

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	0191200021		
法人名	株式会社 橙果舎		
事業所名	グループホーム こもれびの家		
所在地	北海道恵庭市島松寿町1丁目16-5		
自己評価作成日	平成28年12月10日	評価結果市町村受理日	平成29年1月13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_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0191200021-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 マルシェ研究所		
所在地	江別市幸町31番地9		
訪問調査日	平成 28 年 12 月 20 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)】

グループホームこもれびの家での生活者が、より地域の中に入り地域の住民の一員として暮らせるために、当事業所として地域交流室を開放し、サロンとして地域住民主体の活動の場として活用したり、入居者が主体的に活躍できる場として認知症カフェの運営を行っています。将来的には認知症についての相談窓口として活用したり、より当事者達が活躍できる場となり、地域住民との繋がりを見せていければと思っております。また、「夜カフェ」と称して地域交流室を開放し、恵庭市のグループホームの職員が意見交換などで交流できる場にもなっております。認知症サポーター養成講座の開催についても積極的にを行い、中学生や小学生、地域住民の方々対象に行っております。

【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)】

グループホームこもれびの家は、JR島松駅から程近い静かな住宅街の中にある、防風林や遊歩道に隣接した事業所です。開設後8年を経過して地域との良好な協力関係を構築しています。利用者の地域生活の充実のため、地域住民との相互交流、認知症啓発活動、市内同業者とのネットワークの構築と、利用者のみならず地域住民や認知症高齢者の力になる事を目指して着実に歩みを進めています。今年4月から別棟にある地域交流室で認知症カフェを開催しています。利用者がボランティアのサポートを受けながら参加者にコーヒーを振る舞うなど、活躍の場作りと地域住民との交流に取り組んでいます。事業所での日常は、毎日の献立から食材買い出し、調理等を職員が利用者と一緒に、ドライブや外食にも頻繁に出掛けています。更に夏祭りや敬老会、花見や紅葉狩りの外出行事と豊富な楽しみを提供し、住民や家族との交流も深めています。また、介護計画関係書類が詳細に分りやすく整備され、利用者個別の状況や支援の在り方は時間を掛けて協議し記録に落とすことで、本人を主体としたきめ細かなサービスの提供に繋がっています。協力医療機関との連携により、日常生活の延長として看取りケアにも取り組んでいます。ホーム長を中心として職員のチームワークや機動力の良さも特徴的であり、現状で何ができるかを常に模索し、利用者の暮らしの支援に熱心に取り組んでいる事業所です。

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 ↓該当するものに○印		項目		取組の成果 ↓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している (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	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	「気配り・目配り・心配りを大切に心からの支援を致します」という理念を初め、地域の一員として、地域住民との連携を図ることも理念に掲げている。理念はユニットの入り口などの確認をし易い場所に掲示している。会議などで理念に基づいた検討を行い実践に繋げている。	事業所の理念を玄関やユニット入り口に掲示すると共に、パンフレットや事業所の便りに掲載しています。職員は、会議等の中で日常のケアサービスが理念に基づいたものであるかを振り返り、検討する機会を持っています。	ユニット目標を掲げたり、理念に対する職員の意識確認を行っていますが、職員交替があることから、改めて全職員で理念の意味合いや目指す方向性を再確認し、統一したケアの実践に繋げ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	夏祭りなどの事業所の行事や町内会の行事で地域の方々と交流機会がある。又毎日買い物の機会があったりと、その他でも外出の機会を多く作っている。ボランティアの方を積極的に受け入れたり、地域交流室を活用しサロンの参加、カフェの運営による交流がある。	利用者が地域と交流する機会を積極的に支援し、地元スーパーへの買い出しに出かけています。傾聴や畑作りなどのボランティアの来訪、事業所の夏祭りや地域の敬老会、祭りでの相互交流、また別棟にある地域交流室を活用した住民主催のサロンや事業所運営の認知症カフェにも利用者が参加しています。	
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	地域交流室で週一回認知症カフェを開催し入居者が主体的に運営される姿を通じて認知症の理解に努めたり、また認知症に対しての地域相談所としての役割を目指して活動している。小学校や中学校、町内会の人たちに対して認知症サポーター養成講座を開催している。		
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	おおむね2ヶ月のホームの活動報告を行い、参加者には日々の取り組みについて理解頂けるよう努めている。その中で、意見をいただき今後のサービスに活かすこともある。特に火災訓練の実施には、消防職員を初め、地域の方々にも貴重な意見をいただいている。	会議は、行政担当者や消防署職員、医療連携先の看護師、地域町内会から複数名の参加により、定期的に開催しています。事業所の活動や利用者状況、事故等を報告し、認知症カフェの運営や防災面で意見交換をしています。今後は家族に議事録を送付し会議参加の呼び掛けを予定しています。	
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	利用者の支援に対して困ったことがあれば、包括支援センターを通じて市の担当職員に相談させていただき、ケースによっては市の担当職員などの関係者を交えてお話し合いをする機会を設けている。	利用者支援での困難事項は行政に相談し、本人が希望する在宅支援の方向性を検討するなど、その都度情報を共有してより良い支援に繋げています。また、小・中学校等での認知症サポーター養成講座の開催に協力しています。	
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	身体拘束については、現場やユニット会議などで支援の在り方について検討する際には、身体拘束になっていないか確認をしている。玄関の施錠や自分達の関わり方にも身体抑制に繋がっていることにも理解するよう努めている。センサーマット等の使用の際には、家族に相談し、同意書を取り交わし実践している。	身体拘束防止に関する資料は、いつでも確認できるようにユニット内に整備しています。日常のケア場面や会議の中で利用者への対応に問題がないか、言葉使いはどうかを確認しています。玄関の施錠は夜間のみとして、利用者の動向を見守りながら自由な暮らしの支援に取り組んでいます。	管理者が身体拘束防止の外部研修を受講していますが、内部伝達が行われていません。身体拘束にあたる具体的内容やその弊害、利用者への適切な対応について再確認の機会を設け、職員全体で共通認識を深める取り組みを期待します。
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待とは自分達が意識していない関わりの中で虐待になっていることも考えられるので、会議や現場の中でのOJTで話し合ったり、支援について振り返る機会をつくり、虐待防止に努めている。外部の研修会にも参加し、虐待について学ぶ機会を設けている。		

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	外部の研修会に参加し、権利擁護についての知識を深めるよう努めている。必要に応じて、制度の案内をしたり、活用の際はスタッフも手続きにも同行することで手続きの支援であったり、スタッフ自身の学ぶ機会としている。		
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	入居にあたり、分からないことで不安を抱く事もあるので、確認しながら理解・納得を図り契約を行うよう十分な時間をかけ行うよう努めている。		
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	毎月発送しているお手紙には、遠慮なく意見・要望があればお話いただけるようにと一筆入れるようにしている。玄関に意見箱を設置している。運営推進会の場で、参加者に意見をいただき、改善に活かしている。	家族との対話を大切に、率直な意見が言いやすい関係作りに努めています。家族の来訪時や電話連絡の際、介護計画作成前には場を設けて話し合っています。毎月発行の事業所便りや個別の手紙で暮らしの様子を記載し、分りやすく報告しています。	
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	ユニット会議、全体会議で運営に対することを話す機会があり、毎日の申し送りでも運営に対する意見聴取の機会がある。その場で意見や要望を取り入れ実践することもある。	月例の全体会議、ユニット会議では、主に利用者の支援について活発に協議し、事業所便りや行事、備品管理等の係を分担して職員の意見を運営に活かしています。また、人事考課により、職員の自己評価、課題を基に管理者が意見を聞く機会があります。	
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	人員不足の状況であった時も、個々の家庭事情を踏まえ勤務希望に沿えるよう、職員同士で協力し合い、できる限り全員がやりがいをもって働ける環境作りに努めている。処遇改善金として、利用者へのサービス実績に基づき職員に支給している。		
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	個々の経験年数や力量に応じて外部の研修会などに参加をしている。ホーム全体の目標、ユニットの目標、個人の目標を半期ごとに掲げ、その目標に向けて取り組み、面談を通じて自己評価をもとに話し合いスキルアップできるよう努めている。		
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組をしている	恵庭市の全グループホームでグループホームネットワークの会を立ち上げ、毎月の定例会、合同レクリエーションや研修会を開催し交流を図っている。夜カフェと称して、他事業所の職員との交流機会がある。協会の事業の取り組みで、相互訪問の機会がある。		
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	利用することが決定した時点で、本人との面談を行い、少しでも顔なじみの関係を作るようにし、入居した際の不安の軽減に努めている。事前の情報に頼るばかりでなく、本人と直接お話しをして、その人の困っていることや不安なこと等の情報収集に努めている。		

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
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	担当ケアマネジャーとの連絡を密にとり連携を図りながら、できる限り家族には一度はホームを見学をしていただき、家族が困っていることや不安なこと、要望を聞き入れ不安感等を取り除けるよう努めている。		
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	事前に頂いた情報や本人・家族の生活に対する意向を確認し、グループホームのサービスが本人に適しているのかを考えながら、状況によっては他のサービスの利用についての説明や視野に入れながら対応に努めている。		
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	職員は利用者の生活を支えるのであって、主体者は利用者であるという考えを持ち、相互に支えながら共同生活を行う者同士ということで助け合い、その人その人の個性を見極め可能な限り自由に生活していただけるよう支援している。		
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	電話や手紙や面会時に本人の状態報告をさせていただき、必要に応じて家族の支援をいただいている。外出や通院、入浴などの支援についても、協力をいただいている。		
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	入居際にはエコマップを作成し、入居前の社会との関係の把握に努めている。その中で、本人にとって関係の継続の希望や必要性がある場合は、関係性が途切れないよう努めている。	入居前の近所の人の来訪や家族と一緒に編み物教室への参加継続、居室に仏壇があり月命日に住職と家族が来訪する利用者もおり、長年の関係が途切れないようにしています。認知症カフェやサロンに参加し、顔馴染みの地域の方とふれ合う機会を作っています。	
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	何か共同作業を通じて利用者同士の関係性の構築をしたり、スタッフが意図的に間に入りお話を設けたりし関わりを持てる機会を作っている。利用者同士でレッテルが張られ孤立しないよう配慮している。		
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	退去することになっても、随時相談にのることはお話しさせていただいている。また、入院された際にも、お見舞いに出向き関係の継続を大切にしている。		
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	日常の会話での生活の意向を汲み取り、ケアプランに反映できるよう努めている。家族からの本人の情報もいただき、その人の思いに沿ったケアプランの立案ができるよう家族と協同して作成している。	日常の中で利用者の何気ない言葉も聞き流さずに意向等を記録し、介護計画や日々のケアに活かしています。困難な場合は、家族から情報を得たり利用者の代弁者となるようにしています。外出やレク活動は本人に意向を尋ねて決めています。	

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
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	担当のケアマネジャーや家族・本人には入居前や入居後にも必要に応じて随時情報を収集させていただき、本人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	事前に家族・本人に一日の過ごし方や心身状態などの情報をいただき把握に努めている。日々のケース記録で職員間での情報共有しており、会議などで現状の確認を行っている。		
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	計画作成担当者が中心に、本人・家族などと話し合い、それぞれの意向や課題を確認しケアプランを作成している。家族のアイデアについてもできる限り取り入れたサービスが実施できるようケアプランを作成している。	計画作成担当者を中心にカンファレンスや記録、事前に把握した本人と家族の意向を基に介護計画原案を作成し、更に家族の意向やアイデアを取り入れて具体的な計画を作成しています。計画の実施を毎日確認し、3ヵ月の定期見直しや状態変化に即して計画を作成しています。	
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	ケース記録がケアプランのモニタリングとして活用され、ケアプランの見直しに活用している。		
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	本人の状態に応じて、現サービスが合っているのか随時検討し、ご家族やその他関係機関に相談している。グループホームを利用しながら、一時外泊をし在宅サービスを試験的に利用するといった取り組みもしている。		
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	農家の方が頼まれた大豆の分別作業をしたり、行事を開催するにあたり、必要な物品を町内の方に借りたり、ポイントボランティア制度の登録者に何かお手伝いをいただいたりしている。		
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	かかりつけ医との関係性を尊重しつつ、ホームでの協力医として往診体制があることなどの説明をした中で、今後のかかりつけ医については家族・本人の意向を確認している。	入居前の主治医への受診が継続可能ですが、殆どの利用者は協力医による2週に1回の往診を利用しています。専門科受診は家族や職員が同行し情報を共有しています。週1回看護師の訪問があり、いつでも助言や指示を受けられる連携体制です。	
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	訪問看護ステーションとの医療連携体制により、何かあれば24時間看護師に相談できる体制が確保されている。また協力病院への相談でも、受診についてのアドバイスなどの協力いただける関係にある。		

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。	入院した際は、面会を通じて安心感を持っていただくと共に、MSWとの情報交換や相談に応じご家族や本人の意向や病院側の判断もあるが、ホームとして早期に受け入れができる体制にあることはお伝えした中で、早期退院に努めている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	終末期に関しては、十分に本人・家族・その他関係者との話し合いをし、協力体制を整えることで、終末期の支援を行っている。	重度化や終末期については、利用契約時や状態変化時に家族と話し合い同意書を交わしています。看取りに関する具体的マニュアルを整備し、主治医や看護師の指示を受け、家族の協力を得ながらチームで看取り支援に取り組んでいます。	
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	急変時や応急処置についてのマニュアルは用意されている。また、定期的に普通救命講習に参加している。		
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	消防立ち会いのもとでの避難訓練は年2回以上行い、その他として、自主的に非難訓練を実施している。運営推進会議でも避難訓練を行い、地域との協力体制の確認を行っている。	年2回消防署の指導のもと、昼夜の火災を想定した避難訓練を実施し、地域住民の参加協力があります。また、2カ月毎に消防署に実施計画を提出し、通報、避難の自主訓練を行っています。水や食料の備蓄や防寒用ストーブを用意しています。	暴風雪や地震、停電などの災害が多発していることから、更なる取り組みとして当地における様々な災害や非常時に向けた対応策や訓練の検討を期待します。
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	理念でも個々の個性の尊重をうたっており、自尊心を傷つけないような関わりについては、会議などで確認している。プライバシーの確保についてはOJTでも行うよう努めている。	基本的に利用者の名前はさん付けで呼び掛け、入浴時は同性介助を基本としています。利用者との馴染みの関係が馴れ合いにならないよう注意し、会議で意識啓発を図っています。個人記録は、一定場所に保管し管理しています。	
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	あくまでも生活の主体者は利用者であるので、職員の一方向的な支援にならないよう気をつけている。日々の関わりの中で、選択性を持って関わるよう心掛けている。		
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	利用者の生活に対する意向はケアプラン作成時には確認している。職員の都合で日課を作るのではなく、本人とお話しながらその日の過ごし方を決定するよう努めている。		
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	本人の好きな色やその人独自のおしゃれの把握に努めている。本人のその時の気分や希望に応じて衣類の着用ができるよう選択性をもって支援している。		

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	利用者の状態に応じてだが、献立から買い物、調理や後片付けといったことは利用者が主体的に行えるよう支援している。好みの把握をし、食事内容によっては、個別に調理し提供している。	チラシのチェックや食材買い出しを日課とし、利用者とその日の献立を考えています。調理や盛り付け、配膳など利用者のできる事を一緒に行い、同席同食で家庭的な食事風景です。庭先で焼肉や流しソーメンをしたり、外食にも臨機応変に出掛けています。	
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	水分量や食事量の記録して、その人の状態の把握に努めている。摂食・嚥下状態に応じて食事形態を工夫したり、食事量が少ないと思われる方には栄養補助食品を提供している。		
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	毎食後の口腔ケアの実施はされていないが、個々に応じて口腔ケアを実施している。義歯の洗浄は就寝前に行うよう促しをしている。必要に応じて歯科の受診や訪問診療を実施している。		
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	オムツの使用についても、吸収量や大きさについて検討し、状態に応じた物を使用している。できる限りトイレでの排泄ができるよう、支援の在り方については会議等で検討している。	必要時に個別の排泄チェックを行っています。その人なりのサインや動きを感じ取り、自尊心や羞恥心に配慮してさりげなく誘導し、トイレでの排泄を支援しています。衛生用品は状態や時間帯できめ細かく選択し、本人の状況に合う物を使用しています。	
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	排泄のに関して記録を行い把握に努めている。その中で便秘傾向である方には、飲食物の工夫をしている。また、訪問看護師や医師に相談し、必要に応じて下剤を使用し、経過を見ながら下剤の調整を行っている。		
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	入浴する日は決められていないので、本人の入浴の回数の希望や体調、入浴の間隔を見ながら声をかけ入浴している。午前中に入る人もいれば、寝る前に入る人もいる。入浴が好きでない人は、家族に支援をいただき、入浴の機会に結び付けている。	毎日の入浴や夜間入浴も可能で、本人の希望に応じて週2回を目安にしています。入浴拒否の場合はタイミングを計って毎回声掛けを工夫し、家族の協力や温泉に誘うなどして、保清と気持ちの良い入浴支援に努めています。	
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	就寝時間は決められていないので、その時々状況に応じて就寝していただいている。日中の活動量などを把握し、安眠できるよう支援している。		
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	薬剤師による居宅療養管理指導により、薬についての相談やアドバイスをいただいている。		

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
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	一人ひとりの楽しみ事の把握をし、生活の中で少しでも取り入れ気分転換などができるよう努めている。喫煙や飲酒に関しても医師への相談やあんぜん		
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	家族の協力のもと、自宅や温泉などといった個々の希望の場所に出掛けられる機会がある。ホームの行事として団体で外出することもあるが、ユニットで外出する際は、行きたい所に希望をとりながら外出することもある。	日常的に散歩や買い物、日光浴など、外気に触れるようにしています。外出先の希望を聞き、道の駅や大型商業施設で食事やアイスを食べたり、地域の盆踊りに参加したりと、臨機応変に外出を支援しています。また、事業所全体での花見や紅葉狩りの行事も企画し季節を堪能しています。	
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	預かり金としてホーム管理でお金を預かっているが、お金を所持したい希望者には、家族との話し合いの下、少額であれば所持していただいている。何か買いたい物があれば、買い物へ出掛ける際に欲しいものを預かり金で購入している。		
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	本人の要望があれば、電話をする機会を作っている。年賀状などのやり取りは毎年行っている。遠方から贈り物が利用者に届いた際は、利用者から届いたお礼の電話ができるよう支援している。		
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	裏の畑に花を植えたり、玄関先にも花を置いたりしている。リビングの窓からの景色は、四季の変化を感じられる環境にある。季節にあった写真や利用者の作品を飾っている。	居間兼食堂の大きな窓から緑豊かな防風林が眺められます。台所からの料理の匂いと、利用者の書道の作品や行事写真、季節の装飾などが家庭的雰囲気を出し、居間以外の廊下にもソファや椅子を配置して、自由に寛げる居場所が作られています。加湿器や廊下奥の天井近くに洗濯物を干すなどして、冬場の乾燥対策に努めています。	
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、独りになれるたり、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	居室意外で一人になれる環境として、廊下の奥にソファを設置している。食事の際の席などは決められていないが、利用者どうしの関係性やその時の状況に応じて対応している。		
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	使いなれた馴染みの物をできる限り配置し、環境の変化によるダメージに配慮している。一人ひとりの価値観を大切にし、本人・家族と相談しながら、また本人の状態に応じて家具を配置している。	居室には使い慣れた筆筒や鏡台、生活雑貨が持ち込まれ、仏壇の供えも本人が自由にできるような対応しています。居室の壁に昔の職業を思い出させる装飾を飾ったり家族写真や見やすいカレンダー、時計の掲示など、その人らしく安心して過ごせる居室になっています。	
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	安全面に配慮し、できる限り自立した生活ができるように、家具のが配置をしている。目印になるようなものについても各々の状態に応じて用意している。		