

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所名	1271400184		
法人名	スマイル ケア(有)		
事業所名	グループホーム スマイル		
所在地	千葉県香取市佐原イ1689-2		
自己評価作成日	平成 28 年 12 月 31 日	評価結果市町村受理日	平成 29 年 3 月 13 日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2-10-15		
訪問調査日	平成 29 年 1 月 25 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)】

会社の理念である「ゆっくり・一緒に・楽しく」を充実させるべくチームケアを徹底し利用者が自由に過ごせる空間を提供しています。「すべては、利用者様第一に」を考え、利用者様1人ひとりを良く観て(気づき)職員に何を求めているのか、何か出来る事はないかを念頭に置き笑顔の絶えない施設づくりを目指しています。

【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)】

施設長は初年度の方針として「利用者第一主義、当たり前を当たり前にする、働きやすい職場を作る」を掲げトップダウンで背中を見せて実践に向けて職員を引っ張り、一歩ずつ前進が見られている。利用者第一を考えてコミュニケーションを心がけ、何を望み・必要としているかを知り、気持ちに寄り添ってやらせていただく利用者に合わせて介護が行なわれ、当たり前をやる事で信頼関係が深まっている。職員の意見が活かされ、会話と行動を重視した取り組みから、毎日廊下歩行や足の運動に組み込み、歩行の出来ない人が杖で歩き・車いすの人の手引き歩行・うつの人にも声かけをして利用者同士で会話が出来る等の改善効果が出ている。また、利用者1人ひとりに対して視線を合わせて挨拶をし、食器拭き・洗濯物をたたみ等何か出来る事を行って職員からありがとうの声から笑顔になっている。今年からかかりつけ医が地域のなじみの医院に変わり、看護師との医療連携が深まり職員への相談・助言が迅速に行われ、家族との信頼関係もより深まり安心感が繋がっている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	「ゆっくり・一緒に・楽しく」の理念を施設内に掲示し理念に即した生活がおくれるように努めると共に家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事などの介護、その他利用者1人ひとりに即した機能訓練を行い自発的な意欲を引き出せるよう支援する。	職員は見守りではなく積極的にいつも接する事で、利用者が生活を楽しむ送れる様に理念の実践に努めている。利用者同士の話をゆっくりと空間を保って聞き、利用者との会話を心がけレクリエーション活動も一緒に取り組んでいる。利用者は座っての時間が多いためいつも会話と行動を心がけて意欲を引き出し、トイレに行く時は廊下を歩いて足の運動を日々行って機能回復に努めている。	
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	地域の草刈り、お祭りなどには継続して参加している又、近隣保育園児の定期訪問、佐原小学校6年生の職業体験事業の受入も定着している。今回新しい試みとして8月に納涼祭を施設を開放して行い近隣の皆様と利用者様とのふれあいの場を設けた。	近所の人とは日常的に挨拶を交わし、地域の草刈りやお祭りに参加して大切な交流の機会としている。保育園児の定期訪問や小学生の職業体験も長年継続して行われ触れ合いと楽しみの場となっている。職員からの提案でポスターを掲示し納涼祭を地域に開放し、家族と多くの近所の人や子供たちが参加して焼きそばを食べ、ゲームや踊りを一緒に楽しんで盛り上がり新たな地域との取り組みが始まっている。	納涼祭を初めて地域に開放し、ホームの理解と利用者が触れ合う機会づくりの取り組みが始まっている。まずこの行事の定着・充実に努め、また、職員からの新たな提案にも期待したい。
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	当事業所は認知症よろず相談の受付窓口として近隣の皆様からの問い合わせに対し相談・回答を出させて頂いています。		
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	年内に4回の運営推進会議を終了し、今年度には年6回を執り行う予定であります。4回の会議では日常の利用者様の生活振り、日常業務の説明、前回のアンケート調査の結果及び対応策などの説明と地域密着の重要性を話し合いました。	運営推進会議は市担当者・区長・行政協力員・家族が参加して開催されている。議題を決めてホームの取り組み方針・防災対策・行事等を説明し、納涼祭開催時には会議の後に委員も参加している。委員との活発な質疑応答が行われ、玄関の施錠・事故・利用者への対応等を説明し、現状の理解を深め改善への取り組みに活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議に市の高齢者福祉課の担当者、地域包括支援センターの職員が参加しており、その際に情報交換したりしている。	運営推進会議に市の担当者・地域包括が交代で参加してホームの理解と意見交換が行われている。感染症発生時にはメールで通知や入居の相談があり連携して取り組み、ケアマネ研修に参加し交流も行われている。グループホーム連絡会に市の担当者が参加して家賃軽減の補助金等で話し合い、研修会への参加や他のホーム見学を取り組みに活かしている。	
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「介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	身体拘束は行わないことを基本原則としている。施錠については、建物の構造上の制約もあるので安全確保のため施錠することもある。	身体拘束をしないケアを基本として取り組み、職員は研修に参加して理解を深めている。利用者の昼夜逆転からの覚醒時の立ち上り時の転倒防止と車いすからのずり落ち防止のためベルトの着用を家族の了解を得て行っている。年長者に対する言葉遣いにはその都度注意し、「ちょっと待って」の言葉にはその状況を説明して不安にならないケアに努めている。	

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
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	身体拘束を含め虐待につながる行為が発生しないよう常に管理者は目配りをし職員からの情報もとるように心掛ける。車椅子のずり落ち防止ベルトは安全対策として家族に説明後許可を頂き使用することもある。		

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	利用者の権利については事業所内に常時閲覧できるように掲示しているが職員全員が理解し活用するのは継続課題である。		
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	契約に際しては重要事項等について十分に説明し理解頂いた上で契約を締結している。		
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	重説に施設の苦情相談窓口・市福祉課・全国グループホーム連絡協議会の連絡先を明記し契約時に説明している。又、ご家族の来所時に話し合いの場を設け要望を確認している。尚、運営推進会議の席でご家族より職員がよく分からないの要望に対し4月1日付の職員名簿を顔写真を載せて配布し対応させて頂いた。	運営推進会議に家族が参加してホームの取り組みの理解と意見を述べている。また、来訪時には施設長や管理者が面談し利用者の状態を伝え要望も聞いている。利用者の家に帰りたい要望には花見等の外出の機会を増やして気分転換を図っている。また、毎月家族に担当者から利用者の見たままの状況を分かりやすく書いた手紙を写真と共に送付して理解を深める取り組みが今年から始まっている。	今年から利用者の日常の様子を家族へ手紙で知らせている。職員の思いが伝わる自筆による記述と内容の工夫が望まれる。
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	全体ミーティングを通し職員の意見を重要視し全員で精査し共有している。 又、個人面談を行い日頃の業務について意見を求めている。	職員は利用者との支援の中での気づきを記録し、カンファレンスでケアのあり方の疑問点・改善点を話し合っている。日中から眠くなる利用者の眠剤を中止する事で、昼間のレクリエーション活動に参加し夜も眠れる状態になる成果も出ている。施設長は現場第一主義で何かあったら何時でも云ってくれと現場の声を聴き実践に活かしている。また、個人面談を3か月ごとに行って息抜きと普段言えない事も聞いている。	
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	介護職員の処遇改善交付金の支給を受け職員に公平に配分している。		
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	シフト勤務であることも影響し参加者が少なく定着していないが施設会議の場を活用し研修会を開催している。		
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	代表者は関係団体の役職を持っておりネットワークづくりに貢献している。事業所としても地域のグループホーム連絡会に参加しており、他ホームに勉強を兼ねて見学会も行っている。		

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
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	アセスメントの段階で関係者から出来るだけ多くの情報を集め本人の安心へ繋がるサービスが出来るよう努めている。		
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	グループホームとして出来る事だけでなく出来ない事も説明し家族に理解して頂きサービスを開始させて頂いている。		
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	他サービスを利用した上で在宅での生活が困難になりグループホームへ来る方が多く見学の際には当ホームだけではなく他ホームの見学も勧めている。		
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	生活の場であることを念頭におき自由な生活が送れるように配慮している。		
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	家族の一員であることを念頭におきながら話しやすい雰囲気を作り家族と話し合える環境が出来るように努めている。		
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	来訪、外出、外泊は自由。 趣味の為の買い物も行き付けの店を利用している。 来訪は順調に行われている。	家族・友人・知人が来訪しお茶を飲みながらゆっくりとした関係が保たれている。利用者の希望により盆や正月には自宅に帰り、得意の編み物をするために馴染みの毛糸屋への買い物や行きつけの散髪屋等へ出かけて関係継続を支援している。利用者との入浴時の会話や家族の来訪時にもなじみの関係を聞いて支援に活かしている。	
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	心身の状態変化により、これまで良好だった利用者間との関係が崩れてしまうことがあるが職員が間に入り孤立せずに関わり合う。また、座席を変える等工夫している。		

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	契約が終了しても、これまでの関係を維持出来るよう本人及び家族の経過を確認出来るよう連絡をとるように努めている。		
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	趣味を通し散歩を兼ねて外出、又 食事の希望を叶うよう外食を行っている。 外出、外食によって気分転換を図っている。	職員は担当制や家族への手紙を書く事で、利用者をよりきめ細かく観察し思いや意向の把握に努めている。個人記録や日誌に記録し申し送りノートで共有しカンファレンスで話し合っている。利用者との普段の世間話やお風呂での会話から、こんなことがしたい希望の把握に努めている。時期になると桜やアヤマの花見に行き、外出することで表情が和らぎ喜んでいる様子が窺える。	
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	家庭や利用していたサービス機関でどのように生活していたのかを把握する為、担当ケアマネジャーや施設と十分に連携を取り情報収集に努めている。		
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	状態は常に変化するものであり、個々にカンファレンスを行い、変化する心身をとらえケアプランに反映している。		
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	ケアプランに即し本人の要望、家族からの要望を取り入れ現状の利用者の状況に即した介護計画を作成し職員全員が共通認識の中で介護、支援に取り組んでいる。介護計画は利用者に変化があった場合は都度、職員でミーティングを開催し介護計画を変更している。家族にも都度報告している。	利用者・家族の要望を反映し、医師や看護師、職員の意見を取り入れてカンファレンスで話し合いケアマネジャーが介護計画を作成している。利用者一人ひとりの屈伸運動等の意欲を持った取り組みを反映して具体的なケアプランが作成されている。プランの項目の沿った実践をモニタリングを行って確認し、ずれのないケアに努め共通認識を持って支援に当たっている。利用者の変化時にはカンファレンスで話し合い見直しが行われ、家族に報告している。	
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	個別記録を残し誰でも閲覧可能の状況にしカンファレンスにつなげている。業務日誌・温度表等簡素化を図っている。		
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	職員間・家族・かかりつけ医と連携し個別性を重視し対応している。		

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	家族・かかりつけ医・居宅介護支援事業所・福祉事務所・行政と連携はとれており、その人らしい暮らしが出来るように支援している。		
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	今年9月より利用者様にも馴染みで地元の個人医院の医師にかかりつけ医として往診もして頂く事となり本人・ご家族にも一層の信頼関係が深まり診査結果なども都度ご家族に連絡している。	市外からのかかりつけ医を今年から馴染みの地元の医院に変更し、月2回の往診が行われている。看護師が常勤し医師とも旧知の仲で医療連携が良くなり、職員の相談や指示が迅速に行われ、家族への安心感が深まっている。専門医の受診は家族の了解を得て看護師・管理職が同行し報告をして情報を共有している。毎週訪問歯科による利用者の口腔ケアが行われ、口腔内の清潔保持に力を入れている。	
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	管理者1名は看護師であり医師及び職員間で連携が図れるように努めている。また、職員への指導も行っている。		
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、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、	救急指定医療機関の医療相談室との連携もとれており情報交換や相談も可能である。		
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	入居契約時に重度化した場合についての詳細は説明しており状態の変化があった場合にも都度家族と主治医を交え今後のケアに反映させて行きたい。	入所時に契約書の中で終末期の方針と看取りは行う事を説明している。利用者・家族に対し食事が取れなくなった時や点滴の医療行為等ホームで出来る事・出来ない事を具体的に説明して理解を深めている。利用者の状態変化の時はその都度家族・医師と相談し、家族の要望を汲んで適切な対応に努めている。以前に看取りを体験しており看取りの体制は整備されている。	
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	急変時や事故発生時のマニュアルを見直し職員にも周知徹底を図っている。		
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	緊急マニュアルに沿った避難訓練を年2回行っている。1回は利用者と職員で行い、2回目は消防職員の参加を有し通報・避難・消火訓練を想定し実施している。又、夜間を想定した訓練では毛布を利用しての早期避難や近隣のお寺まで徒歩による避難も実践している。区長からは避難場所の提供や地元の人々からの協力も頂いている。	年2回の避難訓練は日中・夜間を想定して、通報・避難誘導・消火器訓練が行われている。近隣の人も参加して大声で助けを求め、近隣の寺まで徒歩での避難や夜間を想定した毛布に利用者載せて引っ張る等実践的な避難訓練となっている。消防署からのタオルを口に当てながら避難する等具体的な指導は会議の中で周知している。緊急連絡網を整備して対応に備え、地区のハザードマップを掲示し火元の確認を毎日実施して意識を高めている	会議の時間等を利用して、電話による緊急連絡網の受信の確認や緊急マニュアルに沿った消防への通報等手順の訓練の実施を期待したい。

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	言葉使いには配慮している。「何々ちゃん」「ダメ」「待って」「～してください」等押し付けるような言葉や言葉の暴力となる行為は、禁止している。親しき仲にも礼儀ありを話し合い、より一層節度ある介護を目指す。	「当たり前」の事を「当たり前」にする事を施設長は会議の中でいつも強調している。当たり前と分かっている行動には差が出る事や人が人を看る大変さも理解し、プライドを傷つけない様に尊厳に配慮して取り組んでいる。利用者に寄り添い、人として認め、やっちはダメな事はしないで利用者を守る支援に努めている。何か事が起きれば事例を回覧し職員に周知して意識を高めている。	
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	自己表現できない方が多いが、できるだけご自分の希望や意見が言えるように、配慮している。出掛ける場合には、声かけしご本人の判断で外出するようにしている。		
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	何かをしたいと訴えてくる方は少ないが、外出(徘徊)等の場合には、職員の業務は中断し、対応するように努めている。		
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	季節に合わせ、衣類等を整理し、支援している。散髪については、近隣の美容室が訪問し散髪を行っている。		
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	食事の支度は職員で対応しているが後片付けの食器拭きは交代で利用者様に強制ではなく自主的に手伝って頂いている。その中でもADLの低下に伴い準備や片付けが出来なくなってきている事も実情である。	利用者の好みや食べたい物等の意見を聞いてメニューを決めている。利用者の嗜好に配慮して味付けの工夫、食事の量や形態も利用者に合わせて、季節の野菜を取り入れて美味しく楽しめる食事づくりを心がけている。利用者の食べたい物を聞き、定期的に出前の天井かつ丼を食べ、食事会では寿司を食べに全員で行き食事を楽しむ支援に工夫をしている。口腔体操では声出しをし呑み込みの改善に繋げて誤嚥性肺炎の防止に努めている。	
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	カロリー計算までは出来ていないが、一人ひとりの嗜好を考慮し、食事量や形態も配慮している。		
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、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアを行っている。協力歯科医院から訪問診療を依頼している。		

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
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	出来るだけトイレでの排泄を心がけて、排泄回数を記録し排泄間隔を把握する事で自立に向けた支援を行っている。 認知症の進行とADL低下で困難な方が多く状況によりポータブルも設置するようになっている。	利用者1人ひとりの排泄パターンを把握し声掛け誘導をしてトイレでの自立排泄を支援している。仕草を見ての誘導、トイレでの姿勢の観察や下剤も医師の指示に基づいて使用し排泄支援に繋げている。トイレを増設した事で「ちょっと待って」の言葉がけも少なくなりスムーズな誘導が出来ている。ADLが低下する中家族からの要望で安眠のために眠剤の活用や夜間のおむつの使用は行っているが、昼間はおむつの使用しない支援に努めている。	
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	下剤に頼るだけでなく、飲水量や食事(芋類、乳製品、ごま油等)に気を配ると共に、適度な運動などで便通を促すよう心がけている。		
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	本人の意思を確認しながら2日に1度は入浴していただけるよう支援している。体調不良により入浴できない日には、足浴や清拭など状況に合わせて対応させていただいている。	本人の意向を確認し週3回の入浴を支援している。入浴拒否の人には無理をしないで足浴や清拭を行って清潔の維持に努めている。入浴時のヒートショックを起こさない様に脱衣所の温度管理や利用者の好みに合わせて湯の温度を調整し、皮膚の点検や痣の確認をして安全面・健康面に配慮している。入浴の時間は職員との会話を大事にし趣味や嗜好の情報を聞きケアに活かしている。	
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	ご本人の生活習慣に合わせるようになっているが、集団生活ということもあり、日中はできるだけ起きていただき、夜間に睡眠がとれるように配慮している。夜間は、安全確保の為、定期巡回を実施している。		
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	看護師が管理し、職員へ指示している。職員が分かるよう、記録、服薬チェックを行い、確認できるようにしている。 薬の説明については、個人記録にファイルし、いつでも見ることができる。		
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	季節毎の行事への参加・食器拭き・洗濯物・買い物などホームでの役割を持ち、自分に自信を持っていただき張り合いや喜びにつながるよう努めている。		
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	ご家族と毎月外出する方やご家族と食事等で外出する方、年一回の墓参をする方、いつも同じ場所(小野川)へ散歩する方、毎日スーパーへ買い物に行く方等、様々だが希望が叶うように支援している。	ホームの中で過ごす事が多い利用者にとって、外出は気分転換になり季節感等を感じる大切な事と認識して取り組んでいる。職員と一緒に日常的に散歩や買い物に行き、季節毎の行事には全員が参加し、家族との外出や外食が行われて希望を叶える支援に取り組んでいる。ADLの向上のために声掛けをして毎日の廊下で歩行に取り組み、車いすの人の手引き歩行や杖を使っている歩行ができる等の改善の効果が見られている。	

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	ご自分で管理できない方が殆どであり、金銭を持つことにより、入居者間のトラブルにつながる為基本的には、事務所で預かり管理している。		
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	電話を掛けたいと訴える方は殆どいない。外部から掛かってきた電話は、ご本人の状態を見ながら取り次ぐようにしている。 手紙のやり取りができる方は、僅か1名。		
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	リビングで過ごす時間が多いのでスペースを十分にとり歩行にも障害のないようテーブルを配置している。TV・カラオケ等も常時利用できるよう配慮をしている。	利用者はリビングで過ごすことが多く、温度・湿度の管理や清潔感の維持に努めて過ごしやすい共有空間づくりを心がけている。利用者の相性に配慮して席替えをし、気の合う者同士の会話が弾み気持ちを落ち着かせてゆっくりと過ごしている。リビングではカラオケ・カルタ取りや敬老会のボランティアによるフラダンス等を楽しんでいる。しかしまだ、利用者が椅子に座っている時間が長い。そのため、ホーム内で出来るレクリエーション活動の充実のために新たな取り組みが検討されている。	レクリエーション活動の充実に向けて検討が行われている。職員からの提案で共有空間での楽しく過ごせるアイデアと実践への取り組みに期待したい。
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	古い建物なので、スペース確保が難しい。 定位置が不安な方には、居場所を再検討し、過ごしやすい共同の食堂になるように心がけている。		
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	居室は、自宅で使用していた物や愛着のある物を持参していただき居心地よく過ごせるように配慮するように努めている。又、夏・冬場と温度調節を密にし快適な生活を送って頂いている。	居室は使い慣れた物や愛着のある写真・仏壇・箸等を自由に持ち込んで、その人らしく過ごせる空間作りに配慮している。居室は毎日清掃やベッドメイキングを行って清潔感を維持し、湿度管理をして快適な居室環境を整えている。夜間の巡回は1時間毎に行われ状態を確認して安全に繋げている。	
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	一人ひとりのADL、QOLの向上につながるように散歩、体操、歌、会話、ゲーム等に参加し、活気ある生活がおくれるように支援している。 ホーム内は、手摺やスロープ等で安全確保に努めている。		