

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	0292700093		
法人名	社会福祉法人 福生会		
事業所名	グループホーム「スマイル荘」		
所在地	青森県三戸郡南部町大字坩渡字下外窪12番地67		
自己評価作成日	令和元年10月7日	評価結果市町村受理日	

【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)】

市街地から離れた農村部の高台に所在しており、比較的敷地が広いため、安心して屋外の活動を行うことができる。その環境面に加えて、土地柄で農業に結びついている利用者や職員が多く、花植えや野菜作りを積極的に行っている。
 昨今、地震や水害が多く発生しているが、高台のため水害にみまわれることもなく、地盤が強く地震災害にも強い地域である。建物の構造が直線基調のフラットなので、有事の際の避難も容易に行うことができる。

※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	
----------	--

【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)】

ホームは高台に立地しており、利用者や職員共に花や野菜作りを行っている。毎月、話し合って職員目標を立てており、短時間の職員会議でも事前にコメントを用意して、ケアについて充実した話し合いを持ち、利用者に「家族のような思い」で接し、日々のケアを実践している。
 手作りですぐ食べやすい家庭的な献立を提供しており、利用者個々のペースで食べて、和やかな食事時間を過ごしている。
 また、利用者や家族の希望があれば、その思いに応じて、自然経過での看取り介護を実践している。看取りの経験を通して、ホームで受け入れる姿勢を築いている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	令和1年11月13日		

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拡がりや深まりがあり、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、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、安心して暮らさせている (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

[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	基本理念「1,ゆったり2,いっしょに3,楽しく4,豊かに5,その人らしく」は、地域密着型サービスに移行となる前の開所当初から変更していない。理念自体は南部町の特色とも合致していると考えており、分かりやすい理念なので、職員も理解しながら援助を行っている。	法人の信条や基本理念を踏まえて、年間目標や毎月の職員目標を立てており、職員会議等で確認しながら、理念を意識して日々のケアを行っている。理念は事務室等に掲示しており、職員会議でも唱和を行うことで共有化を図っている。	
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	地域との結びつきは少なく、老人会や民生委員、近所の方とも、ほとんど交流ができていない状況にある。	町内会に加入はしているが、地域との交流が進まないため課題としており、来年度は町の敬老会への参加を検討している。法人のデイサービスでの訪問(手踊りや保育園のお遊戯披露会)に参加して、交流を楽しめるようにしている。	
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	見学の方に認知症についての説明等は率先して実施している。		
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	2ヶ月に1回実施している。入居者1名や家族代表、町内代表、町担当課職員、法人代表、管理者の6名で実施し、色々な意見をいただき、業務に活かしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、開催しており、会議ではホームの現状・行事予定、職員目標と反省点、研修報告、自己評価及び外部評価結果等を報告して、地域代表や利用者代表、家族代表、町職員から質問や意見をもらっている。会議の内容については、お便りで全家族にも周知している。	
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	町担当課職員やケアマネージャーと管理者は手続き等で顔馴染みの関係だが、他職員に関しては連絡を取り合うことがほとんど無く、関係性は低い状況である。	運営推進会議に町担当課職員が参加しており、ホームの現状や自己評価及び外部評価結果を報告している。また、ホームの空室状況や新しい制度等について、相談や問い合わせをして連携を図っている。	

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
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	身体拘束等適正化委員会を2ヶ月に1回開催し、色々な意見をいただき、身体拘束のないケアを実践している。	2ヶ月に1回、身体拘束適正委員会を開催して、職員と共に学習の機会を設け、身体拘束は行わない姿勢で日々のケアに取り組んでいる。玄関に施錠はせず、外出傾向があれば一緒に散歩に出たり、気分転換を図って対応している。不測の事態に備えて、併設施設から協力を得られるようにしている。	
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	研修への参加や毎月のスタッフミーティングで話題に上げたり、職員目標等で取り上げる等、虐待の防止を図っている。		
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	権利擁護の研修は現在未実施であり、今後必要となると考えられるので、研修への参加を検討している。また、必要時は同法人の居宅介護支援専門員から助言を求めている。		
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	契約書を全文読み上げ、分からない所は何度も説明し、納得していただいている。		
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	苦情申出の窓口を明示している。月初めに家族に手紙で前月の状況等の報告を行っている。また、面会時に加えて場合によっては電話で意見を聞くこともある。	面会時に家族へ声がけをして、気付いた事や要望を聞くようにしているほか、運営推進会議やケア計画の説明時も意見・要望を出せる機会としている。担当職員が毎月の様子や予定、暮らしぶりについて、手書きの手紙で家族へ伝えている。	
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	月1回、スタッフミーティングに事務方の職員も参加して、意見のやり取りを行っている。全職員の意見を聞いて、業務に反映するように努めている。	月1回スタッフミーティングを持ち、連絡調整(本部や管理者、ホーム長)や行事予定・反省、職員目標反省・立案、利用者の状況、研修報告等について、全職員で話し合い、サービスに繋げている。	

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
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	代表者はミーティングや定例会議等で、意見等を聞く機会を設けている。しかし、法人全体のバランスも考慮しているため、ホームに最適な就業環境を整備するには至っていない。		
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	法人外の研修に年1回は参加できるよう、努めている。ただし、単一グループホームにおいては限界もあり、町のグループホームが協力し合って、職員のための合同勉強会を開催する等、他法人とも協力を行っている。		
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	町内のグループホーム同士で連携を図っている。2ヶ月に1回、第3木曜日に町ネットワーク会議を開催し、管理者等が各グループホーム持ち回りで集まり、意見交換や勉強会等を行っている。		
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	入居の申込み前に、まずは認知症の説明を行い、それを踏まえて本当にグループホームのサービスで良いか、他のサービスはどうか、町内にある他のグループホームはどうか等、本人と家族とで検討を行っている。		
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	入居の申込み前に、まずは認知症の説明を行い、それを踏まえて本当にグループホームのサービスで良いか、他のサービスはどうか等、町内にある他のグループホームはどうか等、本人と家族とで検討を行っている。入居しても2ヶ月程度は、この状況を踏まえて続けている。		
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	入居の申込み前に、まずは認知症の説明を行い、それを踏まえて本当にグループホームのサービスで良いか、他のサービスはどうか等、町内にある他のグループホームはどうか等、本人と家族とで検討を行っている。入居しても2ヶ月程度は、この状況を踏まえて続けている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	介護度が上がり、入居者ができる事が少なくなってきたが、入居者毎の力量を見ながら、洗濯物畳みや新聞紙折り等の手伝いを行っていただいている。		

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
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	数年前と比べて、家族も高齢の方が多くなり、面会の回数は減ってきている。月1回の手紙で入居者の状況を報告していて、状況変化が著しい時は、電話で相談等をしている。		
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	介護度が上がり、意見を話せる入居者が少なくなり、出かける支援は難しい現状となっている。	徐々に少なくなってきたが、親戚・知人の来訪や電話の取り次ぎ等、これまでの交流を継続できるように支援している。利用者からの希望も少なくなっているが、家族の協力を得て、自宅に出かける等、支援に努めている。	
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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事の席等、入居者同士で良好な人間関係を構築できるように支援を行っているが、どうしても関係の取れない方々も見られる。トラブルが発生した場合は職員が仲介し、穏やかに平静を取り戻すように支援をしている。		
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	入院のため退去となった入居者には、入院先の病院に情報を提供し、入院時も家族と一緒に手続きを行い、相談に応じている。		
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	日々の援助の際に入居者の体調の変化や思い等を連絡ノートに記入し、職員が問題を共有し、入居者本位の介護ができるように努めている。	声かけを大切に、利用者の思いや希望の把握に努めている。身振り手振りで表現する方には、ゆったりと対応して受け止めるようにしている。「どんな思いなのか」「何が嬉しいのか」を確かめながら、職員間で共有している。	
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	今までの生活スタイルをできる限り継続し、尊重するように努めている。時として、分からない情報については言葉を選び、家族や関係のある方に質問を行う時もある。		
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	一覧表に排泄や食事の状況等を記入し、入居者一人ひとりの暮らしの状況を把握するように努めている。また、経過記録にも状態の変化や様子等を記入し、職員同士で申し送りをして情報を共有している。		

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
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	意思や感情が分かりにくい入居者も少数いるが、できる限り汲み取るように努めている。家族に対しては見直しの時期に確認を行っているほか、面会時や電話で意向を伺っている。入居時は1ヶ月後に介護計画を見直し、その後は3ヶ月毎に見直しを行っている。	全職員で話し合い、利用者の様子が具体的に分かる問題提起や解決策を記載した介護計画を作成している。毎月のモニタリングは利用者の声や実際の様子を記載しており、利用者本位の介護計画となるように反映させている。	
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	全職員が個別記録や一覧表の記入を行っている。毎日の業務前、業務記録を一通り目を通してから業務に入っている。また、当日のリーダーを決め、夜勤者との申し送りを行い、入居者の状況を把握して業務に当たっている。		
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	毎月第3金曜日に医療連携の主治医による往診を行っており、入居者の体調管理に努めている。また、10月に健康診断、11月には全入居者のインフルエンザ予防接種を行っている。		
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	数年前と比べて、地域の方々の高齢化と活動できる年齢の方の多忙化(各会や民生委員の方等)、人口の減少により、関係性が薄くなってきている。そのような状況で協力の呼びかけをしていいのか戸惑っている状態である。		
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	認知症専門の医師の支援は受けていないものの、月1回主治医の往診を行い、各入居者の認知症の状態に応じた対応を行っていただいている。また、毎月1名の入居者に対して、精神科の受診支援を行っている。	入居時に利用者や家族から受診状況を聞いており、往診が可能な協力医療機関を主治医とすることも可能となっている。また、月1回の往診や週2回の非常勤看護師の健康管理等、安心して生活できるように支援している。受診結果は家族と共有している。	
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	医療連携担当の看護師は基本的には週1回の出勤であるが、何かあった場合には電話連絡をして、即時対応できる体制となっている。また、同法人内には看護師が日中に出勤しており、何かあった場合は相談及び診てもらえることも可能となっている。		

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
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。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。	入院時は家族と一緒に受診し、状況の説明等を行っている。また、入院中は職員が見舞いに行き状態や様子を見たり、家族にも電話で連絡を取って状況の把握に努めている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	可能性が高くなった時点で主治医を含め、家族と話し合いを行っている。現在の医療制度が重度化の場合でも長期入院できない体制となってきたので、ホームの体制作りは必要であるが、不十分さは否めない。	「重度化した場合の対応、看取り介護に関する指針」を明示し、家族に説明しているほか、「看取り介護計画書」を作成している。利用者や家族の希望があれば、その思いに応じて自然経過での看取り介護を経験している。経験を通して、ホームで受け入れる姿勢を整えている。	
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	全職員が2～3年に1回、救急救命講習会に参加している。しかし、これは体に染み付かなければ意味を持たない事であり、訓練の回数は少なく、緊急時に全職員が適切な行動を取ることができるかという難しい状態である。		
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	火災想定防災訓練は年2回実施しているが、他の災害に対しては不安が残る。昨今の気象状況を見ていると、何が起こるか分からない状況であり、どこまで備えていれば良いのか分からないというのが正直な感想である。地域の方々も高齢化しており、地域の協力体制は現状では難しいが、敷地内にデイサービスが併設しているので、日中は法人職員の応援が可能だが、夜間は職員1名で対応となるため、訓練回数を増やす等、課題が残る状況である。	年2回、避難訓練を実施している。住宅地と離れているため、地域住民との協力体制はないが、併設施設の職員の協力を得ることができる体制を整えている。また、災害発生時に備えて非常電源やストーブ、水、缶詰、乾麺等の食料をローリングストック表で管理して、用意している。	
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	常に声がけをしてから、支援を行うように心がけている。声がけに対しても、職員目標に挙げ、個人を尊重しながら丁寧な声がけで援助に当たるように努めている。また、過度な声がけは避けるようにしている。	「友達言葉は使わず、人生の先輩として敬い、丁寧な言葉で話そう」を今月の職員目標にして共有している。利用者が「どうしたいのか」「何が嬉しいのか」を聞くようにしており、声がけを大切にしている。	

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
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	入居者個々の認知症の状況を把握しながら、拒否がある時は無理せず、時間を置いたり、ジェスチャーを交えて声がけしながら対応している。		
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	できる限り希望に沿った援助を心がけている。通院等により現場の職員数が少ない時等は急がせてしまうこともあるが、入居者個々のペースに配慮しながら支援を行っている。		
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	入居者の清潔を保てるように留意している。2ヶ月に1回、提携の床屋に来てもらい、散髪を行っている。また、毎朝、入居者の洗面を行っており、自分で髪を直すことができない入居者には寝癖直しのスプレーを利用する等、身だしなみにも配慮している。		
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	認知症の進行で行えることが減ってきており、現在はほとんど準備や片付けの手伝いはできない状況にある。	ホーム長が献立を作成しており、利用者の好みや希望、体調を考慮して、自家製の野菜を使用した手作りの家庭的な食事を提供している。週1回は人気の献立を用意している。利用者個々のペースでゆったりと食事を楽しめるように支援している。	
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	水分量やご飯・味噌汁・おかずの量等、入居者一人ひとりの摂取量や配膳の量に気を配っている。状況は変化するため、入居者によっては、その日毎に変更をする方もいる。台所の目につく場所に個別の表を設置している。		
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、口腔ケアを行い、ケアできない入居者には歯磨きティッシュを使用して清潔保持に努めている。		
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	入居者個々の排泄状況を一覧表に記入して、時間を見ながらトイレ誘導や声がけを行っていて、失敗を少なくするように努めている。	利用者の排泄パターンを把握して、事前誘導をして日中はトイレでの排泄を支援している。入居後は排泄リズムができて、紙オムツの使用を軽減している。介助の際はさりげなく速やかに対応している。	

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
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	入居者は便秘がちなため、主治医より便秘薬を処方していただき、排便をコントロールしている。一覧表に排泄状況を記入して、状況を見ながら下剤の量を調整しながら支援している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	入浴は火曜日と金曜日であり、入居者の相性を加味して、入る順番を決めている。入浴しながらない場合は時間を空けて声がけをしたり、無理して入浴しない等、配慮している。	週2回のペースで利用者の希望(湯温度、時間)を聞きながら、入浴を支援している。利用者の状態に合わせて、入浴は職員2名で介助し、安全で楽しめるように支援している。	
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	温度や光の加減も留意して、要求がある方はもちろん、表現できない方に対しては、状況を十分に観察してカーテンの使用や掛け布団の枚数の管理等の支援を行っている。		
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	薬事情報の綴りを常備し、毎週火曜日の夜勤者が1週間分の薬をセットして、当日の夜勤者が翌日の薬をセットしている。また、誤薬しないように薬を出す時は他の職員に声がけをし、確認してから飲ませている。		
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	介護度の上昇により、入居者の楽しめる事が少なくなってきた。入居者個々の楽しみ事を把握し、支援するように心がけている。裁縫ができる方には裁縫をしていただき、歌番組が好きな方は歌のビデオを見る等、入居者個々に対応している。		
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。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	介護度の上昇により、外出する機会が少なくなってきた。家への外出は家族に協力していただいている。散歩の希望がある入居者には、暖かい季節には天気を見てホーム外の散歩を支援している。	天気のいいには敷地内での散歩等、外に出る機会を作っている。花見や紅葉狩り等、季節の行事に出かけ、利用者の状況に合わせて外出時間を調整している。自宅への外出や買い物等は、家族の協力を得て支援している。	

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
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	金銭については、ホームでの預かりと自己管理の両方で管理を併用しているが、自己管理の入居者は1名程になっている。ホーム内もお金を使う場所は屋外の自動販売機のみで、外に出るため自分で買える方はいない状況である。また、欲しい物がある時は家族に頼んだり、金庫に預かっている小遣いから出金して、職員が買ってくることが多い状況である。		
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	電話を掛けたい時は事務所に電話があるので、事務所で職員が相手先に電話を掛けて入居者に話していただいている。		
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	建物の構造上、西日が強いいため、夏季は大きなすだれや適所に扇風機(エアコン)を活用して、居心地の良さや入居者が体調を崩さないように十分に留意をしている。季節毎にホーム内の装飾を行い、入居者が季節を分かるように工夫している。	広くゆったりしたホールには食卓や椅子、ソファを置き、思い思いに寛げるようになっている。ジグソーパズルや塗り絵等で日中はほとんどホールで過ごしている。季節の装飾や行事の写真を掲示しているほか、物音や声、明るさ、温湿度に配慮して、居心地良く過ごせるように配慮している。	
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	ホールに自分の席(入居者の関係性に配慮している)やソファを置いて、寛げるスペースを確保している。		
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	入居者の馴染みの物は何でも持参していただいて良いことを常に伝えている。また、居室の担当職員を決めていて、小まめに掃除等を行い、居室の整理整頓をしている。	馴染みの物を持って来てもらえるように働きかけている。仏壇や写真、時計、飾り物等を置いている。安心して過ごせる、その人らしい居室となるように支援している。	
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」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	入居者が行動する範囲には、できるだけ不要な物は置かない等、活動する上で安全性の配慮を行っている。また、不要な表示はしないように心がけている。		