

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	0193700010		
法人名	社会福祉法人 幸清会		
事業所名	グループホームぬく杜の郷・しおさい せせらぎユニット		
所在地	虻田郡豊浦町字浜町17-3		
自己評価作成日	平成25年7月24日	評価結果市町村受理日	平成25年8月21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_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0193700010-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

事業所周辺は海と山に囲まれた環境の中に立地しており、自然の空気を胸一杯に吸い込みながら、毎日をゆったりとしたペースで生活していただいております。また、「豊浦ふるさとドーム」や「海浜公園」などの公共施設に隣接しており、そこで行われる各種イベントに施設として参加したり、訪れた地域住民と身近に接する機会に恵まれています。自治会のレクリエーション、施設の夏祭りにはお互いに参加し合うことにより交流を深めています。
今年度は、地震・津波想定避難訓練にも取り組み、自主訓練を含め様々な状況を想定した訓練を年6回以上予定しています。消防署・地域住民・法人関係施設との協力体制をより強固なものとし、防災に取り組んでいます。
法人では年間30回前後の豊富な内容の研修会を開催しており、その他施設外研修にも積極的に参加する事により、職員の更なるスキルアップを目指しております。

【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番あおいビル7階
訪問調査日	平成 25 年 8 月 8 日

【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)】

当ホームは複数の福祉事業を展開している法人が、噴火湾に面する海水浴場やキャンプ場、展望公園、温泉施設等の地域資源に恵まれた場所に開設して7年目を迎えようとしています。併設のデイサービスとは避難訓練などの行事を合同で行ったり利用者間の交流もあるなど良好な関係が構築されています。地域の方々とは運営推進会議や相互の行事で交流があり、理解と支援をいただいております。職員の育成に重点を置いている当法人は、多数の研修を企画するなど、職員のレベルの向上に活かされています。利用者や家族の居場所として、サブリビングや1階にある多目的室を開放しています。利用者の持てる力を発揮出来る場面作りや笑いのある環境作りに努めている「グループホーム ぬく杜の郷・しおさい」です。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生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	理念カードを携帯し、いつでも理念を確認できる状況にある。常に理念を念頭に置きながら日々ケアにあたっている。管理者および計画作成担当者は認知症対応型サービス事業管理者研修を修了し、法令の意義について学んでいます。	法人理念とケア理念を共有するとともに、地域密着型サービスの意義を認識したユニット毎の理念を策定しています。職員は、日々の業務で理念が実践されているかを自身に問いかけながらケアサービスに取り組んでいます。	
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	地域の小・中学校の運動会などへの見学・参加、豊浦町ふれあい健康作りスポーツ大会へ参加したり、子ども会の廃品回収への協力を行なっています。、避難訓練には町内会長様や近隣住人の方にもお手伝いをお願いしている。	地域やホームの行事には相互の参加があります。また、小・中・高校の生徒達とは運動会や体験学習、ホームでの吹奏楽披露等で触れ合いがあります。さらに、近所の方から野菜が届けられるなど交流に広がりが見られますが、自治会への加入を課題としています。	
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	開設から積極的な見学の受け入れにより延べ300名以上の地域の皆様に見学していただいております。その際に理解を深めていただけるように説明をしています。ケアケア交流講座を実施している。		
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	運営推進会議では豊浦町・利用者ご家族・地域自治会長・豊浦消防支署職員等が出席され、情報や意見交換を行うことで施設サービス向上に努めています。又、職員へは回覧にて周知しています	メンバーの方々に会議を開催する意義を書面にて明示し理解に繋げ、年6回の開催を計画しています。ホームの活動報告や地域及びホームの行事等の情報提供、防災対策等の意見交換が行われサービスの質の向上に活かしています。	
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	町主催の地域ケア会議に出席し、行き来すると共に利用者の入退居状況などを直接訪問して報告を行っている他、各種調査への協力や北海道からの連絡文書等もやりとりしながら交流している。	行政とは会議や各種報告、情報交換、ホームの相談事に意見をいただくなど連携が構築されています。町主催の地震津波避難訓練は、当ホームが立地している地域で開催する計画があり、案内をいただいています。	
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	身体拘束チェックシート表を全職員が定期的に行い、ユニット会議の議題に上げ言葉での抑制も行わないようにスタッフが注意を払い取り組んでいる。ただし、介護の仕事の経験が浅いスタッフも居り、研修を行い、知識について理解を深めている。	職員は、身体拘束についての具体例や弊害を研修等で学びを深め、2ヵ月毎に自己評価を行い、会議で拘束をしないケアの確認をしています。玄関は夜間のみ施錠をしています。	
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	虐待の事実はない。法人内部の職員研修や、ユニット研修でも取り上げられている。虐待に対しての意識が高められるように、虐待の種類についてまとめられた携帯用の書面を配布している。		

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	管理者及び一部職員は外部研修にて地域権利擁護事業について学び、また職員にもその内容の周知も行っている。また玄関及びユニットにパンフレットを備え、いつでも必要な方に活用できる体勢を整えている。		
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	契約の当日には、予め時間がかかる事を伝え、十分に説明する時間を設け、ゆったりとした雰囲気での不安・疑問点を訴えやすいように心がけている。		
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	ユニットの計画作成担当者、管理者が中心としてスタッフの全員が、利用者の意見や不満が無いかを日頃から観察し、ゆっくりと話しを聞き、問題点を解決できるようにしている。	利用者の暮らしぶりは毎月のホーム便りや、家族来訪時に伝えるなどホームの理解に繋げています。利用者や家族の要望は利用者の生活要望書や懇親会、アンケート、さらに、生活相談記録の中から把握し、表出された課題をホームの運営に活かしています。	
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	採用時の面接の際にスタッフが同席したり、勤務表の作成・必要物品の購入、研修の参加者の選定などを中心に職員の意見を聞き、運営に反映されるようにしている。また行事等については職員が中心に企画し、管理者が補足するような形で連携している。又、年1～3回の職員面談を行い、職員の声を聞く機会を設けている。	管理者や各ユニット責任者は、日常業務時や個人面談、食事会等で職員の意見や提案を受け止めています。職員は、行事や食事などの四部門をそれぞれ担当し運営に参加しています。	
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	適性や資格等を見極めた上で、能力向上のための課題提起などを行い、努力の評価を一緒におこなったり、資格取得のための支援などを行っている。又、給与規程に定められた職位・職責により、給料体系が定められています。(キャリアパス)		
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	運営者は法人内で独自の研修制度を設け、対象を勤務年数別に定めているため、管理者が職員と相談しながら対象者を決定し受講させている。管理者は受講が偏らないように研修の記録を活用している。また業務中の時間を活用して虐待防止や認知症について学ぶ機会を作っている。		
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	地域のグループホーム広域連絡会(豊浦町・洞爺湖町・伊達市・室蘭市・登別市)にも加入し、定期的な研修会への参加や意見交換を行っている。他グループホームの見学も実施している。法人研修の案内を近隣法人にも出しオープン参加しているので、その席で情報交換を行っている。		

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
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	診断書等の書類の確認や事前の見学により、必要な条件の確認や本人の意思の確認、それまでの生活状況や身体状況なども確認し、受け入れの可否、及び家族の意志決定の援助を行っている。本人の見学、または面接によりニーズを探るようにしている。		
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	相談から利用までは必ず本人と家族の見学を勧め、ホームとしてできること、できないことの説明や入居後の費用等必ず説明した上で、申し込みの判断を求めている。入居検討時、及び契約時に説明を行い、了承を得ている。		
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	法人内で特別養護老人ホーム、老人保健施設を運営しており、管理者が他のサービスについても役割・内容を把握しているため、必要な支援を見極めて対応している。一度見極めた上で特別養護老人ホーム及び老人保健施設を紹介し、サービス利用につなげたこともある。		
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	スタッフが入居者に対して介護を行うだけではなく入居者から料理を手伝ってもらったり、掃除を一緒にしたり、スタッフ・入居者がお互いに支え合う関係ができるようにしている。アセスメントの再確認し支え合い信頼関係を築きながら生きがいを持って過ごして頂けるよう、取り組んでいます。		
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	家族に対して支援する立場だけではなく、家族が抱えている利用者に対する思いも受け止めながら、認知症に対するケアの考え方を共有したり、入居者の生活歴を聞き、その人らしい生活を実現するための課題について相談するなど、家族にも助けてもらいながら、その利用者を支えるようにしている。		
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	本人の意向を汲みながら、地域の美容室、歯科など社会資源を積極的に利用し、関係が途切れないようにしている。 町外からも多くの利用者が入居されているのが現状で、地域資源を利用したなじみの関係の継続は難しいという部分もある。	利用者の社会的繋がりを尊重しつつも、高齢化や利用以前の居住地が遠方のため、馴染みの関係継続は難しい状況にあります。しかし、希望による病院等への受診や理美容室への同行、地域資源（ふるさとドーム、海浜公園等での行事）の活用、併設のデイサービス利用者の方々との交流支援などに努めています。	
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	利用者ひとりひとり、個々の時間を大切にしながらも、ユニット内での環境を考慮し、料理などの家事作業やお茶の時間を共有し、社会的に孤立をしないようにスタッフが間に入り利用者同士コミュニケーションを図りやすい環境を作っています。		

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
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	契約終了後〔退居〕にも、実際にスタッフが入院先へお見舞いに行ったり、住み替えをされた利用者さんについては、その後の様子を家族に聞いたりしている		
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	利用者ひとりひとりについて、センター方式アセスメントシートを用いて、本人の意向を考慮しながらよりよい暮らしをする事ができる様に援助している。利用者アンケートの実施。	利用者の意向は、生活歴や家族からの情報や職員の聞き取りによる利用者アンケート(意見・要望・嗜好等)など日々の関わりの中から捉えています。	
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	入居の際には、関係サービス提供機関(居宅介護支援事業所等)やご家族から生活歴など、必要な情報を収集した上でアセスメントを行い、サービス提供に生かしている。		
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	スタッフ一人一人が入居者個々の身体状況・気持を観察しながら、ケース記録や引継ぎなどにより、情報を共有するように努めている。		
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	計画作成担当者、担当スタッフを中心として、ご本人、ご家族の介護に対する意向を十分に考慮した上で計画の作成を行っている。ユニット会議の中でもカンファレンスを開催しています。	介護計画は利用者や家族の意向を踏まえ、ケアチェック表、モニタリング記録表を参考に全職員の意見や提案を集約して作成しています。また、生活の目標(理解しやすい利用者用のケアプラン)を居室に提示しています。個人日誌で計画を確認しています。	
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	提供しているケアや、利用者の日々の様子について、ケース記録・カンファレンスなどで一日の流れについて把握し、情報の共有を行っているが、介護計画を更新する上で生かすようにしています。		
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	職員の配置等にも考慮しながら事業所の持つ様々な機能(デイサービスとの交流やカフェの利用)を生かし、慰問を受け入れたり、カラオケ等が行える様、支援を行っている。		
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	避難訓練等では消防署の協力を仰ぎ、避難・消火訓練、救急救命講習の実施など協力を頂いている。地域の方に慰問をお願いし地域のボランティアに協力を仰いでいる。		
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	今後の長い生活を考慮し、今後の連携も見ながら利用者には協力医療機関へ切替を勧めている。ただしこれまでの関係が深い利用者には、家族の支援も含めて継続して通院をしていただいている。	受診する医療機関は、利用者や家族の意向を尊重しています。時には家族の支援をいただきながら職員が同行するとともに、診療内容を家族に伝えています。月2回の協力医による往診もあり、適切な健康管理が図られています。	

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	看護職員も1名確保し、専門的な立場・知識を活かしながら日常の健康管理や地域医療機関との連携を行っている。			
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。	入退院した際には、早期より病院のケースワーカーと連絡を取り、必要な治療が終わり次第、ホームに戻る事が出来る様、情報交換を密に行っている。			
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合の指針について、看護職員、協力医療機関と指針をまとめている。スタッフの知識不足がみられる為、知識を深めていく必要がある。	重度化や終末期に向けての指針を作成し、同意書をいただいています。最近、看取りに近い事例がありましたが、急性だったため医療関係者や家族との方向性に多少課題が残っています。	看取りに向けて利用者や家族の安心に繋がる取り組みとして、医療機関との連携確認、職員の更なる知識や技術の習得、医療関係者、家族とのチームケアへの確立を検討していますので、その実現に期待します。	
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	各ユニットに急変時のマニュアルや緊急連絡網を置き、救急救命講習を全職員が定期的を受講し、応急手当や初期対応について学んでいる。他、AED設置施設であり、施設内研修でAED研修会を行い全職員が対応出来るように取り組んでいる。			
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	消防署員立会いの避難訓練を年2回以上行う計画を立て、近隣に在住する職員も駆けつけて避難できる体勢を取っている。また、地域の方々の協力も得られるように働き掛け努めている。	年に数回、併設のデイサービスと合同で避難訓練を計画しています。5月に職員と利用者で日中想定訓練、6月には地震津波想定訓練を地域の方々の参加をいただき実施しています。今後、町主催の訓練に参加を検討しています。	防災対策への強化として消防署の指導の下、運営推進会議を活用し、地域住民参加型の防災、実践的避難訓練（夜間や冬期、停電時、地域の方を含む連絡網等）への取り組みに期待します。	
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	言葉掛けや排泄など、プライド・プライバシーに関わる事については、他入居者に聞かれないように場所を考慮している。記録等についても保管場所について定め、第三者の目に入らないようにしている。	入浴や排泄時は同性介助を基本とし、不安や羞恥心等にも配慮しています。利用者への言葉掛けは、一人ひとりの意向に沿った対応を行っています。個人記録は、事務室で適切に保管しています。		
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	本人の意思・希望を聞きながら、出来る限りご要望にそう事が出来るように努めている。説明は、認知症の人でもその人の理解力に併せた声掛けをしている。			
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	入浴したい時間・散歩等の外出支援など、利用者自身がしたい希望を把握し、出来る限りその人らしいペースで生活ができる様に配慮している。			
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	今までの生活の中で利用していた理美容店へ出かけたたりする等、その利用者にとってのこだわりについて配慮を行い、希望に添っておしゃれをする事ができ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	
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	調理・片付け等はその時の利用者の気持ちに配慮しながら、一緒に行うことができる様に配慮をしている。また準備段階での音や香りなども活用し、その日の献立を伝えることで期待感を高めるなどしている。利用者から嗜好を聞きメニューへ取り入れている。	調理や片付け、食器洗いなどで、利用者の持てる力を発揮できる場面作りに努めています。毎月のユニット会議で食事について話し合いがもたれ、利用者の好みや献立内容を検討しています。		
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	食事・水分摂取量については記録をつけ把握をしておき、又、食事についても欠食等、普段とは違った様子が見られる場合には記録へ残し、スタッフ間で引継ぎを行っている。また補助食品など代替食も用意し、その日の献立では食が進まないときには違う食事を提供できるようにしている。			
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	起床時、就寝前に口腔ケアを行っている。その他、食事等によって口腔内に食物残渣等が見られる場合には、随時、清潔を保つことができる様に援助を行っている。			
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	排泄パターンシートを活用し、個々の間隔に合せ定期的に誘導を行い失禁予防に努めています。失禁等の失敗があったとしても排泄に対する精神的な負担が軽減されるように努めている。	利用者の排泄チェック表を参考に動作から見極め、声掛けや誘導を行いトイレでの排泄支援に努めています。失敗や衛生用品の使用の軽減に結びついています。		
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	水分を適切に補給したり、体操など体を動かす機会を作り、便秘の予防につなげている。また食物繊維が入ったデザートなども活用している。また軽運動や腹部のマッサージ等も行っている。食事のメニューにも乳製品を取り入れ便秘予防に努めています。			
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ず、個々にそった支援をしている	本人の希望に添って入浴していただいている。本人の了解が得られたタイミングで入浴へお誘いしている。時間や曜日などは特に設定せず希望にあわせて入浴して頂いている。乾燥予防に入浴剤を利用しており、香りや色も楽しんで頂いています。	午前・午後に入浴出来る態勢を整えています。利用者の意向を踏まえ、週2～3回の入浴支援により清潔保持に努めています。利用者は職員の支援の下、全員が浴槽に入り爽快感や安らぎを得ています。		
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	光量や室温、湿度などに注意を払い、過ごしやすく安眠しやすい環境を整えている。			
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	処方箋をまとめたファイルを作り、どの利用者がどんな薬を服用しているかを把握できるようにしている。			
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	その人の生活歴を洗い出し、得意だったことをしていただく事で本人の意欲を引き出したり、楽しめる場を作って、楽しく過ごす事ができる様にしている。他、重度化に伴い、個別ケアにて個々の能力にあわせ支援して行ける様取り組む。			

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	買い物・外食・公園など、その人の希望に応じたり、または誘い出すなどして、出かけ、ホームに閉じこもることがないように配慮している。急な外出に関しては難しく、要望書を活用し日程・計画を組み実地しています。少ない時間でもお散歩やドライブへ出かけられるよう支援している。	天候や利用者の体調に配慮しながら、散歩や買い物、ドライブ、地域の行事参加など、意向に添った外出支援に取り組んでいます。サクランボ狩りなどの外出行事も企画し、外気に触れる機会を作っています。	
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	多少、認知症の症状があったとしても、自分でお金を管理し支払うことの大切さを考え、ご家族に対して紛失に対するリスクの説明を行い協力をいただきながら、自分で管理する事ができるように支援している。		
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	希望者は自分で電話回線を引いたり、携帯電話を所持したり、ホームのコードレス電話を自由に使用していただいたりして、外部との連絡がとりやすいようにしている。		
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	入居者で思い出を共有した写真を掲示したり、季節を感じるができる様なクリスマスツリーなどの飾りつけを行い、家庭的な雰囲気が醸し出されるように配慮している。	採光や空調に配慮された共用空間には笑顔満面の行事写真や、季節の飾り物を提示しています。居間の窓から見渡せる内浦湾や山並み、キャンプ場での賑わいなどで季節を感じています。	
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	利用者同士の関係や、その人の性格なども見ながら、リビングとサブリビングを使い分けながら、工夫をしている。		
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	入居前の打ち合わせの段階において、本人が使い慣れたものを持ち込む利点について説明し、協力をお願いしている。また入居後もご家族に定期的に相談し、ご本人の反応を見ながら、少しずつ居心地良い空間になるよう配慮している。	表札が入口にかけられている居室には、利用者や家族の意向が反映された家具や調度品、趣味の物などが配置されています。清掃は利用者と一緒にしていますが、直ぐにほこりが溜まるため、今後の課題としています。	
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	設計時より建物内におけるトイレや手洗いの高さに配慮し手すりも随所に設置している。又、建物内においてもリスクとなる箇所はないかを確認し、安全が確保できるようにしている。		