

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	0197600356		
法人名	社会福祉法人パートナー		
事業所名	グループホーム ハートの家六番館		
所在地	石狩市花川北6条3丁目16番地		
自己評価作成日	平成24年11月18日	評価結果市町村受理日	平成24年12月28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	
-------------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あいビル7階
訪問調査日	平成 24年 11月 30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)】

「おだやかに居心地よい空間の中、その人らしい生活を日々過ごせるようなフロアに」を目標にしています。入居者様9名(男性2名、女性7名)とスタッフ7名(男性2名、女性5名)で構成されており、食事作りや創作作業などある際はみなさんと一緒に取り組むことで、作業しながら楽しいお話をしたり、料理や裁縫などを入居者様から教えていただいたりなど、入居者とスタッフが共に支え合って生活するという姿勢を大切にしています。ADL低下や認知力低下に伴い、作業が難しい入居者様についても、スタッフと一緒に行動してもらう、あるいはスタッフの行動を見守ってもらうようお願いするなど、できることを最大限生かしていくことが、入居者様にとって居心地よい場所につながっていくと考えています。石狩という地域性も、入居者様・ご家族さま・スタッフから感じれるホームだと思います。その良さも活かした雰囲気は今後はさらにつくってまいります。

【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)】

24年3月開設の1年未満の事業所です。高齢者共同住宅と小規模多機能型居宅介護が併設された複合型の建物で、それぞれが独立していますが避難訓練など合同での取り組みがあります。ユニット内にエレベーターがあり、ユニット間の利用者の交流がしやすい利点があります。地域とは開設時から積極的に連携が図られ、町内行事の参加が多く見られます。職員研修は机上の学びより実践しながらになりますが、新任職員が多く未経験者であり、今後の取り組みが期待されます。様々な面でケアの質の向上が求められますが、職員のやる気を上手に引き出し、チームワークで課題に取り組むことが期待できます。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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. 全くいない
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させている (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	オープン前の職員研修において、当法人の介護理念およびコンプライアンスルールを職員全員共有。オープン後も勉強会やミーティングを通じ【共に感じる】【共に生活する】ことで、入居者様にとって居心地よい場所になることを目指して取り組んでいる。	法人として地域密着型サービスの理念は、開設以前の職員研修で学びました。しかし、理念の事業所内掲示は見当たらず、日常的に実践への取り組みが若干不足のように見受けられます。6つの特徴を掲げ、家庭的な雰囲気の中での暮らしを大事にしています。	職員全員が理念を念頭においたケアの実践が具体化されることを期待します。	
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	6月に入居者様・スタッフが町内会の花壇作業、7月～8月の地域イベントへ参加した。また、ホーム主催のイベントにおいて入居者様一人ひとりに準備を手伝っていただき、町内への案内チラシと一緒に配るなどし、周辺住民とのつながりを築いてきている。	開設の前から内覧会を実施したり、理解をいただく取り組みをし、積極的に地域を意識して交流をしています。事業所は単独ではなく、総合的な高齢者福祉事業所としての役割を果たしています。		
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	自己評価項目～2にも関係するが、周辺住民と関わる機会を積極的につくることで、ホームに入居者されている方と顔なじみになることが第一歩と感じている。また、2ヶ月に1回実施の運営推進会議においても、認知症の理解と支援アプローチについてお伝えしている。			
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ヶ月に一回、ご家族様・周辺住民の方・包括の方で意見交換を行っております。ホームからは地域行事や特性などについて、ご家族様からはホームのとりにくみに対する意見を聞く機会となっています。地域の方は意見こそ少ないですが、会議に参加していただくことでグループホームを知るきっかけになっていると思います。	開設から、2ヶ月ごとに運営推進会議を開催し、町内会長をはじめ家族や行政側の参加をいただいています。家族や地域の方々とも良好な関係作りが出来るつつあり、徐々に理解が深まっています。		
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	運営推進会議に高齢者福祉課の方が毎回参加され、取り組みと意見交換の状況を共有しています。また、地域包括支援センターから介護相談員さんが訪問され、スタッフや入居者様と談話する中で、悩みや不安、施設の改善点を知るきっかけとなっています。	開設から市の担当者とは連携をとりつつ、指導を頂いています。地域包括支援センターから介護相談員が来訪され職員と相談してケアの質の向上を目指しています。		
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	法人において権利擁護指針・虐待の5種類をもとにスタッフへ研修を行うとともに、言葉使いや介護する上での姿勢など、リーダーからの報告および管理者の定期的現場巡回を通じ、小さな事案でもスタッフと振り返るようにしている。	研修で学ぶのみならず、言葉かけや対応の場面で拘束のないケアを目指しています。玄関の施錠は夜間のみです。管理者はユニットの巡回をこまめにし、身体拘束のないように支援しています。		
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	身体拘束防止の委員会に参加した職員が、現場スタッフに伝える仕組みをとっている。現状として、フロアミーティングの際伝えてはいるが、認知症ケアの理解があっはじめて身体拘束がなぜNGなのかを理解できると感じる。まだそこまでは至っていません。			

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に支援している	新人研修や定期的なミーティングを通じ、法人の理念と通じてコンプライアンスルールの考え方を学び、日頃のスタッフ自身がとっている言動を振り返ってもらう機会をつくることにより、理解を深めている。		
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	見学时に施設サービス内容や利用料金の概要について説明し、入居が決定してからは改めて入居契約書の読み合わせを通じて、疑問や不安点を解消するよう努めている。		
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	ご本人やご家族様の意見は、ホーム職員とのやりとりだけでなく、介護相談員さんの訪問、運営推進会議での意見交換、また、フロアに意見箱を設置しご意見をいただくよう取り組んでいる。	利用者や家族とは気軽に話せる間柄で、積極的に意見を聞くようにしています。まだ、暗中模索の状態で、意見を取り上げてホーム作りに反映していません。	
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	ミーティングだけでなく、定期的に管理者と職員が1対1で面談を行っている。面談の内容は、業務のふりかえりや、施設として個人としての今後の目標をすり合わせるのが目的。また、それ以外にも職員の健康状態や職場の業務改善などの話にも至るなど、不安や悩み解消の大きな機会となっている。	管理者と職員は開設から同じ目線で話し合いをし、提案や意見を聞くようにしています。共に高め合う姿勢で取り組みをしています。	
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	勤務状況においては、残業・休みが多い場合は実情を把握するなどし、本人と会社が望む改善方法を模索する。また、上司は部下に対して指示のやりっぱなしにならないよう、進行状況を聞き、必要ならば目標を達成できるように支援することを、管理者およびリーダーは意識している。		
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	オープン時は職員全体に対して、認知症ケアや高齢者との接し方などのレクチャーをしていたが、オープンして半年が経過した現在は、職員の能力に個人差がみられる。そのため、能力や役割ごとにグループ分けをしたうえでグループ内での勉強会を行っている。また、外部研修に参加した職員は、参加できなかった職員とも情報共有するために内部研修を行っている。		
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	同業者と交流する機会は現在のところ少ない。法人内で感染症予防の研修会を行った際は、総勢60名ほどの法人内事業所職員が集まった。単に知識の共有だけでなく、別事業所の取り組みも個々の会話で行えたことが学びになったとの声もあった。		

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	入居前および入居後に、ご本人よりご自宅での暮らしや、ご本人の嗜好・生活暦、またホーム生活に対する要望などを日々の談話の中で聞くことを、スタッフ一人ひとりが努めている。要望については、個別または集団レクとして実施しており、レク計画書・報告書をもとにさらなるQOL向上を図っている。		
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	入居前見学の際や、アセスメントのためにご自宅訪問する際には、アセスメントシート（センター方式）による情報ききとりだけではなく、ホーム入居に至った経緯や在宅生活の状況を約1時間ほどかけて聞いている。その中で、ホームに対する質問を受け不安解消を図ったり、昔あるいは現在の在宅で継続して行っていたことなどをホーム生活に生かすことにもつながっている。		
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	週1回リハビリや訪問マッサージを受けている入居者様もいるように、可能な限りご本人と家族の希望を実現するとりくみを行っている。一方、同じ建物内の小規模多機能サービス事業所スタッフにもお願いし、通りすがりのコミュニケーションや一緒に行事を行う取り組みなどをすることは、他サービス利用とは違うコミュニティを増やす安心感につながっている		
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	食事づくりや掃除を積極的に参加していただき、一人一人のできるできないを見極め、混ぜる・ならべる・よそうなどの役割を現場職員がコーディネートしている。一方、90歳以上のご高齢ということもあり、手伝いに参加が難しい方についてはどうしても座って見るだけという状況になりがちです。		
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	入居者様のなじみのある品を、居室にいろいろ持ち込んでいただいたり、生活歴や趣味・性格などを来訪のたびにお話を伺う関係がとれているご家族様が多いが、仕事やお住まいの距離的にあまり来訪されないご家族様には電話でのやりとりが中心。また、まだ職員としてもご家族様来訪時のよりコミュニケーションが必要と思う。		
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	もともと近郊にお住まいの方については、お友達やご家族様が来訪されたり、散歩中にばったり出会う立ち話などの光景がみられる。一方、遠方の方についてはどうしてもご家族・友人との人間関係が途絶えがちになる。また、グループホームご入居により、今まで通っていたディサービスの方と会えなくなった人もいる。	家族や友人が来訪され、親しい関係が断ち切れないように配慮しています。とくに近隣の馴染みの方には、理解をいただき、外出しての交流を支援しています。	
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	食堂の席配置や、買物に一緒に行く方のコンビネーション、大勢で外出する際の車座席配置など、仲の良しあしだけではなく、耳の聞こえにくい人やコミュニケーションが難しい場合の想定も含めて行っている。		



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
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	退居事例は2件あるが、いづれもご家族様がそばでお会いできやすいグループホームへの転居であったため、在宅復帰のフォローはない。転居においては介護添書などを相手施設先に情報送付している。		
<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	暮らし方や希望、意向に沿えるよう努めているが、現状はなかなかできていない。もっと入居者様によりそい、その人らしい暮らしに近づけていきたいと思っています。	会話が出来る利用者には思いを聞き、困難な利用者とは家族からの情報把握に努め、事業所での生活が満足できるように努力しています。	
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	生活環境や馴染みの暮らしに近づける、センター方式を利用したり、ご本人・ご家族様から得た情報を日常生活に活かそうとつとめているが、まだまだできていないと思います。		
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	記録としては、個人日誌（一週間単位で毎日24時間の様子を記録できるもの）やアセスメントシートD表への記入を通じて記録している。ADL・認知の程度・その他本人ができる能力についての情報共有は出来始めているが、専門知識をもってよりよい支援をしていくことがこれからの課題かと思えます。		
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	月に2～3階のミーティングでモニタリングをし、ケアカンファレンスを通して話し合いをし、本人・家族の意見を反映した計画作成ができていると思う。今後は、目先のサービスだけでなく、ご本人が「こうしたい」ということが即日でできなくとも、長期目標に盛り込みそれを実現できる支援を長期的に展開していきたい。	定期的に職員は介護計画の見直しをし、利用者個々にあった生活の支援が出来るように話し合いをもっています。本人の意思を尊重して家族の意見も聞き、現状に即した介護計画を作成しています。日々の記録の中で介護計画が分かるようにしています。	
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	日々の様子やケアの実践記録を個人記録に落とし込んではいいるが、記録を職員間でふりかえるやりとりがまだ弱い。記録を次の支援に活かすというシステムをなんとか作りたい。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	グループホームにおける自立支援という理念のさらなる実現を図るため、同じ建物内の高齢者専用住宅入居者様との交流や、小規模多機能スペースで行われる一芸ボランティア観賞への参加などを行い、ホーム外でも人とのつながりを感じれる環境を意識している。		
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	町内会の回覧板や、社会福祉協議会・地域包括からの情報などをもとに、地域でのイベントへ参加したり、町内で協力で行うクリーン作業や花壇作業にも、入居者様とスタッフが一緒に参加している。それらを通じ、住み慣れた地域での話題や人々の結びつきも感じれていると思います。		
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	本人がいままでかかっていた病院に受診したり、往診にきてもらったりしている。本人自身が言葉で表現できないことも問診時にはあるので、担当職員が事前に体調や悩み事などを聞きだし、医師に伝えられる体制を組んでいる。	以前からのかかりつけ医師と連携を大切に外来受診の支援をしています。本人と家族の要望に添うように対応しています。希望によっては月2回の往診医師の受診も確保しています。	

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	現在、訪問看護の利用はない。月に2回の往診時に医師・看護師に日頃の状況を伝えるだけでなく、本人の状態が気になったことを管理者に報告し、管理者から病院看護師に電話・FAXで相談するかたちをとっている。		
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。	かかりつけ医師に相談のもと入院先を紹介して頂き、入退院の際はホームでの生活状況あるいは入院生活の様子を、ホーム担当者（管理者・計画作成者）と医療ソーシャルワーカーが中心となって情報交換している。		
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	ホームでは常時医療処置が行えないことを入居時に説明している。その上で、外来受診時にかかりつけ医師と管理者・計画作成者、キーパーソンの方が共通認識をもつ機会を早い段階でもっている。	重度化や終末期に向けては入居時に事業所の方針を説明しています。医療行為が生じた段階から個別に状況判断で医療機関や家族と話し合いをもって方針を決める体制になっています。	
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	応急手当の訓練は外部研修を通じて行っている。事故発生時のフローチャートをミーティングで共有しているが、実際急変・事故に遭遇した機会が少なく、体制としてはまだ弱い。		
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	春と12月に避難訓練を実施する。周りは閑静な住宅街であるが、今後いかに地域住民の方によびかけ災害時の協力体制を組めるかが課題。また、建物の構造を把握した上で火災場所によって避難誘導先をイメージするシミュレーションが必要かと感じている。	避難訓練は建物全体で企画し、合同で実施しています。地域の協力をいただくまでには至っていません。夜間想定訓練を今後予定しています。	事業所独自に災害対策のマニュアルの作成が求められます。定期的な点検や非常時のエレベーターが使用できないときの職員の対応など研修に含めて取り組みを期待します。
<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	言葉使いに気をつけ、相手の気分を損なわない声かけをしている。特に「してはいけない」「まってください」など、介助者都合の声かけをしないよう特に意識しています。	人生の先輩として利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーに配慮した取り組みを行っています。職員はケアサービスを行う上で言葉かけなど注意しながら行うように努めています。	
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	自己決定できるような対応として、はい・いいえだけで答えるような質問ばかり声かけするのではなく「あなたと一緒にこれをしてほしいのだけれど、今どんな気分ですか？」など、本人の心境に配慮しつつ声かけし、一緒にやりたいという思いのもと自己決定を支援している。		
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	人によっては散歩・買物・新聞・音楽鑑賞など、その日のやりたいことをお聞きしながら実現はできているが、体力低下・認知力低下で本人から「特になにもしたくない」というお話や、部屋にこもりがちの人については、どうその人らしい暮らしがあるべきか悩みます。		
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	ひげそりや爪きり、一日一日の着替えなど支援に心がけている。特に「今日はやりたくないだ」とおっしゃられる入居者様については、時間をあけたり対応者を代えたりするなどスタッフの連携が重要になってくると感じている。		

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	その日の状況によって違いはありますが、準備や片付けの内容はすこしづつ多くなっています。オープン当初に比べると、食事作りや食器拭きは定着しています。これからだと感じます。	献立の作成から食材の発注、さらに調理を専門の職員を月に15日ほど配置しています。ユニットで盛りつけや後片付けなど利用者も一緒にしています。現状に甘んじることなくより良い方策を模索し、食事を楽しむことが出来るように努力しています。	
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	栄養摂取の方は良好と思いますが、水分量に関しては、日によってばらつきがあり、安定させていくことが必要かと感じています。「おしっこが出るから飲みたくない」という入居者様も多いので苦労しています。		
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	朝食、夕食後は実行していますが、昼食後が今一つと感じます。食事後の口腔ケアを、入居者様が気持ちよくできるやり方を模索しなければと感じます。		
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	声かけが必要な方は声かけをして排泄して頂いてますが、時々間に合わないことも。一人一人の排泄のパターンを今少し把握しきれいていないです。	個々に排泄パターンを把握し、出来る限り自立に向けた排泄介助に努力をしています。パッドはトイレの中に個別に保管し、プライバシーに配慮しながら支援しています。	
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	水分量はかなり気をつけるようにしていますが、まだまだです。水分と食事、そして活動のバランスを入居者様ごとに見極める必要がまだまだあるかと思っています。		
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	入浴するときもちがが良いというのですが、入るまでがめんどろという方が多く、また、希望のタイミングもあるようなのでつかみきれずです。	ゆとりある浴室で利用者は週2回を目処に入浴をしています。入浴を拒む利用者には無理強いをしないで、時を選んだり、対応に工夫をしながら個々にそった支援をしています。介護度の高い人には2人介助で実施しています。	
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	ご本人の希望を確認したり状況に応じて支援しています。特に、自力歩行が難しい車いすの入居者様については、食事後1時間くらいを目途にお声かけをし、食堂ソファかお部屋で休んでいただくよう配慮しています。		
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	夜勤スタッフが毎回薬のセットを行いつつ、薬内容を確認しています。ですが、それぞれの薬にどんな作用や副作用があるかを知っているのは個人差があります。全員が薬の学びをできる取り組みをしていきたいと思っています。		
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	一日が楽しい。毎日が楽しいと思って頂けると思うのですがまだまだ。みんなで遊べるゲームなどをしていきたい。現在では、風船バレーや卓上ボーリングが、年齢体力問わずみんなが楽しめるレクとなっています。		

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	散歩や買い物など外出の機会を作っている。外出レクも四季にあわせたものなど行っている。中には、ご家族様が来訪時に近くの区民センターに外出したり喫茶に出かけて気分転換し帰ってくる場合もあります。	事業所で車を用意し利用者の希望に添って買い物等の外出支援をしています。行事も季節に合わせて実施し外出の機会を多くしています。また通院介助も個々に対応しています。	
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	現状においては、一入居者様はお金を所持されているが、使用に関しては買い物や外出先での使用などはスタッフが行っている。入居者様としては、何も買うものはないけれど、手元に小銭でもあればなんか安心という声もあるようです。その声にこたえられるようにシステムを確立したいです。		
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	一部の入居者様の帰宅願望に寄り添って、電話（架空）で使用してもらい気持ちをやわらげている。手紙においては家族様の意向より難しいのが現状。		
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	生活観においては、不快や混乱のないような生活スペースをつくっている。季節感においては、もう少し工夫をしてつくっていけるようにしたい。現状、夏が終わっても夏の飾り物が掲示されていることがあった。広さや音や光は、入居者様に配慮した構造として新築しているため良好かと。今後は、その広さや音がかえってさびしい空間とならないよう、生活感あるれる環境整備や職員の意識徹底を図ってきたい。	共用の場所は広いスペースが確保されてゆったりしています。新築で整っていますが、馴染みになるまで時間がかかりました。食堂のテーブルの形は変形になって、利用者本位に工夫されています。窓からの眺めは、近隣の住宅の様子が眼に入り、地域の状況が把握できます。	
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	リビングの席など入居者様同士の愛称などを考慮しているが、思ったようにうまく反映できない時もある。食事以外では、ソファやベンチ、第二のリビングとして2畳ほどのパーソナルスペースを確保しており、仲のよい入居者様がそちらで談話する風景も多い。		
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	居心地のよい居室づくりは、そこそこできていると思うが、まだまだ改善すべき点はある。一部入居者様の居室は少し殺風景なこともあるので、入居者様に沿った工夫が必要と感じます。	家族が使い慣れた調度品を持ち込み、安心して暮らせるように配慮しています。入口前には氏名が分かりやすい掲示があります。家族の写真を額に入れて思い出つくりがされています。ガスストーブや加湿器を設置して快適に過ごしています。	
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	入居者様にお手伝いを積極的にやってもらっている。ただ、手伝って頂く機会の少ない入居者様もいるので、それに合わせた工夫が必要かと感じています。		