

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	0173100363		
法人名	有限会社 シルバープラン		
事業所名	グループホーム プランタンびえい		
所在地	上川郡美瑛町大町2丁目531番地		
自己評価作成日	平成 25年 1月 26日	評価結果市町村受理日	平成25年4月4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 kanj=true&JigyosyoCd=0173100363-00&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)】

プランタンびえいの理念は介護の理念のみならず、職員に対しての理念でもあり、入居者、職員の区別無く「あるがままの一人ひとりの個性を尊重し共に暮らし、そして支えあう」ことを念頭に置き日々努力している。

【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 25 年 3 月 9 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)】

利用者を家庭的雰囲気の中で穏やかに暮らせるように支援する理念を職員は理解し、日常のケアサービスで優しさと思いやりをもって実践しています。ホーム来訪者へも快く応対しているため、家族から訪問した際には明るく声をかけていただき、利用者の様子も頻繁に知らせてくださると感謝されています。さらに、ホームの諸行事を知らせる便りに加えて利用者一人ひとりについて管理者、看護師、職員がコメントを記載し、写真を入れた詳細な便りも送付して家族に喜ばれています。ホームは、地元との交流にも力を入れており、町内会行事への参加ばかりでなく介護教室の開催、ホーム主催のプランタン祭りへの住民参加、多数の地域ボランティアの慰問など地域との日常的交流があります。昨年、運営法人はホーム隣接地に有料老人ホームを開設したため、同所と医療介護関連の連携、避難訓練やお祭りなどの諸行事の合同開催、利用者の交流など両事業所の質的レベルアップに繋がる事が期待できるホームです。

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		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	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ます (参考項目:9,10,19)		1. ほぼ全ての家族と
		○	2. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある			○	2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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している (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	「一人ひとりの個性を尊重しその人の願いを受け入れ家庭的な雰囲気なもとで」暮らし続けられるよう事業所各所に基本理念を掲示し、会議時や日常的な引き継ぎ等でも理念を意識し、実施できるよう心がけている。	ホーム独自の理念を案内パンフレットに明示し、建物内部への掲示や職員の名札裏面に記載しています。施設長や管理者は、職員が日常業務で理念を意識したケアの実践に努めるよう話し合いもしています。	ホームと地域住民との交流がありますが、なお一層地域の理解と協力関係強化のため、ホーム理念又は運営方針等に地域（住民）との連携について明記することを期待します。
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	一人ひとりの希望を確認し地域行事へ参加して頂いている。事業所でのお祭りイベントでボランティアの方々との交流機会がある。	利用者及び職員は、清掃や盆踊りなど町内会行事へ協力しており、ホームの介護教室やプランタン祭りには地域住民も参加しています。さらに、多数の地域ボランティアの慰問や地域住民参加によるの避難訓練などの地域との交流も行われています。	
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	年1回家族介護教室の開催機会をつくって、ご家族や地域の方々へ参加の呼びかけをしている。		
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	運営推進会議でサービス状況を報告し意見交換会を行いサービスの向上を図っている。運営推進会議で施設見学会を実施するなどしている。	運営推進会議は、ホーム関係者以外に民生委員や病院関係者など広範囲のメンバーで構成され、定期的に開催しています。会議では、ホームの現況報告や今後の取り組みなどについて意見交換を行い、ホーム運営に活かすようにしています。	運営推進会議について利用者家族の理解と協力を頂くため、会議内容が分かり易い議事録様式を検討し、全家族へ送付することを望みます。
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	月1回町役場主催の地域ケア会議へ参加し、各事業所と情報交換、意見交換を行っている他、連携をテーマにした事例検討会も行っている。	施設長や管理者は、運営推進会議やケア会議で町担当職員と接触があります。日常的にも随時、町窓口を訪れて相談や情報交換を行うなど行政との協力関係が築かれています。	
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	研修機会の実施により身体拘束に繋がるケアの理解に努めているが、ご家族の希望時は一時的に施錠することはあるが、ご本人の心理、行動パターンを把握してできる限り施錠しないよう取り組んでいる。	職員は、身体拘束をしないケア関連の外部研修受講や内部研修を実施しています。さらに、マニュアルや資料を参考にして自己チェックを行いながら身体拘束のないケアについて理解し、実践に努めています。玄関の施錠は、夜間のみです。	
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逃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	虐待防止に関する研修を行い、全体会議での目標で精神的他、言葉使いも含めて虐待に繋がっていることはないか職員一人ひとりが自己評価する機会をつくり注意している。		

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	職場外、職場内での成年後見制度、権利擁護に関する伝達研修の機会をつくり、将来的に成年後見制度が必要と考えられる利用者の方はご家族、町役場と相談するなどしている。		
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	入居相談時にはサービス内容の説明を行いグループホームで柔軟に対応するよう説明している。不安がある場合は体験入居の提案や他のサービス機関を紹介するなどしている。		
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	面会時に意見しやすい雰囲気をつくり聴き取り、ご家族への定期的なアンケートを行い満足度、要望の把握に努めている。	家族来訪時に、職員と話し合いをしています。行事などの情報に加えて利用者の様子を、管理者、看護師、職員のコメントと写真入りの詳細な便りを個別に送付し、家族から感謝されています。家族からの要望等は、申し送りや会議等を通してサービスに活かしています。	
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	月1回業務改善全体会議を開催し、業務改善に繋がる意見や提案を聴いている。個人との会話の機会をつくり意見しやすい環境づくりに努めている。	施設長や管理者は、職員が話しやすい環境づくりに配慮しており、職員も日常業務や毎月の会議で自由に意見や要望を話し合い、ホーム運営に反映させるよう努めています。	
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	代表者は職員の意見、要望を聞き取り把握し働きやすい環境や労働条件の整備に努めている。		
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	計画的に職場内研修を行っており、個々の経験や力量に配慮し外部研修へ職員が平均的に参加機会をつくれるよう調整している。		
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	同グループ内での勉強会への参加や施設見学を行い、町役場主催の講演会へ参加しサービスの向上を図っている		

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
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	サービス開始時の新しい環境でもこれまでの生活習慣を尊重し本人のペースで遠慮なく暮らして頂けるように対話の機会を十分につくり本人の思いの確認、把握に努めている。		
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	それぞれの家族等のペースに合わせ話しやすい雰囲気をつくり、入居希望に至るまでの情報を聞き取り、不安や要望を理解し、共に本人が暮らしやすい援助ができるように相談し、入居後も生活状況を随時お知らせし関係づくりに努めている。		
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	利用相談時にグループホームでの支援の内容を伝え、必要としている支援に適しているか確認している。他の介護事業所で適しているサービスがある場合は相談、連絡等している。		
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	生活全般において本人の望みを実現して暮らして頂けるように相談、協力し共に楽しく暮らせる関係を築けるように努めている。		
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	本人の望む支援をご家族と共に感じ取り、情報交換を重ね経過を報告し、意向を尊重しながら共に本人を支えて行けるようにしている。		
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	馴染んだ人との連絡調整、家庭菜園、生き物の飼育など趣味活動の継続に必要な支援、自宅やご家族に会いに行ったりお墓参りの送迎と同行をするなどし、馴染んだ生活が継続できるよう支援している。	利用者の希望に沿って、美容院などへの外出や電話や手紙など連絡のお手伝いをして馴染みの人や場所との関係継続を支援しています。家族や知人がホームへ来訪した際も、職員は快く歓迎して、利用者と一緒に過ごすよう配慮しています。	
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	複数人で行う趣味活動の機会をつくり交流に繋げている利用者同士が円満な関係が維持できるように職員も一員となり利用者同士の関係を把握し、調整している。別ユニット方との関わりも広まっている。		

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
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	長期入院により退居された後もこれまでの関係を継続し入院生活の必要品の補充や洗濯などがご家族が難しい場合は代行している。他の介護施設に移られた場合も再入居を希望される場合は連絡調整している。		
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	日常の会話機会の中から聴き取る他、入居者同士の会話や表情、独り言などから思いを察し、意向を尊重し本人の願う暮らし方をして頂けるように努めている。	職員は、利用者との日常会話や動作などから思いや意向を把握する様にしています。把握が困難な時は、職員間の相談や家族からの情報を参考に本人が望むサービスに徹するよう努めています。	
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	入居時に家族や本人からこれまでの生活環境、サービスの利用状況等を聞き取り入居後、本人に確認しながらこれまでの本人の望む生活が継続できるように努めている。		
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	一人ひとりに心身状態にあった負担がなく程良く活動的な1日の過ごし方を把握し調整の支援に努めている。		
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	本人、家族の生活意向を確認し必要な意見を反映し、介護計画を作成し介護援助している。本人、家族、関係者の意見を聞きモニタリングし満足できるサービスの提供に努めている。	担当職員が中心となってモニタリングを行いながら6ヵ月毎の定期見直しを行っています。ケアプラン見直しの際は、家族や担当医師と相談し、担当者会議で協議してプランを作成し、会議や回覧等で全職員の共有としています。	
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	介護記録に介護計画の日々の実施状況を記録し、引継ぎ連絡帳で情報を共有し、カンファレンス等全体での意見を活かして見直している。		
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	本人、ご家族の希望に対して柔軟な対応をして生活の幅を広げ外出、買い物等の支援に努めている。		
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	近隣の店を利用したり、地域のイベントを伝え好まれる場合は参加の支援に努めている。		
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	近隣の協力病院を中心に事業所の看護師と連携し、本人、ご家族と相談の上、専門病院への受診が必要な場合は受診地域を広めるなど支援している。	非常勤看護師が各ユニット毎に週3日と訪問回数が多いため安心感があります。協力医療機関やかかりつけ医への受診には、殆ど職員が付き添って支援を行なうと共に、受診内容を家族へ報告しています。	

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
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	事業所として看護師を配置しており、介護職員と入居者の方の心身状況の把握、対応の確認をしている。事業所看護師と医療機関との連携により適切な受診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。	入院時は職員がご家族と同行し、本人の情報を提供し治療の内容を確認し、入院中は医療機関、ご家族と連絡し本人の負担など配慮し退院時期の相談、確認をしている退院時は情報を共有し、その後の本人に負担のない対応の確認をしている。		
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	入居時にご家族から終末期の意向を確認し、事業所で対応できる支援の説明をしている。病状の重度化が進み入退院が繰り返される場合は主治医、ご家族と相談し、本人に適した治療、療養が受けられる方法を確認している	ホームは、重度化や終末期の指針を作成し、さらに、利用者の状態変化に応じて終末期事前確認書を説明して同意書を頂いています。職員は、ターミナル研修を受けながらホームの方針を共有しています。	
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	消防署の協力により年1回、救急救命心肺蘇生法、AEDの取り扱い方法の講習を受け、職場内研修で看護師より急変時の対応に関する研修を受け対応できるように努めている。		
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	災害対策に関するマニュアルを整備し、消防署の協力で地域住民の方と調整し、年2回避難訓練を行っている。運営推進会議など災害時の対策方法について意見交換の機会がある。	消防署の指導を受けながら夜間想定を含めた年2回の避難訓練を実施しています。避難訓練には地域と防災協定書を交わしており、住民も訓練に参加するなど地域との災害に対する協力体制が築かれています。	
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	事業所理念である「一人ひとりの個性を尊重し、その人の願いを受け入れ」支えていくように会議時に再確認し自己チェックの機会をつくっている。	職員は、ホーム理念に基づきながら利用者一人ひとりの人格尊重と誇りやプライバシーを守るよう自己チェックを行いながら確認し、支援しています。	
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	活動的な環境づくりに努め、日常生活の中で動作や活動時等に本人の希望を確認し自ら決められるよう話しかけている。		
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	本人の希望は極力待ち時間が少なく実現し満足していただけるようその都度、柔軟に支援できるよう心がけている。		
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	理美容時のパーマ、毛染めの相談をしたり、季節の変わり目には洋服の買い物の同行などして外出の機会をつくっている。		

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
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	食事の感想を聞き好みを把握している。食事中の談話や準備、片付けなど明るい雰囲気づくりを心がける。外食機会など予定し楽しみに繋げている。	利用者が美味しい食事をとれるよう好みを配慮した献立を考え、食事中は職員と一緒に同じ物を食べながら和やかに過ごしています。また、行事食や外食も随時行って、変化のある食事に利用者も楽しんでいます。	
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	生活習慣を尊重し本人に負担のない摂取量を尊重しているが、医師の指示や脱水などに注意し個々の状態にあわせ健康管理に努めている。		
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	毎食後口腔ケアの支援や義歯の消毒の支援している。口腔内の違和感など発見の場合は早めに歯科受診している。		
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	排泄間隔の把握に努めトイレで排泄する習慣をつくり誘導を行い、オムツ、パット、使用具の適正を見極めて自立した排泄の支援をしている。	利用者のおむつ使用を最小限にとどめ、日中は一人ひとりの排泄状況をチェックして声掛け誘導などでトイレ排泄に向けて支援しています。利用者によっては、おむつから紙パンツ又は布パンツに移行するなど排泄の自立支援効果が現れています。	
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	下剤の使用に他、水分の種類調整や運動機会をつくり、排便時の腹部マッサージを行ったりしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入居者の方々の希望にあわせ日中と夜間帯の入浴機会をつくるなど対応している。希望を聞き温泉へ行く機会をつくっている。	入浴曜日と時間を決めています。利用者の希望も取り入れており、夕食後に入浴をする利用者もいます。さらに、温泉入浴も実施して利用者から喜ばれています。	
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	一人ひとりの体力や疲れを見極め休養の促し、昼夜逆転にならぬ程度で声を掛けし夜間帯にはその方のタイミングで就寝して頂いている。		
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	通院時に薬の変更がある場合は医師からの理由説明の情報を受診記録等で共有し、看護師との薬の使用、注意事項の確認をしている。心身状態の変動がある場合は薬の副作用も考え通院時に医師に相談している。		
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	グループホームでの1日の流れの中で個々で役割を持ち習慣とし出来ることを維持している。他趣味活動の提案をして反応の見極めている。		

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
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	希望者を確認し外出行事の機会をつくっている。個人では買い物や自宅への外出の他、気分転換の為、その時の状況に合わせ突発的なドライブなど支援している。	利用者は、冬期間を除いてホーム周辺散歩や花壇の見学、お店へ買い物に出かけています。月に1度はユニット単位でドライブを兼ねて花見やお祭り見学、温泉入浴などの外出行事で戸外に出る機会を持つよう支援しています。	
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	所持金は通常、事業所で預かり残金報告しているが、個人で通帳等を所持し安心される方もいる為、把握に努め見守って自己決定で自由に使えるよう支援している。		
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	生活習慣として日常的に自ら電話をする方は事業所の電話を自由に使用して頂いている。連絡の依頼には引き続きの支援をしている。個人で携帯電話を持っている方もいる。		
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	ホーム内には入居者の方々の作った作品を飾ったり、予定表の掲示などしている。室温、湿度のチェックを行い心地よく過ごせるよう対応している。入居されたばかりでトイレ、居室などわからない場合は解りやすく工夫できるよう相談している。	居間兼食堂は開口部が広くて明るく、季節によって遠くの山々などの景観が見られ、絵画や季節の飾り、手づくり作品が飾られて家庭的雰囲気があります。浴室やトイレも清掃と衛生管理が行き届いており、洗面所とトイレの場所はゆったりとして使用しやすくなっています。利用者は、居間兼食堂の応接セットなど共有スペースでのんびりと居心地良く過ごしています。	
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	共有空間では決まった座席があり一人ひとりの居場所が確保されている。気の合う利用者同士を見極め座席の変更など配慮している。いつでも別ユニットに行き来ができ好きな空間で活動できるよう配慮している。		
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	自宅と同様に居室は馴染んだ物を持ち込んで自宅と変わらず趣味活動等ができるよう相談し、状態に応じ環境整備、必要品の準備の相談するなど工夫している。	暮らしに十分な広さのある居室には、無料で貸与している電動ベッドが備え付けられ、暖房も安全な蓄熱式器具を設置しています。利用者は、馴染みの調度品や整理タンスなどを好み合わせて配置し、利用者を思いやる理念に支えられてのんびりと過ごしています。	
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	共有空間では日常活動を見守り要望を聞き取り思い通りにスムーズ過ごして頂けるよう配慮している。居室内で一人で混乱される方はコールマットを設置するなど工夫している。		