

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	0192500056		
法人名	社会福祉法人 古平福祉会		
事業所名	認知症グループホーム 夕風		
所在地	北海道古平郡古平町字浜町645番地 いきいき生活支援センター内		
自己評価作成日	H25.10.20.	評価結果市町村受理日	平成25年12月13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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・その人らしい生活や生き方を重視し、日々の支援にあたっています。また、個人計画も同様の内容を意識し、3ヶ月おきに更新し作成しています。</li> <li>・身体機能が維持向上できるよう、月1回は機能訓練指導員に訪問して頂き、運動を行なっています。また、日々の生活の中にも全身体操や嚙下体操、レクリエーションを行ない、楽しみながら体力の維持ができるよう心掛けています。</li> <li>・毎月の行事や畑を通し、地域の交流や四季を感じ取れるよう支援しています。</li> </ul>
---

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=trou&amp;JigyosyoCd=0192500056-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=trou&amp;JigyosyoCd=0192500056-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成 25 年 11 月 9 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)】

<p>古平町の要請を受け、町で初めてのグループホームとして設立しています。1階はグループホーム、2階は高齢者住宅として、ディサービスも同じ建物内にあります。ホーム内は清潔感があり、リビング、ダイニング、廊下やトイレも広く、9名の利用者に対し2つの浴室があります。利用者の集まるリビングには両サイドに大きな窓があり、明るくゆったりと安心して過ごせる空間となっています。今まで暮らした家庭で生活しているように、落ち着いた環境の中で、職員は笑顔で利用者優しく家族のように接しています。町の行事には積極的に参加し、地域の住民として公的選挙の投票や盆踊り、地区の祭りに参加しています。ホームでのクリスマスや餅つきには近隣の保育園児の訪問もあり利用者も楽しみにしています。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生き生きと働いている (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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	認知症になっても、その人らしい生活や生き方を重視し、チームとしてケア出来るよう計画書の作成や定期的な会議を行ない、日々の業務にあたっている。	理念は、ホームのパンフレットに書かれていますが、理念を要約した文面を玄関に掲示してあります。職員会議やケース会議でも理念の確認をしながら共有の意識としています。利用者や家族には利用開始前に説明をしています。	
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	お祭りや盆踊り、敬老会など様々な行事を通し、住み慣れた地域との交流を大切にしている。	地域の祭りや行事には積極的に参加しており、地域の住民として暮らしています。特に盆踊りやクリスマス会、餅つきなど地域の人と交流は楽しい思い出となっています。	
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	まだ地域の方々へ認知症についての理解や支援方法について、具体的な集まりや話しは行っていない。		
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	運営推進会議にて、頂いた意見や評価は今後の介護や行事に向けた大切な意見として活かしている。	利用者の家族、町の福祉保健課職員、町内会役員、ホームからは管理者やスタッフも含めた出席による運営推進会議が隔月で行われています。会議は、ヒヤリハットや運営報告、行事予定などが話し合われて参加者からの意見も頂いています。	運営推進会議の議事録を読みやすく作成し、会議に参加出来なかった家族へも会議内容がわかるように議事録を郵送し周知すると共に運営推進会議への積極的な参加を呼びかけることが望まれます。
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取り組んでいる	定期的に行われている運営推進会議にて、介護保険課からも出席して頂き、情報の共有やアドバイスを頂いている。	町の盆踊りには毎年参加して利用者の楽しみになっています。高齢者福祉施設協議会のメンバーになっており、年4回は担当者との交流があります。町運営の元気プラザや町社会福祉協議会が向かいにあり、日頃から町担当者とも連絡の取りやすい環境にあります。	
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	研修や身体拘束のマニュアルを通し、全スタッフへ周知している。また、転倒予防として、センサーを一時的に使用している方もおり、家族の同意の元、月2回の話し合いを通し、安全と改善の二面性を検討している。	マニュアルを常備し確認をしています。外部研修を受講した職員は全スタッフに研修内容を周知しています。転びやすく骨折のおそれのある利用者に、やむを得ずドアセンサーを利用する場合は、家族に使用期間を定めた同意書を頂いています。	
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	研修後の報告や会議にて管理者からの指導など、必要に合わせ全スタッフへ周知している。参加できないスタッフも回覧にて確認している。		

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（認知症実践者研修）やその報告を通し、スタッフへ周知し支援に活かすよう取り組んでいる。また、成年後見人制度利用している入居者がおり、後見人の方より、話を聞く機会がある。		
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	利用契約書や重要事項説明書があり、入所時や更新時にその都度説明し質疑などたずね対応している。また、面会時も近況報告に伴い質問に答えている。		
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	運営推進会議にて家族や外部の方より意見を聞いたり、話し合う場がある。その会議にて話し合った内容を運営につなげている。入居者の声は管理者を通し伝えている。また、玄関にご意見箱を設置している。	家族からいただいた意見で居室の清掃回数を増やしたり、利用者の手の届く場所に必要なものを配置する等の変更がありました。利用者の体重増加による家族の心配も会議で協議し、カロリーを抑えたり運動量を増やすなどにより解決しています。	
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	職員会議にて、代表者と管理者とスタッフが参加し、意見や提案を出し合い運営について話し合う場がある。	職員会議で毎回意見が出ています。申し送り時にも職員から提案があり、利用者が清潔な環境で安心して暮らせるよう改善されています。	
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	代表幹事が、定期的に訪れ個々へ声を掛けている。幹事会でも、年度末に賞給や役付けの評価も行っている。		
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	年に1回は、全職員が一人一人にあった研修へ行ける様取り組んでいる。		
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	外部研修や余市グループホーム協議会への参加を通し、同業者同士の交流や情報交換などを図っている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前は、事前に自宅へ病院先へ訪問し、ご本人やご家族よりニーズなどを聞いている。また、希望や必要に合わせて見学も実施している。入居後もご本人の訴えや相談をなるべく聞き取り、継続して対応出来る様、引継ぎやケアを心掛けている。		
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	入居前は、自宅訪問にて意向や心配事の確認をしている。また、入居後も面会時に経過を報告し、引き続き心配事や相談の確認を継続している。		
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	ご本人やご家族への意向を取り入れ、アセスメントを実施し、個別に新聞配達の手続きや希望の美容室先を確認している。		
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	介護中の会話やレク中の交流を大切にしつつ、敬語など失礼の無い言葉使いを意識している。また、希望の際は、買物対応や裏の畑の手入れ・収穫など、個別の対応も一緒に行う様にしている。		
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	2カ月おきに通信を送付し、遠方のご家族でも状況が伝わるように支援している。また、3ヶ月おきの計画書の説明を通し、報告や相談する関係を大切にしている。他にも、不定期な面会時や電話を通し、近況を伝えて意向確認や相談をしている。		
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	入居前から、利用していた病院や美容室へ入居後も通えるよう支援している。また、祭りや敬老会など、地域の行事にも参加している。	通院や理美容の他、公的選挙や花見、買い物や自宅へ服を取りに行くなど、職員の柔軟な対応で関係継続の支援がなされています。	
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	毎日、リビングにて午前中に全身体操、午後にレクリエーション、夕方に嚙下体操と皆が集まり交流できる機会を提供している。		

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	退居後も、必要性やご本人の意向に配慮しつつ、入院先へ伺うなどし、状況に合わせた相談や支援に努めている。		
<b>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</b>					
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	入居者は、各スタッフ担当制として、毎月担当者より前月の状況の報告を、ケース会議や職員会議にて検討している。	利用者の希望を取り入れ、調理の盛り付けや茶碗ふき、食器の片付けをしています。利用者の手作りで、お手玉を寄贈したり利用者のしたい事や楽しいと思える事をサポートしています。	
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	ご家族や昔馴染みの方々に聞き取りを行なった際は、アセスメントツールや記録をまとめて把握するよう努めている。		
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	アセスメントは、センター方式をメインに活用し、3ヶ月おきに更新している。 また、毎日個別の記録や検温表、排泄チェック表などを活用し、状態把握に努めている。		
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	日々の生活の中で、ご本人のニーズを確認している。ご家族へも、前回の計画書や近況を報告しつつ意向確認を行なっている。居室担当と介護支援専門員が話し合いながら計画書の原本作成。月1回、職員会議にてカンファレンスを行ない、欠席者へは回覧や申送りにて計画内容を周知している。	モニタリングをしながら利用者ごとの担当者と介護支援専門員が土台になる介護計画を作成します。会議で再度話し合われたものを利用者家族と相談して3か月ごとの介護計画書を作成しています。	
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	計画後は、居室担当が短期目標を毎月評価している。3ヶ月後には、介護支援専門員と居室担当がモニタリングを実施。状況に合わせて変更や更新、終了と判断し計画を見直している。		
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	必要に応じた通院や入院のケア、希望や必要に応じた買物や理容の外出など、状況に合わせた対応を意識している。		
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	町で行われなくなった盆踊りを再開し、地域の方と伝統ある踊りを一緒に行い楽しまれた。 クリスマス会では、保育園の子どもを招いて、お互いに練習した唄や踊りを披露したり、折り紙をプレゼントとするなどの交流を楽しまれた。		
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	入居前の主治医をほぼ継続している。	内科に通院できない利用者は毎月の訪問診療で受診しています。それ以外の通院はホームでの個別対応で小樽や余市まで通院支援をしています。通院困難な利用者は訪問による歯科の受診も行っています。	

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	
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	平日は、看護師が半日から1日勤務しており、利用者の体調や皮膚状態、通院や薬剤情報など相談し、必要に応じて通院している。			
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。	入院治療が必要でも、ご本人の混乱やせん妄など見られる時は、病院側の受入れや対応は様々であり、その都度医師へ相談し、迎えに伺ったり、日帰りの点滴通院の支援を行なうなどの対応をしている。入院中も、可能な範囲で毎日面会など心掛けている。			
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	向かいにある古平エキサイ会診療所の医師と協力病院の契約をしている。ご本人やご家族の意向を確認しつつ、可能な範囲までは、グループホームで対応している。	利用開始時に口頭で重度化した場合のホームの対応について説明をしていますが、重度化や終末期に向けた指針を文書化するには至っていません。	ホームとして、看取りを含めどこまで対応できるか等について職員全体で協議し、終末期にむけた指針等を作成の上、利用者家族に説明して文書を取り交わすことが望まれます。	
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	救急マニュアルを作成し、スタッフの見やすい所に配置している。また、救命講習会に参加している。(3年に1回更新)			
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	救急マニュアルを作成し、スタッフの見やすい所に配置している。また、年2回避難訓練を実施しており、地域の消防員が立ち合い、助言や指導を頂いている。また、古平施設協議会にて、協力し合うことも協定している。	年2回、消防署立会いの下での夜間想定を含めた火災訓練を実施しています。今後は近隣住民と共同で火災訓練を実施することが検討されています。津波訓練や原子力防災訓練なども行っています。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	プライバシーや個人情報保護マニュアルを作成し、スタッフの見やすい所へ置いている。一人一人利用者のプライバシーを損ねることが無いようスタッフ同士で気を付けて対応している。	利用者一人ひとりの尊厳のある接し方を考え、トイレ誘導や、日々の声掛けに配慮がなされています。トイレにおかれているパット等も目立たぬよう管理されています。		
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	ご本人の訴えだけでなく、ご本人の口からは上手く伝えられないものなど、ご家族からの情報をもとに本人のニーズ”本人だったら””本人らしさ”を意識したケアを目指している。			
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	入浴やレク、体操などの日課はあるが、参加はご本人の希望に合わせて実施。可能な範囲で個別の支援も実施している。			
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	移動販売先や、衣類の買物外出、ご家族への聞き取り、ご本人の自宅へ衣類を選びに行くなど行なっている。また、春と秋の衣替えや行事に合わせて美容室へ外出、時には化粧を行なっている。日々、整容や爪切り等も意識し行っている。			

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	食事の盛付けや後片付けなど、入居者と一緒に行っている。特に後片付けは入居者の役割となっており、毎食後自ラ行い、交流の機会にもなっている。	利用者の好みを把握して嫌いな食材の場合は代替えの用意があります。刺身や寿司なども利用者の楽しみになっています。食事が進むよう職員が同じテーブルで楽しく話しかけています。屋外昼食会や外食をする機会もあります。	
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	食事量をチェックしており、低栄養の方には、ご家族と相談の上、カロリーゼリーや栄養剤を購入し、栄養確保をしている。また、水分量の少ない方は、水分量も測定し毎日1L以上を目安に水分提供を心掛けている。		
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	起床時や毎食後、口腔ケアを実施している。自立の入居者へも声掛けを行なっている。年1回、歯科往診も実施し、訪問診療も随時相談している。		
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	排泄チェック表や定期的なトイレ誘導、また、個人の排泄パターンを把握し、必要に応じてトイレ誘導している。また、オムツ類の利用者もおり、職員会議やカンファレンスにて使用状況や改善方法の検討をしている。	排泄パターン表を職員が見ながらトイレ誘導やパットの交換をしています。可能な限りトイレを活用することで、生きる意欲や自信の回復につながるよう支援をしています。	
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	排泄チェック表を活用し、看護師と相談しながら、腹部の確認をしている。なるべく下剤を使用しない方法として、腹部マッサージや散歩、水分補給などの支援を行なっている。朝食時は、乳製品も提供している。		
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	入浴は、3日に1回を目安に支援している。通院や行事のある時は、無理をせず、入浴予定日であっても、ご本人の意思を確認し支援している。また、個別の対応も統一できるよう、必要に応じて内部研修を行なっている。	毎日、午前と午後に3名程度の方が入浴をしています。浴室が大小2カ所あり誰かが入浴中でも、別の浴室でシャワーが使えるように配慮がなされています。	
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	ご本人の状況や希望に合わせて、日中も適度に仮眠時間をもうけている。		
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	薬剤情報ファイルは、スタッフがいつでも見える所に置いている。また、変更時は必ず業務日誌やケース記録、薬の確認表へ記載し、朝夕の申送りにて伝達している。		
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	女性の入居者は、洗濯や食事のお手伝いの習慣があり、全体では、レクリエーションや創作活動の機会を提供している。また、希望に合わせた散歩外出や、元々興味のある縫物や漫画鑑賞など、なるべく自由に過ごせるよう対応している。		

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	
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	ケースによっては、自由な散歩や畑の野菜を気にする方がおり、一緒に収穫へ外出することがある。また、法人内の以前利用していたデイサービス事業所へ、訪問したい希望あり訪問したこともある。	ホームに隣接した畑に出かけたり葡萄棚のベンチに腰かけたり、職員同伴で散歩に出かける機会があります。通院の際に遠方に行く場合は利用者の行きたい店舗等にも寄っています。公的選挙の場合は事前投票にも行っています。		
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	お金の所持は、希望があった場合紛失しても責任が持てない事を説明し、ご本人やご家族の同意の元、所持されてる方がいる。また、買物や美容室など自由に買物されている。			
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	ご家族より、何か送ってきた時はお礼の電話をご本人を交えて行なっている。また、年賀状も一緒に作成し、毎年家族へ送っている。			
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	四季に応じた装飾を行ない、食堂やリビングからも、畑や植物の成長が見えるようにしている。	広々としたつくりのリビングは両サイドに窓があり、暖かで開放感があります。建物内もスペースが広く、個別にくつろげる畳のスペースが2カ所あり、利用者の安らげる場所になっています。同じ建物内のデイサービスが使っていない場合は、歩行訓練のため廊下を利用しています。気になる匂いもなく、明るく適切な温湿度に保たれています。		
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	廊下には、2カ所一人や少数で休める小上がりやソファを用意している。			
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	入居時は、衣類や家具、テレビなどなるべく自宅にて慣れ親しんだ物を持ちこんで頂いている。また、入居中も足りない物を自宅へ取りに外出をしたり、ご家族へ依頼し持ってきて貰うことがある。	居室には使い慣れたものが持ち込まれています。仏壇やなじみのものがおいてあり、家族の写真などが飾られ自室として安心して暮らせる居室になっています。		
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・トイレ・浴室と、元々手すりや段差解消してある。 キッチンには、電子コンロを設置しているため、安全であり一緒に調理する事もある。 トイレやお風呂など、ピストグラムの表示もしている。			