

## 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	0173700246		
法人名	有限会社 グッドライフ		
事業所名	グループホームアウル アウル I		
所在地	北海道伊達市舟岡町337番地1		
自己評価作成日	平成24年10月30日	評価結果市町村受理日	平成25年3月26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.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0173700246-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0173700246-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人北海道社会福祉協議会		
所在地	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地		
訪問調査日	平成25年2月25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>全体的にリスクマネジメント力や観察力が高く、それを踏まえての自立支援へのアプローチが出来ている。また職員間でのチームワークが強く、結束力も強いので新人ベテランに関係なくお互いが高められる仕事をしている。</p> <p>自己研鑽の部分においても協力体制が整っており、資格取得も積極的に行える。</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>グループホームアウルでは利用者の生活歴や価値観を大切に、日々の希望を尊重した自由な生活を送ることができるように、様々な取り組みが行われている。利用者が生き生きと暮らせるよう、職員が認知症やケア技術について学び、できるだけ危険なく、安心して生活を送れるよう支援を行っている。職員は利用者の自己決定を促す雰囲気作りに努め、利用者に応じた具体的な選択肢を提示し、利用者の持つ力を最大限に活かしその人らしさを発揮できる機会を多く持てるようにしている。また、共に生活する者として利用者はそれぞれに役割を持ち、お互いに感謝し、支え合う関係を構築している。たゆまないケアの質の向上を目指し、職員が講師として内部研修を企画し、教え合うことで事業所全体の情報や技術の底上げを図っている。職員が講師役として勉強会を主催する場合には、事業所として職員に対して講師謝礼を支払うなど職員が意欲を持って向上していけるよう配慮している。また、事業所内だけの取り組みにとどまらず、地域への知識や事業所の機能の還元も行っている。地域に対する認知症についての知識の啓蒙や、SOSネットワーク、もしかしてネット(高齢者等地域見守り活動)、グループホームの広域連絡会などに参加し、地域とのつながりを通じ、地域全体で高齢者を支えるように取り組んでいる。</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		項目	取り組みの成果	
	○	↓該当するものに○印		○	↓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	開設当初から掲げている理念を基に会議を用いて共有に努めている。また、各職員理念カードを携行し、理解に努めている。	職員全員がブレインストーミングを行って基本理念とケア理念を作成している。理念は事業所内に掲示するとともに職員が携行している。会議などで理念の捉え方などを話し合い、利用者を支えていく視点を共有している。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	本人の希望に応じ、金銭管理など、地域に根付いているインフォーマルなサービスを利用できるようにその都度支援している。	利用者ごとに入所前からの生活の継続や、その時必要な支援や交流が行えるように、地域との関係作りを進めている。地域に向けて認知症や認知症高齢者が地域で暮らしていくための情報や、支援の方法について発信している。		
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	事業所の管理者が、市職員対象とした、認知症サポーター養成講座の講師として認知症の状態にある方の支援について広めている。			
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	推進委員へホームの状況やホーム内で起きた事例を基に地域に繋がる予防策などを話したり、地域の情報を基に地域に還元できることを考え共に向上を図る環境を整えている。	運営推進会議は概ね2ヶ月おきに実施している。家族や利用者、地域住民やボランティア、行政などから参加を得て意見交換を行っている。	平成24年度は議事録が整備されておらず、開催の通知や結果の報告も家族には口頭で行っている。今後は議案を知らせ、出席できない場合でも意見を汲みとったり、結果を通知するなどの取り組みを行い、参加者を増やすことが期待される。	
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取り組んでいる	事業所内で起きている困難な事例や、地域で共に出来る事等を話し合い、実践につなげられるよう力を合わせている。	伊達市高齢福祉課の地域見守り活動に参加している。また、利用者の困りごとなどの相談を受けた場合は、必要に応じて行政から社会資源の活用などについての助言を受けている。利用者家族支援のため包括支援センターと協働している。		
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	代表者による、身体拘束に関する研修会を行ない、参加、もしくは資料の回覧により周知し、日頃から相談できる体制を取って頂いている。	職員が外部研修に参加している。また、内部研修では認知症や、認知症介護の歴史などにも触れ、利用者の人権や尊厳について職員が理解し、そのうえで身体拘束についても学んでいる。玄関の施錠は夜間のみ行っている。外出の希望がある場合には職員が同行し、散策などを行っている。		
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	代表者による、虐待に関する研修会を行ない、参加、もしくは資料の回覧により周知し、日頃から相談できる体制を取って頂いている。			

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	入居の際、必要になると考えられる入居者に関しては、担当職員より説明を行なっているが、職員全体への把握までは至っていないので、機会を持ち学びたいと考えている。		
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	入居の際はしっかりと時間を持ち、説明を行ない、それ以外にも面会時、電話連絡時等何時でも説明、どういいが出来る体制を整えて、実践している。		
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	玄関には、ご家族、入居者が外部に苦情申し立てができるよう、苦情等に関する連絡先を掲示している。また、日頃から言いたい事を伝えられるよう関係性を築けるよう配慮している。	アウル通信を毎月発行し、事業所の様子を伝えている。個別の様子についても来訪時や電話で伝え、その上で家族からの意見を聴取するようにしている。また、家族会を年2回開催し、家族同士の交流や意見の聴取の機会としている。	
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	月に一度ずつの全体会議、ユニット会議を設け、職員より意見をくみ取れるよう環境を作っている。また日頃から自由な発想で提案できるという事を考え、接している。	各種会議の他に、職員が参加する委員会などを通じて要望をまとめ、直接代表者に伝えている。職員の提言に対し、責任や意欲を持って取り組めるようにしている。職員相互の学び合いについても意欲を持てる仕組みがある。	
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	日頃から現場にいる管理者。ホーム長が代表者へ職員の状況を報告し、職員個々が向上心を持てる職場をどのように自分から築けるかを考えるよう努めている。		
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	日頃より、職場内での研修や職場外での研修に積極的に参加し、職員が講師を務め、個々のスキルアップに努められるよう働きかけている。		
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	職場外での研修を行ない、他事業所職員との交流を深められる研修に参加している。また事業所で行なっている研修会にも他事業所へ案内を出し、参加している。		

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	利用申し込みの際、ライフヒストリー表を渡し、本人の生活歴等の把握に努め課題要望等をくみ取れるよう努めている。また、入居の際にはご家族にセンター方式シートを渡しより深い要望にこたえられるよう努めている。		
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	入居の際は、担当ケアマネージャ等と共に、本人、ご家族に面談し、その時にくみ取れる要望を聞ける様に努め、その事を職員へ周知出来るよう担当者が書面に出している。		
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	入居前の面談時に要望等を聞き、入居後最低でも1週間は実際にある本人像をご家族に説明して、その時にあった事を報告し話し合いに努めている。		
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	お互いに支えあえる関係を築き、共に生活を営む事を考えながら生活していける状態(朝起きてから眠りにつくまでの中の事)を日々過ごしている。		
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	日頃から、入居者に関わる事をお互いに相談し、入居者と職員だけの事に納めず、そこに入居者の思いや気持ちを大事にしている。		
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	ご家族以外にも面会をして頂けるよう配慮している。また電話でも何時でも本人と話が出来る様環境を整えている。	馴染みの関係を断ち切らないよう、支援していることを家族にも伝えている。知人などの来訪時や電話、手紙などの機会を大切に、自宅への訪問なども家族と協力し実現している。以前通っていた通所介護事業所などへ出かけることもある。	
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	本人同士の関わりを重要視して、極力職員が介入しない様に心がけている。		

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
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	生活の場所が変わる直前も極力支援を行ない、共に次の生活の場所を探し、本人のその時に合った生活が出来るように相談や支援を行なっている。		
<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	日頃その時々に出た本人の希望や、要望をその時の言葉や表情からくみ取り支援している。また、困難な場合は、ユニット会議等でユニット職員で話合い検討している。	4ヶ月毎にセンター方式のアセスメントを行い、利用者の思いを把握している。また日々の個別記録の中にも希望を記載し、職員が共有している。職員配置も工夫し、希望を叶えるよう取り組んでいる。	
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	利用申し込み時の、ライフヒストリー表や、入居時のセンター方式を利用し、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	入居後再度センター方式を使用し、現状の生活等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	介護計画作成後、毎月のユニット会議で、職員の情報共有を行ない介護計画に反映している。	利用者や家族の希望をもとに介護計画の作成を行っている。ユニット会議で職員が話し合い、それぞれの利用者が望む自立を支援し、健康に暮らすための計画となるよう、きめ細かな検討を行っている。	
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	24時間の時系列による記録を作成し、それをここのアセスメントシートへ落とし、介護計画の見直しをユニット会議にて行なっている。		
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	通い馴染んだ、法人内のデイサービスなどに通う事も視野に入れ、今までの繋がりを断ち切らない事を考え取り組んでいる。		
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	本人の望む事を最優先し、地域に根付く、弁護士等を活用し、金銭管理などを行えるよう支援している。		
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	ホームドクターとして協力医療機関との契約を行なっているが、本人、家族の希望する医療機関を受診し、担当医への説明等の支援を行なっている。	協力医とは8割ほどの利用者が契約している。入居前からの主治医に受診する利用者には職員が同行している。受診の際には利用者の様子を医師に伝えとともに、受診記録を作成し家族に伝えている。	

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	週に1回契約している訪問看護師へ、訪問の際、もしくは緊急時連絡、連携が取れ、関係医療機関につなげ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。	入院の際は、医療機関へ介護添書を提出し、入院期間内極力本人が安心して過ごせるよう支援し、退院に関わる医師、ご家族との面談の機会には参加し、情報を頂いている。また、職員との関係も大事に考える事から、ご家族等の了承のもと面会をしている。		
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	入居時の説明の際、重度化や終末期の事を話し、本人がその状態になった時、医療従事者やご家族と共に現状やこれからについての話し合いを行なっている。	看取りを行っており、協力医や訪問看護などとの協力関係が築かれている。同法人の事業所での看取りの経験などを共有し、より良いケアに向けて取り組んでいる。	
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	緊急時のマニュアルや緊急連絡先等の整備を行ない救急車要請の研修を行なっている。		
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	運営推進会議時に自衛消防訓練を行ない地域と協力しながら災害時避難訓練を行なっている。	夜間想定避難訓練を、市役所、自治会、民生委員などの参加を得て実施している。津波の際には近隣の8階建ての建物への避難など、様々なケースの想定を行い、非常時の備品や食料備蓄も行っている。	避難訓練は3月にも予定されているが、近隣に対する参加の呼びかけなどの取り組みが期待される。また、様々なケースにおける避難先や避難方法など、指示を受けて行動するのではなく、予め取り決めて対応策をとれることが期待される。
<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	本人の気持ちの良い呼ばれ方や愛称で呼べるよう努めている。また、排泄時の声掛けはプライドを損ねない様配慮している。	認知症に関する学びの機会を多く持ち、人格の尊重や接遇について職員が共有している。利用者の呼び方なども職員との関係性も踏まえている。	
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	本人の自由な行動を最重視し、極力好きな時間に外出が行えるよう配慮している。また、季節感を味わえるよう外出の機会を設けている。		
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	食事の時間や起床の時間は本人の時間に合わせペースを大事にしている。		
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	本人の好みやセンスが最大限発揮できるよう、本人と共に選ぶことや季節感に配慮できるよう声掛けを行なっている。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者と共に料理をしたり、好き嫌いの多い方には、バランスを考慮し、盛りつけの工夫等に努めている。また、外食なども取り入れ食事を最大限に楽しめる様努めている。	その日の献立を職員が利用者の希望を聞き決めている。食事に関する委員会を設け高齢者の特性に合わせたメニューの工夫や調理実習、家族会での提供を行い意見を得て満足度を高めている。	
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	本人の希望に合わせ、量を調節している。また、甘いものが好きな人には、満足して食べられるよう低カロリー食品を用意し、高カロリー食品も用意している。		
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	自ら口腔内の清潔保持が出来ない方には、安心して口腔内の清潔が保てる様、必要な物品を用意して口腔ケアに努めている。		
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	あくまでも本人の排泄感覚を最優先し、極力失敗につながらない様に声掛けをしている。	トイレへ誘導する際は、しぐさや様子から適切に行っている。トイレ内やトイレ経路の環境を整備することで利用者自身の力や意欲を引き出し、さりげない支援で失敗を減らして自尊心を大切にした生活を支えている。	
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	日常生活のかで便秘予防が出来る様、階段歩行や、ホーム内の散歩等、食事に関しては、乳製品、プルーンのリんごジュース漬等を用意し、便秘予防に努めている。		
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	本人の希望に添える様、いつでも入浴可能となっている。また、入浴を好まない方への清潔保持については、全身清拭等を取り入れ清潔保持に努めている。	毎日入浴できるように風呂の準備を行っている。午後の時間帯の入浴が多く、時間帯などの希望に沿うようにしている。入浴時は職員とゆっくり会話を楽しみながら入浴できるようにしている。	
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	睡眠時間を24時間で考え、本人が熟睡できる時間に熟睡できる場所で安眠して頂ける様支援している。		
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	処方時に薬剤師から事細かい副作用や留意事項を聞き、理解に努めている。また、すぐに何を服用しているか分かるように個人ファイルに添付している。		
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	本人がホームで生活を送る中で、自分たちで役割を見つけ、継続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
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	本人の希望する時、もしくはご家族が希望した時に外出できるように、受診時期の調整等に努めている。	ウッドデッキから庭に出て洗濯物を干したり、中庭から散策路へ気軽に出かけるなど、外気浴をかねて行っている。利用者のその日の希望を受けて外出ができるように、職員が業務分担やシフトを工夫している。気候の良い時期には洞爺湖へのドライブや外食にも出掛けている。	
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	本人が希望し、管理が可能であれば、所持できるように配慮している。また、難しい方に関しては本人の状態を考え家族との協議を行なっている。		
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	掛ける、掛けてくる事を常に大事に、ご家族には事前に了承を得て、いつでもやり取りが出来るように環境を整えている。		
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	玄関には入り易い様、音楽を流し、穏やかな時間が流れている。また、廊下などには植物や生き物があり、お互いに癒される空間となっている。	居間の天井は高く、木材をふんだんに使用し暖かい雰囲気となっている。2階から居間を見渡せる位置にイスを配置するなど、思い思いに過ごすことができるようにしている。植物や犬やウサギ、小鳥などの小動物などを飼育し、利用者の目を和ませている。	
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	ホーム内は死角を多く設け、自分だけの時間を過ごせる空間を用意している。また、職員が音のアセスメントを行ない、誰がどこにいるかを把握できる作りになっている。		
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	本人の状況に合わせ、使い慣れた家具、思い入れのある家具を用意して頂き、本人の時間が過ごせるように工夫している。	利用者の使い慣れた家具を持ち込み、部屋を整えている。布団やベッドなど、利用者のそれまでの生活が継続できるよう掃除も利用者と共にしている。大型のクローゼットが備え付けられ、収納スペースも確保されている。	
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	洗面台は2台並べ使い方を忘れた方に対し、モデリングケアが出来るようになっている。また、トイレには、誘導灯を使用し、場所への配慮にも努めている。		