

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	0172900714		
法人名	有限会社 旭川高齢者グループホーム		
事業所名	旭川高齢者グループホームほーぶ東棟		
所在地	旭川市春光台5条2丁目14番7号		
自己評価作成日	平成30年10月27日	評価結果市町村受理日	平成30年12月4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.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2017_02_2_kani=true&JigvoCd=0172900714-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	平成30年11月14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)】

事業所は旭川市郊外の高台にあり、自然を感じられる清閑な佇まいです。各ユニットのホールは吹き抜けになっており、陽が入り暖かさが感じられます。浴室には大きな窓があり、中庭を覗く事が出来、露天風呂的な雰囲気を楽しむ事が出来ます。各ユニットに看護師を配置し、利用者の健康管理・医療機関との連携を図っています。平日は、午前・午後の体操、可能な限り午後からレクリエーションを実施し、心身の維持に繋がる様に支援しています。食事の献立は栄養士が作成し、行事食や祝日に応じた献立や栄養管理を行っています。同一敷地内には、居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・デイサービスセンター・ケアハウスが隣接し、利用者の状況に応じたサービス提供・情報共有・チームワーク作りに努めています。又、「今月の目標」を掲げ、朝礼時職員全員で唱和し実践に向けて励んでおります。

【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)】

旭川高齢者グループホームほーぶは、旭川市の郊外で、周囲は閑静な住宅街であり、車通りの少ない自然豊かなところに立地している。デイサービスセンター、居宅介護事業所、通所介護事業所、ヘルパーステーション、訪問看護事業所と母体法人の事業所が隣接している。グループホームの各ユニットには看護師が在籍しており、関係医療機関の訪問診療や送迎があり、家族にとっても安心感のある適切な健康管理と医療体制が構築されている。管理者、職員は毎月の介護目標を決め、今月は「入居者様の為に丁寧な援助をしよう」の目標のもと、介護に取り組んでいる。事業所の中は、広く大きな開口部や天窓があり明るく開放感のある造りとなっている。利用者は居室や居間で自由に生活しており、和やかで穏やかな雰囲気の事業所となっている。

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)	○ 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 利用者や職員が、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拡がったり深まり、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	理念は「利用者の欲求・尊厳・秘密厳守・職員の質の向上」を掲げ実践に向けて努めています。	開設時からの法人全体の理念を事務室に掲示している。管理者、職員は理念を踏まえて今月の目標を決め各ユニットに掲示し、共有し実践している。	
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	町内会に加入していますが、地域との交流の機会や催しはありません。地域家族や民生委員との交流は定期的に行っています。	開設等jから町内会には加入しているが、行政からの指導もあり総会への出席はなされていないが、回覧板、市広報は配布されており民生委員が運営推進会議へ出席している。	
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	運営推進会議にて地域の方々に認知症への理解向上に努めています。キャラバンメイトである管理者は地域の方々への認知症サポーター講座を検討しています。		
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	運営推進会議では利用者の状況・サービス内容・事故報告・外部評価結果報告等行い意見・要望等を受け取り、質の向上に努めています。	運営推進会議は利用者家族(地域住民でもある)、民生委員、市担当者の出席を得て2か月ごとの開催され活動報告、事故報告等を行い意見をj得てサービス向上に取り組んでいる。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の介護保険担当者との制度内容確認やアドバイス、集団指導への出席、来庁により協力関係の構築に努めています。	市介護保険担当者から情報や指導を受けたり、保護課担当者の訪問が毎月あり積極的に情報交換を行い協力関係を構築し適正な運営に取り組んでいる。	
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	管理者が自ら「身体拘束廃止委員会」を設置し、定期的な委員会開催、その結果について従業者に周知を図っています。又、運営推進会議にて報告も行っています。また、定期的に全職員参加の勉強会も実施し、身体拘束の理解・廃止に努めています。	身体拘束廃止に向けては、平成30年4月1日に身体拘束廃止に関する指針を策定し管理者が廃止委員会を設置し定期的な開催を目指している。職員へは資料を渡し朝の会議の中で話をしながら理解に努めており、特に何気なく使ってしまう言葉を取り上げ適切な対応ができるよう取り組んでいる。	
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	利用者の心身の変化に要注意し、変化があれば管理者・看護師が状態確認・聞き取り等行い、関係職員への確認・報告を随時行い、虐待の未然防止に努めています。		

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
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	管理者は地方裁判所開催等の成年後見制度講座への参加により理解に努め、利用者・家族への支援や相談を行っています。介護職員については理解が不十分で必要時話し合いを持っています。		
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	契約締結時は、管理者等が書面にて契約・解約内容の説明を口頭にて行っています。質疑があればその場で返答させて頂いています。又、改定時には事前に文書にて説明・同意を得ています。		
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	利用者からの意見や要望はその都度、その場の職員が直接対応しています。家族からの要望等は対応した職員や管理者等が直接対応し改善や要望を叶える様に努めています。また、家族アンケートも実施しています。	利用者、利用者家族からの意見や要望は、毎日の会話の中や、訪問時に伺うようにしており、訪問の少ない家族からは電話連絡時に把握するよう努めている。今年家族アンケートを実施し、改善要望や意向に沿える運営ができるよう取り組んでいる。	
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	管理者等はその都度職員からの意見・要望を受け、必要であれば話し合いを持ち改善や法人への嘆願等対応をしています。	職員の意見や提案、要望は日常の業務の中や毎日の朝会議の中で話す機会を作り、課題や問題を把握し、改善に向けて対応している。内部での研修は法人開催で年数回実施されている。	全体の職員会議は必要に応じて随時開催とされているが、内部研修や問題把握等の為にも定期的な開催を期待する。
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	代表者と接する機会は殆ど無く、要望等があれば法人窓口伝えて頂いています。		
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	研修の機会を設け、必要である職員が内外研修を受講しています。		
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	地域包括支援センター主催の研修会や法人グループ事業所参加の「転倒委員会」に出席し交流の機会を得ています。		

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
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	入居にあたって、事前に施設内の見学・要望確認等行っています。又、担当のケアマネジャーからの情報提供や情報交換を行い入居後、戸惑いが無い様に調整に努めています。		
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	入居にあたって、事前に家族との話し合いを持ち、心配な事柄や要望等を聞き、家族にも安心して頂ける様に努めています。施設側からも事前連絡を行い情報収集を行っています。		
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	本人や家族、ケアマネジャーからの情報を元に、入居に当たって必要なサービスのケアプランを作成し、事前に家族等からの同意や変更後の同意を得ています。		
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	利用者との関わり・交流を持ち、生活全般での会話や日々の出来事の話等共有・共感しています。又、必要に応じて「オムツ使用証明書」の申請代行を行い経済的な支援を行っています。		
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	面会時や必要時に家族と連絡を取り利用者の状況や健康状態を報告・提案等を行い、家族の同意・協力を頂いて生活の改善を支援しています。		
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	家族との外出・外泊は自由です。又、親類や友人からの訪問・電話の取り次ぎ、電話の貸し出しも出来ます。郵便物等の受渡し、送付も行っています。又、夏季に家族参加の食事を開催して家族との交流を支援しています。	これまでの馴染みの理美容店への訪問や商店への買い物は難しくなっているが、嘗て利用者が通っていた隣接のデイサービスへ訪問し交流している。個人で新聞を取っている利用者もあり、これまでの暮らしの継続支援に取り組んでいる。	
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、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	日課の体操やレクリエーションへの参加、ソファでの茶話会、行事参加等により、他の利用者との交流や会話・共同活動の機会を図り、利用者同士の関わり合いを支援しています。		

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
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	医療機関入院の為、退所された方には退院後の施設入居の支援を行います。元の施設に入居できない場合、系列施設への入居を提案します。		
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	日頃から利用者からの要望や意向を受け取り、過ごしやすく生活して頂く様に支援しています。又、身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳交付や生活保護申請等の手続を代行し、生活の質の向上を支援しています。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の意向は日常の会話の中で把握し、周りとの軋轢が起きないようは、職員はさりげなく見守りながら本人の自由な行動に任せた生活が出来るよう支援に努めている。	
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	入居時に利用者の情報を把握し、又本人や家族からこれまでの生活状況をお聞きして生活歴の把握に努めています。		
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	利用者の心身状態や体調、変化は申し送りや記録等にて情報を共有し、一日の日課は基本的にはご本人に決定して頂いています。		
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	介護計画書の同意時、家族に「意見・要望等」をお聞きし、計画書に反映させて、又、モニタリングは担当職員にて3月に一回実施し、ケアマネジャーと協議し介護計画書を作成しています。	介護計画は基本的に3か月毎に利用者、家族の要望を把握しながら見直しており、家族には表紙の要望欄に記入して頂くようお願いしている。毎日の朝会議でカンファレンスを、担当職員が3か月毎にモニタリングを行い現状に即した計画作成をしている。また個別記録は日常の様子が詳しく記載できるよう管理者が改善に向け取り組んでいる。	
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	利用者の心身状態・体調変化等は個別記録や連絡ノートに記入し、全職員が確認・共有出来る様にし、それに対応・必要であればケアプランの見直しを行っています。		
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	利用者の日々の状況に応じた支援を行っています。又、家族からの要望や意見にも随時対応しています。		
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	家族や親類、友人との関係継続を支援し、管理者等から疎遠にならない様に連絡を取る様に努めています。利用者への面会・電話連絡があった場合、なるべく職員が関わらず利用者自身で行って頂いています。		
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	医療機関の利用に当たっては、入居時以前からのかかりつけ医の利用を基本としています。受診の際は職員による付き添い・送迎を行います。入居者の状態変化時等、主治医へ連絡し早期発見・早期治療に努めています。	かかりつけ医への受診は管理者が行っており、必要があるときは家族と同行した支援を行っている。訪問診療や医療機関からの送迎を受けている利用者もおり、各ユニットには看護師兼介護員が在籍して健康管理に取り組んでいる。	

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
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	介護職員等は利用者の心身状況・状態の変化を随時24時間体制で看護師へ報告し、医療機関との連携により指示を仰いだり、受診の対応を行っています。又、認知症の進行等に伴い、家族・本人の同意の元、精神科への受診を促しています。		
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。	入院された利用者には随時面会を行い、又、医師や看護師、ソーシャルワーカー、家族との連絡を保ち情報を共有して早期退院・退院受け入れ態勢の確保に努めています。		
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	利用契約締結時に「重度化した場合における対応に関わる指針」の文書説明・同意を頂き看取りについて、その時の支援内容等の理解を得ています。協力病院・看護師・ケアマネージャー・介護員の協力の元支援いたします。	重度化した場合や終末期における対応については、利用契約時に「重度化した場合における対応にかかわる指針」で説明し理解を得ている。時期が来た時には家族の意向を尊重した取り組みを行っており、医療機関、家族、介護士、看護師の連携で取り組むこととなっている。	
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	全職員対象に消防署による「救急救命講習」を毎年開催し受講しています。建物内にAEDを設置しており、使用方法も職員の目の届く所に掲示し万が一に備えています。		
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	避難訓練未参加職員を優先的に日中と夜間帯想定にて避難訓練を実施します。緊急時の職員連絡網を作成し、常時連絡体制を整え万が一に備えています。	災害対策は本部が防災管理者となって取り組むこととなっている。万が一の時には、併設の各事業所からの協力が得られる予定となっている。	火災の避難訓練実施と、その他の災害対策等早急な対応を期待する。
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	利用者の状況に応じた声掛けや会話をし、気分を損なわない様に心掛けています。居室訪問時はノックを欠かさず又、介護時はドアを開けて行っています。	利用者一人ひとりの人格を尊重し、誇りや、プライバシーを損なわず、言葉遣いに注意した対応を心掛けています。呼称は苗字か名前でのさん付けで呼びかけています。	
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	一日の日課はありますが、利用者の意向を酌んで自己決定して頂いています。日課の変更や時間変更にてサービス提供を行っています。		
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	食事や入浴時間等、利用者の状態・状況に応じた配慮を行っています。それ以外にも日常生活全般にて利用者のペースに応じた対応を行っています。		
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	モーニングケア時の整容、着替えの支援や毎月の訪問理容の利用、傷んだ衣類等の入れ替えや購入代行、家族への依頼等の支援を行っています。		

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
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	利用者の嗜好や禁食に応じた食事の提供や季節行事に準じた献立作成をしています。食事は自助具等の利用で自力摂取を支援し片付けも可能な限り行って頂いています。	献立は法人の栄養士が一週間ごとに作成しており、食材も本部から届けられている。レシピをもとに厨房職員が調理を担当しており、利用者に合わせ、刻み、ミキサー食を提供している。	
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	献立は栄養士が作成・カロリー管理をしています。食事・水分摂取量は看護師が中心となり管理し状況に応じて対応しています。嚥下状態に応じた調理の支援をおこなっています。		
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	食後の口腔ケアの声掛け・介助を行っています。夕食後は義歯の洗浄を行っています。うがいが必要な方は、舌ブラシ・ウエットティッシュでのケアを行っています。		
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	利用者の排泄パターンを把握し、排泄の声掛け介助を行っています。状況に応じて声掛けのタイミングの変更、ポータブルトイレの利用や失禁症状がある場合、主治医や泌尿器科への相談・受診を支援しています。	利用者の居室にトイレと洗面台が設置されており、トイレを待つ時間もなく、状況に応じ、パターンを把握して声掛けを行っている。必要な利用者のみではあるが、適宜記録を取っており適切な支援が出来るよう取り組んでいる。	
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	便秘改善の為、食物繊維の摂取の声掛けや適切な水分摂取量の把握、午前午後の体を動かす機会を設け便秘予防を図っています。		
45	17	○入浴を楽しむことのできる支援 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	入浴は週2回実施しています。体調・要望に応じて入浴時間の変更も行っていきます。浴槽の利用が困難な方は機械浴での入浴も行っていきます。又、利用者の性別に応じた職員配置を行っています。また、浴室は露天風呂的な景色を味わえます。	週二日西棟の広い浴室を使い、利用者二名ずつ、状態や状況に応じて入浴できるよう取り組んでいる。浴槽での入浴が困難な利用者には、併設のデイサービスの機械浴を利用した取り組みを行っている。浴室からは外の景色が見え、リラックスした入浴が出来るよう支援している。	
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	夜間は午後8時にホールを消灯し居室での休息・就寝時間となっています。日中も昼寝されている方や、寝付かれない方へ医師より薬の処方を受けられている方もいます。		
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	内服薬・外用薬等は看護師が管理、セッティングし、薬情は個別ファイルに保存し常に確認出来る様にしています。看護師より症状に応じた対応を行っています。		
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	日々洗濯物たたみを手伝われ他の利用者との交流を図られている方々やホールのテレビにて歌番組・相撲鑑賞等楽しんで頂ける様に支援しています。		

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
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	夏季は職員と共に散歩や外出レク等行い屋外に出掛ける支援をしています。又、裏庭にあるブドウを収穫して頂き、オヤツで頂いたりしています。家族と共に外出・外泊の支援をしています。	事業所の周囲は閑静な住宅街であり、車通りの少ない自然の多い地区となっており、気候が良い時には散歩や外気浴に取り組んでいる。遠方へのドライブや旅行はないが、家族と外出したり、お盆やお正月には帰宅出来るよう支援している。	
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	家族の同意の元、必要な方は所持金を自己管理して頂いています。施設内に飲料の自動販売機が設置されており、利用されている方もいます。		
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	家族等からの電話の取次ぎや郵便物の受渡し・送付の支援を行っています。施設内の公衆電話も利用できます。		
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	ホール内は吹き抜けから陽が入り採光されています。冷暖房設備があり、常時適切な温度設定となっています。ホール等に季節柄の装飾や掲示物を飾っています。各居室内に備え付けの電動ベッド等があります。	利用者が集うホールは広く、吹き抜けの天井からは光が入り、明るく開放感のある造りとなっている。壁には行事の写真が貼ってあり、希望する家族にお分けしている。温度湿度は記録表を作成し適切に管理している。	
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	ホール内には数人分のソファがあり、思い思い利用して頂いています。茶話会やテレビ鑑賞・新聞閲覧等に利用して頂いています。		
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	居室は広さに限りがありますが、思い入れのある家具類や仏壇・テレビ・冷蔵庫等を持ち込んで頂いています。思い出の写真等も飾って頂いています。又、入居時に利用者の心身状態に応じた部屋の選択・配置を考慮しています。	居室には洗面台とトイレ、クローゼット、電動ベッドが備え付けられており、排泄面でのプライバシー保護が確保されている。利用者は馴染みの家具やテレビ、冷蔵庫等を配置し、居心地良くその人らしく暮らせる様になっている。介護計画のファイルが居室の壁にはってあり、随時確認出来る様になっている。	
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	施設内はバリアフリーとなっており、壁には手摺りが設置され安全面に配慮しています。利用者の心身の状態に応じて居室の部屋替えの対応を行っています。		