

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	0172902116		
法人名	株式会社健康会		
事業所名	グループホームあけぼのⅢ		
所在地	旭川市忠和6条6丁目2番24号		
自己評価作成日	平成26年1月6日	評価結果市町村受理日	平成26年3月13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_2011_022_kani=trou&JigyosyoCd=0172902116-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【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)】

認知症ケア専門士の管理者の指導の下、個々の利用者様の認知症の症状に合わせた質の高いケアを提供出来るよう、経験や資格別に研修制度を整え職員各自が自己研鑽に励んでいる。
 理念の通り、町内会の方々のご協力や、隣の保育園との交流、四季折々の行事を通して、認知症の利用者様お1人お1人の瞬間瞬間に「うれしい、楽しい、やさしい時を刻む」ケアを提供している。
 ご本人ご家族の希望があった場合には、北海道グループホーム協会主催の「ターミナルケア研修」終了の管理者の指導のもと、医療連携をとっている忠和クリニックと協力し、住み慣れたホーム内での看取りを行っている。その意思確認は、入所時からまず行い、状態変化に応じて定期的に再確認し、最終段階では主治医のムンテラに同席し、「看取りの同意書」を作成し、ご家族の最後の思いに出来るだけ沿ったターミナルケアを提供している。

【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 26 年 1 月 28 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)】

母体である「株式会社健康会」は訪問介護・通所介護・グループホーム・医療系有料老人ホームなど数多くの福祉施設を有しています。当ホームの隣にもメディケアホームとして医療系有料老人ホームがあり交流や相談相手に力強い味方になってくれています。管理者も認知症ケア専門士の知識をフルに発揮し、認知症の啓蒙に努め、地域の方々への福祉の発信基地として重要な役割を担っています。ホームとしては「普通の暮らし」を重視しており、この「あけぼのⅢ」を一つの家庭としてとらえています。何気ない会話から利用者の気持ちを読み取り、お互いが笑顔になることを心がけています。職員も利用者の笑顔が自分の笑顔につながり自らのパワーになると話してくれています。今後も「あけぼの‘さん’一家」として明るく過ごしてもらえることを期待します。

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	理念を見やすい位置に掲示し、ユニット会議で詠唱することで、意識付けをしている。また、定期的に管理者や計画作成担当者が、理念に基づいたケアについて確認を行っている。	ミーティングでは、理念を掘り下げ日々のケアにどうつなげていくかを検討しています。職員は何気ない会話を通して緊張の緩和ができ、利用者だけでなく自分たちも笑顔になれるケアを心がけています。	
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	地域の行事に参加させていただくと共に、運営推進委員会やホームの行事に町内会の役員様に参加していただいている。	連合町内会にて管理者が「ひきこもり老人」「認知症への理解」についての講師になるなど、地域福祉の発信基地として、重要な役割を担っています。	
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	認知症ケア専門士である管理者が地域の「忠和地区懇談会」のメンバーとして継続的に会に参加し、地域の認知症についての相談窓口となっている。		
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	地域の方々やご家族、市職員様、他事業所の方々に参加をいただき、当事業所や職員の入利用者様への取り組みを丁寧に説明し、毎回貴重なご意見、ご感想を当事業所の活動にフィードバックする努力をしている。また避難訓練等を開催し、その都度意見をいただいている。	年間計画のもとに奇数月に行われています。時には座談会にし、意見が出やすい雰囲気作りに努めています。欠席された家族には意見を出された方を匿名とするなどの配慮をして議事録を送付しています。	
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	保護課の担当者とは、利用者の情報を随時電話で情報交換をしている。介護高齢課担当係長様には運営推進会議に参加していただくと共に、制度等で不明な点があった場合には相談に乗っていただいている。	地域包括支援センターとは利用者の暮らしぶりや空き情報などを折に触れ伝えていきます。市担当者とは運営推進会議に出席してもらっただけでなく、相談事項に対応してもらえるような関係作りができています。	
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	現在身体拘束を行っている入居者様はなし。必要に迫られた場合は「やむを得ず身体拘束を行う場合の対応」に基づき対応をする。帰宅願望等ある利用者様に対しても、その訴えを人間としてしごく当然の事と受容して対応している。	ホーム内の「安全委員会」「接遇委員会」等の勉強会にて、「身体拘束禁止対象となる具体的な行為」や言葉かけについて徹底理解を図っています。また個別のセンサー設置については、問題意識を持ってケアにあたることを心がけています。	
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	スタッフが虐待防止の研修等に参加し、ユニット会議で全スタッフに周知している。何が虐待で、何が不適切なケアであるのか、年に数回問題形式で確認しあっている。		

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
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	アセスメント内容をもとに職員でカンファレンスを実施し、対象利用者様を抽出。圏域の地域包括支援センターに相談し、成年後見支援センターの方も交えて話し合いをしている。また、管理者が各種研修会に参加し、職員にその内容を伝え、今後も対象となる新規問い合わせがあった場合に備えている。		
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	利用者様とご家族様各々の状況を踏まえ、ニーズに合った対応を心掛けている。		
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	契約書の苦情、要望等の相談窓口の記載を説明すると共に、年4回の機関紙にも意見を募っている。また運営推進会議でお寄せいただいた意見、苦情についてはその都度対応している。	定期的な広報誌「百日草便り」にてホーム内の情報や利用者の近況報告を発信しています。アンケートや運営推進会議で出された意見は真摯に受け止め、ミーティングで話し合い、管理者が回答を出すようにしています。また家族の何気ない話からも、気づきを持って聞くことを心がけています。	
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	ユニット会議等で発言の場を提供すると共に、管理者が改善の必要性を感じた場合、また職員側からの要請の場合も個別に意見を求める面談を行っている。	ひと月毎に個人目標を設定し、質の確保につながっています。「感染・安全・教育・接遇」の四つの委員会を通して、意見や要望が簡潔に言いやすい工夫も行っています。出された意見は全体会議として話し合い、時にはグループ全体の問題としても検討しています。	
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	管理者は各職員の就労状況を観察、情報収集に努め、必要に応じ個人面談を行っている。また、事業所内で解決できない事案については本部に報告し、解決策の相談をしている。		
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	個人目標を各自に設定させ、それを指標に評価している。また、教育委員会が開催する職員のレベルに合わせた研修会に参加している。職員の力量、経験に応じた外部の研修会を紹介、提案し、年に2回以上を目標に参加している。		
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	同一法人12事業所での委員会活動、法人行事等で交流を図っている。札幌の研修等も各事業所から選抜された職員と一緒に参加している。管理者は圏域の地域包括支援センター主催の虐待防止委員会や、グループホーム代表者集会に参加し情報交換、交流を継続している。		

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	
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	ご本人が安心して生活が送れる様、情報収集を行い、担当職員を決め馴染みの関係が築けるように努めている。			
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	ご家族様が事業所に求めているカラーに合わせ、関係を築いていけるよう心掛けている。			
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	アセスメントツールとしてセンター方式を活用し、利用者ご本人、そのご家族からだけでなく、居宅ケアマネやサービス事業所からも情報を収集し、その情報をもとに対応している。			
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	一緒に食事を摂ったり、その時その時で、利用者様各々に合った日々の関わりを心掛け、信頼関係を築けるようにしている。			
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	ご家族の面会時には、ご本人の様子を報告すると共に、意見やアドバイスをいただいている。また、毎月お手紙を送付し、近況を報告するなど、信頼関係を築いていけるよう努めている。			
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	利用者様の状況に応じ、宗教活動への参加の継続が出来るよう会の方との連携、身内の方へのお見舞いへの同行、たの施設にいる夫との面会の為の家族同行外出を提案している。	日々の散歩の同行だけでなく、選挙や見舞いの同行など、人間関係や社会とのつながりが継続できるように支援しています。隣のメディケアホームの利用者とも交流を積極的に行い、多くのかかわりを持つことで閉塞的なホームにならないようにしています。		
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	利用者様の個性と関係性を把握し、利用者様同士が円滑に会話が楽しめるように、必要に応じ介入している。また、食事作りや散歩など利用者同士が一緒に行えるように介入している。			

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	退去(死亡)された利用者様のご家族からの相談に応じ、施設入所の仲立ちや、精神的なフォローを行っている。		
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	センター方式を使用し、ご本人の思いや希望をくみ取れるよう努めている。また、家族の意向も踏まえたケアプランの作成に努めている。	6ヵ月毎にアセスメントを行い、モニタリングを通して反省や新たな課題を見つけ意向の把握に努めています。日々のケアの中からだけでなく家族からも情報を得るようにしています。	
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	ご本人やそのご家族からだけでなく、以前使用していたサービス事業所からも情報収集を行っている。		
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	生活シートを使用し、日々ご本人の体調や様子を記載することで、状態変化等を把握できるようにしている。		
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	日々の生活シートからご本人の状態・ことば(意向)を把握し、ご本人、ご家族から意向を確認している。また、かかりつけの医院より意見をいただき、担当職員と協議の上、ケアプランを作成している。	日々の記録は一週間毎にまとめ、モニタリングを通して新たなサービス計画につなげています。記録は利用者毎に一つのファイルとしてまとめ、介護計画と連動できるようにしています。	
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	個別に生活シートを記載することで、ケアプランの実施結果や気づいたことをスタッフ間で共有している。また、必要に応じて、対応を検討している。		
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	ショートステイの受け入れ可能な条件は満たし、体制を整えている。在宅生活を継続している地域の利用者様の短期入所受け入れ先として、地域に貢献している。また、今後入所を検討されている方の、「おためし利用」の役割も担っている。		
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	近所の商店での買い物や散歩ができるよう、理解を求めて行っている。		
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	医療連携をとっている往診医には、密に連携を取り、指示を仰いでいる。そこで対応不可能な医療に関しては、ご家族と協力して対応している。	ホームの協力医のほか、利用者が希望するかかりつけ医の受診を支援しています。月二回の訪問診療や通院介助同行の方にはご家族に受診結果の報告を行い、情報の共有に努めています。	

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	
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	協力医療機関の忠和クリニックと24時間体制で連携を取り、利用者様が適切な受診、看護が受けられるよう支援している。			
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。	医療機関の相談員を介して、ご本人の状態等の情報をいただき、退院前には再アセスメントを行っている。			
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	入居当初に確認したリビングウィルを定期的に確認し、状態が著しく変化した場合は、主治医からのメンテラに出席し、ご家族、医療機関と連携を取り対応している。	重度化対応指針、看取りに関する指針に基づき、ホームとして最大のケアについて説明しています。看取り対応の事例も多くあり、事後の反省を生かし、さらに年に一度のターミナル研修でケアの充実に努めています。近所の協力医と連携を密にして緊急時の対応もチームとして取り組んでいます。		
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	新入職員には必ずCPRの研修を受講している。既存の職員も2年に1度は受講している。			
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2回火災訓練を行っており、運営推進会議等で近隣住民の方に災害時の避難支援の協力の呼びかけをしている。	年二回防災計画に基づき町内の方々の参加も得て避難訓練を行っています。火災を出さないことを基本として、電気系統の点検や家電周りの掃除など定期的に確認しています。避難場所や協力機関として隣のメディケアホームは心強い限りです。	火災だけでなく、停電時や水害など発生に備えて、備蓄品の整備も大切です。とくに寒冷地であるこの地での停電は暖房機器の整備も必要とされ、隣のメディケアホームとともに具体的な支援体制の整備に取り組まれることを期待します。	
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	日頃から言葉遣いに注意すると共に、接遇マニュアルを順守し、一人一人の人格を尊重するよう努めている。	接遇委員会で講師を招いて勉強会を開催し、ホーム全体として取り組んでいます。関連事業者によるグループ内のアンケートでは当ホームは、特に接遇に関してはいつも高い評価を得ています。		
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	日々の関わりの中で、会話や表情、行動から希望をくみ取れるように努めている。利用者様の状態に合わせ、自己決定ができるよう支援している。			
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	ご本人が望むペースで生活ができ、希望に沿えるようできる限り支援している。また「それは職員側のつごうでないか？」という意見交換を行い、常に改善する姿勢がある。			
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	その日に着る服をご本人に選んでもらったり、化粧や髪形、訪問理容の活用など要望に沿えるよう支援している。			

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	食事の準備を一緒に行ってもらったり、スタッフが一緒に食事をし、声を掛けることで、楽しく食事ができるよう努めている。おかわりの要望が訴えやすいように勤め、要求に対応している。	利用者の中から買い物当番としてスーパーと一緒に行き、食材選びなどを手伝ってもらっています。個別に二人組での外食レクリエーションも定期的に行い、楽しみごとの一つとなっています。時には昔取った杵柄とそば作りに腕をふるってくれる方もいます。		
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	気分がむらがあって食事を摂取しない方には、好きな果物を手の届くところにおいて摂取を促している。定期的な水分摂取に拒否がある方には、毎喫煙後に缶コーヒーをお渡しすることで摂取できている。毎日、食事量、水分量を記録し、把握している。			
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	毎食後に口腔ケアの誘導、見守り、介助を行っている。残さ物で誤嚥の可能性のある方には、口腔ケアウェティールを用い、食事後以外にも口腔ケアを行っている。			
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	極力おむつの使用は避け、トイレでの排泄が行えるよう、個人の排泄パターンをアセスメントし支援している。排便困難な方の下剤の服用時間についても、トイレで排泄できる時間帯を検討し、医療に上申連携して対応している。	トイレでの排せつを基本とし、声かけ・タイミングに留意し、無理強いすることなく本人に合わせた対応をしています。また排せつ物品(リハビリパンツ・紙おむつや容器など)についての勉強会に参加し、最新の情報を取り入れるようにしています。		
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	自然排便ができるよう、水分や乳製品を摂れるよう働きかけている。慢性の便秘は主治医に相談し、内服薬で排便コントロールをしている。			
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	午後より入浴を行っている。入浴の希望がある利用者様にはいつでも、希望がない利用者様にも個々のタイミングと入浴理由を把握し、適切な声掛けをすることで、定期的に気持ちよく入浴できるよう心掛けている。	月曜日から土曜日の午後に用意され、その日の希望を確認しながら週2から3回は利用してもらえるように声かけしています。また同性介助の支援も行っており、一人ひとりに合わせた入浴ができるようにしています。		
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	居室の環境を整えることで良眠できるよう支援している。日中でも眠気の強い利用者様には、居室で休息をとってもらっている。			
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	服薬マニュアルを順守している。状態の変化があった場合は、生活シートに記載し、必要に応じ医療機関に指示を仰いでいる。			
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	利用者様一人一人に合わせて、散歩や買い物、家事の手伝い等を行うことで、喜びのある生活を提供している。また、季節に合わせた行事を開催している。			

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	外出の希望がある時は、できるだけ希望に沿えるよう対応している。	外気にあたることで五感を刺激してもらえるようにしています。そのために買い物当番でのスーパーへの外出の他、春・秋には全体としての大がかりな外出行事も計画されています。元気のよい方では毎朝の除雪を手伝ってくれている方もいます。		
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	ご家族の了承の下、希望される利用者様はお金を一部管理してもらっている。外出時には、利用者様の状況に合わせて、所持、支払いを行っている。			
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	ご本人の希望時は、事前にご家族様の了承を得て、電話、手紙を出すことが出来るよう支援している。			
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	季節に合わせた飾りつけやお花を生け、行事等の写真等を掲示することで、季節を感じてもらったり、楽しさを持ってもらうようにしている。	明るいホールで過ごすことが多い利用者に合わせて、ユニット毎にテレビやビデオ観賞や体操などプログラムを作成し、各々の思いが反映できるよう工夫しています。行事ごとの写真を掲示することで、利用者間だけでなく職員とも会話が弾んでいます。		
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	利用者様の心理や身体、人間関係により椅子、テーブルを配置している。			
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	自室の飾りや置物はご本人が好むものやご家族が持参されたものになっている。できるだけ使い慣れた馴染みのものを使用してもらうよう考慮している。また、安全を重視する配置換えでも、ご本人の受け入れを確認しながら行っている。	カーテン・ベッドは備え付けであり、それ以外は思い思いの品物を持参してもらうようにしています。ベッド嫌いの方には布団での対応も可能となっています。居室前のプレートも個別に自分の部屋と一目でわかるように本人の好みを取り入れています。		
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	トイレ、お風呂場は張り紙をして場所が分かるようにしている。また各居室前にはご本人の名前や写真を飾ることで分かりやすくしている。			