

## 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	0174300434		
法人名	有限会社 マザープランニング		
事業所名	グループホーム ほぶらの家		
所在地	北海道川上郡標茶町富士5丁目16番地		
自己評価作成日	平成29年9月29日	評価結果市町村受理日	平成29年11月16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_2017_02_2_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0174300434-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2017_02_2_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0174300434-00&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29年10月24(火)

## 【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)】

1. 利用者がのんびり・ゆったりした環境の中で生活して欲しい。  
 2. 利用者の誰からも慕われ、尊敬され、安心して生活できる環境を創りたい。  
 3. 健康で安全に楽しく生きがいを感じ、明るい暮らしが保障される住まいを目指します。  
 4. ほぶらの家は街の中心地に位置し、近くに公園がある。公園に幼稚園児や保育園児が時折遊びに来て、ホームに立寄って利用者と会話を交わす場面がある。公園は利用者の格好の散歩コースであり、日常的に利用することが多く、公園内でも園児が利用者に近寄って話し掛けてくれる。  
 5. 開設当初から犬を飼育しており、利用者が餌を与えたり、愛犬と戯れる時もある。  
 6. 隣接して町有地があるので、年間借用契約を締結し、ビニールハウスや菜園を造り、収穫量は少ないが、時折食卓に上り、みんなで一緒に話題にしながら食事を楽しむこともある。

## 【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)】

当事業所は市内中心部からも近い閑静な住宅地にあり、隣接する公園は居間から続くように広まっていて、木々と緑があふれた自然豊かで落ち着いた環境下に立地している。建物は一階平屋建てで、全体的にゆったりとした造りで、庭続きのベランダには開設当初から飼われている犬が利用者や付近を散歩する人と戯れ、くつろぎの風景にもなっている。開設から12年を経過するが、当事業所の優秀な点は、利用者の希望を優先させ、実現しようとする意志力と介護力、介護の基本的姿勢の強さを第一に挙げたい。具体的には利用者の単独での外出を認め実行し今も続けており、また別な利用者の単独外出の可否も検討している。単独外出は長期にわたって同行や見守り外出の実績と、行先や途中での確認体制が多面で整っており、試行の積み重ねで可能となった。利用者の思いは叶えたい、介護の都合で阻止しない、との介護の方向が単独外出や遊技場への出入り、毎晩の晩酌といった個別の希望事項を可能にした事を高く評価したい。二点目は昨年の台風時に隣の釧路川が氾濫しそうになり、町の指示で全員避難を実施し混乱を乗り切って完了した経験を挙げたい。マニュアルにない災害危機を乗り切った事業所の総合的力量に今後も期待したい。

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	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	○ 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	○ 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	○ 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	○ 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	○ 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	○ 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	概ね実践に繋がっている。ホームの共有スペースに表示し、カンファレンス等で周知し理念の確認をしている。	開設以来12年を経て「入居者の尊厳を守り、健康で穏やかに、安心して生活できる家を築きます」と新しい理念を今年の8月に決定。運営推進会議で報告し、今後は実践に繋げるように介護現場に臨んでいる。	
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	地域との関わりは少なく、事業所の取り組みが希薄である。ホームのイベントや地域の催しなどの交流を行っているが、多種多彩とは言えない。	多様な制約の中、地域の会としての取り組みは難しいが、近所やボランティアとの付き合いは維持されており、保育園児の来訪やお祭り等で利用者との交流の促進となっている。	
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	あまり地域貢献している状況にないと思う。町主催の防災訓練に参加することにより、そこに参加した住民や関係機関の人との交流の中で、認知症の理解を深め、支援活動に繋がることを期待している。		
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	運営会議は定期的に行っており、報告すべき事項は極力報告し、委員からの意見には耳を傾け、サービス向上に活かすようにしている。	地域を含めた推進委員の参加で、定期的に開催されており、ノロ対策やインフルの防止などの論議が交わされ、介護のサービス向上に繋がっている。	運営推進会議は事業所の閉鎖性を打破し、明るく開かれた方向を目指すため、課題には事故報告等を含め論議し、議事録は関係機関と全利用者宅に送付し、より一層のサービス向上に取り組むよう、期待したい。
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	町役場、地域包括支援センター(町直営)と、日頃から困難事例や相談しながら、協力関係を構築している。	推進会議や地域包括ケア会議、介護認定調査等の機会があるたびに情報交換を行い、積極的に関係性の維持に努めている。	
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	身体拘束は基本的にあってはならない事であり、職員会議やカンファレンス時に周知し、職員一人ひとりが確実に自覚し、玄関の施錠は夜勤帯(一人勤務時)を除き、開放している。	研修の参加により拘束や抑制の弊害や注意点を学び、各職員で共有している。また毎日の現場で復唱・確認し、職員全員で拘束も抑制も無縁な介護に徹している。	
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	身体拘束と同様にあってはならない事であり、同じ周知と意識付けを行っている。		

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	特に制度の研修は行っていないが、利用者の中に後見制度を利用している方が居り、カンファレンスの中で制度の内容を周知している。		
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	入居希望があり、入居できる状況の時は契約の前に、情報提供票により入居した場合の概要を説明し、出来ればホーム内を見学して貰うようにしている。		
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	ケースは少ないが出来るだけ利用者や家族の意見・要望を聴取し、運営に活かすように努めている。	来訪時の聞き取りを中心に、意見や要望の収取に取り組んでいる。通院結果のお知らせの時や各種の連絡の時も、積極的に話をうかがい、サービス向上に繋がるよう努めている。	
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	日頃から職員の意見や提案を聴取できるようにし、運営に反映するように心掛けている。	定期的な会議や毎回の申し送り時にどのような事項でも話せるような雰囲気作りに努め、どのような意見・提案でも真摯に受け止め、サービスに反映できる様に臨んでいる。	
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	給与水準は十分だとは思っていないが、出来るだけ処遇改善に努めている。		
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	職員のサービス向上のための介護知識・技術は重要であり、OJTは勿論外部研修に出来るだけ参加機会を計っている。		
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	町内に同業者は少ないが、年に1～2度交流を行い、隔月の地域包括ケア会議に参加し、介護事業のあり方を研修している。		

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
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	本人の生活歴や習慣などを本人・家族から聴き取り、初期に強い刺激を緩和できるように努めている。認知症があるため思うような対応に難しさを感じるためである。		
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	家族の方も承知していない部分があり、不安だったり、要望や意見もあると思われるので、耳を傾け、丁寧に説明しながら理解していただけるようにしながら、信頼関係を築けるように努めている。		
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	家族はGHに入居を申し込む段階で、他のサービスが見当たらないケースが多い。可能な限り家族の意向を聴き、利用者の希望も合い入れて、関係づくりに努めている。		
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	利用者の尊重を大事にし、出来ること、出来ない事を見極め、出来ることは積極的に取り入れ、出来ない事に対しては側面から支援するようにして、共に生活しているという関係づくりに努めている。		
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	家族に対し、職員は家族になり切ることは出来ない事を伝え、本人と家族の絆の深さを大切にして頂くためにも、本人と家族との関わりが途切れないように依頼している。		
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	職員体制から制限している面も見受けられる。友人・知人の訪問は常に歓迎するようにしている。美容室や遊技場への出入りも、従来からの馴染に触れられるように支援している。	事業所をはじめとした地域一帯が馴染みの関係となっており、自宅への日参や遊技場通いが利用者の単身外出として実施されているが、丹念な積み重ねと周到な準備の結果であり、本人の意向の尊重が結実した結果に繋がっている。	
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	中には認知症が進行して、現時点の状況を十分理解できない方も居り、難しさもあるが出来るだけ声掛けして、共に楽しく生活できる様に努めている。		



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	介護施設への入所、病院の長期入院の場合は、関係性を保ちつつ、これまでの生活の各種情報は提供するようにしている。家庭に帰宅復帰したケースはこれまで皆無である。		
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	共同生活する中で本人の思い、意向を聴き希望にそえられるよう心がけている。難しい時は家族の意向や協力を得て、解決するように努めている。	本人の意向の把握について、日々の生活に寄り添うことで把握しており、その意向の実現に向けて、単身外出や遊技場への出入り、晩酌の容認等、希望実現に向けて前向きに取り組んでいる。	
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	出来るだけ入居開始時に、本人・家族からこれまでの生活歴や暮らし方の馴染に関する話を聴き、出来るだけ一人ひとりの生活に合う、雰囲気づくりに努めている。		
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	その日、その時に応じた心身の状況を見極め、その時の一人ひとりの気持ちや体調、有する力などの現状を把握するように努めている。		
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	介護計画の策定はできるだけ本人・家族と協議して作成しているが、家族と十分に協議出来ないケースがある。その時は事業所のアセスメントやケアチェック票を参考にし、計画に反映することがある。モニタリングは記録し本人・家族に周知している。	担当職員が普段の生活やチェックシートの活用によりアセスメントを行い、管理者と計画作成者が加わり検討し、家族意見や希望を反映させ介護計画を作成している。日々の細事も短期目標に掲げて、現実的に即したプランとなっている。	
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	個別に記録した日誌やアセスメント、ケアチェック票を共有し、その時の状況に基づきサービス実践や介護計画に反映するようにしている。		
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	多機能化の実践は難しさもあるが、その時、その人が求めるサービスニーズを重視して、実践に活かすようにしたい。		
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	本人の気持ちを尊重し、地域資源(町内に行事・産業・自然・公共施設等)への参加、見学、利用など、より豊かな暮らしの助長に努めている。		
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	町内には町立病院のみであり、利用者全員がかかりつけ医として定期受診している。町立病院と提携しているが、専門医(眼科、皮膚科、精神科等)の受診は町外となり、家族の判断により受診しているのが現状である。	町立病院が唯一の医療機関であり、定期や不定期に関わらず利用している。専門医は釧路か弟子屈で、基本的には家族対応だが、事情によっては職員が同行している。	

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	職場内で利用者の情報を共有し、時には提携町立病院のアドバイスを受け、受診した際の看護の方法を享受し、その方法により介助している。医療行為と判断される場合は、受診して対応せざるを得ない。		
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。	利用者が入院した場合はできるだけ多く面会し、話しかけると共に、病院の看護師にその時の病状を確認するように努め、適切な治療・療養が施され、早期退院のため担当医師と情報交換しながら、関係性を深めるようにしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本町の地域医療体制が絶対的な医師不足により、緊急時又は終末期における医師の往診診療は困難な状況にあり、緊急時等は救急車による搬送が欠かせない現状である。	確固とした医療体制抜きに終末期のケアは不可能であり困難な状況といえる。今は出来るところまでのケアのあり方を検討し、職員で共有しながら、現状のケアに臨んでいる。	
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	消防署の協力を得て、全職員が2年毎に普通救命講習会を受講し、応急手当や初期対応に備えている。有事にあっては救急車を要請して、町立病院に搬送しているのが現状である。		
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	防災避難訓練(夜間想定が多い)を年2回実施して、有事に備えた対策を実施している。また、標茶町全体の水防避難訓練にも参加している。地域住民の参加協力が必要であるが、周辺住民は高齢者が多く難しさもある。	定期的に避難訓練を実施している。昨年の水害による避難の体験を通して、様々な課題が確認された。水害対策では、地域の住民は協力者ではなく、ともに避難者と判明し、今後、対策を検討する予定である。	
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	利用者は職員の大先輩であり、常に敬う気持ちを持ち、利用者の誇りや私生活を尊重するため、声掛けや言葉遣いに気配りしている。時には方言も大切にしている。	寄り添って生活の支援をする中で、一人ひとりの個性や思いを尊重し、制限や制約をしないように努めている。単独での外出支援もその一環として取り組んでいる。	
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	認知症の進行から十分な対応は難しいところもあるが、本人の希望や表現に注目し、自己決定できるよう静観しながら支援するように努めている。		
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	3度の食事の時間は概ね決めているが、朝食は早起きと遅くまで起きない方も居り、そこは臨機応変に対応している。生活の中でも一人ひとりのペースを大切にするように努めている。		
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	本人の希望を尊重し、本人が選んで着用できるようにしている。また、以前からの美容室や理容所の希望があれば、叶えられるように支援している。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事を楽しみにしている利用者は多い。好き嫌いを聴いて、総じて楽しい食事になるように心掛けています。利用者の重度化により、食事の準備や下膳が難しくなっている方もいる。出来るだけ関わるようにしている。	食材や日用品は地域貢献を意識し、町内のストアーから購入している。状況に応じてお手伝いもお願いし、みんなで参加し、みんなで楽しめる食事になるよう工夫している。	
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	食事や水分摂取量を記録し、必要量を摂れるようにしている。病状により食事制限や栄養過多がある(医師の診断と指示)場合は、当該者には調整して提供している。		
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	口腔内の清掃は非常に大切であり、総入れ歯であっても、誤嚥性肺炎の予防のため口腔清掃は必要である。		
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	全員の排泄状況を記録し、一人ひとりの排泄パターンや傾向を掴むように努めている。基本的にはトイレでの排泄を目指し、自主・自立に向けた支援に努めている。中にはパットや紙パンツを使用している方もいます。	どんな排泄状況の利用者でも、排泄はトイレで、を基本として支援に努め、時間誘導を中心に排泄サインの共有・確認で自然な排泄になるよう取り組んでいる。	
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	水分補給や牛乳・ヨーグルトなどの飲食品で調整している。改善が見られない場合は、医師の診断・相談をして対応することになっている。		
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	午前9時から午後3時半までを入浴時間としているが、職員の見守りを要することが多いので、入浴拒否する場合があります。必ずしも定期的に入浴できているとは言えない状況にある。	温泉を引いており、かけ流し状態で楽しんでもらっている。浴槽等が古くなったため、数日中に浴室を全面改装する予定となっている。	
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	日中は短時間の午睡にとどめ、休息はその人に合わせた支援をし、基本的には夜間に安眠できるように、室温や布団・丹前などで調整し、良い就寝環境を整えるように心掛けています。		
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	薬の効用や副作用は医師の処方箋を全員が確認するようにしている。全員服薬管理はできていないので、職員が全面的に薬を管理。服用は手渡しで服用できる方、直接口腔内に挿入して飲んだかを確認している。		
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	生活歴を尊重し、外出やイベント、展示会の見学、時間を見ながらゲームに興じたり、晩酌を楽しむにしている方も居り、自費を以って提供・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
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	希望通りの外出には至っていない。近くに公園があるので見守りの中で散歩する方もいる。片道1km位ある自宅に一日2～3回帰宅(外出)する方は、途中の商店や病院、地域包括支援センター、民生委員、銀行、ハイヤー会社等に情報を知らせ、SOSネットにも登録して対応している。	地域の見守りと協力により、日に数回無人の自宅に戻る利用者の単独外出を支援している。通り道の各所に協力員をお願いし、見守りと報告で本人の希望が満たされている。まだ試行的であり、希望者全員とはなっていないが、実績を重ねながら拡大を検討している。	
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	自分で金銭管理している方はいない。小銭を持参している方は一名いますが、ほとんど自ら買い物に行くことはなく、家族や職員と買い物に出かける程度である。		
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	本人が通話したい時はホームの電話を使うように支援している。使用頻度は極めて少ない。手紙の発送は皆無で届いた場合は手渡したり、音読み説明し支援することもある。		
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	季節感を感じられるような飾りつけや貼物、花・観葉植物を置き、空間の居心地の良さを醸し出すようにしている。また、屋外には花壇を造り、季節ごとに花が咲き、出来るだけ長く観賞できるように工夫している。	共用部の居間は、明るく広く開放感に溢れており、居間から広がる公園は、専用の広場の様に使いやすく、散歩や外気浴に適した身近な場となっている。	
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	ロビーや廊下にベンチや椅子を少人数で掛けられるように配置し、自分の気に入った処に掛け、思い思いに過ごせるようにしている。		
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	以前から使い慣れて、親しんでいる家具や仏壇・写真を持ち込み、自分の居場所として生活して頂けるように、家族にも協力して頂いている。	居室はクローゼットが用意され、自由に大切な家財を配置している。写真等も壁に貼られて、自分だけの部屋として、心地よく過ごせるような工夫が感じられる。	
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	フロアーは全面バリアフリーになっている。安全に暮らせるように、目印や誰でも分かり易いように、居室、トイレなどは大きな文字で表札で掲示している。		