（別紙4-1）

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	0173200528		
法人名	おや里かん　有限会社		
事業所名	ぐるーぷほーむ　おや里かん		
所在地	北海道上川郡和寒町字大成121番地		
自己評価作成日	2022/6/27	評価結果市町村受理日	令和4年7月15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	評価機関　記入

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	有限会社　NAVIRE
所在地	北海道北見市とん田東町453-3
訪問調査日	令和4年6月30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）】

開設から19年目を迎え、その間、地元住民の皆さんとも様々に交流を図り、しっかり地域社会に根付いた存在になったと考えている。一方、コロナ禍により地域住民の方を当施設へお招きする事が難しくなり、地元の催し物も軒並み中止になってしまうなど、施設を取り巻く環境が激変してしまい、地元の住民との交流が殆どなくなってしまった。自治会内での当館の通信書の回覧などでの積極的な情報発信は続け、関係が途切れないように努めている。また、スタッフも日頃の地域の方との触れ合いの中で、当館が地域住民の方の理解と協力により支えられている事を実感している。

【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）】

上川郡和寒町大成地区の緑豊かな地域に以前小学校だった建物を改築して開設された「ぐるーぷほーむおや里かん」は、平屋建て2ユニットで運営されています。隣接して自治会館が有り大成地区のコミニュティの中心となっており、祭りや敬老会、運動会等利用者も参加して交流に努めています。又、地域住民から野菜の差し入れを頂いたりと日常的なお付き合いの出来る関係を築いています。施設長は和寒町の高齢者福祉に関わる役職を複数引き受けると共に、小学生、中学生に認知症サポーター養成講座を6年間に渡り毎年開催し、地域の高齢者福祉理解の裾野を広げる活動を行なっています。毎月写真を多く掲載した事業所便りに職員が個別にコメントを書き添えて家族に報告し家族に安心してもらえる様に取り組んでいます。開設時からの運営理念に加えて職員皆で作り上げた「入居者と関わるうえでの基本」「毎日の目標」を共有し、目指す介護の方向性を定め、更に「毎日の目標」7項目の中の1項目をその日の目標として理念の実践に努めています。昨今のコロナ禍においては、実際に会って話したいという利用者や家族の希望に答えて可動式のパネルを作成し喜ばれています。利用者と職員皆で近くの桜の木迄散歩に出掛け合同写真を写したり、その時々の行事を楽しんだりと季節の移り変わりを大切にした暮らしを提供する様に心掛け、”入居者と関わる上での基本”に掲げる如く、穏やかで安らぎのある生活の提供に努めています。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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

（別紙4-1）

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	スタッフ全員で考えだした「入居者と関わる上での基本」7項目を運営理念と共に掲げ唱和・実施している。	運営理念に加えて職員が参加して定めた「相手（入居者）と関わる上での基本」「毎日の目標」「寄り添いケア心得」等、理念を具体化し、介護提供の指針としています。毎朝の申し送りにその日の目標を唱和し実践しています。	
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	当館のある町内会に所属している従業員もおり、地域の会議へは積極的に参加している。職員が隣近所の方と外でお会いした際には気軽に話が出来る関係にある。	町内会に加入し、施設長は役員を引き受けています。自治会夏祭りや町民大運動会に利用者も自治会の一員として参加しています。事業所での救命救急講習に地域住民も参加し相互交流に努めています。	
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	認知症介護について地域の包括支援センターを活用し、自分たちの現在の状況や取り組みなど情報提供し、今後の活動に役立てる物がないかを検討している。		
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践、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	定期的に運営推進会議を開催し、当館の概要やサービスの提供状況、行事・現況について説明し、話し合いを行っている。その結果は、通信書において全ご家族様に配布している。	家族代表、地域住民、町役場職員等が参加して実施していましたが現在は書面会議となっており、状況報告に努め、その中で意見を求め、運営に活用しています。	事業所への理解を深め、地域住民、家族と共に利用者を支える手立ての一つとして運営推進会議の大切さを理解し、議事録を家族と共有し運営に反映して行く事を期待します。
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	毎月、ご家族様へ発行している「おや里かん通信」を町の福祉科・町立病院のワーカーに直接持参し情報の共有をしている。	施設長は町が運営している委員会等の役員を多く引き受け行政との連携を密に取り組んでいます。年2回開催される事業所連携会議にも参加して事業所運営に活用しています。	
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	身体拘束廃止推進委員会を設けており、勉強会も実施しながら、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。家族へも身体拘束しない事を宣言している。	施設長、部長、課長、主任、職員代表が参加して身体拘束廃止委員会を開催すると共に、職員全員参加の勉強会を開催して身体拘束が及ぼす弊害を周知しています。不適切な言葉遣いがあった時には管理者や職員同士で注意し身体拘束をしない介護に取り組んでいます。	
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注意を払い、防止に努めている	管理者は、職員が行う利用者への対応を確認し、身体拘束その他の行動制限廃止マニュアルを作り、虐待が行われることがないように職員へ周知・徹底している。		

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	社会福祉協議会の資料を基に職場内研修を行い、職員全体での認識を高めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	「契約書」「重要事項説明書」等、入退所時に必要な書類を提示し、書類に沿ってわかりやすく説明を行っている。疑問や質問などについても、その都度対応している。		
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	利用者や家族から苦情・要望があった場合はその都度スタッフ間で話し合い、情報が埋もれてしまわないよう心がけている。	年に1度家族会を開催し報告や意見交換を行っています。毎月発行している写真を多く掲載した事業所便りに職員によるコメントで様子を知らせています。現在、可動式パネルでの面会を行なっています。	
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	毎月のミーティング・勉強会などで意見を聞くようにしている。また、日頃から随時相談に乗ったり、意見を交わし合い必要に応じて反映させている。	施設長、管理者は毎月のミーテイング時や日常業務時、年に1度の人事考課時に職員の意見や提案を聞く機会としています。ミーテイングでは勉強会を開催したり、資格取得の支援をして職員育成に努めています。	
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	個々の努力や実績状況を評価するために年に一回の人事考課を行っている。また、最大限の処遇改善加算を受け従業員に還元している。		
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	施設内の研修会の参加、資格取得等の呼びかけを行い知識・技術向上に努めている。施設外の研修会には参加できていない。		
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	不定期ではあるが、町内の通所介護・訪問介護業者との行き来がある。		
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	入所前には必ずご本人にお会いし話を聞くなど面接の機会を設け、ご本人に受け入れられる関係作りに努めている。入所後も慣れない環境での生活の不安を取り除くため1対1で話す時間を作るよう心がけている。		

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
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	相談時から入所に至るまで随時行っており、入所前には必ずご本人様にお会いし話を聞くなど、面接の機会を設けている。		
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	ご家族の要望に沿いながらどのような対策が必要かを考え他サービス事業所の紹介など行っている。		
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	入居者様の出来ることを見つけ一緒に行ったり役割を持てるように努めている。また、テレビや新聞などを一緒に見て会話する、若い時の話を聞かせてもらう、日々の関わりの中で利用者から学んだり、支え合う関係を築いている。		
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	日々の生活の様子・変化を家族の来所時や電話・手紙を用いて状況報告し家族の意見や要望を聞く様努めている。また、必要時には家族に病院の受診の付き添いや不穏時の電話対応など協力してもらうこともある。		
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	以前住んでいた場所の近所の方や知人の来訪にも暖かく迎え入れまた来てもらえるよう声をかけ関係の継続を支援している。受診などの帰館時に時間に余裕があれば馴染みの場所に立ち寄っている。	以前住んでいた地域の知人が訪ねて来たり、馴染みの美容室へ出掛ける等、利用者のこれ迄の関わりや習慣を大切にした支援に取り組んでいます。	
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	食事は共有のスペースで行い、利用者の性格などを考慮し、食事の席を配置している。また、レクリエーションなどを一緒に行い利用者同士がお互いをわかるように支援している。		
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	長期の入院で退去となった方へのお見舞いや家族への必要な助言、また、亡くなられた方の葬儀の参列も必ず行っている。		
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	利用者の生活スタイルを崩すことなく本人の意向をケアに生かしている。認知症のため同じ話・行動を繰り返している場合も一人一人意志や思いを傾聴している。	午後のお茶の時間や一緒にシーツ交換をしたり職員は日常触れ合う中で利用者とゆっくり話をする様に心掛け、意向の把握に努めています。意志の表明が出来ない利用者には状況や様子で把握し実現に繋げています。	

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	入所時・来訪時にご本人からの話や家族・ワーカーから生活歴を聞き取りライフスタイルや性格の把握に努めている。馴染みの物や家具を持ち込んでもらっている。		
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	日々の状況を申し送りで引き継ぎ、全職員に伝わるようにしている。月一回のカンファレンスで職員間の情報交換と利用者の現状を総合的に把握し援助の方向性を統一している。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者、家族などから情報を得ながら、月１回ケアカンファレンスを開催しスタッフ同士で話し合いを行っている。その内容を基に介護計画は3ヶ月に1度見直ししている。また、更新時期には必ず担当者会議を開きモニタリングを行っている。	利用者、家族の意向を基に、モニタリング、職員参加のカンファレンスを開催し現状に即した介護計画を作成しています。介護計画はまとめてファイリングされ、いつでも見れる状況になっています。	職員が利用者一人ひとりの介護計画を理解し、介護記録に反映出来る工夫をする中で、モニタリングや介護計画作成に活用して行く事を期待します。
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	個人記録と併せて確認表(食事摂取量・バイタルサイン。排便状況など一覧)を記入し職員全員が把握している。個人記録に介護計画を添付してあり記録記入時に閲覧できるようになっている。		
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、その時々に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	利用者一人一人に合わせた食事形態で提供したり、外出希望のある利用者と一緒に散歩へ行くなど、本人や家族の要望に柔軟な対応が行えるよう努めている。		
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	消防署職員の協力を得て近隣住民と合同の避難訓練や救命講習を依頼し関係作りは出来ている。		
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し、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	医師の判断により、１～３ヶ月間での受診を行っている。家族・本人からの希望に添えるよう指定された病院をかかりつけ医とし、体調不良時には即座に担当医師・看護師に連絡し相談や対応している。	利用者や家族の希望するかかりつけ医への受診は事業所が対応しています。看護師資格を有する介護職員がおり利用者の状態の変化などの相談が出来て利用者、家族の安心に繋がっています。	
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	地元の病院の医師・看護師と利用者・スタッフは皆、顔見知りの関係であり、気軽に相談出来る関係を構築している。また受診時には、確認表（バイタル・食事摂取量など）を提出している。		

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
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	利用者の入院時など、協力医療機関の相談員と連絡をとり、病状の確認や今後の方向性などを確認し、早期退院に努めている。		
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	利用者や家族に入所時から説明を行っている。また、そのような状態になった場合などは、かかりつけ医や協力医療機関の協力を得ながら、再度利用者や家族に説明を行い、方針を共有している。	入居時に重度化や看取りに関して利用者・家族に事業所が出来る範囲で利用者の状況に合わせて対応する事を説明し、状態の変化や悪化時には再度確認して利用者や家族の意向、思いに寄り添いながら支援しています。	
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	急変時のマニュアルを定期的に確認し、いつでも誰でも見られる場所に設置している。さらに消防署の協力を得て、毎年の救命救急講習会には地域の方の参加も呼び掛けている。		
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	消防署の指導のもと、年2回の避難訓練を行っており、大規模災害時用の物品の備蓄も行っている。	年２回、火災避難訓練を昼夜想定で実施しています。コロナ禍で町内会の協力は得られていませんが、救命救急講習の呼びかけに地域住民が数名参加して行っています。	
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	利用者の自尊心を傷つけることなく、一人ひとりに合った言葉掛けや対応などプライバシーに配慮して対応している。	利用者の行動を抑制することなく希望を聞きとり、尊重した声掛けを心掛けています。呼称は名前にさん付けで呼び、声の大きさや言葉遣いに注意を払っています。	
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	利用者が不安にならないように、声掛けや説明をその都度行っている。また、一つ一つの行動を強制することなく、利用者の希望を聞きながら行ってる。		
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し、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	基本的な流れはあるが、最大限利用者のその日の希望に沿って対応しており、利用者が選択できる機会を作っている。		
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	2ヶ月に1度程度、ボランティアによる訪問理美容にてカット・パーマ・カラーなど対応している。また、希望があれば馴染みの外の理美容店を利用している。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	「できること・できないこと」を把握し、その日の体調を考慮しながら、食事の下準備や盛り付け、配膳、片付け、食器洗いなど、利用者に役割を持ってもらうように支援している。	食品業者から調理され栄養バランスに配慮した食材が届き利用者に提供されています。利用者の好みを聞き事務兼調理担当職員が手作りの食事を作り楽しく食卓を囲んでいます。	
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	食事量や水分量についてチェックを行い確認表(食事摂取量などの一覧表)に記入し、食事や水分摂取の推移状況を把握し、職員で情報を共有している。又、一人ひとりの状態に合わせて、声掛けや工夫している。		
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、歯磨きの声掛けや介助を行っている。また就寝時には、義歯洗浄剤を使用し除菌している。		
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	利用者の排泄パターンを把握し、時間毎のトイレ誘導をしたり、声掛けしたりしたりしている。オムツやパットの使用についても、個々の状況を見ながら、出来る限りトイレで排泄が出来るように支援している。	利用者の排泄パターンを把握し、一人ひとりの状態に合わせた対応を心掛け、出来る限りトイレでの排泄を支援しています。自尊心を損ねないよう声掛け誘導し自立に向け取り組んでいます。利用者一人ひとり合ったオムツを使用し不快にならないよう努めています。	
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	排便状況の情報を職員が共有できるよう引継ぎでは必ず排便状況を報告し記録を残している。また、水分摂取量も把握し散歩を促したりしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週に2回の入浴日は決まっているが、その日の状態や気分によりタイミングを調整し、利用者のペースに合わせ午前～午後にかけ入浴している。	週2回を基本とし利用者の希望や体調を考慮し入浴を支援しています。同性介助にも対応し職員と一緒に入浴する事もあります。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中に疲れや眠気が見られた場合には、臥床・午睡を促している。夜間についても、利用者にあった居室の温度調整を行い、安眠を妨げないようにトイレの声掛けやオムツ交換などの排泄介助を行っている。		
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	薬の一覧表で目的や副作用を確認している。特に処方薬が変更となった際は注意して様子観察している。		

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
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	利用者の生活歴や趣味などを知り、食事の準備、片付け、盛り付け、洗濯物干しやたたみ、畑作業、縫い物など利用者それぞれに合った役割を持ってもらっている。		
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	天気の良い日は、利用者の希望に沿って外に散歩に出かけたりしている。認知症による徘徊時も拘束はせず、可能であれば職員と一緒に外出し対応している。	天気の良い日には散歩に出掛け、桜の木をバックに記念写真を撮ったり、買い物やドライブにも出掛けています。事業所の前の開放的な雰囲気でティータイムを楽しみ利用者の気分転換を図っています。	
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	金銭は事務所で一括管理しているが、希望によりいつでも職員と共に買い物に行き使用する事ができる。また、移動パンの購入支援も行っている。		
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	希望に応じて電話を掛けたり、手紙を書いてポストへの自力投函しており、必要な場合には介助している。電話が来た際や、かけたい時には支援したり、ゆっくり話して頂けるよう環境の配慮をしている。		
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	花を飾ったり、季節に合わせておひな様や兜、クリスマスツリーなど飾っている。また、大きなディルームの窓からは日の光がたくさん入り、近くの畑や遠くの山々の緑も見える。	共有空間は明るく暖かな陽ざしが射し込、穏やかにゆったりと食事や寛ぐ環境となっています。季節ごとの装飾や行事の写真が飾られ、楽しく居心地が良く過ごせる工夫をしています。	
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	食事時以外は席を決めず、誰でも自由に過ごしていただけるよう配慮している。又、ソファーも壁際に設け、落ち着いて寛げるように十分配慮している。		
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	昔からの使い慣れたタンス、鏡台、椅子、ソファ等の家具類や、個人で必要なテレビ、仏壇、冷蔵庫など自由に持ち込んでもらっている。	使い慣れた家具や調度品などが持ち込まれ、今までと変わらず安心して暮らしやすい環境と場所になるよう配慮されています。	
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	居室や廊下などはバリアフリー、その他浴室、トイレなど手すりを設置し、安全に配慮している。居室のベットの位置等も乗り降りしやすいよう配慮し、自立支援を行っている。		