

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	0176400372		
法人名	株式会社 マルベリー		
事業所名	グループホーム めくもりの家 2F		
所在地	留萌市開運町3丁目8番3号		
自己評価作成日	平成30年6月25日	評価結果市町村受理日	平成30年9月3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.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0176400372-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0176400372-00&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 ニッポン・アクティブライフ・クラブ
所在地	札幌市北区麻生町5丁目2-35コーポラスひかり106号
訪問調査日	平成30年7月18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)】

<p>御入居者様一人ひとりが自由な時間を過ごして頂けるよう、食事以外の制限を行っておりません。</p> <p>2つの町内会に加入し、町内活動に参加し、1Fデイサービススペースを夜間や土日に地域住民に無料開放して地域住民との連携を深めています。</p>
---

【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>当事業所は留萌市の中心(行政、教育、銀行、病院、スーパー、コンビニ、繁華街が近くにある)に立地し、鉄筋コンクリート造り5階建て、1階はデイサービス、2・3階にグループホーム、4・5階はシルバーマンションとなっている福祉専用の建物である。3事業所合同で行事を行うなど利用者同士相互に交流を継続しながら運営をしている。町内会にとっても結びつきが強く、利用者や管理者、職員が地域の行事などに参加し地域住民との交流を深めている。地域性もあり各階の利用者は以前からの顔見知りや従来からの繋がりの関係も多く各事業所への入所希望の相談を受けた時は要望に沿うようにしている。留萌管内として近隣の市町村の行政担当者や地域包括支援センターとの連携や交流があり利用者の相談や受け入れをしている。また、建物が災害時には市の避難場所として登録されているため、災害時での地域の結びつきは強い。利用者は職員と会話を交えながら体操、ゲーム、塗り絵、歌謡曲合唱など楽しみながらゆっくりと過ごしている。</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広がったり深まり、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
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		

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	「一人ひとりが支え合い、元気で笑顔あふれるめくもりある生活」を理念に掲げ、職員間で理念の共有し、実践につなげている	エレベータホールに事業所理念「一人ひとりが支え合い、元気で笑顔あふれるめくもりある生活」と行動指針を掲示している。採用時研修で周知し、月1回の会議で理念を共有して日々のケアに繋げている。	
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人として日常的に交流している	福広会、開明町内会に加入している。管理者が町内会監事に就き、総会に参加し、町内との連携を深めている。また町内清掃にも参加している。近所の幼稚園運動会総練習見学を毎年行っている	2つの町内会に加入し、管理者は役員として連携を深めている。利用者は地域の夏祭りや町内会主催の「ふくふく夏祭り」に職員と共に参加し住民と相互交流している。繁華街に隣接し利用者地域住民の結びつきが強く来所しやすい環境を提供している。	
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	運営推進会議内で認知症についての勉強会、説明を地域の人々の理解に努めている。また現況の報告を行い、理解を深めている		
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	平成29年度は運営推進会議を6回開催した。その中では利用者の現況や行事の報告を行っている。また介護ロボットの説明や介護報酬の加算についても報告を行い理解を深めている	市職員、町内会長、民生委員、知見者、利用者家族、事業所役員などが出席し年6回開催している。運営報告、事故報告、感染症対策、行事予定、避難訓練報告などを行い、意見交換を行ってサービス向上に活かしている。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	管理者や計画作成担当者が市の介護支援課と連絡を密に取ったり、直接足を運び実績やサービスの報告、介護保険についての相談を行っている	担当者とは密に連絡を取り合い運営推進会議出席時や、部署を訪れ事業所の状況を説明し、更新や手続きなどで判らないときは指導や助言、情報を得ている。また、市主催の研修会に参加しケアの実践に繋げている。	
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	北海道社会福祉協議会で開催される、高齢者虐待防止研修に昨年度2名の職員が参加した。今年度も参加予定である。内部でも身体拘束廃止委員会(安全委員会)を毎月開催し、身体拘束の事例等について話し合いを行っている。	外部研修に参加し、内部研修は年2回あり、身体拘束の弊害を理解し日々のケアで実践、行動抑制言葉を使わない様に職員全員で注意をするように努めている。他に、毎月1回の全体会議後で研修を行っている。	
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	各フロアより1～2名の職員が身体拘束廃止委員会(安全委員会)に参加し、介助面で気付いた場面を意見として出し、検討している。特に言葉使いには十分に気を配るように話し合っている。		

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	計画作成担当者が成年後見制度の研修に参加している。家族の援助が少ない利用者の権利を保護する為市や行政書士、弁護士と連絡をとっている。現在成年後見人がついた利用者が1名入居中である		
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、重要事項説明書、重度化の指針を通じて、利用者や家族、関係者に十分な説明を行っている		
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	毎月1回行事の報告をする広報誌と利用者の様子がわかる文書を家族に送付している。家族の面会時に意見や要望を受け入れ、運営に反映させている	利用者からは日常の会話や生活の中で、家族等からは面会や電話連絡の際に、利用者の様子を伝えながら話を聞いている。玄関に「意見ボックス」を設置するほか、毎月の通信とお便りで近況を伝えながら意見要望を把握し運営に反映している。	
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	リーダー、副リーダーを中心に意見を聞き入れ、その意見を管理者に報告し、反映させている	職員一人一人が目標管理カードを作成し、管理者との面談を年2回(上期、下期)行い、職員の意見や要望を把握するように努めている。ディサービスを加えた全体会議、ユニット会議で職員からの意見や要望を吸い上げて運営に反映させている。	
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	上期、下期ごとに職員が目標管理カードを作成し、管理者との面談を行っている。各自が向上心を持って働けるよう評価を行っている。残業はなく、職員は勤務時間通り退社されている。有給休暇も職員お互いで取れている。資格に応じて正社員への変更もしている		
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	管理者より、市内外の研修を提案し、参加希望の職員は参加できるようにしている。昨年度は介護記録の書き方研修や薬の効能研修など日々業務に必要な研修に参加している		
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	札幌市に同業のグループホームがあり、管理者、職員意見の交換を行っている。また年に一回歌志内市にある関係施設とも行事の交流で職員が行き来している		

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
<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	入院、在宅に問わず、相談から入居までの間、管理者、計画作成担当者が何度も面会を行い、利用者のニーズの把握と信頼関係を構築し、安心して入居できるよう努めている		
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	家族と話す機会を多く作り、不安や希望等に耳を傾けている		
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	利用者、家族の意見を受け入れ、デイサービスや高齢者マンションの存在を示し、選択肢の幅を広げている		
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	食事後の食器拭きや洗濯物たたみ、調理をともにし、互いに支え合う関係を築いている。積極的にお手伝いをする利用者が多くなっている		
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	小さな事でも報告するように努め、また月に1回の様子や受診の様子をまとめた文書を作成し、送付している。また家族の面会時には管理者ができる限り、顔を合わせるようにしている		
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	面会時間や外泊、外出には制限を設けていない。家族や知人が居室内で一緒に食事を摂る場面もある	知人や友人の来訪時にはゆっくりと会話ができるようように支援している。馴染みの美容室や買い物などには職員が同行して馴染みの関係が途切れないように支援している。お盆や正月の外泊、外泊などは家族や利用者の要望に沿うように配慮している。	
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	話が合う利用者同士座れるよう支援している。また場面に応じた席の工夫に努めている		

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	退去後も家族から次の行き先について連絡が来たりするケースがある。また退去後半年間は行事等の報告をする通信を送付している。利用者が入居時に使用していた車椅子の寄贈もあり		
<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	希望や意見を聞ける利用者には十分に聞き、困難な利用者には表情や行動の観察を行い、本人本位に検討している	日頃の関わりの他、アセスメント・家族の面会時、行事等の機会を利用して意向の把握に努め、記録している。把握した意向は会議で検討し、今後に生かすように取り組んでいる。	
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	仕事や性格、趣味を本人、家族から聞き把握に努めている		
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	1日の様子を介護記録にまとめている。また月に1回各フロアーで会議を開催し、職員同士で現状の把握に努めている		
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	計画作成担当者が本人、職員と話をし、介護計画書を作成している。作成した計画書を家族、本人に掲示している	介護計画は、利用者とその家族の意向を把握して、ケアマネージャーが原案を作成し、会議で意見を集約して、短期3ヶ月、長期6ヶ月で介護計画を作成して家族に説明し確認印を得ている。状況に変化があればその都度見直し対応している。	
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	ケアカンファレンスやフロアーの会議内で情報を共有し、計画の見直しに努めている		
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	入院中のカンファレンスに管理者、計画作成担当者が家族と一緒に出席し、早くグループホームに戻れるよう支援している。また入院中の利用者の食事介助に職員が病室に行き、早期退院に繋がったケースもある		
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	近所の幼稚園運動会総練習見学を毎年行っている。全利用者が参加できるような行事の企画に努めている		
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	内科のかかりつけ医には月2回の往診を受け、歯科のかかりつけ医は随時往診を受けている。緊急時には電話連絡にて往診を行っている	本人、家族の希望に添ってかかりつけ医に継続して受診できるように支援している。月2回の協力医による往診と歯科医による随時往診が行われている。24時間体制は近隣の市立病院が対応している。	

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
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	便の対処や皮膚の処置については看護師に相談を行い適切な看護を行っている。風邪症状などがみられる場合はかかりつけ医看護師に電話相談し、適切な受診ができるようにしている		
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。	病院の医療連携職員と連絡を密に取り、入院中の利用者の状況把握に努めている。また早期に退院できるよう職員が食事介助に出向き、早期退院に繋がったケースもある		
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、事業所の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	契約時に重度化に関わる文書を家族に提示し、家族の理解を深めている。夜間の緊急時の対応は22時頃までかかりつけ医に連絡し、それ以降は夜間対応の医療機関に連絡を入れ対応している	現在は看取り介護はしていないが、入所前に利用者と家族に重度化に関する指針を説明している。重度化した場合は、利用者、家族、関係機関と十分話し合い、希望に添えるよう支援している。また、看取りやターミナルケアの研修を行っている。	重度化になっていく過程で、事業所の方針を利用者と利用者家族に説明し理解を得ているが、説明の都度、又は話し合いの都度、その結果を同意書にて家族の確認印を得ることを期待する。
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	平成28年11月に全職員が救急救命講習を受講した。今後も数年に1度講習を受講する予定である。AEDの設置も行っている		
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	災害対策マニュアルを作成し年に2回避難訓練を実施している。職員が車椅子利用者を階段昇降できるよう訓練も行っている。市の災害対策講習にも参加し、今後の福祉避難所の協力も積極的に行っていきたい	消防署職員や消防団員立ち合いでデイス、グループホーム、共同住宅と合同で夜間を想定した総合訓練を年2回日中想定で行っている。講評は運営推進会議で発表し次回に反映するようにしている。備蓄については飲料水を含め2・3日分を確保している。	
<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	職員同士で注意を促しながら行っている。利用者のプライバシーを損ねないよう、特に言葉掛けには気を配っている	利用者それぞれに合わせて、誇りやプライバシーを損ねない声かけ、対応を心がけている。月1度のフロア会議で利用者への尊厳などを討議したり職員間で話し合う機会を設けている。個人記録や重要書類は適切に保管している。	
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	行事の際にはメニュー表をみて好きな食べ物を選んで出前を取る等利用者の自己決定ができる場面を増やすよう働きかけている		
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	利用者個々のペースや状況に合わせて支援している		
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	利用者本人が希望する理美容室の援助を行い、その人らしい身だしなみやおしゃれができ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	職員が献立を考え、軽作業を利用者に準備してもらい、片付けも共に行っている。食事を楽しんでもらえるよう行事の際には、出前等で日常とは変わった物を楽しんでもらえるようにしている	昼食は配食サービスを利用し、朝と夕は利用者の希望を聞き近くのスーパーで食材を購入し、利用者の協力を得ながら調理を行っている。誕生日や行事食は利用者の希望を取り入れながら、ケーキや出前、弁当などを検討しながら、希望に合わせた楽しい食事の提供に努めている。	
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	1日の食事量、水分量のチェックを行い、自力摂取が難しい利用者には食事介助を行っている		
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	毎食後の口腔ケアに心掛けている。介助が必要な利用者にはガーゼにて清潔を保てるよう介助している		
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	排泄表にチェックを行い、利用者のパターンをつかみ、その都度声掛けを行っている	チェック表で利用者それぞれの排泄パターンを把握し、時間毎に、あるいは様子を観察しながら声をかけてトイレへの誘導を行っている。機能回復も含めトイレでの自立排泄の支援を行い、状況にあわせてリハビリや布パンツの利用しながら、自発的にトイレで排泄ができるように支援している。	
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	毎日体操を行い、身体を動かしてもらうようにしている。		
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	入浴回数に制限はなし。毎日浴槽にお湯をはっている。身体状況に合わせて特殊浴槽も検討している	入浴日や入浴時間の制限はなく、利用者の体調や希望にあわせて入浴できるよう取り組んでいる。また、浴槽は都度お湯のほりかえをしている。入浴は湯船の他シャワー浴、清拭など要望に沿うように配慮している。	
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	ベッドや布団については家庭のままの状況に合わせている。必要時に応じて家族に相談を行いながら検討している		
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	職員が薬局の薬剤師に直接相談し、利用者一人ひとりが服薬している用法や容量について理解できるようにしている。特に誤薬がないように注意している		
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	利用者の役割を生かしていけるよう、野菜の皮むきや食器・テーブル拭きをしてもらったりと工夫を行っている。また風船バレーやカルタ取りを行い、気分転換できるよう心掛けている		

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
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	近所のスーパーに買い物に行ったり、公園に行きお花をみたりと散歩に出掛けている。また近所の病院には車送迎を行わず、歩行や車椅子にて受診している	日常の散歩の他、職員と市内のミニドライブで海の展望台や増毛の桜の名所を観光に出かけ、利用者の気分転換が図れるよう支援している。また、お盆や正月の外出や外泊、外食など家族からの要望に沿えるように支援している。	
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	利用者の認知能力に合わせて自己管理している。管理が難しい場合は、グループホームで管理している		
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	電話の希望があった場合はその都度対応している。兄弟から電話があり、居室でゆっくりとお話している利用者もいる		
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	ホール内に季節感を感じ取れる飾り付けを行っている。温度や湿度の調整は職員が徹底して行っている。乾燥している居室には濡れたタオルを干し、乾燥しないように努めている	明るく開放感ある食堂兼居間にはテーブル、イス、ソファ、テレビ、観葉植物など余裕を持って配置し、利用者は思い思いでゆっくりと過ごしている。壁には貼り絵、行事写真等が貼り付けられている。職員と利用者は体操、風船バレー、トランプ、カルタなどを行い、会話を交えながら楽しく過ごしている。	
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	気の合った利用者同士でお話ができるよう、ソファの設置を行い、くつろげるスペースを作っている		
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	在宅で生活していたなじみの物を居室に設置している。じゅうたん等転倒の危険があるものは家族と相談を行っている	6畳ほどの居室には常設されている大きなクローゼットがあり、整理タンス、イス、ベッド、テレビ、写真など使い慣れた物を持ち込んで心地よい環境で過ごしている。清掃はとくに気をつけベッド下は必ず点検清掃をしている。	
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	安全面に十分配慮し、利用者ができる事を職員がみつけ、自立した生活が送れるよう工夫している		