

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1)

事業所番号	0172902116		
法人名	株式会社 健康会		
事業所名	グループホーム あけぼのⅢ Aユニット		
所在地	北海道旭川市忠和6条6丁目2番24号		
自己評価作成日	平成31年1月15日	評価結果市町村受理日	平成31年4月9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.kajokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhou_detail_2017_022_kani=true&amp;jiyosyoCd=0172902116-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kajokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhou_detail_2017_022_kani=true&amp;jiyosyoCd=0172902116-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	企業組合グループ・ダイナミクス総合研究所 介保調査部
所在地	札幌市手稲区手稲本町二条三丁目4番7号ハタナカビル1階
訪問調査日	平成31年2月7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)】

法人内の多様なサービス事業所と連携し、新たに設けられた生活機能向上連携加算を算定しています。専門職が個々の身体機能をしっかりとアセスメントし、介護計画書に反映し支援しております。また、地域交流を念頭に、認知症カフェ・手づくりレストランといった活動にも参加し、利用者様の活躍の場を広げています。  
母体が医療法人であるため、医師・看護師を中心とした24時間の医療支援体制が構築されており、重度化した場合にもチームで対応している。

【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、旭川市の西方向にある閑静な住宅地に位置し、2階建て2ユニットのグループホームである。隣接して保育園や近隣に商店などがあり、利用者の散歩や買い物に適した立地である。法人は、医療法人を母体として、認知症高齢者グループホームを始め、医療系有料老人ホーム、訪問介護、通所介護、訪問看護等を旭川市を拠点に札幌市及び道内、首都圏にも展開するなど積極的な高齢者介護の支援を行っている。特長は、母体が医療法人であるため、医師・看護師を中心とした24時間の医療支援体制が構築されており、重度化や終末期にも積極的にチームで対応している。また、今年度から法人内のPTと連携して生活機能向上連携を行っており、介護計画にも反映している。当事業所は、隣接した保育園園児や近隣の他の介護事業所、セラピー犬の訪問など地域の方との日常的な交流で、利用者も日々楽しく過ごしている。法人内の忠和地区の事業所合同での夏祭りも盛大な地域の行事となっており、地域の一員の事業所としてこれからも期待したい。

V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項目	取組の成果		項目	取組の成果	
	↓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、暮らし方の意向をつかんでいる (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 3 利用者の1/3くらい 4 ほとんどつかんでいない	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
<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作り、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	職員や来訪者の目に留まりやすい場所に掲げ、職員へはポケットサイズの理念を書いたカードを配布し、判断の指針として確認できるようにして定着している。	理念は事業所内に掲示し、利用者や家族にも周知するよう努めており、職員はポケットサイズの理念を記載したカードを携帯している。月1回の会議等で、振り返るなど確認して職員間で共有し実践につなげている。	
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	利用者様と一緒に近所の商店に買い物に行ったり、町内会の「運動会」「盆踊り」等への参加、夏祭りの企画をし町内の方々も参加出来るように案内する等相互に関わりが持てるようにしている。	町内会行事の運動会や盆踊りなどに利用者は参加している。法人内の忠和地区の事業所合同での夏祭りには、地域の方や利用者、家族が多数参加して盛大な行事となっており、地域との相互の交流を行っている。	
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	地域包括支援センターと共同で認知症カフェ・手づくりレストランの開催を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組状況等について報告や話し合いを行い、そこの意見をサービス向上に活かしている	地域の皆様やご家族様、市職員、他事業所の方々に参加頂き、当事業所の取り組み等を説明し、毎回貴重なご意見、ご感想を今後の活動に生かせるように努めている。	運営推進会議は、家族や市担当者、町内会役員、地域の方、他の事業者などが参加して、運営状況の報告や意見交換、情報交換など行いサービス向上に活かしている。	
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取り組んでいる	長寿高齢課や生活保護課と密に連携し、協力関係を築いている。	運営推進会議に市担当者が参加しており、定期的に意見交換をしている。生活保護課担当者も毎月訪問があり情報交換している。また、地域包括支援センターと共同で認知症カフェ・手作りレストランを行っており、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	現在身体拘束を行っているケースはない。必要に迫られた場合は「やむを得ず身体拘束を行う場合の対応」に基づきケアをする。帰宅願望がある利用者様にはその訴えを受容し、体力等に応じて本人の行きたいところまで付き添うなどの対応を行う。	身体拘束廃止適正化委員会を設置して、3ヶ月に1回検討会を行っている。また、身体拘束廃止の指針やマニュアルを整備して、研修会を年2回定期的に開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	法人内で安全対策委員会が開催する「虐待の研修会」に参加したり、職員が外部の研修会も参加し、ユニット会議等で職員に周知出来るようにしている。		

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	管理者が地域包括支援センター主催の研修に参加し、成年後見制度について学んでいる。(年6回)		
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	契約・解約・改定時は家族と十分に話し合い、理解・納得を得ている。		
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	意見箱の設置と、年に一度のアンケート調査の実施。	ホーム便りは3ヶ月に1回発行し、家族に運営状況の報告をしており、利用者毎の生活状況は、毎月手紙を送付して報告している。意見箱は玄関に設置しているが、家族からの意見や要望は、来所時に殆ど聞き取り、運営に反映している。	
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	年に2階の職員評価時と適宜面談を行うことにより、職員個々とのコミュニケーションを図っている。	ユニット介護と全体会議を毎月一回行っており、個人面談は年2回定期的に実施している。法人内で、安全対策委員会や教育委員会などがあり、職員からの意見や提案を聞き、運営に反映している。	
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	法人本部人事課にて職員評価(ラダー評価)を実施し、各個人の目標や実績を給与へ評価している。		
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	職員個々の能力を見極め、その職員に必要な研修を法人内外で案内し参加している。		
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組をしている	同圏域のグループホーム合同研修会にて交流の場を設けている。		
<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	利用開始時には集中的なコミュニケーションを取り入れ出来る限りご本人の不安を解消できるようにし、信頼関係を早く築けるようにすると共にプランには安心できる関わりを持つサービス内容を設定している。		

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
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	ご家族様と連絡・面談を行い、困っている事や今後の支援についての要望等を聞き取りし本人や家族のニーズに応えられるよう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	センター方式を活用してアセスメントを行い、身体状況やニーズを把握し、インフォーマルサービスを含めた対応に努めている。		
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	一人一人の身体機能を見極め、食材の買い出し、調理の下準備、洗濯ものたたみ等生活の中の作業の手伝いや場面場面で意志の選択決定が出来る様な関わりを行っている。		
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	必要に応じて都度電話連絡し、ご家族様の面会時には、ご本人の様子を報告すると共に、意見やアドバイスを頂いている。又、毎月のお手紙を送付し、近況を報告する等、信頼関係を築けるように努めている。		
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	ご家族様の生活歴などを把握し、これまで大切にしてきた人達や家族との関係が途切れないように、面会や外出を実施している。	家族や友人、知人が多く訪れている。他の施設に入居している家族に面会したり、床屋や元の家など職員が同行して関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者様同士の関係を把握し、一人一人が過ごしやすい生活環境になるよう職員が必要に応じて関係を取り持ち余暇活動や共通の時間を利用者様同士の意志が尊重されるように支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	同一法人施設間での移動の際、情報提供と共に、ご本人様との面会やご家族様への相談支援の継続に努めている。		
<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	センター方式を中心としたアセスメントを行い利用者様とご家族様思いや生活に対する要望を把握し、ケアプラン作成に努めている	センター方式を活用して、利用者の思いや意向の把握に努めているが、利用者から確認できない場合は、家族から聞くなどして把握に努めている。	



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
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	利用者様やそのご家族様だけでなく、以前利用していたサービス事業所や地域包括支援センター・医療機関等からも情報収集を行い、経過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	適度な活動を目標に生活シートでの活動記録と観察、確認を行いながら、ご利用者様が有する力を出せるように体調にも留意しながらメリハリのある生活が出来るように把握している。		
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	センター方式や生活シートを利用し、担当職員とアセスメントを行い、ご本人・ご家族様の要望や課題を把握し、かかりつけ医療機関より意見を頂き、管理者・計画作成担当者と協議の上、ケアプランを作成している。又、毎月ユニット会議を行いチームで検討している。	利用者毎の担当者がセンター方式や生活シートを活用し、利用者と家族にアセスメントをして、意見や要望を聞き、主治医や看護師、PTなどの意見もまとめてモニタリングしカンファレンスを行い、管理者と計画作成担当者が協議して現状に即した介護計画を作成している。見直しは3ヶ月毎に行っている。	
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	生活シートとケアプランを連動させ、日々の様子やケアの実施結果を個別に記録し、職員間で情報を共有しながら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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人やご家族の状況に応じ、ショートステイの受け入れが可能な体制を整え、必要に応じて法人内他施設への異動も支援している。		
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	町内会や近隣の商店、保育園などに協力を依頼し、ご本人が自ら買い物や散歩などを安全に行えるように支援している。		
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	ご本人及びご家族の希望を尊重し、かかりつけの医療機関と連携を取り、適切な医療を受けられるように指示を仰いでいる。	入居前からのかかりつけ医は継続して職員が同行して受診している。協力医療機関は、月2回の往診で、看護師が週1回の訪問により24時間体制の適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	協力医療機関の忠和クリニック・訪問看護と24時間体制で連携を取り、利用者様が適切な受診、看護を受け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
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。	医療機関の相談員やご家族様を介して、利用者様の状態等の情報を頂き、入院中や退院前には再アセスメントを行っている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	入居時に重度化・看取りに関する指針に基づき説明と同意を頂き、リビングウェルを定期的に確認し、状態が著しく変化した場合は、主治医からのムンテラに出席し、ご家族様、医療機関と連携を取り対応している。	入居契約時に説明し同意を得ている。重度化した場合に主治医から説明し、再度、本人家族と打ち合わせして意向を確認して、対応している。また、年1回定期的に研修会を行って学んでいる。	
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	緊急時の対応についての研修に参加し、参加した職員はユニット会議で全職員にフィードバックしている。		
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	年に2回夜間想定での避難訓練を行っており、運営推進会議等で近隣住民の方に災害時の避難支援の協力の呼びかけをしている。毎月チェック表を基にコンセンの埃等を点検している。	火災の避難訓練は、消防署の指導の下、備蓄や備品を整備して、地域の方の支援で年2回定期的に実施している。	火災の避難訓練は、年2回定期的に実施しているが、自然災害のマニュアルの整備と対策を至急に検討するよう期待する。
<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	接遇委員会で企画するシミュレーションの形の勉強会をユニット会議で行い接遇マニュアルに準じて対応できるようにしている。	人格の尊重とプライバシーについては、法人内の接遇委員会で接遇研修を定期的に行っており、事業所内でも研修会や勉強会をして対応している。	
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	ご本人のこれまでの生活歴を尊重し、希望があれば畑作業や嗜好品の買い物外出、喫煙や飲酒等日々の関わりの中で希望をくみ取りながら場合によっては見守りでも対応でき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、その日をどのように過ごしたいか、希望に沿って支援している	ご利用者様によって前持って予定をお知らせすることで活動がしやすい方、その時に伝えた方が良い方等もあるので一人ひとりの活動ペースを把握しながら一日が楽しめるように支援している。		
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	着る服を本人に選んでもらったり、化粧や髪形、訪問利用の活用など、本人の要望に沿えるように努めている。		

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
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	食事内容に関する希望の聞き取り、食材の買い出しや調理の下準備、片付けや食器洗い等一連の流れを利用者様と進める機会を設け、一人一人の活動能力を生かしながら楽しく食事が出来るように努めている。	献立や調理など職員が全て行っており、利用者も調理の下準備や片付けなど一緒に手伝っている。行事食は忠和会の夏祭りの焼き肉や3種類の鍋料理、チーズフォンデュなど多彩な内容となっている。外食は回転寿司や江丹別の蕎麦など季節に応じた食事の支援をしている。	
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	十分な食事、水分量が摂取できない場合は本人の嗜好品を勧めたり必要に応じて栄養補助食品を取り入れ、一日の飲食量を生活シートに記録して状況を把握できるように職員間で連絡している。		
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	毎食後の口腔ケアを勧めており支援が必要な方には出来ない部分の介助を行っている。ケアが困難な方には口腔ウエッティーを用い都度口腔ケアを行っている。必要に応じて個別で歯科往診を利用できるようにしている。		
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向けた支援を行っている	極力オムツに頼らないトイレでの排泄が行えるように、個人の排泄パターンをアセスメントし支援している。そのうえで日々の排泄記録を付け間隔を見ながら案内できるように支援している。	利用者個々の排泄記録表を職員間で共有して、一人ひとりの仕草や表情など観察しながら声掛け誘導して、トイレでの排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	毎日一人ひとりの排便状態を確認し、極力自然排便することが出来るように水分や乳製品の提供、運動を働きかけている。慢性の便秘には主治医に相談し、内服薬で排便コントロールしている。		
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、個々に沿った支援をしている	一人ひとり希望やタイミングみ合わせ、いつでも入浴できるように環境を整え支援している。個々により曜日を決めたり、希望時に案内したり入浴のタイミングを調整して支援している。	入浴は週2回だが、毎日入浴の支援を行っている。本人の希望を聞いて、午前中や午後など個々の状況に沿った支援をしている。	
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	日中の活動量と休憩のバランスを取りメリハリのある生活を心がけ夜間の安眠につなげる事が出来るように考えている。安全や利用者様の意希望によってはホールのソファを利用して休めるようにしている。		
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	服薬マニュアルを順守し、状態変化があった場合には、生活シートに記載し、必要に応じて医療機関に指示を仰いでいる。		



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
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	利用者様一人ひとりに合わせて、散歩、ゲーム、体操、家事活動、会話等の活動に参加する機会を設けそれぞれがやりがいや楽しみを感じられるような活動の時間を過ごせるように支援している。しないという選択も尊重する。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、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	買い物や裏庭、町内の散歩等の外出希望がある時は、出来るだけ希望に沿えるように対応している。又、季節ごとの行事を企画し外気に触れる機会を設けている。	町内や近隣の散歩は日常的に支援している。夏季は月1回の外出行事を行っており、お花見や紅葉見学、忠和会の合同夏祭りや工場見学、動物園や四季の丘へのドライブ、旭川冬まつりなど季節に応じた外出の支援をしている。	
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	ご家族様了承の下、希望される利用者様はお金を一部管理してもらっている。外出時には利用者様の状況に合わせて、所持、支払いを行っている。		
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	利用者様の希望時には、事前にご家族様の了承を得て、電話、手紙を出すことが出来るように支援している。携帯電話を所持し自由に利用されている方もいらっしゃる。		
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	季節に合わせた飾りつけや、利用者様が作成した絵等の作品、行事等の写真を掲示する事で季節を感じてもらったり思い出を回想してもらったりして感情への働きかけの支援を行っている。	共用空間は、採光や風通しもよく、季節に合わせた飾りつけや利用者の作品、行事の写真などが掲示され、楽しく過ごしていることが感じられる。利用者は日中は殆どリビングでゆったりと寛いで過ごしている。	
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	利用者様同士が相互に良い刺激を受け合えるような物の位置、椅子やテーブル配置を都度検討している。個々の場所を決めることで安心感を持ってもらいながらその時々の流れによっては自由な場所で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	ご本人やご家族と相談しながら、出来るだけ使い慣れた物や琴美の物を使用してもらえるように案内し居心地良く過ごせるように支援している。	居室には、大きな収納とベットが設置されている。利用者は、使い慣れた家具や馴染みの物を持参して、居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	トイレやお風呂場には張り紙をして場所が分かるように、又、各居室前には利用者様の名前や写真を飾ることで分かりやすくしている。食事のメニューはホールに張り出し知らせることで先の楽しみが持てるように工夫している。		