

## 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	0190200709		
法人名	社会福祉法人 三草会		
事業所名	グループホームもえれのお家 優林・森和 優林		
所在地	札幌市東区北35条東28丁目 9番11号		
自己評価作成日	平成28年8月31日	評価結果市町村受理日	平成28年11月11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)】

町内交流でお祭りや各種行事に参加するだけでなく、福祉除雪へも参加し地域で暮らす高齢者支援をしています。  
また、近隣の小学校からの慰問交流や、学童の訪問を受け世代間交流の場となっています。

## ※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=tru&amp;JigvosvoCd=0190200709-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=tru&amp;JigvosvoCd=0190200709-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	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28年10月21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)】

運営法人である三草会は平成26年に医療法人社団から社会福祉法人に変更し、更なる高齢者福祉への貢献に邁進している。当事業所は、バス停から5分程の閑静な住宅街に位置し、1階には小規模多機能事業所が併設された、2階建て2ユニットのグループホームである。小規模多機能事業所とは、運営推進会議や避難訓練を合同で実施するなど、それぞれの機能を有効に活用しながら、利用者、職員は交流を図り、協体制を築いている。利用者は小規模多機能事業所の音楽会などに参加し気分転換を図っている。近隣には小学校や保育園があり、子供たちの訪問を受けて交流を楽しんでいる。事業所は町内会行事への参加や近隣住宅の福祉除雪に協力し、町内会役員は運営推進会議に参加頂くなど相互交流を図っている。また、家族会を年2回開催して、家族同士の交流や職員と家族との交流を重ねて絆を深めている。介護度の高い利用者が多いので、職員は常に健康管理に努めている。馴染みのかかりつけ医への受診には職員が同行し、利用者の状況を詳しく説明しながら服薬の調整に配慮するなど、適切に対応している。職員は看取りを経験しており、運営法人のバックアップ体制の下、終末期ケアも利用者、家族の思いを尊重した支援を行っている。管理者、職員は連携を図り、利用者の現状と意思を把握して、きめ細やかなケアサービスの実現に向け取り組んでいる事業所である。

## 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
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
<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	地域の中での生活を理念に掲げ、事業所内に掲示し、カンファや勉強会で職員間で共有し実践に心掛けている。	法人理念である「地域社会の幸福を追求」を基本とした、グループホーム共通理念を掲げ、何を大切に利用者と向き合うかの指標を定め、職員は理念の実践に取り組んでいる。事業所内に理念を掲示し、職員は共有を図っている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会活動でお祭りや、ゴミ拾いなどの行事参加の他に近隣の福祉除雪を協力しています。また、隣接の小学校からの見学や小学生の訪問を得ています。	町内会に加入し、祭りや清掃活動などの行事に参加している。地域貢献として、近隣住民宅の福祉除雪に協力している。毎年、小学生の学習訪問を受けている。現在、小学4年生を対象に、認知症サポーター養成講座を検討している。	
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	運営推進会議で利用者様の生活状態の説明を行うとともに、お祭り等町内会活動に利用者様も参加し認知症の理解に努めている。		
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	会議では活動、利用者様の状況を報告し推進員の方々からご意見を頂いています。また、ご利用者様ご家族へは議事録をお送りし状況報告を行なっています。	運営推進会議は、今年度より併設の小規模多機能事業所と合同で開催している。会議には、包括支援センター職員、介護予防センター職員、町内会役員などの参加を頂き、事業所活動や利用者の状況など報告し、意見、要望を運営に反映させている。	前回の期待項目であり、事業所は全家族に議事録を配布するなど、運営推進会議への関心に繋げる努力を継続しているが、更に魅力ある議題の提供や日程の調整など、家族が参加し易い環境作りを検討し、多くの家族参加を得られる取り組みを期待する。
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	管理者やリーダーが主に行っており、担当部局、包括ケアマネセンターとの情報交換・収集を行っています。	管理者は市・区の連絡会議に参加し、行政担当者とは協働関係を築いている。事業所としては、運営推進会議に包括支援センター職員や介護予防センター職員の参加を得て情報交換を行っている。認定更新時には、管理者が利用者の状況を報告し連携を図っている。	
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	身体拘束の内容を資料・マニュアル・勉強会等で理解した上で、チェック項目を用いてケアの実践に取り組んでいます。	勉強会ではマニュアルを活用して身体拘束の弊害について学び、理解を深めている。利用者個々の身体拘束禁止チェック項目表を作成し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者の状態に応じて服用する薬も、医師と十分話し合い検討し、利用者の安全確保に努め、家族に説明し理解を得ている。	
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	利用者様に身体的、精神的負担が無いように職員間で話し合い、研修会等に参加しより質の良いケアに努めている。また、毎月虐待防止、身体拘束の自己点検表を用いて確認しています。		

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
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	外部研修やカンファ、勉強会で必要性を話し合い活用できるよう努めている。		
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	管理者やリーダーが主に行っており、利用者様とご家族からご意見や要望を確認しながらケアプランに反映しています。		
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	ご家族の来訪時はケアの状況を説明しながら要望を確認し、記録に残し職員間の共有を図り申し送りやカンファで整理し今後のケアに反映するようにしています。	家族の来訪時や電話連絡時には意見、要望などを積極的に聴く努力や場面作りに努めている。家族からの要望などは生活記録や来訪時ノートに記載し、職員間で情報を共有し、改善に向けて取り組んでいる。年2回、家族会を開催し家族交流を図っている。不定期であるが、利用者個別に写真掲載の便りを作成し、担当職員が近況を報告している。	
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	日常業務やカンファの他、年に一度は個人面談で勤務や希望の話し合われている。必要時には業務改善委員会を開催し対応している。	職員の意見、要望、提案には常に耳を傾けており、毎月のカンファレンスや年1度の個人面談にて話し合い、検討し、反映させている。年度変わりや年間計画作成時、役割分担見直し時には業務改善委員会を開催し、話し合いの場を設けている。	
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	資格取得、研修会参加には協力的に取り組んでおり、職員による過半数代表者を選出し就業環境、条件についても代表者との話し合いを持っている。		
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	事業所での勉強会が月1回行われており、その他にも外部研修へも可能な限り参加している。		
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	外部研修会や勉強会で交流を行っており、その他にも実習生を受け入れています。		

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
<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	管理者やリーダーが入居前の事前訪問でご本人やご家族、ケアマネから情報収集し初期プランに反映し、入居後は傾聴や行動を整理しアセスメント、ケアプランを短期間で見直しを行っています。		
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	入居前は管理者やリーダーが行っており、入居されてからはご家族来訪時に職員が話し合いの時間を設けて信頼関係を築けるように努めています。		
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	初期相談時に管理者やリーダーがサービス利用の状況をご家族やケアマネに確認し、生活歴を知る中で必要なサービスを見極めるようにしています。		
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	生活歴を含め情報収集を行ない、職員の一方的な介護にならない様な言葉がけに注意し利用者様が自主性を発揮できるような介護に努めています。		
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	ご家族来訪時に話しやすい環境づくりに努め、利用者様の状態を細かく伝えることで要望や不安を話しやすい関係に努めています。		
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	ご家族や友人の皆さまがいつでも来訪できる環境でおり、従来からの病院や看護師との関係が継続出来るよう努めています。	事業所は来訪者を歓迎している。利用者の重度化に伴い、外出の要望が極めて少なく、定期的を受診するかかりつけ医や看護師が馴染みの関係となっているので、職員は継続支援に努めている。	
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	利用者様同士の関係性を把握しながら居心地の良い環境の構築に努めています。		

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	
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	退所事例は少なく、必要に応じてご家族への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	ご本人の希望や意向は記録に残しカンファで話し合いケアプランに反映出来るように努めています。	利用者の担当職員が、日常会話や様子から本人の思いを汲み取り、意向に沿った支援が行われている。		
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	ご本人やご家族からの生活歴などの情報を整理しアセスメントの追記を行なっています。			
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	生活記録に残しカンファに反映し職員の共通理解に努めています。			
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	ご本人やご家族からの要望や意見を組み入れ、主治医や訪問看護などからの指導助言を得てケアプランを作成しています。	家族の要望を踏まえて、利用者個々の担当職員が、利用者の状況を把握し暫定プランを作成し、カンファレンスにて職員の気付きや意見を加え、最終的に介護支援専門員が纏めて、介護計画を作成している。3ヵ月毎に見直しを掛けているが、状況変化時は随時見直している。	ケアプランに沿ったケアサービスの実践を詳細に記録に残す事で、モニタリングやアセスメントに活かせるため、記録方法の統一と整備など検討することを期待する。	
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	気づきやケアの工夫を記録に残し共有を図り送りやカンファで話し合われています。			
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	利用者様のニーズに臨機応変に対応出来るよう努めており、ターミナルケアの対応にも医療機関と連携を図りながら取り組んでいます。			
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	隣接の小学校や町内会行事への参加を通して交流を図っています。また、地域の銭湯や美容室利用等利用者様の状況や要望に応じて対応しています。			
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	従来から関係のあるホームドクターの継続を優先し受診時は職員の同行を行ないご利用者に代わって健康状態の報告、ご家族への受診報告を行なっています。身体状況の変化に応じて往診への切り替えをご本人やご家族と相談して検討しています。	入居以前からのかかりつけ医への受診は職員が同行し、生活の様子や症状を医師に伝えている。通院が困難になった場合は、協力医の月2回の往診対応に切り替える事も、家族と相談の上検討している。週1回の訪問看護師により、日々の健康管理は適切に行われている。		

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	
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	週1回の訪問ですが、状態変化がある場合には電話相談を行ない、主治医との連携を図りケアにつなげています。			
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。	入院時は病院への基本情報や健康状態を提供し、容態変化に応じてご家族に同席し病院からの説明を得ています。			
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時にはご家族の意向を伺い方向性を確認しています。事業所での勉強会を開催するとともにケースに応じた対処や急変対応をその都度ミーティングを行ない確認しています。	「重度化した場合の対応に係る指針」を作成し、入居時に利用者、家族に説明し同意を得ている。既に看取りを経験しており、重度化した場合は、本人、家族の意向を確認し、医師、看護師、職員と共に連携し、希望に沿う様に支援している。		
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	急変や事故発生時のマニュアルを作成し、勉強会や職員個人個人がシミュレーションしています。			
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	昼夜想定火災避難誘導は定期的には実施していますが、大規模災害を想定までには至っていません。	今年度は10月に昼想定火災訓練を、併設の小規模多機能事業所と合同で実施している。次回は雪の場面での訓練を検討している。消防用設備点検は定期的には実施している。備蓄品も確保している。町内避難場所は家族に周知している。	訓練は自主訓練となっているので、年に1度は消防署指導の下で訓練を行い、専門家の適切なアドバイスを受け、課題対策に取り組むことを期待する。また、地域住民の参加を呼びかけ、具体的役割を協議すると共に、自然災害を想定した訓練を重ねることを期待する。	
<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	接遇の勉強会を通して、個人の人格を尊重した声掛けや介助に努めています。	職員は、年長者に敬意を払い人格を損ねない様に、言葉の語調や内容に配慮して声掛けを行っている。個人情報の取り扱いと保管は徹底している。		
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	ご本人の意向が汲み取れるような声掛けに気を付けています。自己決定が困難と思えるケースはご本人に代わってより良い選択を職員が代行しています。			
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	職員が日課を決めることなく一人一人のペースに応じた支援を行ないたいと意識していますが、必ずしも希望に沿った支援には至っていないのが現状です。			
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	化粧や身だしなみの支援は行っています。散髪もご本人の希望に応じてカットの有無や顔そりを選んで頂いています。			

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	ご利用者の身体状態に応じながら「食べたい」「美味しい」と思える食事提供を行なっています。が、嚥下状態によっては意に沿わない事も有ると思います。準備や後片付けは出来るだけ利用者様と一緒にするようにしています。	献立、食材、レシピは外注している。利用者の体調に応じて別メニューも作成している。畑で収穫した旬の野菜も活用し調理している。行事食や出前も取り入れ変化を楽しみ、食べる喜びに繋がる様に支援している。	
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	利用者様の身体状況や体重、身長を考慮しながら、医療関係者と相談した食事量・水分提供を行ない記録記載しています。		
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	歯科往診や口腔衛生士の指導を得ながら、利用者様の状態に応じて、うがい・スポンジケア・歯磨きなど行っています。		
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	トイレでの排泄継続を目指して、表情や行動パターンでの誘導、時間誘導を行なっています。	利用者個々の排泄パターンを把握し、排泄のタイミングや表情、動作などを見極めながら誘導し、トイレでの排泄支援に取り組んでいる。トイレは各ユニットに4カ所配置し、1部男子用便器も設置するなど、使い易く整備されている。利用者の重度化に伴い、衛生用品を活用しているが、個々の状態に合わせて検討し支援している。	
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	排便周期を把握しながら、日常的に乳製品や繊維質の提供をしています。また、水分量、運動も考慮しながら下剤調整を行なっています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	身体状況では必ずしも利用者様の希望に応じた時間帯には至っていませんが、銭湯入浴希望者への個別ケアも行なっています。	入浴は週2回を目安にしているが、利用者の生活歴や希望に合わせて支援している。入浴を拒む利用者には、タイミング図って声掛けを行っている。安心感への配慮として、同性介助や二人介助で対応している。	
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	日々の状態を観察しながら昼寝の促しを行なっており、昼夜逆転の利用者様には日中の覚醒に運動や活動提供を行なうとともに、医師と相談しながら安眠確保に取り組んでいます。		
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	誤薬防止に複数職員のチェックを行ない内服支援を行なっている。薬の効用については全てを理解するまでには至っていないが、処方箋ファイルで確認出来るようにしている。主治医とは健康・生活状態を報告しながら薬調整も行っています。		
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	利用者様に応じて生け花や歌、生活リハの提供を行なっています。その他にも銭湯入浴、晩酌提供などの個別対応も行っています。		

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
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	ホーム周辺の外気浴を兼ねた散歩は行われているが、ご利用者様が希望される買い物や外食などの定期的支援には至っていません。	利用者の重度化に伴い、全員での外出は難しくなっているため、個々に対応して気分転換を図っている。日光浴や散歩、買い物、ドライブなど併設の小規模多機能事業所の車を借りて、車椅子利用の利用者も戸外に出かけることを支援している。	
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	ご本人やご家族の要望があれば随時買い物等の支援は行うようにしています。お小遣いは施設管理で行っており、個別対応の中で少額を所持して頂くことがあります。		
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	手紙や葉書を書かれる方には切手や便箋を用意しています。電話はご本人が希望された時や遠方で来訪が難しいご家族へは受診報告等の際にご本人と話しが出来る機会提供を行なっています。		
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	季節を理解して頂けるような装飾を行なっています。また、ご利用者の入退にともなうペアリングや身体状況を考慮したレイアウト変更を行ない環境づくりに努めています。	各ユニットのリビングは、窓からの日差しが明るく、開放感がある。キッチン是对面式で見守り易く、利用者との会話も弾んでいる。事業所内には季節感ある飾りや書道の掛け軸などが飾られ、寛げる空間になっている。浴室、トイレ、洗面台も使い易く設計されていて、特に洗面台の鏡にはロールスクリーンを設置するなど、利用者に配慮している。また、壁にはオシャレな書棚が作られて、週刊誌などの書籍が並び、利用者の関心事や好奇心の刺激に役立っている。	
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	ご利用者同士が気兼ねなく過ごせるようペアリングを考慮しながらも、日々の状態に応じてホールや食堂、居室の場所や時間で住み分けを行なっています。		
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	ご家族には使い慣れたもの馴染み深い家具や装飾品の持ち込みを依頼しています。ただし、身体機能の低下や認知症状の変化に伴い転倒事故防止や混乱軽減の為に殺風景な部屋になってしまう事もあります。	各居室にはクローゼットが設置されている。利用者はそれぞれに、馴染みの家具や好みの品を持ち込み、落ち着いたもの、自分らしい部屋に整えている。身体状況に変化が見られる利用者の居室は、家具配置を検討し、安全に配慮している。	
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	表示や手すりの増設、夜間のスポット誘導を行ない安全に自立生活の継続に努めています。		