

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	2172900280		
法人名	NPO法人ほのぼの朝日ネットワーク		
事業所名	グループホームほのぼの朝日の家		
所在地	岐阜県高山市浅井町736番地		
自己評価作成日	平成29年11月10日	評価結果市町村受理日	平成29年12月14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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kanistrue&ligosyoCd=2172900280-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成29年11月21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)】

今年で、当グループホームも14年目を迎えた。初年度に入居された方がお一人まだご健在だ。彼女は、介護度2で入居され、要支援2まで回復され、その後介護度がゆっくり上がり、現在も介護度3で、まさにグループホームの役割を存分に享受された利用者さんだと思う。入居当初、入浴は一日おきとご自分で決めてその通りに実行(支援)されたし、(時々毎日になったりしたが)、居間では眼鏡をかけて高山市民時報を隅から隅まで目を通し、お悔やみ欄で知人が出ていれば香典を頼み、食事のお茶入れを日課とし、外出にはよそいきに着替え、スタッフには自立支援を「何もやらんで金もらうのか」と叱咤して14年間主のような存在として私たちは彼女とともに生きてきた。新人は、「あれやってくれ」と隙をつかれて言う彼女の言いなりに動いてしまい、自立支援について鍛えていただいた。彼女のグループホームでのこれまでの暮らしぶりが、私たちのグループホームの強みだと最近改めて思う。

【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)】

ホーム開設から14年目を迎え、利用者の要介護度は進行している。これまで利用者自身で出来たことができなくなったり、ホームから外に出る機会が少なくなったり、職員二人による入浴や排泄の介助も増えてきた。それでも、理念に忠実に、“普通の暮らし”の支援が続いている。
 屋食の準備が始まると、一人、二人と利用者が手伝いのために台所に向かっていく。包丁を使い、皿を並べ、盛り付けをする等、それぞれの力量に合わせた役割がある。ご飯が炊きあがり、汁物ができ、5品のおかずも完成した。ご飯は、“ほのぼのの田んぼ”で収穫した無農薬のお米を使っている。除草剤を使わず、今年は9匹の子ガモが“ほのぼのの田んぼ”の雑草駆除に活躍した。この子ガモを見に、地域の子どもたちがやってくる。

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

[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	理念に基づき尊厳のある暮らし・自分らしく生活が出来る支援を支援会議などで職員同士で話し合い、共有し行っている。	認知症であっても、“普通の暮らし”を継続することを目標とし、飛騨地方山間の古民家で理念に忠実な支援が行われている。利用者は、こたつで丸くなったり、調理を手伝ったりと、どこにでもある家庭の風景である。	
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	買い物は、地域の一員として農協をしたり、地域の行事(防災訓練や祭り等)に参加している。また、動物の飼育を開放するなど地域との接点を作って交流している。今年もイノシシの柵作りに参加し協力した。	地域とのつながりは密接で、社会資源の一つとして地域からの信頼も厚い。調査日当日も、入居の相談や見学希望の問い合わせ等が相次ぎ、法人代表は電話の対応に追われていた。	
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	事業所は、事業所で培った力を生かし地域の人たちに対して気軽に支援の相談にのったり、認知症サポーター講座の講師を引き受けた。		
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	ご家族の要望で利用者さんの生活風景(外出・食事準備の様子)のビデオを録って見ていただいたり、要望や意見を聞き、支援に生かすように努力に努めている。	冬の天候に左右されて、これまでは年間6回の運営推進会議が開催できなかったことがあるが、昨年度に続き、今年度も規定回数はクリアできそうである。ビデオを使用しての説明が好評である。	
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に取り組んでいる	運営推進会議をはじめとしてサービスについて不明な点があれば、すぐに市町村担当に聞いたり、連絡を密に取っている。	毎回、運営推進会議には地域包括支援センター職員の参加がある。ホームの近くに市の支所があり、市内の本庁に向かずとも事足りている。急を要する相談や申請には利便性が高い。	
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	身体拘束について正しい理解理念に基づき昼間は玄関の鍵をかけないで、見守りなどで安全確保につなげている。一人一人の身体の状態に合わせ自由で拘束のない生活をしてもらえるように取り組み、転倒リスクがある方にはご家族の了解を得て夜間はペット柵を2本にしているがゆくゆくは柵を外す方向で支援会議などで話し合い支援に努めている。	自由度の高い支援を実践しており、玄関等に鍵をかけないことが“普通の暮らし”である。山村とは言え、ホームの前には国道361号線(木曾街道)が走っている。職員の見守りによる自由な外出支援が行われており、事故の発生はない。	
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	自立支援会議や事業所の学習会・法人の研修で虐待に繋がる行為について学ぶ機会をもち、各自が虐待予防チェックノート等を使用し、虐待につながる言葉遣いや態度のNGを点検し、職員全員に徹底している。		

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
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	事業者連絡会等の権利擁護に関する研修に参加し、その研修内容を支援会議の場で学習しているが、現在は該当者がいない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約の締結には、利用者や家族の不安や疑問点を尋ねて納得いくまで説明をしている。		
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	運営推進会議や毎月の家族の便りで状況を知らせたり、家族が訪問された際に利用者さんの状況を伝えたり、意見等聞いている。施設になかなか来れないご家族には電話で要望等聞いており、運営に反映させている。	14年前のホーム開設時からの利用者は94歳となられた。自由な物言いで、ホームの“生き字引”として新人職員の“教育係”の役割を担ってきたが、そろそろ勇退の時期が迫ってきた。1日も長くお元気で！	
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	毎月、自立支援会議を開き、職員全員が自分の意見や提案を伝えられる場があり、提案など話し合い運営に反映させている。	年間4回程度の発行ではあるが、法人機関紙「ほのぼの」には「理事長にもの申す」コーナーがある。個人的な意見（給与関係等）が投稿された時には、法人代表（理事長）が直接職員と面談している。	
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	資格手当や職員の勤務状況や能力に応じて給与に反映させたり、職務に対する希望を個々に聞く機会を設けたりして向上心を持てる職場にするよう努力している。勤務表を作る時は必ず、職員の予定を聞きながら作っている。		
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	法人内の研修を受ける機会を提供して働きながらトレーニングできるようしている。法人外での研修も希望者には全て確保している。		
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	同業者との交流は認知症実践者研修等で実践している。事業所以外の研修に出てもらい交流の機会を作り、サービスの質の向上させていく取り組みをしている。		

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	職員は利用者一人について担当を持ち、家族から情報を集め、利用者が安心して過ごしていただけるよう声をかけたり耳を傾けたり行動を観察し、支援会議で話し合い職員全員で共有し安心できる関係作りに努めている。		
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	ご家族に利用者さんの生活歴や今までの状態を教えていただきながら要望や困っていること・不安な事がないか聞きながら、支援の方法について安心していただくよう努めている。		
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	まず必要としている支援を行いその後モニタリングしながら必要なサービスを検討し、要望なども含め連絡などで支援につなげている。		
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	職員は介護する立場だけではなく、一緒に暮らしているという気持ちで接し、一緒に食事作りや洗濯干しを行い、利用者さんの意見を尊重してできる事は見守り、できないことはさりげなく支援している。勤務に入る時はただいまと言ってはいる。		
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	ご家族に月に1度、利用者さんの状況について手紙を出し、来所された時も利用者さんの様子を伝えている。要望があれば一緒に外出したり、外食をしていただいて関係を築いている		
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	来客など積極的に受け入れ、利用者さんの同級生や家族の方々がみえる。地元のJAや美容院・診療所に行き出会った方と話したり関係を途切れないように努めている。	地域の出身である利用者は、ホームから出れば多くの知り合いと出会うことができる。今年は稲田の雑草駆除役の子鴨が9匹に増えた。鴨に会いに来る子どもたちは、ホームの馴染み客となっている。	
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	利用者さん同士の関係を把握して座る場所に配慮している。孤立しないようおやつや食事の団欒を設けて馴染みの歌を唄ったり共通の話題を提供して一人ひとり目を配りながら支援を行っている。		

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
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	ここ最近では他施設に移られたり死亡によりサービス利用終了があり、終了後ご家族に電話や手紙で経過フォローし、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	職員がそれぞれの利用者を担当しご本人の意向を聞いたり、本人の言葉や行動を観察して支援会議で話し合い本人の希望に沿うように支援ができるように努めている。	利用者個々の担当者が、寄り添って思いや意向を聞き取っている。「ドライブがしたい」、「自分の家が気になる」等の意向を把握し、職員配置の厚い時に利用者の思いを果たす支援を行っている。	
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	利用者さん一人ひとりと会話をしたりご家族が来所された際に、どのような生活歴や暮らしか方だったか聞いたりしてセンター方式のシートに記入し利用者さんの事を把握するように努めている。		
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	毎日その方々の生活スタイルを状態・本人の希望を伺いながら毎日のサービス提供記録に出来るだけこまめに記録して1ヶ月毎にまとめて職員同士情報を交換し共有しながら現状を把握している。		
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	毎日、介護記録を記入をし職員全員が必ず目を通し確認実行している。介護計画をもとに毎月の評価表を作り、チェックして自立支援会議で意見を出し合い介護計画書を見直している。	毎月「自立支援会議」を開き、日々の介護計画のチェック表と介護記録を参考に、見直しを行っている。リハビリや、嚥下・咀嚼の障害を緩和させるプランも盛り込まれている。	
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	サービス提供記録に本人の言った言葉や行動・支援の対応等(成功例)記入し職員が出動前に共有できるようにし、毎月の支援会議で介護計画書を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	状況の変化に応じてその都度話し合い支援方法を変えている。		

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
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	地元の美容院等出かけたたり、農協に用事がある利用者さんの外出支援を行ったりして地域資源を有効に活用している。また誕生日会には外食でグリーンホテルでの会食やま寿司を利用している。		
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	家族の代わりに看護師・職員が診療所へ連れていき、ご家族の希望で医師と医療方針等話ができるように支援している。緊急時等はすぐ指示を仰ぐことができるようにしている。	利用者全員が地域の「朝日診療所」をかかりつけ医としている。当日、利用者のインフルエンザの予防接種に際し、家族とホームと医師との間で、電話による意見調整が行われていた。(副作用の恐れがあるため)	利用者の嚥下・咀嚼の改善のために、理学療法士を招いて勉強会を行っている。継続的な取り組みとなることを望みたい。
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	利用者の体調の変化や気が付いたことはすぐに看護師に連絡をとり診療所の看護師・医師にも連携して指示を受けられるようにしている。		
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。	入院された時はサマリを渡して情報などを病院に提供して努めている。退院時は家族と共に病院関係者と情報交換や相談できるカンファレンスを開く関係を築いている。		
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	重度化の利用者さんは、早い段階で家族と話し合い診療所への参加、医師・看護師とターミナルケアについての話し合いや家族の要望を聞き入れ取り組んでいる。また、話し合った結果など支援会議等で全職員に情報共有して支援に努めている。	希望があれば、ホームでの看取り(平穏死)を支援する体制はできているが、昨年度の看取りを最後に、看取りの実施はない。経済的な理由もあって、利用者の重度化に伴って特養施設に移行になるケースが増えてきた。	
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	支援会議などで看護師から対応などの勉強会を設けている。急時の対応マニュアルは職員が見やすい場所に提示している。		
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	夜間想定避難訓練がなかなか難しいが、地域の防災訓練に参加して協力体制は出来ている。	目標達成計画に「地域住民と共に夜間想定避難訓練を実施する」を掲げているが、現時点では未実施である。地域の合同防災訓練には、地域の消防団の援助を受けて利用者4名が参加した。	夜間の災害では地域の協力が必須であり、早急に地域を巻き込んだ夜間想定避難訓練を実施することが望まれる。

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	利用者さんすべてに敬語で対応し、常に人生の先輩として言葉や態度に気を付けながら笑顔で対応し、自尊心を傷つけないように心がけている。また、プライバシーに配慮した対応をしている。	女性の利用者に対しても、呼称は“苗字にさん付け”を基本としている。支援、援助に入る前に、『〇〇していいですか？』等、職員は必ず利用者の同意を取ってから行っていた。	
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	衣類の選択・食事のメニューの選択おやつ の飲み物の選択等あらゆる生活面で自己 選択自己決定ができるように働きかけてい 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、希望にそって支援している	起床・就寝時間は決まっておらず、一人一人のペースに合わせて起きていただいたり、寝ていただいたりして希望に沿って支援している。		
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	個々の利用者さんに合わせて洗面時に乳液を付けていただいたり、髭剃りを定期的に剃って頂くように支援している。2か月に1度は床屋さんに来ていただいたり地元の美容院にお連れしている。		
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	普段の生活の中で昔どんなものを食べていたか、その日食べたい物をお聞きしたり実際の食材を見て選びながら食事準備から片づけまで一緒に行えるように支援している。	ご飯と汁物の他におかずが5品、計7品が食卓に並ぶ。これが“ほのぼの”の食事の定番である。食事作りは大変であるが、利用者が力量に応じて調理や盛り付けに参加(生活リハビリ)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	主食・副食・水分・食べられた量など記録してひとり一人の健康状態をみて支援をしている。水分を摂られない方にはその方の好みの熱さに出して飲んで頂いている。		
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	毎食後していただけない方もみえるが、声かけを行い、習慣づけになるよう支援している。義歯の利用者さんには、週1回ポリドントしている月2回歯科衛生士さんの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	利用者さんの排泄パターンを職員全員共有し合って、その方が不快のないように声かけて、出来るだけトイレでの排泄を支援している。ご自分から動かない利用者には食事前前後おやつ前等に声かけて行っていただくよう心掛けている。	利用者の介護度の進行によって、職員の2名介助も増えてきたが、トイレでの排泄を基本として自立支援に取り組んでいる。立位を保つこと(生活リハビリ)で、尿意や便意の衰えを回避する取り組みもある。	
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	便秘の方は毎日排便・水分チェックを確認し、不快なく心地よく過ごしていただけるように起床時の水分に青汁を飲んで頂いたり食物繊維の多い食事を心がけている。		
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	出来るだけ皆さんに入ってもらえるように毎日メモに最終に入られた日を書き出し入浴日が入っている利用者さんから優先に入ってもらえるよう希望を聞きながら、利用者の入りたいタイミングを合わせながら支援している。	2～3日に1度の入浴を支援している。職員2名介助が必要な利用者が増えてきて、職員の負担が増している。	
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	個々の生活習慣または身体状況で日中休息を取るよう促したり、皮膚疾患がある方には、利用者の希望を聞きながら部屋で休息をとるようにしている。		
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	各利用者の服薬目的・用法は一覧表があり、引継ぎ表に綴って理解に努めている。薬の変更等もある場合も看護師と確認しながら薬の管理・チェックを行っている。		
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	その人に合わせた日常の家事を役割分担し、みんなで協力して支援している(日めくりや新聞取りなど) 得意とされる家事を分担して行っている。		
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	なるべく利用者の希望に沿って行きたい場所や自宅等出かけるようにしている。季節に合わせて桜や紅葉・地域の行事にも出かけるようにしている。	自分自身で外出できる利用者は減っている。職員とのドライブを楽しんで、ドライブ先の公園や喫茶店でくつろいだり、買い物をして楽しむことが増えてきた。	

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	利用者のほとんどがご家族が管理しているが、買い物をする時は、利用者にお金を払ってもらって支援をしている。		
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	利用者の希望があれば職員を通じていつでもかけられるように対応している。向こうからかかってきた場合も取りついでいる。		
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	台所・居間など利用者さんが目につきやすい場所に季節の花などを飾ったり、行事に合わせて季節の飾り付けをして季節感が分かるように工夫している。	むき出しとなっている天井の梁や太い柱、木製の障子等は黒光りしている。居間には2基の大きな電気炬燵が置かれ、利用者が暖を取っている。壁に貼られた七福神の御朱印をはじめ、居間のあらゆるものが「回想法」の教材となる。	
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	ご本人の座りたい席に自由に座って頂いたり他の利用者さんとの関係性を考えながら居場所を作っている。		
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	自宅で使われていた家具や鏡台を持ってきていたり、利用者のなじみの写真や利用者が作った作品等飾ったりしている。、部屋に洗濯物を干したい方には洗濯物を干せれるよう服掛けを置くなど工夫している。	全ての居室が畳敷きであり、利用者のこれまでの生活の延長線上の支援である。95歳の誕生日を祝って、家族から贈られた大きな花束(造花)が、居室の中央に飾られていた。	
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	利用者が安全に歩行できるように居間や食堂に手すりの設置・ソファや椅子を置いて歩けるように支援している。		