

1 自己評価及び外部評価結果

(別紙4)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2492900093		
法人名	サンライズケア株式会社		
事業所名	グループホームサンライズ志摩		
所在地	三重県志摩市阿児町甲賀3387-2		
自己評価作成日	令和5年11月3日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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	https://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyoSyCd=2492900093-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	令和5年12月4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)】

『心も身体も、ゆったりと楽しく安心して自分らしく暮らせるように援助する』というケア理念を掲げ19年が経ちました。その理念を具体化させられるよう、家庭的で暖かな雰囲気の中、利用者それぞれのその時の身体や状況に合った支援を心掛けています。日常生活を送る上で、少しでもやりがいや生きがいを持ち、楽しみながらイキイキとした暮らしを過ごして頂くため、個人個人の個性を見極め、その意志を尊重し自立した生活を送れるようなサポートをしています。

【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)】

海の近くの住宅地の中に事業所は立地しており、長年の事業所運営の結果、利用者の散歩の際は地域住民から声掛けがあったり、災害時には地域との協力が見込まれるなど地域の福祉資源として認められている。事業所理念を、職員は理解し利用者を人生の先輩として尊厳を持って接して、よく観察し利用者ができることはやってもらい、介助しすぎないように日々支援している。食事も毎日職員が手作りで提供しており、新鮮な魚がある時などは、利用者と一緒に魚を捌き調理し、利用者から味付けの工夫を教わるなど家庭的な事業所である。

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

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	事業所の理念である「心も身体もゆったりと楽しく安心して自分らしく暮らせるよう援助する」という言葉を実践すべく、リビングや玄関等と見えるところに掲示し職員全体でその理念を共有できるように教育している。リビングに手作りの刺繍で理念が大きく掲げられているが、それはホームの運営が開始された頃から変わらず掲示されている。	「心も身体もゆったり楽しく自分らしく暮らせるよう援助する」という事業所理念を、職員は利用者のリスクの把握、管理をして支援しすぎないように、できる事は自分でしてもらうよう支援している。	
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	地域自治会に継続して入っていることで近隣の方との交流を深めていくよう努めている。地域のいきいきサロン（老人会）への参加機会が減ってしまい、ふれあいの機会が減ってしまったが、地域の行事（除草、清掃作業・盆祭）にも積極的に参加しコミュニケーションを取っている。長くホームを運営させていただいているため近隣の方との繋がりが強くなっている。除草作業を手伝ってくださったりまたホームの敷地を提供したりと近隣の方とお互い助け合っている。	当期もコロナ禍で、感染対策を優先していたため積極的に地域との交流は行えなかった。地域の公民館で住民との交流がある「いきいきサロン」が開催の際は、参加を予定している。	
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	日頃から近隣の方々にホームの存在を知っていただけており、認知症の方についてお話させていただく機会がある。また災害時には地域の方と助け合えるように非常食などを多めに完備したり、お手伝いいただく際にホームの状況がわかるような環境作りに努めている。以前認知症キャラバンにも来て頂いた際には近隣の方にもお声がけさせていただきました。		
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	志摩市役所担当者、地域住民の方、社会福祉協議会の方より様々な意見や助言を頂いている。ホーム内での困り事を相談させて頂き、改善策等を共に検討しサービスの向上に大いに役立っている。ご家族の参加は難しいが書面にて報告させていただいている。	書類開催していたが、6月から事業所で市役所職員、社協、民生委員、利用者参加のもと、事業所の活動報告や利用者の様子を報告し開催している。今後は家族の参加を促していく予定である。	
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	日頃から市町村担当者の方（介護総合相談支援課・地域福祉課・生活支援課等）各課との連絡連携を密に取っている。双方が定期的に連絡を取り合うことで、信頼関係を築き、協力関係を十分に築く事が出来るため、ケアサービスの向上につながっており、利用者によりよいサービスを提供できるよう協力していただいている。	生活保護受給の利用者もいるため、市役所とは頻繁に連絡をとっている。過去の利用者の支払い関係の問題で、市役所とは連携してその問題に取り組んでおり信頼関係を築けている。	
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	夜間、緊急時を除き玄関等の施錠は行っていない。又、身体拘束についてもホーム内での研修を行い、定期的に意識付けを行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束についての研修は虐待防止の研修と合わせ重要な事項であると考えているため、かなり力を入れて研修や意見交換を行っている。	身体拘束をしないだけでなく、拘束に頼らない支援を管理者会議で話し合い、その結果を職員会議で発表し職員に周知している。不適切なケアの研修を重ねており、拘束を未然に防ぐようにしている。	

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
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	外部の研修会への参加の頻度は少し減少しているが、講習会の動画配信を視聴し、虐待について知識を深めている。またマニュアルを作成し知識の共有が出来るよう職員の研修（ホーム内）を行っている。		
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に支援している	日常生活自立支援事業を利用されている方、成年後見制度を利用されている方がいる為、学ぶ機会に恵まれている。このケースについては必要性が生じれば関係者と連携し支援できるようにしている。		
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	契約時に重要事項説明書、契約書については書面に基づき説明をさせて頂いている。解らない点や不明な点がないか確認させて頂き、ご納得、ご理解を頂いている。		
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	日常的に聞き取りを行い、利用者の意見や思いを受け運営に反映させている。家族とも連絡を密に取り合い、その要望や希望を聞き取っている。コロナの影響で家族と利用者が面会できない時期には書面での報告やオンラインでの面会の対応などで家族の意向やご意見を聞かせていただいていた。	毎月請求書郵送時に「SUNサン便り」と利用者の日常の様子を撮影した写真を家族に郵送し、利用者の現在の様子を伝えている。面会後には家族と管理者は必ず話をする機会を作っている。	家族とのコミュニケーションは良好だが、家族の中には、事業所や管理者と親しすぎて意見や要望を直接言えないこともあるかわからないため、意見や意向を伝える様々な機会を作られることを期待する。
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	職員会議を行い、運営、ケアサービスの向上について話し合いを行うことでその意見や提案を運営に反映させている。又、日頃から申し送りノート等を活用し職員の意見や気づきを伝えやすい環境作りに努め、聞き取りを行いそれを反映させている。会議での聞き取りはもちろん、現場で感じている施設設備の不便なところや、その他意見を日頃から聞き取り、反映させている。日常的に使用する物品を検討し変更したりもしている。	管理者も職員と同じように現場の支援に携わっているため、職員と接する機会も多く話をすることも日常的に行っている。外国の職員もいるためコミュニケーションは積極的にとるようにしている。	
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	代表者は個々の実績を把握し、個々を評価し給与水準、労働時間、やりがいについて向上を持って働ける環境作りに努めている。		

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
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	代表者は管理者や職員の希望に応じて認知症実践者研修等の外部の研修へ参加する機会を設けている。		
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	管理者及び職員は志摩市サービス事業者連絡会、地域の研修会への参加、多業種交流の研修会への参加に努めている。		
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	サービス開始前に本人の要望等の聞き取りを行い、その声に耳を傾け本人が希望されている支援を検討、把握し安心して生活できるように努めている。		
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	サービス開始前に家族に対しても要望の聞き取りを行い、本人の要望と家族の要望を聞き入れた介護計画書を作成し不安を解消してからサービスを開始できるよう努めている。		
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	本人及び家族からの情報を収集した上で、専門的立場より、当ホームで可能なサービスを柔軟に検討し実施するように努めている。		
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	利用者を人生の先輩として敬い、共に日常生活を送る中で利用者の豊富な人生経験から学びを得、介護される一方の立場に置かず共に支え合える関係を築いている。		

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	利用者と家族の絆の大切さを感じ、その絆が途切れることがないように、家族の皆様にも出来る限りのご協力をして頂いている。遠方におられる方にはこまめに連絡をさせて頂き、共に考え共に利用者を支えていく関係性を築く信頼関係が出来ている。		
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	これまでの人生の中築いてこられた友人や馴染みの方との関係が途切れないよう、本人がお手紙を送ったり、電話を掛けたりされる方があります。外出は現状、その機会が減っている状況。	知人の突然の来園に対応し面会を支援したり、利用者の誕生日には、友人から電話が来たり、また電話をかける支援を行い、馴染みの関係が途切れないようしている。	
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	一日のうち必ず入居者全員が集まる時間と場所があり、利用者が孤立することのない環境作りに取り組んでいる。また耳が聞こえにくい利用者は職員が間に入る事で、利用者同士、関わり合い支えあえるような支援をしている。		
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	サービスが終了しても、情報提供等必要な情報やホームで協力出来ることはさせていただき旨説明させて頂き相談や支援に努めている。		
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	本人が現在の暮らしについて、どのような状態であり続けたいのか、または満足度等を確認し希望や意向を把握している。認知症の進行などで困難な場合は、生活の中で本人の様子、落ち着きや行動、表情から声にならない思いを汲み取る努力をしている。	入居前に、本人、家族の意向を把握するが、入居後も本人にどのような気持ちで毎日過ごしているかを職員同士協力して把握するようにしている。	
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	入居時には、入居前の生活歴を本人を含めて、その家族や、または関わりのあった介護職員及び地域関係者等に聞き取りを行い、把握に努めている。		

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
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	毎日のアセスメント表に健康チェック及び日々の生活行動を時系列的に記入することで、その行動や言動に対しての根拠や影響力などを探りながら、心身の状態や一日の中での変化を把握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	暮らしの課題について、ケア会議にて、身体状況や認知機能などの変化を確認し、新たな問題点がないか等を話し合い、その状況に応じた介護計画を調整し作成している。状態が著しく変化した際には会議のみならずその都度話し合いを行っている。本人の思いはもちろんのこと、現場の声を聞き取り、利用者様に変化が起きていることをいち早く察知し、状況に応じた支援が出来るよう介護計画書を作成している。	本人、家族の意向を柱に、前回のモニタリングを参考に、現在の利用者の様子を職員が報告しサービス担当者会議を経て、現状に即したケアプランを計画作成担当者が作成している。	
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	個別のアセスメント表への記録を基に、職員間でそれぞれの状況を把握している。また、連絡ノート（情報共有ノート）や申し送り、気づきノートを活用し、皆で情報状況を共有しながら介護計画を実践している。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者それぞれ年齢や性別、生活歴などの違いから、個別のニーズに対応した課題を抽出し、柔軟に対応するように心がけている。また実践も行っている。		
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	地域資源も活用し楽しみのある生活を送っていただくには、どうすれば良いかを常に考え、その実践に努めている。地域のボランティアの方にもご協力いただく事もある。		
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	入居時の説明でホームの提携医を主治医に選ばれている。入居前のかかりつけ医とホームでの提携医が異なる場合もあり、入居時の説明の元、主治医に選ばれているが、情報の提供を綿密に行い、利用者本人、また家族が安心して生活できるよう支援している。月に一度は主治医の往診があり、専門医が必要な時は紹介状を書いて頂いて受診するようにしている。緊急時、夜間についても主治医と連携し対応できるように支援している。	入居契約時に、希望がない場合は事業所の協力医が主治医となっている。利用者の医療情報を地域の病院に家族の同意のもと提出してあり、緊急時には優先して医療対応してもらっている。	

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
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	看護師不在であるため、介護職員は利用者の日常生活の中での小さな変化も見逃すことのないよう努め、必要時には主治医に連絡し、個々の利用者が適切な受診を出来るように支援している。		
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	入院時にはホームからの情報提供を行い利用者が安心して治療をうけられるよう支援している。又、病院関係者との関係においては日頃から研修、連絡会等を通じて密な関係性を作り、確実な信頼関係を築いている。		
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、終末期に関しては契約時に話をすることが定期的に家族と連絡を取り、その意向を確認している。看取りについても家族、主治医、職員、病院を交えて話し合いを行いホームで出来ること、出来ない事を周知して頂いている。各機関と連携をとり、ひとつのチームとしてできる限りの支援を行っている。	入居契約時に、事業所の看取りの方針を家族、本人に伝え同意をいただき、その後も利用者の状態変化時も繰り返し説明を行っている。本人や家族の意向に沿って支援を行っている。	
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	対応のマニュアルで職員教育を行っており、適切に対応出来るようになってきている。引き続き今後も会議や研修を行い学ぶ機会を増やし、また実践的な訓練を行い、職員の知識、質の向上に努めたい。		
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	定期的に消防指導のもとに訓練を行い、助言を頂いている。また、ホーム内での訓練を行い非常時に備えている。民生委員等を通じて地域の方にも緊急時には協力して頂けるような体制づくりに努めている。地震や火災時に備えた訓練だけではなく、感染症（伝染病）もひとつの災害と捉えその対策を実施するためのマニュアルを作成し備えている。	年2回避難、消火、総合訓練を夜間想定も含めて行っている。災害時には、地域の避難場所として提供できるよう備蓄もカセットコンロ、水、食料等を準備している。	
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	利用者が人生の先輩であることを常に頭に入れ言葉掛けするようにしている。意思疎通が困難な利用者においても同様である。配慮した言葉の理解が困難な利用者への言葉かけが直接的なものになってしまう場合もあるが、その本質を理解した上での対応として時には実施されている。	利用者を人生の先輩として、丁寧に配慮した声掛けをするようにしている。入浴時や排泄時も利用者の意向を尊重して、プライバシーに配慮した支援をするよう心掛けている。	

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
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	常に選択肢のある声掛けをするように職員に教育し、また実践している。(例としては午前のおやつ等) また、ケアプランに関しても本人に説明し同意を得ている。		
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し、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	利用者それぞれの居室がありプライバシーも保護されている。落ち着いた環境の中で本人の思いも聞き取るように努めている。利用者によっては余暇時間を居室にて過ごされる方もある為、利用者一人一人のペースを大事に支援している。		
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	日々の生活の中で利用者に洋服を選んで頂いている。季節感や素材などの検討は職員が提案させていただくこともあるが、本人の好みや意見を尊重している。		
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	毎日の楽しみである食事は、毎食その場で調理し利用者の希望に添えるよう心懸けている。野菜の下処理等や準備など利用者に参加いただいている。それぞれの誕生日には希望を伺い特別なメニューをご用意させていただいている。また季節のイベントや行事など、その事柄に準じた食事やおやつを提供し、楽しんで頂いている。	漁師をされていた利用者には刺身を切ってもらったり、魚料理の味付けを教してもらったり、利用者と職員が協力して食事を作ることが多く、片づけに参加される利用者もいる。	
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	毎食ごとにカロリー計算をしている。食事量、水分摂取量に関してはアセスメント表に記録し、把握している。利用者の嚥下状態に応じて、おかゆや刻み食、とろみをつけた水分等も提供している。また苦手な食べ物についても職員で情報を共有している。		
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に、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、利用者の出来ることに応じて職員が介助し、提携歯科医の指導をもとに舌磨きや、部分磨き用歯ブラシを用いての口腔ケアを行っている。また提携歯科医の往診や歯科衛生士の訪問があり定期的に、口腔管理されている。		

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
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	自立の方、介助の方を問わずに排泄の有無を確認しアセスメント表に記入している。介助が必要な方については声掛け、誘導しトイレ（便座）に座って頂いている。必要に応じて居室にポータブルトイレを設置するなど利用者の残存機能が低下しないような支援を心がけている。	トイレでの排泄を目指しており、居室にポータブルトイレをおいて、朝の混雑時等に職員は、その状況を見てポータブルトイレへの誘導、見守り支援を行っている。	
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	水分量や食物繊維、乳製品の摂取を増やし便秘予防に努めている。しかし主治医と相談し整腸剤等を服用されている方もある状況である。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日については決まっているが利用者様の希望に応じて入浴できるようになっている。入浴剤を使用し、ゆったりとリラックスした時間を過ごして頂いている。	週2回午前中に入浴支援を行っている。利用者の体調に応じて、入浴が困難の際は居室でドライシャンプーを使用した清拭や足浴等で柔軟に対応している。	
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	寝具、家具については以前から慣れ親しんだ物を使用している。身体状況に応じては介護用のベッドを使用されている方もある。又、就寝時間についても特に決まっておらず、今までの生活習慣を尊重している。又余暇時間の過ごし方については利用者自身で決定されている。		
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	職員は利用者の既往歴等の把握に努めており、症状の変化時の薬の変更についても連絡ノートを使用する等し、職員間の情報の共有ができている。利用者それぞれの薬の説明書（ファイル）があり、職員が把握できるよう努めている。		
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	利用者の生活歴や出来ることを把握し利用者様に無理のないように役割も持つて頂くことで、やりがいを持ち、生活に張り合いがあり生き生きと過ごすことできるように支援している。		

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
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	コロナ以降、外出の機会が減ってしまい、利用者の買い物、外出については限られている状況であるが、家族の協力の元、時折外出される方もある。身体的困難な方も体調等に配慮しホーム庭に出て外気浴を行っている。	季節には、庭の椿の実を取りにいったり、庭に出て散歩されたり勝手口から洗濯干しのハンガー掛けの手伝いをされたりと季節を感じられるよう定期的な外気浴を支援している。	
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	現状利用者本人が外出し買い物することが難しいため、欲しい物や必要なものを聞き取り、その方の意思で選んだものを購入している。		
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	利用者の希望に応じて家族に電話をかけられるよう支援している。手紙のやり取りをされる利用者もあり、関係性が途切れないような支援を行っている。		
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	共用スペース（リビング等）の飾りつけを利用者とともにし、視覚から季節を感じて頂けるよう努めている。週に一度、外部よりお花を頂いていて家庭的な温かい雰囲気作りに努めている。又、共用スペースは食後など気の合った利用者同士がゆったりと過ごせるスペースとなっている。トイレや浴室等、定期的な清掃を行い、衛生保持に努めている。	利用者が日中過ごすリビングは、職員が食事を作る台所から一望でき安心である。向かい合って座った利用者同士が、テレビを見ながら会話しており家庭的な雰囲気である。	
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	共用空間の中で独りになれるスペースを作ることは難しい状況であるが、食事の座席以外にもソファに腰掛けることでゆったりと過ごすスペースの確保に努めている。また、気の合った利用者同士が思い思いに過ごせる居場所も提供出来ている。		
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	入居時に利用者、家族と相談し今まで慣れ親しんだ物を持参し利用して頂き、これまでの生活に少しでもより近づけるよう心がけている。一人一人が安心して過ごせる居室作りに努めている。各居室にエアコンが備付けてあるため、室内の温度等も適切な状態である。	1階の居室をリフォームしたため、居室の広さが大きい部屋もあり、洋服棚やソファなど使い慣れた家具をもちこまれて、思い思いの居室にされている。	

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
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	利用者の「できる事」「わかる事」について把握し、利用者が出来る力を最大限に活かし、心穏やかで事故の心配なく自立した生活を送れるような支援を心掛けている。 (例として居室に名前札の設置、トイレなどの表記、手すりの設置、居室内ポータブルトイレの設置)		