

(別紙4-1)

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	0170501845		
法人名	有限会社 ユアスタッフ		
事業所名	グループホームもいわの里 石山館 うれし荘		
所在地	札幌市南区石山3条7丁目3番12号		
自己評価作成日	平成27年9月1日	評価結果市町村受理日	平成27年10月15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&JivyoCd=0170501845-00&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9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)】

1 終末期・看取り支援
本人のラストステージの在り方の願いや希望を、日々心の奥深くにある“想い”を察しながら、家族と共に最期の瞬間まで尊厳を支え、自分らしく強く生き切る支援をしています。また、医療機関との信頼感のおける連携で、可能な限り看取りに取り組んでいます。

2 自然の中で
ホームの広いガーデンは、利用者の憩いの場所で、季節の花々の前で撮影した写真の中の笑顔から、自然の素晴らしさを感じ取っている姿がみられます。また、利用者が関わり育てた野菜を収穫し、その場で新鮮で完熟の味を楽しんでいます。家族菜園のコーナーもあり、ラズベリーや薬物野菜などを植えていただいたりと家族との絆が深まっています。

3 食に対する価値観
“素性の知れた安全な食材”“利用者の個々の量・調理形態”“治療食の取り組み”“好まれる味”“昔取った杵柄の発揮”調理にも関わっていただき、職員は食の大切さを追及しています。 また“誰とどうやって食べるか”、喜びの時間を共有し、豊かな食卓に繋がっています。

当事業所は、南区石山の自然豊かな緑にあふれた閑静な住宅地に位置している。地下1階に会社があり、地上2階建てで、1・2階2ユニットのグループホームである。1ユニット6名定員で広々としてゆったりした空間である。ホームのベランダから庭園や菜園に通じ、ベンチでランチやコーラス、語らいの場所でもある。菜園では多種類の野菜を栽培し、外気浴をするなど心地よいガーデンライフを楽しんでいる。食に対する関心が高く、食べることはよりよく生きることにつながるため、安全な旬の食材の盛り付け・彩りなどにも工夫を凝らし手作りで心のこもった食事を提供している。ケアに関しては、今年の夏にホームとして2度目の看取りを行った。会社の事業所から、重度になられたり若年性認知症の方々を受け入れ、その方に合ったケアを工夫している。人生のラストステージに家族と共に最期の瞬間まで自分らしく生き切る支援を行っている。このような取り組みには施設と職員の力量が必要とされ、独自の人材教育方法、YSS(職員自己評価表)の活用や人事交流、「わいわい演習塾」などで職員研修を行っている。「ゆつくり・いっしょに・たのしく」をモットーに、住み慣れた地域で家族と一緒にその人らしい生活を支援するホームである。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく 過ごしている (参考項目:30,31)	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
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)		

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	ケアに行き詰まった時には「理念」の振り返りを合言葉に、謙虚な姿勢で倫理、目的を見直す機会を作り実践に繋げている。理念は職員や来訪者がいつでも目の届く居間や玄関に掲げ、地域密着型のサービスの理解を推進している。	ホームの運営理念は事業所内に掲示し、インターネットやパンフレットにも掲載している。現場ではケアの根幹として実践しているが、ケアに行き詰った時なども「原点である理念」に立ち戻り、職員間で共有している。また、理念に基づき年間目標を全職員で検討し、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員として日常的に交流している	地域の自然や方々との交流が深められるよう努めている。また近所から季節の野菜や果物などの差し入れがあったり、紙細工の作品や花などを展示させていただいたり、地域で暮らすあたたかさや喜びの支援の協力体制がある。	地域の行事や町内会の清掃、文化祭の講演会や展示会などに参加している。琴の演奏や読み聞かせボランティアの受け入れをしたり、保育園の子どもたちの訪問を受けるなど地域の一員として交流をしている。	
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	区の生活保護受給者の就労支援や読み聞かせボランティアの受け入れ登録し、地域の方々の生きがいの場を提供させていただいている。また地域の方々に向け、認知症の知識や理解・支援方法を伝えていけるよう努めている。		
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	隔月ごとに、行事や健康・活動・事故防止策等生活リポートの報告。法人の取り組みやタイムリーなテーマで福祉や事業所の理解を深めていただく機会としている。地域や包括支援センターとの情報交換・意見の交換で良質の認知症ケアに繋がるように努めている。	年6回包括支援センター、町内会役員、民生委員、家族が参加して定期的に開催している。感染症、介護保険制度、認知症など多様なテーマを検討し、意見や要望を聞きサービスの向上に努めている。ホームからは生活リポートを作成し、日々の様子を知らせている。議事録は全家族に配布している。	
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	市・地区のグループホーム管理者連絡会、ケアマネ研修会・地域運営会議等での市や区の担当者との情報交換で連携を密にしながら、事業所の実際やあり方を見直す機会を得ている。	市・区のグループホーム管理者連絡会、ケアマネ研修会、地域運営会議などで行政の担当者との情報交換やケアの取り組みを伝え合い協力関係を築けるように取り組んでいる。生活保護受給者には保護課と連携をしている。	
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	身体拘束による弊害を事業所全体で正しく理解し、尊厳を支える生活を実践できるよう、自施設内研修において身体拘束廃止委員会や勉強会を定期的に開催している。また、地域研修の権利擁護の講習会に参加し、他施設の方々と共に学ぶ機会を得ている。	身体拘束をしない指針やマニュアルを整備し、事業所全体で正しく理解している。2事業所全体研修や施設内研修でも職員で構成する身体拘束廃止委員会が中心となり勉強会を開催している。玄関は夜間のみ施錠している。	
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	グループホームの倫理規定に基づいて遵守し、高齢者虐待防止法の勉強会を定期的の実施している。事業所内においては「絶対に起こさない」「見逃さない」「許さない」ことを徹底し防止している。		

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	成年後見人制度や福祉権利擁護の研修会等に参加し自施設でも定期的に勉強会を開催し、事業所全体で知識を得る機会を持っている。成年後見人制度を利用している方を通して、実践で学び、さらに有効に活用できる支援に努めている。		
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	契約時には、重要事項説明書・契約書を提示し、丁寧にわかりやすい説明に努め、理解・納得・同意を得て安心感をもっていただいている。		
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	日々、利用者・家族が率直に意見や要望を表現することが出来るよう、良好な関係を構築し、真摯な姿勢で耳を傾けて事業所の質の向上につなげている。また苦情の窓口を設け、事業所内で共有化してサービスの向上に努めている。	家族が札幌在住で訪問の回数が多く、訪問時には話を聞く機会が多くある。ホーム便りを発行し、家族に利用者の生活状況を知らせている。敬老会後に家族会を開催し、話し合いの機会を作り、家族の意見や利用者の要望を聞き取り運営に反映させている。	
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	全体会議や面談、日々のコミュニケーションを通して、運営に関連する話題を心がけ、日常的に職員が意見を述べやすい環境作りや職員の自由な発想を大切にしている。	月1回の全体会議や「わいわい演習塾」で運営に関する話題をあげ意見を述べやすい機会を設けている。年1回の「YSS 職員自己評価表」で個別に自分の考えを書き、面談で職員の意見や提案を聞き、運営に反映させている。	
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	職員がやりがいを持って就業できるように、人事考査基準で個々の努力や実績が給与水準アップの反映に努めている。また職員がストレスを溜め込まないようにストレスチェック表などで、メンタルのサポートを行っている。		
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	全職員を対象に段階に応じた外部研修を受講する機会を確保している。毎月テーマを決め、委員会や個人、代表者や管理部門が主導となる勉強会や演習を自施設内で開催している。ホーム企画のワイワイ演習塾は職員に好評で、楽しみながら認知症ケアのチーム作り向上を図っている。		
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	地域の福祉法人の主催する定期の研修会に事業所全体で協力・参加し、ネットワーク作りを行っている。また事業所見学や実習生の受け入れも積極的に行い、交流や学び合う姿勢を大切にしている。		

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
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	生活上の困りごとや、様々な不安や要望を本人から伝えやすいように、傾聴や受容・共感の基本的姿勢を心がけ、潜在的な感情の理解や信頼関係の構築に努めている。事前情報での心理行動症状等の生活困難者には、背景などを鑑みてリロケーションダメージをいち早く回避できるような良質のチームケアに努めている。		
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	利用者に対する家族の様々な思いを理解し、共感姿勢で受け止めるように努めている。また、本人と家族の心の距離が縮まり、離れて暮らすことになっても絆が深まるよう支援している。		
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	相談から利用までの過程で十分な情報収集と現状や背景など視点を拡大したアセスメントを行い、潜在化している事柄を含め、本人らしい暮らしの支援ができるよう見極めをしている。また、ケアプランには「我が家を感じて暮らしたい」というニーズを組み入れ、「気兼ねのない人との繋がりがり」や「昔取った杵柄の発掘」に力を注いでいる。		
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	職員は、利用者の経験や知恵から学びを得る姿勢で、ホーム理念である「高齢者を人生の先輩として敬う」を実践し、認め合い支えあう関係作りを大切にしている。「出来る事・やりたい事」を見極めて、可能性の芽を大切に育てていく援助を行なっている。		
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	家族と利用者の良質な関係作りが継続できるよう、ホーム来訪時にはケアの一員として、職員は家族の一員としての協同意識をもった場面作りを心がけている。重度の方への面会時には、コミュニケーションが取りやすいように職員がタイミングを見計らい、言葉や想いを繋ぐお手伝いをしている。		
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	家族・親戚・友人等の来訪を心から歓迎し、関係の継続を支援している。希望者には可能な限り懐かしき場所（自宅・職場等）の訪問を援助する体制がある。	利用者全員が入居前は札幌の在住者で、家族・親戚・友人などの訪問が多い。希望者には、可能な限り自宅や懐かしいの場所を訪問する支援に努めている。手紙や電話など通信支援も行っている。	
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	生活レクリエーション・生活リハビリを通し、仲間意識を支え共に和やかに楽しさを感じながら生活できるように支援している。また、その方の持てる力ややりたいこと等を見極めながら、協働できる場を設定して喜びを感じて頂けるよう努めている。		

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	契約が終了しても、希望に応じ可能な情報提供やサポートなど、これまで培ってきた関係を大切に、バックアップに努めている。退去後も家族が相談に来訪されることもある。		
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	「日々アセスメント」の意識を持ってコミュニケーションを深め、言葉にできない思いや希望を察し受け止め、本人を深く理解できるように努めている。利用者本位を最優先している。	日々のアセスメントを心がけ、一人ひとりの希望や意向の把握に努めている。利用者とは日頃から意図的な会話で意向を引き出している。困難な場合は表情、快・不快の表現、アクションなどから「察しのケア」を心がけている。	
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	家族への細部に渡る聴き取りや、これまでのサービス利用の情報提供等により、馴染みの暮らしの把握に努め、安心に繋げられるよう努めている。		
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	心身状態に応じた「ゆったり感を大切にした暮らし」を提供できるよう、年齢や体力など、計り知れない高齢者の現状を「察しのケア・共感の姿勢」で把握に努めている。		
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	「アセスメント重視」を合言葉に、日々の生活の中で、本人の力や目標・願いなど、視点を拡大して気づきを持つように努めている。職員は利用者の介護計画の原案とモニタリングに関与し、現状に合ったケアを受けられるよう、ケアマネ監修のもとチームでケアプランを作り上げている。	ていねいなアセスメントを基に、担当職員が本人や家族からの意向を取り入れ原案を作成し、ケアマネが中心となり医療機関、職員全体で検討し、介護計画を作成している。「日々アセスメント」の意識で、毎日生活記録に記載し3ヶ月ごとにモニタリングを行いながら、利用者の現状に合ったプランにしている。	
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	ケアプラン実施や日々の生活・喜怒哀楽に至るまでの詳細な様子が共有できる叙述体の個別記録となっている。サービスの実施にはチェック項目があり、状況と達成度を把握しモニタリングができサービスの見直しに有効となっている。		
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	職員各々の資格・得意分野・係活動を活かし、精神的・身体的サポートや、本人・家族の意向に沿った多様なニーズに応えられるような支援に取り組んでいる。		
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	地域運営推進会議や近隣の方々など、地域に根ざしたネットワーク作りに努めている。地域の方によるボランティア活動は、両者にとって豊かな時間を共有し信頼関係が構築されている。		
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	主治医の在宅診療で、月2回の診療を受けている。内科医療に留まらず、気軽に相談できる関係作りをして、利用者の健康維持と早期発見、早期治療を目指している。他科受診時にはスムーズな連携となっている。	嘱託の内科医の往診で月2回受診をしている。嘱託医とは気軽に相談できる関係にあり、適切な医療を受けられる。訪問歯科は週1回ある。内科以外のかかりつけ医には、家族又は職員が同行し継続受診をしている。受診後の情報は職員、家族、医療機関とも共有している。	

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	在宅診療や訪問看護での医療連携体制により、利用者をよく知る看護師が在宅診療時にスムーズに連携できるように、日常的な関りをもっている。看護師と職員間の信頼関係を築き、利用者の健やかな生活をサポートしている。		
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。	入院における認知力や身体的低下の弊害を憂慮し、可能な限りホームでの安心の治療ができるように在宅診療と密に連携をとっている。また入院となった場合は、本人の不安を最小限に食い止めるため、日ごろの生活の様子や認知症ケアにおける必要な情報をきめ細かに伝えている。早期退院に向け、医療との連携を深めている。		
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	重度化や終末期について、日常的に本人・家族の希望や意向を伺っている。事業所の機能を理解していただいた上で、家族も含め可能なことを本人本意で考え話し合い、前向きにチームで取り組んでいる。また「看取り」についても関係者(医療・事業所・家族)で連携を強化し取り組める体制をとっている。	契約時に、重度化や終末期にむけた指針や事業所の対応を説明し、同意を得ている。日頃から本人・家族に希望や意向を伺っている。重度化した場合や終末期には、家族と打ち合わせをしながら、訪問診療の医療関係者と連携をとりチームで支援に取り組んでいる。今夏に「看取り」支援を行った。	
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	日頃から利用者の身体機能に沿った対策を個別にたてている。応急手当や心肺蘇生の施設内研修を定期的に行い、職員間の周知・連携を強化している。わかりやすい指図書も作成している。		
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回の避難訓練と全体会議や自施設内研修などで、日常的にシミュレーションや事例検討等、冷静に対応できるように取り組んでいる。また、避難訓練や推進会議等で理解をいただき、地域の方の協力体制が万全となっている。	年2回消防署の指導の下、地域の方々の協力を得ながら夜間も想定し避難訓練を実施している。実施後は、運営推進会議で報告し理解を得ている。備蓄や避難用具、緊急連絡網は整備している。火災避難訓練と全体会議、施設内研修などで、冷静に対応できるように取り組んでいる。	
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	ホーム理念にある基本姿勢をケアに反映させ、尊厳を支えプライバシーを守る対応を重視している。管理的ケアをせず、各々懸命に生きてこられた「人生の先輩」として学ばせていただく事を優先している。	ホームの理念「利用者一人ひとりの人格、人間性を尊重します」を基本に、「人生の先輩」として尊敬し学ぶ姿勢で接している。接遇研修を行っている。設備では、トイレのドアや浴室、個人台帳の保管場所など、人目に触れないようにプライバシーを確保している。	
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	思いを表出しやすいように、意図的に自己決定の場面作りをしている。ゆっくり・誠実に・わかりやすく説明し納得してから自己決定ができるよう支援している。		
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、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	個々の生活スタイルを尊重し、心地良く毎日が過ごせるように希望に添った支援をしている。また、チームで「パーソンセンタードケア」の実践に努め、ケアプランにはその人らしく生活できるサービスを入れている。		
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	年齢や生活歴に沿ったお洒落や口紅支援をしている。訪問美容では、本人の言葉で好みのヘアースタイルを伝えるサポートをしている。		

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	「作る楽しみ」「食べる喜び」を感じてもらえるよう、野菜の下処理など利用者の力に応じた場面作りを実施。また毎週日曜日の昼食は、「わいわいメニュー」で「切ったり・焼いたり・作ったり」と楽しくにぎやかな食の時間を過ごしている。	献立は栄養価を考慮しながら、利用者の希望を聞き食べたいものを隔週ごとに作成している。家族から頂いた野菜や利用者が購入に同行し食材選びをしたり、下準備や片付けなども職員と一緒にしている。土曜日は「わいわいメニュー」で利用者が中心になり調理をし、力を発揮している。レストランや和食店などで外食も楽しんでいる。	
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	隔週で、利用者の身体状況や嗜好を良く知る栄養士が立てたメニューを取り入れ、バランスの良い、目でも楽しめる豊かな食生活になるよう支援している。季節や好みに合った飲料を用意し、おいしいと思って水分摂取できるように支援しているため、水分量の確保に繋がっている。		
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	”さりげなく”を合言葉に、「磨かなければ」という意識から「磨いたほうが気持ちがいい」という意識を持ち進んで口腔ケアができるようサポートしている。健康な歯で暮らせる喜びを感じていただけるように努めている。		
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	重度化になっても便座に着座して快適な排泄ができるよう、立位が困難な方も複数介助で安全なトイレ支援の取り組みをしている。出来る限り木綿の下着を着けていただき、最小限のパッドやリハビリパンツですむような支援をしている。排泄のお誘いは”さりげなく”を徹底している。	排泄チェック表や温度板で、利用者の個々の状況を把握している。利用者一人ひとりに合わせて、時間や表情でトイレへ誘導し、排泄の自立に向けた支援をしている。年度中に4名が布パンツに移行している。	
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	便秘による身体的影響・精神的影響を職員が理解し、排泄パターンの把握や繊維質の多いメニュー作り水分の確保を心がけている。また腸の働きが促進する運動にも取り組んでいる。		
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	体調や気分をみながら希望の時間に心地良く入浴できるように支援している。安心・安全な入浴介助技術を習得、ゆっくりとコミュニケーションを取りながら、待ち遠しくなるような入浴シーンを心がけている。また、浮腫のある方には、浴槽の中での機能運動やマッサージもケアプランのサービス内容に組み入れている。	入浴は、基本的に同性介助で、週2回であるが、希望があれば自由に対応している。利用者のその日の体調や気分など状況にあわせ、入浴剤や2人介助などで安心安全な入浴介助をしている。	
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	年齢や体調に応じて、バランスの良い休息ができるよう援助している。夕暮れ時に行う「タクティールケア」の実施や職員の穏やかな振る舞いやトーンダウンを心がけ、睡眠剤を用いることなく心静かに眠れるような支援をしている。		
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	日々、個々の処方箋の目的・副作用・用法・用量を確認し正しい理解ができるように努めている。新処方の服薬後の細かな観察を行い、変化の確認をし、医療との連携に努めている。誤薬防止のためセットから服薬までを複数のチェック体制をとっている。利用者の力に応じた風薬方法を実施、服用確認は”さりげなく”、自尊心の配慮に努めている。		
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	利用者の個々の楽しみや役割、昔取った杵柄等、力が発揮できるアクティビティで張り合いや自信に繋がられる支援に努めている。また春夏秋は毎日、ホームガーデンでの外気浴を行い、季節を感じながら、談笑や歌会・ティータイムで楽しめる場面を設定している。		

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
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	日々、利用者の希望を把握できるよう心がけ、計画的に行きたいところへ出かけられるよう支援に努めている。また「行くまでの楽しみ」を大切に、コミュニケーションにつなげて外出への喜びを感じていただいている。桜見学や紅葉狩りなど家族もお誘いし、親子で楽しめる外出を支援している。	日常利用者一人ひとりの希望にそって、近隣の公園や遊歩道に散歩に出掛けたり、敷地内の菜園で野菜や花の栽培、お茶会など外気浴を兼ね過ごしている。外出年間計画を立て、お花見、ラベンダー、紅葉狩り、雪まつり見学など家族にも協力を得て一緒に楽しんでいる。	
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	地域のお祭りなどで、自らお金を払うな面を設定している。「お金がない」という心配をされている方には、都度お金の在りかや心配は無用の旨を伝えていき、憂慮することのない言葉かけをしている。		
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	本人の力に応じ、手紙や電話の通信支援をケアプランに組み入れている。地方に暮らす家族から定期的に電話があったりと大切な家族との良好な関係の継続を支援している。手紙支援では文字を綴る喜びを持っていただき、家族からの返事に満足されている姿がみられている。		
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	ホールには季節をモチーフとした貼り絵やちぎり絵の雰囲気合った詩を掲示したり、ホームのガーデンで育った季節の花々を随所に飾り、ホッとできる空間を作っている。夕方の不安が募りやすい時間帯には照明や声のトーンに配慮し、落ち着ける空間作りを心がけている。	共有空間である居間は、広く動線にそってソファや家具が置かれ、食堂はゆっくりと食事できるように大きなテーブルが2台配置されている。ベランダに出られ、広い庭園があり、菜園にはブドウ、野菜やバラの花園があり、ランチやお茶会ができる。2階には図書コーナーがあり、居場所の工夫がみられる。	
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	居室と同じ造りの談話室で、居間の雰囲気を感しながら気の合う利用者同士が語り合ったり、スタッフとマンツーマンでの寄り添いができるスペースがある。またテレビ前のソファから少し離れた場所にソファを設置し、一人ゆったりと過ごせるようになっている。		
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	居間を囲んで居室のある設計になっているため、雰囲気が伝わり、寂しい思いや孤独を感じない居室空間となっている。居室はなじみのものや使い慣れたものを手にしやすい場所に配置したりと、居心地よく過ごせるような支援をしている。	共有スペースの居間や食堂を中心に両側に居室があり、各室での利用者の雰囲気がスタッフにも伝わりやすい。居室は使い慣れた家具や馴染の物を持参し、本人や家族と相談しながら配置している。各室それぞれ利用者の個性が感じられ、居心地よく暮らせるように工夫している。	
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	建物内には小さな段差がなく、玄関などのあがりかまちは、はっきりと段差をつけて注意力を以て、安全な移動ができるように配慮している。専用玄関の壁には、折りたたみ式ベンチを設置し、高齢者が無理なく自分で靴を着脱できる高さにして自立のサポートをしている。		