

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	0173100371		
法人名	有限会社 プランタン東川		
事業所名	グループホーム くるみの郷		
所在地	北海道上川郡東川町北町3丁目2番7号		
自己評価作成日	平成28年 1月 31日	評価結果市町村受理日	平成28年2月25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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0173100371-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0173100371-00&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 あおいビル7階
訪問調査日	平成 28 年 2 月 10 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)】

東川町に落ち着いた環境の中で、地域に根付いた事業所を目指し、地域の方とのふれあいを大切に、町内行事や地域にある施設との交流を行っています。事業所内では家庭的な環境を提供していくことを大切にし、その人の気持ちを理解し、支援していきななかで、本人の希望や要望を尊重し、できる事は一緒に行うことを第一に考えています。食材などに関しても、東川町産のものを多く使用するように心がけています。

【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)】

開設10年目を迎えた当ホームは、2年前に運営者と職員総意の下で、「くるみの郷」と名称を変更しています。ホームの根源である理念はそのまま継続し、地域の事業所として、さらに存在感を深めながら、利用者の安定した地域生活の提供に取り組んでいます。周辺地域の方々とは日常的な交流があり、子供達やボランティアとふれあう機会も持たれています。利用者が自分の思い描く日常生活が送れるように、全職員がチームとなり、支援が行われています。介護計画作成のプロセスを通して、利用者の現状把握と詳細な記録の整備、具体的ケアの掘り下げなど、職員は熱心に取り組んでいます。また、医療関係者との連携も安心感があり、介助方法は、主治医や理学療法士などの専門家に相談し、心身機能の維持やできる事を見極め、その人らしく快適な生活が送れるように支援しています。食事や行事面でも豊かさを工夫し、地元東川産の食材が食卓を賑わし、季節の行事食や戸外での食事会、家族を交えたクリスマス会、恒例の町内体育祭に参加するなど、住み慣れた環境での暮らしの継続を支えています。

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くらいの 3 利用者の1/3くらいの 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、安心して暮らさせている (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	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	各ユニット休憩室など職員の目につく所に掲示して、玄 関にも理念掲示をして来設者にも解るようにしています。	開設当初に策定した理念は、改めて職員間で話し合い、ホームの基本姿勢として確認しています。日々の支援の中で理念の実現に向け、毎月の目標を挙げて、着実な実践を目指しています。また、新入職員にも、早い段階で理念の意識付けを図っています。	
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	地域の行事に参加し、交流を深めて、又地域の方に野菜などを載っています。施設で使う食材やおやつは地域のお店も利用しています。地域のボランティアの方の大正琴の演奏会を催し、定期的な交流が行えるな関係づくりをしています。	職員は、清掃活動など町内会活動に協力しています。また、町民体育祭や介護施設の行事に参加し、小学校や幼児センターの運動会総練習を見学するなど、利用者が住民と交流し、楽しく過ごせるように支援しています。地域のボランティアによる演奏会も定例化しています。	
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	町内の色々な行事に参加し、交流を深め、又認知症の人への理解をしていただくためホームの研修への参加のご案内をしています。		
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ヶ月に1度事業所の活動報告を行い、より良い活動に繋がるようにアドバイスや地域資源、サービス等の紹介を頂きサービス向上に生かしています	運営推進会議は、家族、地域町内会代表、行政担当者や協力医療機関関係者のメンバーで開催されています。報告に対しての意見交換を行い、各種情報や助言を得て、運営に活かしています。議事録は、毎回家族に郵送しています。	家族の参加が少ない状況が続いています。事前に協議内容やテーマ等を知らせたり、参加できない家族から意見を募るなどして、家族の参加が得られるよう継続的な呼びかけを期待します。
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に取り組んでいる	町の担当者とは運営推進会議などを通じて密接に連携を取り、色々な相談等もさせて頂き御指導を頂いています。	行政担当者とは、電話連絡や直接訪ねるなどして相談や確認、情報交換をしています。地域包括連絡会議には毎回参加し、行政や地域介護事業所と共に地域福祉を実践しています。	
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	身体拘束マニュアルの作成、身体拘束委員会を 定期的に行いマニュアルにのっとり拘束なく生活をして頂けるように、又玄関の施錠はしない生活をして頂いています。利用者の希望に応じて散歩などの外出に応じています。	概ね2ヵ月毎に身体拘束防止に関する委員会を持ち、不適切なケアが無いかを確認し、職員目標にも挙げ、職員同士で注意し補い合う関係作りに努めています。玄関は日中は自由に出入りができますが、2階エレベーターは、安全確保の理由により常時施錠していますが、使用する際は職員が同行しています。	
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	研修を通して管理者、職員の確認し合い防止に努めています。高齢者虐待防止法についての認識を深める為の話あいを今後も行っていきます		

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	成年後見人制度については外部研修などを通して、理解を深めています。職員間では情報の共有として外部研修の話あい等もしています。		
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	契約提携時には重要事項説明と契約書、実際の動き等の確認し、特に金銭面では打ち合わせ通りに行くように努めています。家族には理解を得ています。		
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	意見箱を玄関に設け、いつでも投函出来る様にし、直接 意見を職員、管理者に言える関係にあります。カンファレンス等を通じ、職員間で情報を共有、適正に対応しています。	日常のケアの中で得た利用者の言葉は、職員間で共有しています。家族からは、「意見アンケート」の活用や、面会時、介護計画見直しの際に意向や要望を聞いています。隔月の通信や担当職員からの手書きのお便りを送付して、ホームでの様子を伝えていきます。	
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	自己評価を活用し、月1度のカンファレンスで職員の要望、意見を聞き反映出来る様に努力をしていきます。	毎月開催の会議では、利用者状況やケアについて熱心に協議しており、行事企画や業務の見直し、シフト調整など、職員の率直な意見や提案を聞く機会になっています。また、施設長や管理者が業務に入る事もあり、日常的に職員と対話し、働き易い職場づくりに努めています。	
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	職員が就業しやすい様に意見を出来るだけ聞き、カンファレンス等も色々な意見を言える場になっています		
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	外部研修、内部研修などの案内掲示を随時して参加した際にはレポート提出をして貰い職員皆で共有、知識、技能の向上に努めています。		
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組をしている	他事業所との交流の場には管理者・職員も参加し、研修 などでも交流した同業者とも情報交換を行い、サービス向上に努めています。当施設での内部研修にも他事業所の職員も参加されることがあります。		
<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	日常会話など普段からコミュニケーションを積極的に取り意見、要望を聞き利用者さんが安心して生活が出来る様に努めています。		

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	
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	面会時に不安、要望など出来るだけ聞き応える様に努め、コミュニケーションを積極的に取る様に努めています。			
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	家族、本人との会話の中で要望等を聞き出来る限り応えられる様な体制作りにも努めています。又生活をする上で要望に添える様に努めています。			
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	出来る事は共に行き、出来ない所は支援をして、会話を多くしお互いを理解し合い、画一的な立場にならない様に努めています。			
19		○本人と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	来設時に近況報告、コミュニケーションをとりその中で出た要望などに応えられる様に努めています。月1度の手紙の中にも色々な出来事を記載してお知らせしています。			
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	入居時に今まで使われていた物、大切にされていた物を持ってきて頂き、本人の希望に応じて家、住まわれていた所など訪ねています。家族、友人と電話で話しをする事もあります。	周辺の散歩時には、地域の人が声を掛けてくれたり、以前住んでいた家を見に行く利用者もいます。病院受診後に寄り道して元職場に立ち寄ったり、ホームの先の管理者を訪問したりと、馴染みの関係が途切れないよう個別に支援しています。		
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	利用者が孤立しない様に職員が間に入り、職員が利用者同士の関係を把握出来る様に努めています。			
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	サービス利用が終了しても家族との関わりを大切にし相談や支援に努めています。			
<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	日常生活の中で本人の希望、意見を聞き反映出来る様に支援し、困難な場合は随時カンファレンス等で確認し、対応に努めています。	利用者の居室担当を複数の職員が受け持ち、思いや意向などを把握しています。困難な場合は、日々の言動や、アセスメント情報をもとに、本人にとっての希望の過ごし方を推測し、家族にも確認して、その人らしく安定した暮らしができるように検討しています。		

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
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	フェイスシートを活用し、家族、本人からの情報を元に利用者様の生活が馴染みのものとなるように支援しています。		
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	利用者様の日々の身体状態把握しながら、介護記録・申し送り等で情報を共有し個々の過ごし方を把握しています。		
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	利用者様、家族様の要望、職員の意見などを聞き、又カンファレンスなどを開き必要に応じて主治医に相談しケアに計画を作成しています。	利用者、家族の意向は、日常の関わりの中で把握して、医療情報も得ています。日々の記録で介護計画の実践状況を確認し、毎月のモニタリングのほか、3～6カ月で計画を見直しています。状況の変化は情報として記録し、年に1度、詳細なアセスメントを行い、現状に即した計画を作成しています。	
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	個々の記録を確認しながら、申し送り等で職員間で情報を共有し実践に生かしています。		
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	利用者様の家族構成などにより重要な支援に努め、状況に応じた支援を行っています。		
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	町内会、ボランティアの方々の協力で参加（町民運動会、他施設との交流、大正琴演奏会等）させて頂いています。		
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	定期的にかかりつけ医に職員同行で受診しています。又定期的に指定医が往診に来ています	協力医療機関による月2回の往診があります。利用前からのかかりつけ医を受診する場合は、管理者等が通院を支援しています。日頃から、それぞれの医療機関と関係を密にして、入院時対応も含めて安心できる体制作りに取り組んでいます。	
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	往診時、看護師に利用者様の状態を相談し指示、指導を受けています。		

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
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。	利用者様の入院、退院時また入院中の状態を家族様に随時報告し、早期に退院出来る様に医師とも連携を密に取り、情報交換も積極的にを行い早期退院に努めています。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	ホームとして重度化や終末期へ向けた指針を重要説明事項に明記し、入居の際には家族様に説明をして同意を得ています。	利用契約時に、ホームの指針を基に重度化や終末期対応について説明し、同意を得ています。状態変化に応じて利用者、家族の意向を確認し、医療関係者と連携を取りながら、利用者、家族の希望する支援に努めています。	
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	緊急連絡網を目につく所に掲示し、消防所の協力で心肺蘇生の講習を定期的に行い、カンファレンスの場で職員と随時対応を確認しています。		
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	年2回の昼、夜間の避難訓練を行っています。運営推進会議において、災害時、防災における地域の方々の協力をお願いし、避難経路については職員の目付く位置に置き周知をはかっています。	年2回、昼夜を想定した避難訓練を実施し、消防設備点検業者から助言を得ています。災害に備えて水や食料などの備蓄品を準備し、職員は救急救命講習を受講しています。	消防署の協力の下、より専門的観点からの指導や助言を得た訓練実施の取組みや、火災以外の災害についても職員間で話し合い、具体的な対策の検討を期待します。
<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	利用者様の目線に立ち、人格を尊重し、言動等に気をつける様に意識的に配慮しています。	ユニットの目標に、利用者一人ひとりの人格の尊重を掲げ、職員はその重要性を認識してケアサービスに取り組んでいます。利用者に接する場合は、利用者様の目線に合わせ、個々に合わせた心地よい距離感や対応を心掛けています。	
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	利用者様の希望を優先し要望等を言いやすい環境を作っています。自己選択、決定が出来る様に努めています。		
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、希望に沿って支援している	利用者様が日々自由に過ごせる事が出来る様に臨機応変に対応居っています。		
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	定期的に訪問理容師を依頼しています。その際に毛染めを希望される方にも対応させていただいています。普段から本人の希望があればマニキュア等使用し見だしなみの支援をしています。		

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
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	利用者様と職員と一緒に食事を出来るように休憩時間開始の調整をして、職員には一緒に食事をとるかどうかの選択していただいています。あとお盆拭きやテーブル拭きなどの軽作業を職員と一緒にしています。	毎日の食事作りや季節のおやつ作りと一緒に楽しみ、利用者の持てる力を引き出すことを大切にしています。栄養バランスや個々の嗜好、季節に応じた食事に配慮し、美味しく食事が進むように見守り介助をしています。職員も利用者と同じ食事を一緒にとれるよう、体制整備を図っています。	
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	食事、水分量把握の為にチェック表を活用し、記録に記入し適正摂取出来る様に考慮しています。状況に応じて 医師に相談しています。		
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	毎食後の口腔ケアをおこなっています。状況に応じて訪問歯科医に相談しています。		
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向けた支援を行っている	介護記録等を活用して定期的にトイレ誘導を行ない、排泄パターンの把握に努め排泄の失敗、オムツの使用をへらしています。排泄パターンも適宜、見直しをしています。	個別の身体機能や排泄パターンを把握して、トイレで排泄できるように支援しています。専門業者から衛生用品の知識も得て、状態に合わせた介助や下着等の選択を検討し、排泄状況の改善に努めています。	
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	食物繊維の多い食事や水分を摂りたがらない利用者様にはゼリー状にしての提供の工夫や個々の状態に応じて運動等して頂いています。		
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	ホームの設備上、各ユニットでの入浴日を設けています。その中でも利用者様のタイミングを確認し個々の希望に応じて入浴を楽しめる様にしています。拒む方は日時などを変更し利用者様の希望に添える様に努めています。	ユニット毎の入浴日は決まっていますが、できる限り希望に添った入浴を支援しています。入浴を拒む利用者に対しては、言葉かけや日時の変更などで、安心して気持ちよく入浴できる工夫をしています。シャワー浴や清拭で清潔保持に努めています。	
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	自室の他にホールソファ等で安心して休める様に支援しています。		
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	個々の薬剤表を職員の見える所に配置し、投薬時は2人で確認し誤薬防止に努めています。症状の変化があれば主治医に連絡指示を仰いでいます。		

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
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	利用者様の好みのTV番組、DVDを流し、楽しみや、ゲーム等は個々に対応しています。又、嗜好品等も希望に添える様にしています。		
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	町内イベント、行事等に参加しています。利用者様の希望に沿ってドライブ、買い物、散歩等に出かけています	日常は、散歩を兼ねての買い物やドライブなど利用者の希望に沿えるよう柔軟に対応しています。年間行事では花見や紅葉見物、地域行事に参加したり、外食や屋外での食事会をするなど、戸外に出て気分転換したり、地域生活を楽しめる機会作りをしています。	
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	利用者様、家族の希望があれば金銭を所持しています。買い物等は本人と職員が一緒に行き好みの物を購入されたりしています。		
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	利用者様の希望により随時電話をしています。又かかってきた時には取りついでいます。		
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	共用スペースに季節の草花を置き四季の催事風景写真の掲示をしています。温度・湿度は1日2回計り、照明も明るい雰囲気を持て出来る様に努めています。	玄関フロアや共用空間には、季節の装飾や写真が飾られています。各ユニットで造作に違いはありますが、食卓やソファ、家庭仕様の調度類が設置され、温かな雰囲気です。2階ユニットのトイレなど共用空間にカビ発生していることから、徐々に壁紙を張り替えており、早急に対策を講じていく意向を示しています。	
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	利用者様の希望の場所への移動はその都度要望があれば応え、個々に思い思いに過ごせる環境を工夫しています。		
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	家族に相談し、以前使用されていた生活用品、家具等を持ってきて頂ける様にお願ひし、利用者様の希望を聞き少しでも居心地の良い環境作りを工夫しています。	電動ベットはホームで用意していますが、家具や好みの物品が持ち込まれています。折り紙の細工や家族写真、鉢物などを自由に配置し、自分の住まいである居室作りを支援しています。心身の状態等に合わせ安心できる環境に配慮しています。	
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	建物内はバリアフリーで手摺り等はかどにぶつからない様に気をつけています。		