

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	0491400073		
法人名	社会福祉法人ことぶき会		
事業所名	グループホームすみちゃんの家		
所在地	東松島市小野字中の関6番地2		
自己評価作成日	令和2年1月16日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	2020年1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)】

利用者様に丁寧に接しながら、利用者様の願いや個性を大切にしています。設備は車いすの方も使いやすい対面キッチンと流しがあり、職員と会話しながら調理ができます。また、全室エアコン設置、床暖房あり、どの季節も快適に過ごせます。掃除や洗濯、食事の買い出し、調理、盛り付け、後片付け等、日ごろの生活の中で楽しみながら職員と一緒にしています。その方の身体状態に合わせて食事作りをし、ムース食にも対応しています。食べることが大好きな利用者様と、旬の食材や季節に合わせた食事を手作りし、安全に楽しく一緒に食事をする事にこだわっています。また、介護記録のICT化の一環でケアコラボ(介護記録システム)を導入し、毎日の生活の様子を家族様にタイムリーに伝え、家族様と職員で情報共有をしています。なかなか面会に出来ない家族様へも写真付きで様子を伝えることができ、心配なことなどはコメントで入力できるので、職員と利用者様、家族様のコミュニケーションにも役立っています。少しでも多く外出し、「行ってきます」「ただいま」と声をかけあう事も大切にしています。

【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)】

2003年に開設した1ユニットの事業所である。2011年被災した場所から、2014年に現在の場所へ移転し再建された。敷地内には同法人のケアハウス・ショートステイ・デイサービスが併設されている。各事業所担当の職員は昼礼として13時に集合し打ち合わせを行い情報共有している。介護記録システムを導入し、インターネットを通じて離れた家族との情報交換や職員の介護記録に活用している。運営推進会議は家族全員に案内しており、毎回3~5人の参加があり情報共有ができています。会議で「認知症フォーラム」の情報が提供され、利用者3人が参加する機会に繋がった。また、家族からの要望で顔写真入りの職員紹介が玄関ホールに設置された。看取り後には家族とともに過ごした日々を回想し、「偲ぶ会」を開いている。食事は、毎日、利用者が職員と一緒に献立を決め、食材の買い物や食事の準備をしている。外出も利用者の希望を聞きながら、遠出や毎月の地区のお茶会に参加している。

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)	○	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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームすみちゃんの家 ）「ユニット名 こまち 」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	リビングの見える所にGH独自の理念を掲示し、申し送りの後などに読み合わせを行っています。2か月ごとの重点理念を決め実践に努めている。	法人の理念に基づいた5項目からなる事業所独自の理念を掲げてリビングに掲示している。「安全で健康に過ごせるように環境をととのえる」など、月毎に理念の項目1つに絞り重点を置いて取り組んでいる。達成できないときは翌月も同じ項目を上げ重点項目として実践に努めている。	
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	地域のお茶会にその地域に馴染みのある利用者様と参加したり、職員がお茶会の運営のお手伝いをしている。地域のお祭りへのボランティア参加や、地区の敬老会への参加、近隣の小学生との交流がある。	日常的に地域と交流することを意識し取り組んでいる。月1回開かれる、町内2ヶ所のお茶会には、それぞれに馴染みのある利用者や職員が参加している。その他、地区のお祭りや敬老会にも参加している。ボランティア・小学生・大曲地区の獅子舞などの訪問がある。	
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	お茶会の運営に協力し、認知症への理解や地域の方に施設を知って頂ける様に努めている。認知症サポーター養成講座に職員が参加し、認知症への理解を発信している。		
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	利用者様や家族様、出席者からの意見要望を聞く時間を作っている。2か月に一度市役所、包括、地域の自治会長や民生委員の方同席にて開催。活動報告にて施設の取り組みなどを理解して頂けるようにしている。	2ヶ月毎に町内会長・地域包括職員・市高齢障害支援課職員・家族が参加し開催している。家族全員に案内しており、事業所から活動報告したり、参加者と意見交換や地域情報提供の場となっている。この場で提供された情報が活用され、「認知症フォーラム」に家族や利用者3人が参加することに繋がった。	
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	運営推進会議の場で、市町村担当者に日ごろの活動や取り組みを伝え、家族様からの意見なども聞いていただいている。	市担当者は運営推進会議に参加し事業所の実情を把握している。また、利用者・家族からの意見・要望について、現状を把握してもらう機会にもなっている。	
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	日中は玄関や渡り廊下への通路に鍵はかけていない。外に出る利用者様に対しては、家族様へも十分に説明し、地域住民の方にも協力の依頼をしている。	身体拘束廃止委員会を中心に「自己点検シート」を活用し、職員は年2回、振り返りを行っている。拘束しないためのケアについて、認識を確認しながら、日常的に利用者の気持ちを汲んだ取り組みを行っている。玄関施錠は防犯上18～8時までで日中は施錠していない。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	施設内で虐待や身体拘束について研修を行っている。また、自己点検シートなどを用い、自分たちの支援についての振り返りを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	全員が学ぶ機会を持っていないが、個人で学んだり研修に参加したりしている。		
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	契約の締結時に利用者様やご家族様に説明を行い、利用者様・ご家族様が納得して頂けるように努めている。		
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なら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	運営推進会議にて活動報告をし意見や要望を聞いている。面会時には何か心配なことはないかお聞きしケアに反映させている。ケアコラボを通し、気になったことなどをコメントして下さる家族様もいる。	全国にも先駆けた介護記録システムを導入し活用している。家族はスマートフォンなどから、介護記録や利用者の様子を見ることができ、瞬時に意見を送信することができる。運営推進会議に参加する家族からの要望が反映され、ケアコラボを活用し「利用者の動画」掲載が実現した。職員の顔写真付き紹介用の掲示も実現できた。	
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、主任リーダー会議を開催し、各段階における現場職員及び、リーダー、主任等多様な意見を発言しやすい環境作りに努めている。また、出された意見で検討が必要なものがあれば経営会議にて検討している。	職員会議で意見・要望を出すことができる。介護記録システムを導入したことで介護記録など情報共有がしやすくなった。職員からの提案を検討し、ケアハウス・ショートステイ・デイサービス・グループホームで行っていた朝礼をなくし、13時からの昼礼のみに変え打ち合わせすることに統一した。	
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	自らの努力が反映される仕組みとして、視覚手当の重複受給、29年度より採用した人事考課制度を賞与の参考要件としている。		
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	介護福祉士受験の前には、受験者に対し勉強会を開催している。採用時研修実施後、プリセプターシップでの(先輩職員1対新人職員1でのOJT)を行っている。内部研修はサービス向上委員会を中心に年間計画を策定。また、職員の外部研修参加の希望があれば、勤務扱いにて参加、交通費、研修参加費を負担し、職員自らが学ぶ姿勢を応援している。		
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り組みをしている	長野県の社会福祉法人との夏祭り支援、GH協議会のブロック集会や、災害想定模擬訓練に参加している。ブロック集会で他施設に行った際には見学や意見交換している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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 サービスを導入する段階で、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	入所前に実態調査に行き、利用契約時に本人が施設での暮らしに不安や要望がないかお聞きしている。入所時は他利用者様との関係作りがしやすいよう、食事の時の席など検討している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	実態調査時や契約時に、家族様のグループホームでの暮らしの希望や、不安なことなどを伺っている。また、入所してすぐは連絡をこまめにとり様子をお伝えするようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	入所前に実態調査を行い、必要な支援や他サービスについての必要性など検討している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員はその利用者様の持っている力を引き出せるよう、一緒に料理や後片付けをしたり、買い物に行ったりしながら生活を共にする者同士の関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	家族様には入所時から利用者様の生活の中で家族様にになっていただきたいことを説明し協力頂いている。(定期的な面会、受診、日用品のお届け、床屋等)		
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	デイに来る以前からの友達とデイ利用日にお茶のみしたり、ショートに来る兄弟に会いに行っている。また以前お世話になった施設やケアマネに会いに行ったり、地区のお茶会にゆかりのある利用者様を連れて行ったり、以前住んでいた地区の敬老会に家族様と行き、昔からの顔なじみの方と交流したりしている。	地域住民同士の繋がりが強い地域の特性を活かしながら、利用者一人ひとりと地域の関係も継続ができるよう支援している。また、利用者同士の関わりも大事にしている。地区のお茶会に参加したり、同法人のデイサービスやショートステイに知人を訪ねたり、それぞれの要望にもきめ細やかに応えている。	
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	毎日の調理や家事を通して利用者様同士での関わり合いを持っている。また併設しているケアハウスと外出行事を合同で行い、利用者様同士の関わり合いを持てるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	長期入院や他施設に入所された方に対して、退所後必要に応じた情報提供をしている。亡くなった後も写真をお渡ししたり、相談事があれば対応している。		
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	入所時や面会時に家族様から若い頃の仕事や性格についてお聞きしたり、本人様とお話ししながら利用者様一人一人の思いや意向の把握に努めている。	職員は利用者との日常会話を大切にし、意向を聞き取るようにしている。十分に把握できないときには、家族の面会時や電話、介護記録システムを通して情報を得ている。居室の入り口には各利用者様が書いた作品集があり、その内容からも思いを汲み取り、行きたいところへの外出など、叶えられるよう繋げている。	
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	入所前の実態調査で生活歴や馴染みの暮らし方を伺い、把握に努めている。また入所後に実態調査では知りえなかったご本人の好みや暮らし方を知った場合は、ご本人の生活にできるだけ取り入れようとしている。		
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	毎日の様子をケアコラボの申し送りやタイムラインに載せ情報共有している。また、毎日のミーティングで随時話しあい、支援方法の検討もしている。		
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	ご家族や本人様には何か心配ごとや要望がないか電話や面会時に聞き取りしている。現場職員には、サービス担当者会議の場で話し合い、必要時に原案に追加して現状に即した介護計画書にしている。	家族の意見は、面会時に居室で丁寧に要望を聞いたり、介護記録システムや電話で把握し、介護計画に反映している。職員の意見はサービス担当者会議や、日常的に介護記録システムを通し出されている。この情報をもとに介護計画を見直している。	
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	日々の様子や気づきはケアコラボのタイムラインや申し送りにのせ職員だけではなく、家族様と情報共有している。その情報を毎日のケアの実践や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	病院受診は基本家族様だが、都合がつかない場合は外部ヘルパーや介護タクシーを利用している。家族様がいなかったり、金銭管理が難しい方は、まもりーぶさんや、保佐人の方とも連携を取りながら支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	以前のケアマネに会いに認知症カフェに参加したり、外に行く方の見守りを地域の方に協力して頂いたり、以前住んでいた地区のお茶会に参加したりし、地域とのつながりを持ちながら楽しく暮らせるようにしている。		
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し、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	利用者様が希望したかかりつけ医を受診している。受診時には看護職が作成した通院連絡票を持参し、最近の様子を主治医が分かりやすいように診て頂けるようにしている。受診結果は通院連絡票に記載していただくようにし、家族と主治医、施設職員と情報共有できるようにしている。	希望のかかりつけ医を受診している。家族が付き添い受診するときは、看護職が通院連絡票を作成し医師に情報提供している。訪問診療医師をかかりつけ医にしている人もいる。受診結果は家族・職員が情報共有できる仕組みにしている。歯科の訪問診療を受けることもできる。併設施設の看護師が健康管理をしている。誤薬防止のため、服薬支援機器を導入している。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	毎日の利用者の様子で気付いたことや心配なことは、随時看護職に報告、相談している。訪問診療を受けられている方は、バイタルリンクを通し、訪問診療を受けている医療機関の医師や看護師と情報共有している。		
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、又、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。あるいは、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。	利用者様が入院した際には、サマリーを病院に届け、ADLや認知症状等をお伝えし、本人様も安心して治療できるようにしている。入院中や退院時は、連携室とやり取りをし、情報共有や退院時は実態調査に行きスムーズに施設での生活に戻れるよう対応している。		
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	「重度化した場合における対応指針」と「看取り介護指針」について入所契約時に説明し、家族様と話し合いや考える機会を持って頂くようにしている。状態低下時はその都度話し合い、看取りになると看取りケア委員会を開催し話し合いをしている。	「重度化した場合における対応指針」と「看取り介護指針」について契約時に説明している。訪問診療を受けることができ、併設施設の看護師がおり、看取りの実績がある。関係者で利用者の生前の様子などをまとめ、家族と一緒に故人をしのぶ「偲ぶ会」を開いている。このことは、遺族へのグリーフケアと職員の振り返りに繋がっている。	
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	定期的に行ってはいないが、餅提供の前の年末には窒息時の対応の訓練を各部署で行っている。		
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	半年に一回、定期的に避難訓練を行っている。また、GH協議会の災害想定避難訓練に参加し、近隣施設との協力体制を構築するよう努めている。	年2回、火災を想定した避難訓練を実施している。水害の場合は垂直避難を考えている。備蓄は1週間分くらい用意し、法人全体で利用できる分の貯水タンクも備えてある。近隣地区のGH協議会の会員同士で協力体制を整えている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	トイレ案内時に「トイレ」「おしっこ」など大きな声で言わないようにしている。呼び方や声掛けも本人様の誇りを損ねないように対応している。	一人ひとりを尊重した対応や、言葉遣いを意識して支援している。全居室にトイレを設置し、プライバシーを確保できるよう取り組んでいる。呼び方は入居前からの呼び名をそのまま継承することが多いが、本人・家族からも確認している。	
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	日々の会話の中で利用者様が「行きたいなあ」「食べたいなあ」といった希望を叶えるように努力している。また、こちらから何か希望などがないか、何気ない会話の中で聞くようにしている。		
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	出来る限り一人一人のペースに合わせている。会話の中で利用者様の希望を伺い支援している。		
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	着替えの時に利用者様と相談している。利用者様の意思表示が難しいときは、ご家族の意向に沿って支援している。(髪型等)		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様と一緒に調理や片づけをし、利用者様の身体状態に合わせた食形態で提供している。季節や旬の食材に合わせた献立を心掛けている。	食材の買い物・調理・片付けなど利用者と一緒にしている。行事食や旬の食材にこだわり、誕生日には本人の希望を取り入れた献立にしている。状態に合わせて、ムース食も取り入れている。水分の摂取方法も、本人の状態に合わせて対応している。正月に餅を食べることを目標に「餅対策委員会」を作り、様々な検討し、みんなで餅を楽しむことができた。	
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	看取り期や食事摂取量低下時、摂食嚥下機能アセスメントモニタリング表の点数が大幅に変わった時などは、看護職や栄養士に相談し、必要時は栄養会議を開き食形態の工夫をしている。毎日の食事量や水分量は、パターン表やケアコラボに入力し確認している。		
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、自分で口腔ケアが出来る方は声掛けをし行って頂いている。支援が必要な方は、その方の出来ないところを職員がお手伝いし口腔ケアを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排せつパターン表、ケアラボを用いて一人一人の利用者様の排せつリズムを把握し、利用者様が排せつの失敗を少なくするため、トイレで排せつできるよう支援している。夜間はその方の覚醒状態に合わせ、さわやかやトイレご案内をしている。	介護記録システムを導入活用して利用者の排泄パターンを把握し、トイレにご案内するなど、トイレで排泄ができるよう支援している。全居室にトイレがあり、夜間も本人の状態に合わせ支援している。	
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	食物繊維や野菜、果物の多い食事を心がけている。体を動かす機会を作ったり、朝に牛乳や水などを飲んで頂いたりしている。		
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、個々にそった支援をしている	出来るだけ利用者様の希望に沿って入浴の曜日や時間帯を組んで行いたいですが、なかなかすべてはかなえられない。	週2回を基本に希望にそうように努めている。湯はかけ流しで対応し、利用者の状態に対応できるよう、個浴の他に機械浴・ミスト浴の設備も整っている。入浴を嫌がる人には、ご案内の仕方を工夫し、無理強いをしないよう努めている。	
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	その方の寝る前の過ごし方や、寝る時間を考えながら支援している。混乱や訴えがあるときは、お話を傾聴し安心して眠れるよう支援している。職員がそばにいた方が着替えが進むかなどはそばについて対応している。		
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	居宅療養管理指導を受けている方は、薬剤師さんと体調管理表にて体調の報告をしている。ケアラボで飲んでる薬についていつでも見る事ができるようにしている。処方変更時は看護職から副作用について説明を受けている。		
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	利用者様の中には、家事や外出、買い物、読書を楽しみにしている方がいるので、普段の生活の中に取り入れるようにしている。		
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。又、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	利用者様の希望に沿って、職員が付き添い外出している。その日の希望というのは難しいが、希望を聞いて後日計画し外出したりしている。本人様のもとと住んでいたお茶会などでは、利用者様と地域の友人でお話を楽しんでいる。	年間計画を立てず、日常の中から利用者の希望を把握し外出している。遠出の外出や、馴染みの店での買い物など、利用者の希望が叶えられるよう取り組んでいる。初詣などの行事にも随時状況に合わせて出掛けている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お小遣い程度の現金を持っており、出掛けの際にそこから支払いする方もいるが、現在は預り金を事務所で預かり、外出時は利用者様の買い物や外食時に支払いしている方が多い。		
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	携帯電話を持っている方が、使い方が分からないとお話しあった際には、使い方を説明し支援している。ケアコラボを通して家族様からの言葉を本人様に伝えたりしている。		
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	利用者様が不快感を招く刺激がないような共用空間にしている。(気温に合わせての温度調整をしたり、明るさの調整をしている)季節に合わせてリビングや廊下の掲示物を変えている。	リビングの大きな窓から続くウッドデッキ越しに、木々を映し出す池が広がり水鳥が飛来している。新緑から紅葉そして冬枯れまで四季の移ろいを居ながらにして眺められる。床暖房で心地良く、テーブルの配置や、座る位置も考慮している。飾り物は季節に合わせて替え、楽しんでいる。	
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	居室やセミパブリックスペースを活用されている。		
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	ご自宅から持参されたタンスや寝具、テレビ、衣類等を使用している。	エアコン・トイレ・洗面台・押入れ・可動できる整理棚・ベッドが備え付けてある。利用者は馴染みの寝具・整理タンス・イス・仏壇など各自持参している。利用者毎、安全な動線に考慮した配置にし、整理整頓されている。掃除など、残存能力に合わせ、基本的にできることは自分で取り組めるようにしている。	
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」「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	居室内はトイレをわかりやすいよう工夫したり、ベットや椅子の配置が安全なように気配りしている。リビングは座っていても家事をお手伝いしやすい作りになっており、出来ることをして頂きながら生活して頂いている。		