

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	0190200188		
法人名	社会福祉法人 札幌東勤労者医療福祉協会		
事業所名	グループホーム東苗穂こすもす		
所在地	札幌市東区東苗穂13条4丁目3番21号		
自己評価作成日	平成23年12月12日	評価結果市町村受理日	平成24年3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	http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0190200188&SCD=320
-------------	---

【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24年2月21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)】

事業所で健康相談会・認知症サポーター養成講座を開き、地域住民の方に向けて介護・医療・福祉に関する情報の発信や啓蒙活動を行う他、職員で地域訪問を行いアンケートやお話を伺う事で具体的な要望を聞く等を通して、地域とのネットワークづくりを地道に積み重ねてきている。入居者ご本人にとって居心地の良い暮らしとなるよう、1人ひとりの状態やペースに合わせた暮らしづくりを支援している。併設デイサービスとの交流が多く、利用者さんや職員と馴染みの関係となっていることも生活に張りを与えている。終末期の状態になっても、その人らしさを考慮し、それまでの習慣や好みを大切にケアすることを基本にしている。ご家族との関わりを密にするよう心掛け、来訪時には日々様子についてお伝えし、分からない事・不安に思う事は率直に職員に話をしてもらえるような関係づくりを大切にしている。どの職員もケアの方向性を同じく、情報の共有をしっかりと行っている。学習会や各種研修会に参加する機会を多く設け、また、希望する研修会だけでなく、職員一人一人に必要なスキルアップにつながる研修会には参加できるように、体制の確保に努めている。

【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)】

当事業所は閑静な住宅街に位置している。デイサービスを併設した2階建ての建物の1階がグループホームとなっており、利用者同士は日常的に交流している。自然環境にも恵まれ敷地内には野菜畑や花壇があり、気候の良い時期には利用者が外気浴を楽しみながら家庭菜園づくりなどに取り組んでいる。利用者の個性を尊重したきめ細かなケアを提供するために、担当職員と計画作成者が中心となりケアマネジメント体制を整えている。さらに、家族の要望に応え家族会発足に向けての取り組みなどを行っている。ケアの質向上に向けて職員育成を重視し、自己目標に沿って事業所が支援し、資格取得や介護の専門性と資質向上を図るための研修を充実させている。事業所は、地域住民に向けて健康相談、認知症サポーター養成講座、地域の戸別訪問で介護に困っていることをアンケートで聞き取り、必要な情報提供をするなど、地域の社会資源として事業所の力を活かした地域貢献活動を積極的に行っている。

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	
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	ゆっくり、ゆったりと自分らしく、一人一人に相応しい暮らしづくりの為に支援を目指すという理念があり、毎月の部会会議の中でも職員の理解が深められるよう話をし、支援の場面で実践できるよう理念の共有化を図っている。	地域密着型サービスの意義を踏まえて事業所独自の理念を策定し、事業所内に掲示している。職員は、利用者が自分らしく生きるための支援を常に念頭に置き、毎月の部会や毎日のミーティングなどで職員の意識統一を図り、日々のケアに活かしている。		
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、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	町内会に加入し、運営推進会議は利用者、老人クラブや民生委員や消防団、地域の方を交えて開催している。また、事業所の催しや祭りを通しての交流や、避難訓練にも参加してくれたり、散歩中に声を掛け合ったりする等の日常的な交流がある。	町内会に加入したり、町内会の住民が運営推進会議メンバーとなるなど、事業所運営の理解と協力を得ている。また、事業所のこすもす祭りには地域住民が参加したり、併設デイサービスとの日常的な交流を図るなど、利用者が地域とのつながりを感じて暮らせるように支援している。		
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	認知症サポーター養成講座や健康相談会への参加を地域に向けてお知らせし開催している。複数の職員が毎回参加して地域の方々と認知症についての学習や意見交換をすることで少しずつではあるが理解と共感を得ている。			
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	2ヶ月に1度の開催をして、日々の近況報告や意見交換を行い委員の方からの提案やアドバイスをサービス向上に活かしている。実際の業務の中で質の向上を図れるよう職員は議事録に目を通し内容を把握している。	運営推進会議は、利用者、家族、地域包括支援センター職員、地域住民、老人クラブ会長、民生委員などが参加して2ヶ月毎に開催している。会議では、事業所の取り組みや利用者の暮らしを報告したり、防災に関する協力体制や家族会発足に関する意見交換や協議を行い、運営に活かしている。		
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	札幌市と区の管理者連絡会に参加する他、入居状況の報告を行っている。	区役所の担当者とは日常的に事業所の状況の報告や相談をしている。認知症サポーター養成講座を地域包括支援センターと共催し、キャラバンメイトの職員が講師を担当するなどの協力をし、連携を取っている。		
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	研修会へ参加し伝達学習を行ったり部会の中で勉強会をして理解を深めている。日中は玄関の施錠はしない事を含め全ての職員が理解し意識して支援できている。	職員は、身体拘束防止や高齢者虐待防止の研修に参加し理解を深めている。管理者は機会あるごとに適切なケアについて協議したり指導を行っている。玄関は日中は施錠せず夜間は17時～8時30分まで施錠している。		
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	研修会に参加して学んだ事は、部門会議で伝達学習している。事例文献を用いた学習会を開き、注意を払い防止に努めている。自分の介助方法や考え方について日頃から職員同士で話す事が多く、学び合う姿勢を持ち防止に努めている。			

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
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	勉強会は実施しているが、これまでに制度に該当する入居者の方がおらず活用するまでには至っていない。		
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	入居契約時、ご本人と家族には十分な説明を行い理解・納得をしていただいているとともに要望も伺っている。		
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	意見箱及び外部評価の結果を玄関に掲示したり、報告している。家族の来訪時に職員と話をしたり運営推進会議には家族も参加している。	運営推進会議や家族の来訪時に意見や要望を聞き、運営に反映している。今年度は家族の要望である家族会発足に向けた会合を開催し、家族同士の相互理解と交流が図られるとともに、事業所への理解を深める機会となっている。	
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	毎月の部会の場で運営に関する報告をして意見交換している。今後の運営に関する具体的で率直な意見を職員から集め検討している。	毎月1回開催する部会では職員の意見等を聞いたり、センター長や管理者が集約している課題を全職員で協議し業務改善の取り組みにつなげている。また、職員に対する年2回の育成面談では、職員一人ひとりの年間目標を把握し、資格取得や研修などの支援をしている。	
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	研修に参加できるよう体制の確保に努めている。職員に資格を取る事を促進したりや資格手当をつけている。		
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	年度計画に基づき研修に参加する機会を設けており、研修内容を部会で伝達学習している。		
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	東区事例検討会や管理者連絡会に参加する等してネットワーク作りをしている。		

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	本人から話を聞くことを第一に、本人の思いや要望を知るためにセンター方式を用いて情報をより多く集め安心できるような環境作りや関係づくりに努めている。		
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	心配な事や要望は出来るだけ話してもらえるように雰囲気を作り、傾聴し、分かりやすく説明を心掛け一度きりの説明ではなく何度でも話をする機会を設けるようにしている。		
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	その時に必要と思われる事はその関係機関につなぎ、支援できるように努めている		
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	本人を、共に生活をするひとりとして信頼関係の構築をはかっている。		
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	受診時の付き添いや日用品の買い物など必要な時に家族の協力をもらっている。来訪時に職員と家族とが、本人の事で話をする事で関係づくりを築いている。		
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	全ての入居者とはいかないが、遠方に暮らす兄弟たちと徐々に会う事が出来た方や、古くからの知人・家族と外出する方もおり、その方が築いてきた人との関係を大切にしていこう支援している	利用者の親戚や友人への手紙、電話、外出などの交流ができるように支援したり、家族や知人の来訪時は気軽に過ごせるよう配慮している。また、定期的に来訪する美容師などと馴染みの関係ができるように支援している。	
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	入居者同士でお茶や体操などの声掛けをしてもらったり、一緒に取り組む事が出来るようさりげなく見守りをしたり声掛けをしている。職員が個別に対応し繋がりを持つことで他の入居者との関わりを持てる場合もある。		

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	該当はないが必要に応じてフォローする仕組みがある。		
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	その都度本人へ聞ける時に聞くことや、第1表の聞き取りをしている。過去には入居時センター方式を通じて家族への聞き取りを行ったり、職員間の情報の共有、気付きを日常的に、または部会で検討している。	利用者と家族からケアへの思いや意向を聞き取っている。また、毎日の職員ミーティングで検討したり、職員間で「気づきノート」を作成し情報を共有している。毎月1回行う部会で多面的な角度から協議し、利用者・家族の思いを汲み取るよう努めている。	
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	アセスメント表の活用をしたり、本人、家族からの聞き取り、関係医療機関からの情報収集をする事で把握に努めている。		
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	日々の暮らしの中での言動や行動、表情など全ての情報から把握に努めている。		
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	評価した介護計画に基づいて本人、家族に伝えケアや暮らしに対しての要望を伺い計画に反映し作成している。	ケアプランは担当職員と計画作成者が協働して作成・評価している。さらに部会で職員全体で協議している。モニタリングは毎日のケア記録に記載した長期目標・短期目標の達成度を基に、毎月の部会で職員全体で協議している。状態変化時は随時見直している。	
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	個別記録や気づきノートに記録し情報の共有に努め、それを基にしてタイムリーに介護計画へ反映できている。		
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	これまでの暮らしの継続として、併設しているデイサービスの機能の利用に取り組んでいる。		
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	近隣の理容店やスーパーの利用が継続でき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	今まで通院していた病院を継続している場合は、家族と相談し適切な医療につなげる事が出来るよう必要な情報のやり取りをして連携出来ている。	かかりつけ医は利用者・家族の意向で選択している。協力医療機関は月2回の往診により日常的な診療を行うとともに、緊急時・看取りなどを支援している。訪問看護師は週1回の健康観察や指導などの情報を必要時かかりつけ医に提供している。	

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	週一度の訪問看護で一週間の入居者の様子や相談すべき事を、記録と口頭で伝え相談している。気になる事や変化が見られている時には訪問看護ステーションへ相談の電話をして、アドバイスをもらっている。			
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。	病院には必要な情報提供をし、入院中にもこまめに情報交換している。なるべく早期退院できるよう家族も含めて速やかに情報交換するよう努めている。			
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	取り組みは完全ではないが、重症化とはどういう状態か、最期とはどういう事なのかを話してみたいという家族からの要望もあり、説明ばかりでなく学習会を兼ねた話し合いを持つことが今後取り組むべき課題としている。	医療重度化への対応指針と看取りの指針を作成している。要望のある利用者と家族から看取りケアについての同意を得て実践している。協力医療機関と訪問看護師の連携及び職員の看取りの学習会を積み重ねながら、平成22年度は1名の看取りを経験している。		
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	部会の中で取り組む学習会では、リスクマネジメントや救急対応など様々な状況における急変時の対応について学ぶ機会を設けている。			
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	近隣住民にも声掛け、参加していただき夜間を想定した避難訓練を年2回実施している他、日勤者だけで行う避難誘導訓練を行っている。	地域住民、消防署、消防団の協力を得て夜間想定避難訓練を年2回実施している。緊急時通報システムの連絡網に複数の地域住民を登録し、非常時の協力体制を構築している。また、事業所の防災委員会が中心となり、災害時備蓄品、防災マニュアルを作成している。	事業所の防災委員会が中心となり避難訓練、災害時備蓄品などの災害対策を積極的に取り組んでいるが、火災を想定した内容に限定されている。今後は、地震なども想定した災害対策への取り組みが望まれる。	

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	入居者一人一人に、またその状況に適した声掛けや対応をしている。	利用者一人ひとりの生活のペースを尊重しながら声かけのタイミングを図っており、特に入浴や排泄介助は羞恥心に配慮している。利用者を姓で呼ぶことや、職員の守秘義務を徹底する教育、個人記録ファイル保管場所など、プライバシーの確保と個人情報保護に努めている。	
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	自分で決める事が出来るような声掛けを行ったり、会話の中で自然に思いを言葉にすることが出来るよう心がけている。		
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	入居者の希望を最優先し本人のペースで暮らしづくりをしている。職員は安全面や衛生面など様々な視点で入居者を見る力量が求められるため、チームが一段となって支援する必要があることを理解している。		
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	その日の本人の気分によって洋服を選んでもらったり、本人が気付かず汚れたままの場合は洗濯の声掛けをしている。		

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	下ごしらえや味付け、盛り付けなどの準備や、食後の片づけ等の一連の流れに関われるよう声掛けをして場面を作り一緒に楽しみながら行っている。	食事の準備、盛り付け、食卓を囲んだ食事、後片付けなどを利用者は職員と一緒にやっている。また、誕生日には利用者の好みや希望を聞いてメニューを作成し、お誕生会を催したり、家族の協力を得て外食に出かけている。	
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	食事は記録し必要時は補食をして栄養摂取できるようにしている。水分補給も好みに応じこまめに摂れるよう支援している。体調不良時等、特に注意が必要な場合は水分確保できているかがすぐ分かるように記録している。		
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	歯磨きの声掛けと見守り、介助をしている。義歯洗浄剤の利用や歯間ブラシを介助している。歯磨きに拒否のある入居者に対しても、定期的な口腔ケアを受ける事で歯磨きの大切さを出来るだけ理解してもらえよう努力している。		
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	アセスメントした上で声掛けをしたり介助をしてトイレで安心して排泄できるよう支援している。家族にも状況をお伝えして紙パンツや尿漏れ安心パンツ等、本人の状態に合わせて必要な物を購入してもらっている。	おむつは極力使わず、トイレでの排泄を基本としている。利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、羞恥心に配慮したさりげない声かけでトイレ誘導をしている。また、おむつのタイプも利用者一人ひとりに合ったタイプを選んでいる。	
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	食事や水分での支援の他、運動量にも気をつけ体操に誘ったり廊下の掃除を一緒にしてもらい歩行してもらおう等工夫して声掛けをしている。		
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	本人が入浴する気になるまで待ったり、気分の乗らない時には足浴に切り替えたりして無理をせず、時間帯や場面、日を改めて声掛けをしてみる等臨機応変に対応している。	健康状態や気分を考慮し、週2回は入浴できるようにしている。入浴介助では利用者の話をじっくり聞く機会とし、くつろいだ気分でゆったり入浴できるように配慮している。また、要望を聞き同性介助の対応をしている。	
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	その時の状況に応じて居室の布団で休息出来るよう声掛けをして疲れ切らないよう支援している。夜間に眠れない時には添い寝をしたり、好みの飲み物や菓子を提供し安眠できるように支援している。		
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	訪問診療時に医師・看護師に確認するとともに個別ファイルに処方箋があり副作用や効能について随時確認している。薬の宅配時には薬剤師から処方薬の説明や状態の変化の有無など口頭で情報交換している。		
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	得意な事をお願いしてその方の持っている力を発揮していただき、頼りにしている事を伝え、本人が望む役割が遂行できるよう支援している。また、楽しみにしている事や好きな事が出来るよう声掛けしている。		

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	頻繁な外出行事は十分とは言えないが、日常的には数人で天気の良い日は散歩に出かけたり、家族が外食や床屋などに連れていってくれるなど協力を得る場合もある。	花見、祭りへの参加、事業所周圍の花畑や家庭菜園づくりなどを通して外気浴を積極的に行ったり、家族の協力を得て外食や理容院に出かけるなど、利用者が楽しめるよう、さまざまな工夫をしている。		
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	所持している入居者は少ないが、支払いが生じた時には自分の手で支払いやお釣りを受け取る事が出来るよう側で見守りを行っている。			
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	電話をしたい希望があった時や掛かってきた時には、居室でお話してもらったり、ダイヤルできない時には職員が掛け本人に代わっている。ハガキや手紙は直接本人へ手渡している。			
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	テレビの耳障りな音量や椅子を引き摺る等の音や、不鮮明で分かりにくい色遣いやチカチカするような光等のほか、室温湿度にも気を配っている。季節に合った草花や飾り物を置き楽しめるよう工夫している。	高い天井のデイルームに対面式の台所があり、いつも人の声や料理の匂いなどが感じられる明るい共用空間であり、職員の目が行き届く造りになっている。家具や壁にはキルトやパッチワークを飾り、温かい雰囲気となっており、一人で過ごせるソファを配置している。		
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	独りになりたくても寂しくは感じたくない時などは、台所横の空間を利用したり、職員が他からの視線を遮れるように隣りに腰かける等している。食事以外は席は決めていないので、好きな所へ座り入居者同士お話している。			
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	使い慣れた物はもちろんだが、旅行の思い出の品や可愛がっている孫やペットの写真を置くなどしている。家族も工夫して持って来てくれている。	長年の生活習慣を考慮し、ベッドや布団を自由に選んだり、馴染みの家具を置いたり、利用者の手づくりの色紙や絵などを飾るなど、居心地よく落ち着いて暮らせるよう配慮している。		
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	場所が分かりやすいようにトイレ、洗濯室、各居室は張り紙をしたり、ご本人にとって見やすい・注意が向きやすいように目印を付ける等の工夫をしている。			