

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	0194700274		
法人名	社会福祉法人 三草会		
事業所名	グループホームりらく 藍・麻 (藍ユニット)		
所在地	北海道河西郡芽室町東芽室南2線16-12		
自己評価作成日	平成26年12月19日	評価結果市町村受理日	平成27年4月7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_2014_022_kani=true&JigvosyoCd=0194700449-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【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号室
訪問調査日	平成27年1月28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)】

身体的ケア(食事・排泄・入眠など)はもちろんの事、グループホームという家庭的で自由に生活できるという点から利用者の行いたいと声に出されたことやおこなって楽しめている様子がある行事などは継続的に行うように取り組みをしている。

また、90代後半の入居者が大半、重度化されている入居者もいることから、個々にできることに目を向け実施はしてきたが、集団で1つの事を共有して行うことは、難しかった。11月より、集団で1つの事を共有して行うことを目標として貼り絵を毎月実施している。同じことを実施することで、お互いに助け合ったり、楽しんだりと同じ空間を楽しまれている様子あり。

その他、以前よりも、居間にて過ごす時間が増え、自室のほか共有スペースにも居場所ある生活を送れるようになっている。

【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)】

①事業所は四方を自然に囲まれた十勝平野の畑作地帯の中にあり、帯広市は通勤圏で、芽室町の市街地までも5Kmの場所にある。3階建ての2・3階部分がグループホームで、隣接して老健施設と同法人の他グループホーム事業所があることで、大きな行事の協働、医療やケア相談などでは専門職の協力が得られ、利用者はもちろん職員の安心にも繋がっている。

②事業所が所属する社会福祉法人三草会は「地域が必要とするサービスを提供する」を運営方針に掲げ、役場や農協、地域と密接に連携し、老人保健施設・グループホーム4事業所7ユニットを運営展開している。その組織力を生かし、札幌市にある関連法人の事業所間との交換研修で職員の力量アップを図り、帯広市の福祉学校の実習生も受け入れている。

③早くから「家族会」ができており、夏は屋外での焼肉パーティ、年末の餅つき大会が恒例開催され、日時を早めにお知らせすることで、ほとんどのご家族に参加いただけている。

④今回の外部評価に当たっての家族アンケートでは100%の方が、職員はいきいきと働いているとの評価を受けている事業所である。

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 者とのつながりが拡がったり深まり、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、その時々々の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
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	入居者一人ひとりがその人らしく生活ができるよう理念に基づき、支援するよう努めています。	法人理念の「地域社会の幸福を追求」を基に「地域の中で共に助け合い安心できる生活の場所作りを目指し、ゆったり自由な暮らしを大切にす る」という、りらく藍・麻の理念を玄関に掲げ、日々の業務に心している。	
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員として日常的に交流している	敷地内にある他グループホーム・デイサービス・老健施設などの慰問に参加。春から秋にかけては外出や行事などにより地域と交流が図れるように努めています。	事業所は広い畑地の中にあり民家は少ないが、隣接する老健や通所サービスの利用者、老人会の仲間やチャリティ団体との交流、地域の商店街への外出や町中の催し物への参加で地域と交流を図っている。	
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	地域住民へ管理者が講演に行ったり、町内からボランティアに来て頂けるなどホームで実践していることを外へ向けて案内している。また、ご家族へ認知症に関する講演会などの案内も渡している。(映画など)		
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か月に1度、取り組みや現状報告を行っています。会議の内容、結果は会議などで職員に周知し改善に向けての話し合いを行っている。また、ホームでの取り組みは月に1度の新聞に掲載しています。	会議をマンネリ化させない為にも同法人の他のグループホームと合同開催にしたり、町複合施設を会議場にする等、工夫している。参加されなかった家族も、毎月のホーム便りで施設の様子と合わせ知る事ができる。	
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	町担当者と運営推進会議以外にも会議や電話等で話し合う機会を作り行政と常に連絡を取り合いサービスの質の向上に取り組んでいます。	運営推進会議へは包括職員が参加するが介護保険の認定更新時の調査員は役場職員なので、来所時に意見交換もできる。昨年から町内の高齢者支援事業者が一堂に会し、情報交換し合う「めむろカフェ」が隔月開催されており、連携機会が増えている。	
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	身体拘束をしないケアを職員は充分理解しており、入居者の言動、行動も抑制しないよう声掛けにも注意するよう努めている。また、夜間は防犯のため施錠しているが日中は玄関を解放している。	身体拘束に関するマニュアルを整え、法人内での勉強会も実施されており、職員間で徹底している。やむを得ない場面での手順書面も備えている。	
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	虐待防止の研修会へ参加し報告会を実施している。又、ホーム内で虐待に繋がりそうな職員の介護の仕方など常に見直しをし利用者の行動にも配慮し虐待防止に取り組んでいる。身体拘束12のマニュアル活用している。		

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	現在該当者なく、必要としていないが、権利擁護などのマニュアルは設けており、必要時には活用できるようにしている。研修会にも参加している。		
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	入居の相談や申し込みがあった時点でGHの概要やしきみ・料金などご説明しておりご家族の不安など解消し、よく理解された上で契約している。又料金や内容の改定があった際には必ず説明をして理解をされている。		
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	利用者へは常日頃意見を聞くよう努めている。また、ご家族へは面会時や家族交流会・手紙など出来るだけ意見など出しやすいような環境を作り聞いている、その意見に関しては反映できるよう努めている。	利用者については生活を支える日常から、思いや希望を聞き取り、家族については、来訪時に意見、要望を取り込むように努めている。	意見や要望について、家族会の開催等での集約を大いに評価できるが、来所を基本とした聞き取り以外に、全家族を対象としたサービス満足度調査等、具体的な方法を検討し、実施されるように期待したい。
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回のフロアー会議にて意見交換する場を設けている。また、毎朝、申し送り・カンファレンスの実施にて、随時、意見交換できる環境にある。提案があった際はよく話し合いし実践している。	事業所のセンター長とはいつでも個別で意見が言い合える。アピール点に記入されている「貼り絵」は、ある職員の意見から取り入れたもの。法人本部の管理者も常に来所されており、スタッフとの風通しも良い。	
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	勤務状況は健康に影響が出ないよう配慮し、また講習会の参加や資格習得への試みを把握して向上心を持って働けるよう努めている。		
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、動きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内研修はもちろんの事、法人外研修にも積極的に参加できるよう努めている。また、勤務内で介助方法やアセスメントなど日々、指導と共に勉強することに努めている。		
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	法人内の他のグループホームの交流会の他、管内のグループホーム協議会の研修に参加するなど、職員が地域同業者と交流する機会を持ち、サービスの質を向上させている。		

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	本人の生活の場でアセスメントを行なうよう努め、可能な限り面談回数を増やしている。現在やこれからの生活の不安を聞き、それを受け止め支援するよう努めている。		
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	相談受付より、現在に至るまでの経緯、現在の状況をお聞きし、不安・望むことを受け止め支援するよう努めている。また、入居後もその都度、相談し協力していきながら本人が安心して生活できるようにしていくことを常に伝えている。		
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	本人家族が求めている支援を相談時に見極める様努め、他のサービス利用の検討を含め対応す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	日常の中で一緒に食事準備などの家事や作業を行う事、また、同じものを同じ時間に共有することなどで、喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いています。		
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	いつでも訪問しやすい環境を作る事を心がけており、面会時には情報提供、又家族の思いなどをお聞きすよう努めることで、本人と一緒に支えていけるような関係作りを築くよう努めている。必要時の受診なども共有できるように一緒に行くなどしている。		
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	お友達も訪問しやすい環境を作る事を心がけ、遠い方からの電話連絡や贈り物が届いた時など、お礼の一報を入れるなど支援している。また、お墓までの散歩もし関係がとぎれないようにしている。	近隣の墓地に亡くなった方に会いに行くと呼称し、職員他数名で墓参を兼ねて散策したり、商店街めぐりも計画している。他事業所を利用している知人が来所したり、こちらから訪ねる際は同行支援している。	
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	家事、制作などを一緒に行う事により、関係を深めていただけるよう努めている。それらを行うことにより、職員が近くにいなくとも、お互い助けあうという姿勢が見られている。		

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	サービス終了後も、施設・病院などへ訪問するなどし、関係をすぐに断ち切らないようにしている。		
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	一人ひとりの思いに寄り添い、その人らしい生活が送れるように支援している。また、意思疎通の困難な方には、ご家族の協力を得ながら思いや意向を取り入れる様に努めている。	入居時聴取した情報以外にも、折に触れご家族からの聞き取りに努めている。思いを声に出来ない方にも、日々の関わりの中から思いや望みを推し量り、支援している。	
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	入居時のアセスメントにてお聞きし、入居後も本人・ご家族にお伺いする機会を作り、馴染みの暮らしかなどの把握に努めている。		
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	できる事に目を向けるよう努め、その日の状態に配慮し、一日を健康状態良好で楽しく、過ごせるよう努めている。		
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	3ヶ月に1回・6ヶ月に1回の個人の介護計画の見直しと、日々の状況についてその都度アセスメント実施しており、本人・家族の意向にあった介護計画を作成するよう努めている。	入居時に担当者を決め、その後はチームで日々アセスメントをし合っている。定期見直し・随時のモニタリングはそれぞれの担当を中心に毎月のフロア会議の中で検討し合い、介護計画の更新に繋げていく。	
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	各入居者ごとに生活記録があり、連絡ノートにも気づき等を記入し、申し送りも含め、職員間で情報を共有し実践・介護計画の見直しに活かしている。		
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	地域のボランティアの慰問や行事に参加している。また他ユニットと合同で親睦会を行うなどしている。		
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	地域の民生委員やご家族の協力により、お祭りへの参加をしている。また、町内のお店へ外食や買い物に行くことにより、町内の方にもご協力して頂き、買い物や外食など楽しまれている。		
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	ホームでの主治医があり、月2回の往診がある。入居時に家族の承諾を得た上で、かかりつけ医よりホームの主治医に情報提供して頂き、継続的な医療の提供を支援している。また、受診が難しい時には医師の協力のもと往診以外にも診察や処置に来ていただいている。	入所後も、それまでのかかりつけ医の継続も可能で、定期受診や他専門医の受診時は、生活情報など手紙にして家族に持参して頂く。往診医の受診結果は“変わりなし”であってもご家族に報告している。	

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	非常勤に看護師がおり、日常の健康管理を支援して頂ける。また、相談しながら入居者の健康管理をしている。		
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。	入院時にはソーシャルワーカーや看護師との連絡を密にとり、早期退院・心身機能の低下を防ぐよう情報を共有し、連携に努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現在終末期の対象者はいないが、医療処置が必要にならない限りホームで生活できるよう、主治医・家族と十分に都度話し合いをし方向性を共有している。また、入居時に事前指定をお聞きしている。重度化の際には早い段階より話し合いを設けている。	重度化対応指針や看取りマニュアルは整備されており、入居時の重要事項として十分な説明をしている。また、「終末期の事前指示書」により、本人家族の意向を確認している。その後も、思いの変化があれば個人の生活記録の中に残している。	
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	応急手当など日常生活で発生した場合、都度全ての職員へ伝達・指導をしている。また、老健での講習会の参加。季節・行事毎には前もって再確認をしている。		
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	災害マニュアルを作成し、年に2回、避難訓練を実施。老健との協力が得られるよう体制が整っています。（その際の必要備品なども老健から借用できる訓練も一緒に行っている。）	昼・夜を想定して、消防への通報から避難誘導の手順まで消防士の指導を受け、確認合っている。隣接する老健施設は地域と防災の協定を結び、町民の避難受入れについても協力姿勢を構築している。	目標として挙げている「日々の防火管理の自己点検票」の作成について、継続して取り組みを期待したい。
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	一人ひとりに合わせた言葉掛けや対応を行い、利用者の誇りやプライバシーを損ねないように配慮している。	呼称は利用者の意向を聞き、姓か名にさん付けている。面会簿は置かず、来訪者の状況把握は管理日誌や個人の生活記録の中に記載している。	
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	本人の気持ちやペースを大切にし、希望をとり実践したり、選択できるような配慮を心がけて支援している。		
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	一人ひとりに合わせて起床や就寝など規制がなく、本人の気持ちを尊重した支援をしている。またその日の要望で買い物や散歩・料理など希望に添って支援している。		
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	理美容に関してはご本人の希望に合わせて実施して頂けている。日々の身だしなみも本人と相談しながら行っている。		

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
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	食事の支度や片付け等を共に行なうよう心がけ、好まない食事などに関しては代替など用意し提供しており、食事を楽しんで摂取できるよう支援している。	毎日の献立は職員が交代で考え、食材は近くのスーパーに出向き購入してくる。個々の残食状況から、メニュー変更の個別対応もしている。月に一度は老健の管理栄養士による評価・指導を受けている。	
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	食事量・水分量共に一日の摂取量を毎日カウントしておりバランス状況を確認している。全体面で把握できるよう支援している。		
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	毎食後、口腔ケアの実施を促し、就寝時には義歯を預かり消毒し、清潔を維持できるよう支援している。又、定期的に歯科往診に来ていただいて診察して頂いている。		
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	なるべくトイレで排泄が出来るよう、また失敗が少なくなるよう排泄チェックを毎日しており、その都度アセスメントを実施し自立に向けた支援を行なっている。	居間を挟んで2か所のトイレがあり、内部は広く汚れや異臭も無い。現在、排泄に全介助を要する利用者が2名で夜間のみポータブルトイレが使えるようにしている。ほとんどの方が布パンツで、一部、不安な方はパット併用している。	
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	排便チェックも毎日行っており、便秘にならないよう食事内容や飲料水なども工夫し取り組んでいる。運動や乳製品を取り入れるなど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てしまわずに、個々にそった支援をしている	定期的に全員が入浴できるよう支援しており、ご本人の希望にあわせてなるべく入浴できるよう配慮している。	お風呂は毎日、午前・午後準備している。洗い場も広い造りなので、二人体制での介助も可能である。最低でも週2回の入浴を目指し、拒否時は時間をおいての声掛けや飽きないように入浴剤を変えたり、老健施設の大浴場を借りることもできる。	
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	一人ひとりの習慣に合わせて休息して頂いている。また夜間は就寝時間を決めず、その人の習慣を尊重し入眠を促している。		
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	服薬に関しては全員が理解できるよう努め、疾患や服薬状況・量・利用者の変化などもその都度確認するよう努めている。		
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	一人ひとりの力に合わせた役割を設けていることと楽しみなども提供できるよう日々努め、月1～2回ごとの行事も取り入れ支援している。		

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	夏場はできるだけ希望に沿って、お散歩に行くように支援している。また、5月～10月にかけてはホーム行事として外食を兼ね出かけています。冬場は外出が難しい為ご家族の協力のもと外出して頂くよう支援しています。	積極的に戸外に出る事は、事業所の特長としてパンフレットにも方針化されている。年間の外出行事計画以外にも、日常的な散歩や周辺散策が可能な自然環境にあり支援している。老健のリフト車も借用可能な体制にある。	
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	ご家族と相談のもと自己管理できる方は少額所持して頂いている。利用者の購入したい物などは代行をしたり、一緒に買い物をするなどしている。又、外食にてお小遣いを使用しており、利用者も理解されお金を使うことを喜ばれている。		
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	職員が電話連絡をする際には、必ず本人へ変わり、ご家族と話せる機会を作っている。定期的にご家族・親族より電話連絡がきている。はがきなども時々くることあり。		
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	生活の場が不快にならないように充分配慮し季節に応じて、入居者と共に、創作物作るなど、生活感・季節感を取り入れている。	回廊の壁面に職員と利用者紹介の顔写真と行事の記録写真が掲示され、広い居間には、二畳の畳スペースもあり、くつろぐ場所の選択ができる。利用者が創作した貼り絵や書道作品が飾られ、又、職員が布地で手製した「万年カレンダー」がひととき目を引き、心和ませられる。	
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	共有空間では、それぞれ寛げる場所がある。また、ソファや食堂テーブルの配置なども考慮して、設置している。		
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	入居時に使い慣れた物を持参していただくよう説明し持参して頂いている。本人の意思を尊重し生活しやすい部屋作りをしている。	8畳の居室内に洗面台が付いており、防火カーテンとベッド、クローゼットは事業所備品として備え付けられている。日々の清掃は主には職員になるが、一緒に整理整頓を心がけている。身体機能に合わせ、ギャッジベッドも用意されている。	
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	一人ひとりできること・わかることを生かして生活していけるよう支援をしている。また実施することによって自立した喜びがあるため、支援するよう努めている。		