、事業所最大の行事である「七夕祭り」は、夕方から開催され、手作りの縁日や屋台もあり、家族のほか、沢山の地域住民が参加している。同時に催される花火大会が夜空を彩り、普段にない楽しみごとの一つとして参加者全員の交流の場となっている。職員は利用者と一緒に生活を楽しみ、盛り上げる事を大切にしており、認知症の周辺症状の緩和への知恵の出し合いなど、働きながら学びを深めることのできる事業所である。

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		項目	取り組みの成果	
	↓該当するものに○印			↓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. ほほ全ての利用者の 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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての家族と 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほほ毎日のように 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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が 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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての職員が 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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が 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	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が 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)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が 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	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての家族等が 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、安心して暮らさせている(参考項目:28)	<input type="radio"/>	1. ほほ全ての利用者が 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	地域密着型サービスについて月1回のミーティングで資料を元に理解を深めている。又理念については朝の引き継ぎ後、唱和しスタッフの意識付け目標に向かっていく。	法人共通理念の他に、事業所独自の運営理念を掲げている。年1回全職員に介護についての気持ちを書いてもらい、理念の具体化について話し合っている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入しており、町内会長が協力的であり、地域の一員として行事に参加し、施設行事の回覧をし地域の方々の参加をしていただいております。	日頃から、フラダンスやお茶、折り紙などのボランティア訪問や町内の方から果実などの差し入れがある。地域住民や家族を招いた「七夕祭り」は夕方から催され、利用者も法被や浴衣を着て屋台やゲーム、花火大会を楽しんでいる。	
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	町内の回覧板で認知症の理解とお願いを回覧したり、認知症サポートの研修会の実施しています。		
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	運営推進会議で利用者代表者と家族代表者が参加しておりその会議の内容を、利用者家族にお便りでご報告し意見や要望をお願いしている。	運営推進会議は2ヶ月に一度開催し、毎回「事業所サービスへの要望・助言」の議題を設け、率直な意見を出してもらえるようにしている。例えば、出席者から「認知症サポーター養成講座」開催の提案があり、地域住民が受講するなど啓発活動の取り組みが活かされている。	議事録を全家族に送付して運営の現状を報告し、更なる意見聴取に取り組むことも検討中であるので、その実現に期待したい。
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	運営推進会議に毎回出席して頂いており、互いの情報を交換し、サービス向上に努めている。	市の担当者から制度について指導を受けたり、困難事例について相談したりしている。このことにより、緊急時の防災ラジオの設置や「認知症サポーター養成講座」の講師派遣の協力を得ている。	
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	講習会や勉強会をすることで、全職員の拘束を行わない介護上の工夫を相談しながら行っている。職員の見守りを徹底し施錠しない自由な暮らしを実現している。	「身体拘束廃止マニュアル」を整備し、これに係る内部での研修を多く持つなどして理解を深めている。不適切なケアが見られた場合は全体で協議し、拘束しないケアを実践している。また、毎月のミーティングで言葉遣いが適切であるかを確認したり、車椅子の使用開始時には、心身の拘束に繋がり易い事柄をアセスメントして、家族とともに話し合いを行っている。	
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	身体拘束と同じく施設内研修を行い言葉使いなども、気を付けてホットする言葉などの資料も作り研修している。		

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	研修会などで学んでいる。現在は対象者はいない。今後必要に応じて対応したいと思う。		
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	契約時は口頭及び文書で説明し、疑問点があれば理解・納得するまで説明している。		
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	月1回のお便りで状況を報告し家族がご訪問時情報提供と介護計画に対しての説明・要望・質問などを家族との対話に努め意見などがあれば介護計画に反映している。	レクリエーションで行いたい内容を個別に聞き取り、利用者本人の要望を引き出している。作成された介護計画を家族に説明している。家族からは行事に関する意見が出され、サービスに活かすため検討を行っている。	
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	月1回のミーティング時に職員の意見や提案を設ける機会を作り、ケアに反映させている。	運営者、管理者が職員との個別面談を実施したり、毎月のミーティング時に職員と自由に意見交換を行っている。介護スキルアップに関する相談やシフトの要望に応じたり、食事会の場を設け話し易い環境を作り、意見を反映している。	
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	労働基準法によって労働条件を整えている。また管理者や職員の声に耳を傾け働く意欲を持ち、気分転換が図られるよう休憩時間を設けている。資格取得を支援し、向上心を持って働けるように努めている。		
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	外部の色々な研修に出来る限り参加出来るよう配慮している。研修内容も報告をし全職員が学べるようにしている。		
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	地域のグループホーム協会に加入しており、研修会、懇親会等に参加し情報を交換して日々のサービスの向上に励んでいる。		

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	サービスご利用の前に、ご本人とご家族に見学に来て頂いたり、入院先、施設やご自宅に訪問し信頼関係につとめる。		
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	これまでの家族と本人の状況、家族等が困っていること、不安を聞き、どのような支援を望むかを把握し、良好な関係作りに努めている。		
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	入所希望の方には本人、家族と見学に来ていただき、本人の状況を聞き、今何が困って今何を希望しているか聞き、出来る限りサービスに取り入れる。		
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	本人の訴えを共感し、一緒に生活することにより共に分かち合う関係作りに努め、お互いに協力しながら生活できる環境に努める。		
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	本人の日頃の様子をお便りや来訪時、プラン会議前に伝え、情報の共有を図るよう努力している。家族と職員が共に利用者を支える協力関係を築いている。		
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	知人や友人が訪問され、楽しそうに会話しており、馴染みの美容室に出かけたりもしている。これまでの馴染みの関係が途切れないように支援している。	利用者が以前住んでいた地域の隣人が訪ねて来たり、親しい知人達が連れ立って面会に来ている。昔からの趣味が継続出来るよう支援している。	
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	本人の思いや話を聞く事で不安や心配事を取り除くように支援し利用者様同士のコミュニケーションのお手伝いをして頂いている。		

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	他の事業所に移る時は、今までの生活が維持できるよう、生活環境、支援の内容、注意点について情報提供しているが退所後は状況により相談や支援に努めたい。		
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	入居者主体で考え、日々の係わりの中で把握に努めている。意思の疎通の困難な人には家族から情報を得るようにしている。	利用者の意向を丁寧に聞き取り、家族からは生活歴を聴いている。意思疎通の困難な利用者には、身振りや行動パターンからその意向を汲み取っている。ミーティングで情報を共有し、本人本位の視点でケアしている。	
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	本人や家族にこれまでの生活歴や今までの暮らしの情報を伝えてもらい、支援に役立て又本人の好きな事など把握に努める。		
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	利用者一人一人の生活リズムを把握し、その日の体調や心理状態を見極め、今日やれることをやってもらっている。		
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	アセスメントを行い現状把握とご本人やご家族のご希望をお聞きして、介護計画原案を立てている。ケース会議の時にプラン会議を行っている。モニタリングは毎月心身の状態を把握して3ヶ月ごとに計画書の見直しとモニタリングを行っている。ケース会議で全員で話し合いをしている。	毎月のカンファレンスでサービス提供の結果や利用者の状態像を意見交換し、アセスメントやモニタリングを行っている。ケース会議には家族が出席する事もある。関係者が意見を出し合い、本人本位となる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	支援経過や個人ファイルに心身の状態やご家族との関わり合い、食事・水分量・排泄・バイタルチェック、利用者1日の状況や気付いたこと等を記録しケアや介護計画に活かしている。		
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	本人、家族の状況に応じて病院受診、送迎など必要な支援は柔軟に対応している。		
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	利用者が安心して生活できるように、市職員、民生委員、町内警察等に協力を呼び掛けている。ボランティアが来た時も一緒に余興を楽しんでいる。町内の方も一緒に認知症サポート研修の実施。		
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支援している	本人や家族の希望するかかりつけ医はそれぞれ持っており、基本的には家族が同行して受診している。家族が行けない時は職員が対応している。協力医療機関は北翔会病と医療連携体制をとり、訪問歯科は山本歯科と連携している。	これまでのかかりつけ医による継続的な医療を受ける事が可能である。基本的には通院の同行を家族が行うが、事業所も柔軟に対応している。いずれの場合も、関係者間で受診内容の情報を共有し、医療ファイルに時系列で個別に記録している。	

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	バイタルの状況や体調の変化があれば、見逃さず看護婦に報告している。必要時、かかりつけ医や指定病院に連絡し受診している。		
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。	入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、職員が見舞うことにしている。又、家族共有情報交換しながら回復状況等早期退院に向け病院関係者や家族と相談しながら対応している。		
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	入居時、重度化した時事業所ができる最大の支援について、十分に説明し、本人家族に了解してもらっている。重度化した場合や終末期に関して他施設や病院との連絡を密にしている。転院、他施設の移動のお手伝いを行っている。	重度化した場合の指針書を整備し家族の同意を得ている。重度化した利用者のケアの経験もあり、ターミナルケアの向上を目指し、医療機関などと調整を図っている。職員は外部研修に積極的に参加し、内部では伝達研修を実施している。	
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	ケースバイケースで管理者に連絡して判断を仰いだり、救急車を呼ぶなど全職員が対応できるように周知徹底している。月1回のミーティングで必要時勉強会を行っている。		
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	消防署の指導で年2回避難訓練を行っている。又、避難経路の確保、消火器の使い方など全職員で周知している。避難訓練時は町内の方も参加している。町内会長など。	地域住民の参加と消防署の指導を得て、年2回火災・夜間想定避難訓練を実施している。災害時には地域の協力者に利用者(避難者)の見守りを依頼している。災害に備えた備蓄品を確保している。栗沢町にある同法人事業所と災害時の協力体制を築いている。	全職員の救急救命訓練や火災以外の災害の訓練も実施する予定であるので、その実現に期待したい。AEDの導入設置については、管理者と職員で話し合う事を期待する。
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	言葉使い、大声でのトイレ誘導、否定した態度、利用者の誇り、プライバシーを損ねないよう職員間で日常的に確認している。	「プライバシー保護マニュアル」を整備し、話し方、関わり方について随時、確認している。親しみやすい呼び方を本人が希望する場合は、家族の同意を得て、全職員が同様に呼びかけて良いかどうかを確認するようにしている。	
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	利用者一人一人に合わせて本人ができる事、出来ない事を読み取り、思いや希望が少しでも叶うよう心がけている。		
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	利用者の体調に配慮し本人の希望に添って支援を行っている。		
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	服装は本人の意向で決めているが、自己決定ができない方は職員が判断している。本人馴染みの美容室、訪問美容室によりカット、パーマ、カラー等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
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	利用者様の負担にならない様に調理、盛り付け等一緒に行っている。嫌いな食べ物に対しては代替えとして別の物にしている。利用者様の希望も取り入れメニューを作成している。	ユニット毎に、毎週利用者の好みを反映した献立を輪番で作成している。盛りつけや彩りを工夫し、季節のものや事前に外食のメニューを見てもらい食欲を高め、一連の過程にできる限り利用者が携わるようにしている。	
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	水分量、食事量を毎日記録に残し、一日の量が確保されていない方に対しては、その都度好みに合わせた食べ物、飲み物を提供し栄養バランスを取り入れている様にしている。		
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、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	毎食後口腔ケアの声かけをしており、出来ない利用者様に関しては一部介助をし、口臭予防として舌を磨いて頂いている。		
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	利用者様の排泄状況を把握し、さりげなく声かけし誘導している。紙パンツ・パットは個別対応し、夜間も個々に応じて使用している。	利用者の排泄状況やリズムを把握することによりトイレでの排泄が可能になったり、紙パンツなどの衛生用品類の軽減に繋がっている。夜間に排尿回数が多い場合も、安心してトイレに行けるための声掛けや見守りを行っている。	
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	毎日排泄状況を記録しており、水分、食事、乳製品の摂取に努めている。また、毎日のラジオ体操や散歩などを行い便秘予防に取り組んでいる。		
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	原則週2回の入浴を行っており、利用者様の体調や希望に添って入浴してもらっている。お風呂が苦手な方には香りや色のある入浴剤を使用して工夫している。重度化に応じて2人体制でも行っている。	利用者の希望する時間を直接聞き、適宜、職員2名が支援に入り、安全・安心な入浴に努めている。拒否の場合は、職員や入浴日を変えることで対応している。湯船が嫌な場合は、足浴や温まるまでシャワー浴などにより、利用者本位の対応をしている。	
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	日中は活動を促し、個々の生活のリズムに合わせて休息して頂いている。また夜間眠れない方は話を聞いてあげたり安心して眠れるようにしている。		
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	全職員が一人一人の薬の内容を把握するよう投薬の説明書をファイルに綴っている。服薬の際も手渡して服薬を確認している。(服薬時は二人で確認している。)又Drと相談し不用の薬を外してもらったり、家族と相談し受診している。		
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	利用者様一人一人出来る事をして頂き、感謝の言葉を伝えていく。気分転換にドライブや外食等を楽しんで頂いている。本人希望で正面畑の野菜収穫や草取りの実施。		

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	利用者の希望に添って散歩、外食、ドライブ、買い物同行等、外出支援を行っている。又、地域のイベント等にも出来るだけ見学に行けるようにしている。又、家族と受診後、買い物・食事など行っていただける様に本人希望を伝えている。	本人の意向に沿った外出支援を行うとともに、ミーティングで職員から外出先の案を出してもらい、固定化されない工夫をしている。ショッピングセンターでの買い物、近隣の公園などへ行く際には、外食の楽しみも交え、五感に刺激のある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	利用者様の能力に応じて所持はしているが、盗まれたと訴える事があり家族と相談し対応している。			
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	電話は自由にかけられるように設置されている。また家族や友達に手紙のやり取りができるように支援している。			
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	居間には季節に応じて花や絵、飾り付けをして暖かく居心地の良い雰囲気を作り出している。冬は寒くないよう温度調節をしている。	リビングダイニングの共用部分は、広くゆったりと過ごせる造りで、季節を感じる飾り付けや花束などで彩られ、落ち着いた雰囲気である。トイレには衛生用品類を置かず、排泄に集中できる環境を整えている。洗面台には、口腔ケアのセッティングがされている。浴槽は2方向から出入り可能で、手すりを多く設置している。湿度・温度調整も十分配慮して行っている。		
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	居間にはソファがあり、利用者同士会話されたり、TVやDVDを楽しんだりしている。			
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	居室には本人が使用していたものや写真、使い慣れた物を持ちこんで、利用者が居心地よく過ごせるようにしている。	居室の入り口には本人の写真や飾り付けがあり、大きく名前を表示するなど、一目で確認できるようにしている。居室には介護用ベッドとクローゼットが設置されている。家族と相談しながら個性や心身の状態に合った居室となるよう配慮している。		
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	全館バリアフリー等になり、廊下、居間、トイレなどには手すりが付いている。物の配置に危険はないかどうか安全な環境整備に努めている。			