

### 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	4190200552		
法人名	株式会社スマイルソーシャルワーカーズ		
事業所名	シェアハウス百花		
所在地	佐賀県唐津市町田5丁目6番28-2号		
自己評価作成日	令和2年8月28日	評価結果市町村受理日	令和3年3月23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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会		
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号		
訪問調査日	令和2年9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)】

施設は和風モダンをコンセプトに、昔を懐かしみながらも、少しお洒落な時間が満喫できるようなしつらえにこだわり、「住む人の居心地の良さ」を追及した空間づくりとなっています。また、心地の良いBGMとアロマの香りによる演出など、香りや居心地の良い雰囲気にも気を配り、安心して過ごせるような居場所づくりにこだわっています。

また、毎月1回開催の認知症カフェ、健康麻雀クラブ、近隣住民を対象とした認知症サポーター養成講座の開催(概ね3か月に1回)など、地域住民等との交流を通して、地域に開かれた施設となるよう取り組みとともに、地域における認知症ケア向上の推進に努めています。

#### 【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)】

シェアハウス百花は、町の中心街、唐津駅より徒歩5分のところに、「百まで花を咲かせてもらいたい」という思いと、いつまでもお元気にその人らしく楽しく生活を共有して頂きたいという思いで、「温故知新」入居者が昔を懐かしみながら、それでいておしゃれな時間を満喫できるような空間作りに努めている。「家」を意識し入居者と職員が家族のようにぎやかで日常を大切に楽しく笑い声や会話が絶えず、ホームを地域に開放することで、福祉の情報発信源となったり地域に積極的に出向くことで、地域力の構築や認知症ケア向上に努められているホームである。

### 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人のスローガンである「スマイル・エンジョイ・チャレンジ」を毎朝朝礼で唱和し確認している。スローガンは事務所等に明示し、いつでも確認できるようにしている。また、スタッフミーティング等で、定期的に理念の確認を行い、共有している。	「安心・信頼・共生の実現」の理念のもと、支援に迷ったら、理念に立ち返るようにその都度、管理者が話をしている。ホーム全体が同じ方向を向いて実践できるように定期的に勉強会や毎朝の唱和を行い取り組んでいる。	
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	毎月1回開催の認知症カフェ、麻雀クラブ、概ね3か月に1回程度開催の認知症サポーター養成講座では、地域住民の参加があり、施設が地域の人々の集う場所になっている。	地域へ場所の提供を行い、認知症カフェや地域住民参加の勉強会を開催し、地域に情報発信している。また買い物や散歩等日常的に交流ができています。	
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	毎月1回は施設を開放して認知症カフェを開催し、地域の方の相談に応じ、認知症の課題に対してのアドバイス等を実施している。概ね3か月に1回開催の地域の住民を対象にした認知症サポーター養成講座では、認知症の人の理解を深めるように取り組んでいる。また、地域住民を対象として、車椅子の使用に関する勉強会開催や、実際に車いすを使用した商店街ウォーキングを開催し、ボランティアの育成に取り組んでいる。		
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	運営推進会議ではより利用者の意見が反映されるよう、利用者の代表を加えて、利用者目線でのサービスのあり方について意見をいただいている。また、実際に行事に参加してもらうなどの方法で、より具体的な意見をいただけるように工夫を行っている。	2か月に1回開催されている。会議では、勉強会を開催したり、地域の情報提供や支援の必要な地域住民を専門職へつなげている。会議に出た意見はすぐに検討し対応している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議には市の担当者が参加しており、会議の際に施設が抱える問題や取り組みなどの説明を行い、協力関係を築けるようにしている。	日頃より、市町村の担当者には報告、連絡、相談を行い、協力関係が構築されている。	
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	年に1回は身体拘束廃止についての勉強会を法人全体で開催し、職員の意識の向上に努めている。また、運営推進会議において施設の身体拘束廃止の現状を報告し、アドバイスを受けるようにしている。	現在、拘束対象者はいない。言葉や行動の抑制について自分で気づくことが出来るように勉強会后、グループワークを行い意識の向上に努めている。身体拘束のマニュアルは定期的に見直し身体拘束のないケアに努めている。	
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	年に1回は高齢者虐待防止に関する勉強会を法人全体で開催し、職員の意識の向上に努めている。勉強会では、身体拘束防止リーダー研修に参加した職員が進行する。また、指定基準における禁止事項のみでなく、スピーチロック等について検討を行い、より発展的に身体拘束防止に取り組んでいる。		

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	代表取締役及び常務取締役は実際に成年後見人として活動しており、制度について学習するとともに、経験や知識等を職員への伝達を行っている。		
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	契約締結等に関しては、分かりやすくまとめた重要事項説明書を用いて懇切丁寧に行っている。説明内容については書面で同意書を得るようにしている。		
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	事業所に意見箱を設置し、意見の把握に努めている。また毎月1回は家族と面談し、意見や要望などを聞き取りを行っている。 本人や家族に了解を得、日常の取り組みをフェイスブックに投稿することで、日常を見る事ができない家族に対して配慮を行っている。	家族との面会時に意見を聞いたり、遠方の家族は電話で近況報告を行っている。SNSを活用しホームの近況報告を行い、意見や要望などを聞き取り、それらを運営に反映している。	
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	毎月の勉強会では職員の意見や提案を受け付ける時間を設け、意見の把握に努めている。またそれ以外にも、年に4回、管理者等が職員全員への個別面談を実施し、意見を聞く機会を設けている。	職員の個別面接をグループ毎に行い、主任は管理者が、管理者は代表が面接を行い、意見を出しやすいように努められている。そこで出た意見を吸い上げ運営に反映されている。	
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	資格取得者に対する資格手当、また日々の勤務態度や実績に応じた評価を毎月実施しており、努力した職員が報われるような仕組みに取り組んでいる。		
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	職場外研修については職員個々の希望(アンケート)や経験等を踏まえたうえで、研修計画を作成し、職員それぞれが計画的にスキルアップできるようにしている。また、職員の早期離職の防止と、早期自立のため、エルダー制度を取り入れてトレーニングを行っている。		
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	代表者は市の小規模多機能連絡会の事務局を務め、事業所間のネットワーク作りに取り組むとともに、管理者や職員を研修会に出席させるなど、交流の促進に努めている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービス開始にあたって、しっかりとしたアセスメントを行うようにしている。また介護職員も利用者を個別に担当を持ち、計画作成担当者と連携して関係づくりに努めている。		
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	サービス開始にあたって、利用者だけではなく必ず家族にも要望や困っていることを意見聴取し、関係づくりに努めている。		
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	当事業所のサービス以外のサービスについては、フォーマル、インフォーマルを問わず、必要と思われるサービスの紹介を行っている。場合によっては他の事業所の紹介も行っている。		
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	昼食は、職員と利用者と一緒に食事を囲み、団欒の時間を過ごしている。また、利用者にも食事づくりや掃除、洗濯等日常生活の中で、何らかの役割を担ってもらい、「暮らしを共にしている」という意識向上に取り組んでいる。		
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	管理者だけでなく職員にも家族との連絡を積極的に行うようにすることで、家族の気持ちの共有に努めている。		
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	利用者のこれまでの生活歴や交友関係等に着目し、なじみの場所やなじみの人との面会など、個別での外出支援に努めている。また、面会時間には制限を設けず、夜間の面会であっても受け入れを行うようにしている。	友人や親族、また、仕事帰りの家族の面会も多い。馴染みの場所には、お寺や銀行、郵便局や家の様子を見に行ったり、商店街ウォーキングを楽しんだり、馴染みの関係が途切れないように支援が行われている。	
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	利用者同士の関わり合いを大切に、食事の時間は一つのテーブルでみんなが揃ってからとし、食後は全員でコーヒーの時間を楽しむなど、全員が孤立しないような支援に努めている。		

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
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	サービス利用が終了しても、定期的に連絡を行うようにしており、入院者であれば退院後のサービス利用等についても相談に応じるなどの支援に努めている。		
<b>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</b>					
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	利用者の思いや希望を基本にサービス計画を策定し、実践している。「私の気持ちシート」を作成し、利用者の好きなことからターミナルの考え方まで幅広く気持ちの把握に努めている。	日頃の入居者の言葉を大事にしている。家族からの聞き取りや「私の気持ちシート」を活用し、入居者の希望や意向の把握に努めている。	
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	私の気持ちシートではこれまでの生活や馴染みの暮らし方なども把握するようにしている。		
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	計画作成担当者以外にも、介護スタッフにも利用者をそれぞれ個別に担当させ、より精度の高いアセスメントに取り組んでいる。		
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	介護計画は、利用者や家族等の意見を基にして、担当の介護職員と協働で介護現場の意見を反映させながら策定している。モニタリングは計画作成担当だけでなく、介護職員も協働で行うようにしている。	月に1度カンファレンスを行っている。入居者の残存機能を大事にし、入居者・家族の意向と職員間で情報共有しながら話し合い、現状に即した介護計画書が作成されている。	
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	毎日の状況は、利用者ごとの個別ケア記録に入力し閲覧するとともに、重要な事項についてはタブレット(SCOP)の申し送り事項への入力での閲覧や連絡ノートを活用し、スタッフ全員が情報の共有ができるように努めている。また、毎朝朝礼で情報共有を行っている。		
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	利用者の要望やニーズに合わせて、利用者主体の支援を行っている。利用者が希望する時間帯に行きつけの理容店や買い物に行ったり、銀行へお金を下ろしに行ったりなど柔軟に対応している。		

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
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	行きつけのお店へ買い物に行ったり、散髪は地元のなじみの理容店に連れて行くなど、利用者とかかわりのある地域資源との関係を断ち切らないような支援を行っている。		
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	協力医療機関はもとより、それ以外の医療機関であっても利用者のかかりつけ医に対しては必要に応じて情報の共有を図っている。協力医療機関に対しては月に2回、利用者の状態を書面で報告している。	入居時に、ホームの協力医へ変更されることが多いが、そのまま継続支援も行っている。家族が対応できない通院等はホームが対応し、家族へ報告が行われている。適切な医療が受けられるように支援が行われている。	
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	介護職員は日々の気づきについて毎日の夕礼で報告し、看護職不在の日であっても内容を看護職員に伝達するようにしている。緊急時にあっては夜間であっても看護職員に連絡ができるようにしている。 通院等の医療的ケアを実施した際には、看護ノートを活用し情報共有に努めている。		
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。	利用者が入院した時には、看護職だけでなく管理者や計画作成担当者も立ち会うように努め、医療関係者との情報共有に努めている。また利用者が入院した時には最低1ヶ月に1回は医療機関に経過を確認するようにしている。		
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	利用者との契約の段階で、当事業所における終末期のあり方などの説明を指針に沿って説明している。終末期に対しては利用者の希望に沿って事業所での看取りを行うか、入院を選択した場合であっても定期的に見舞いに行くなど関係の継続に努めている。	看取り支援は行っている。入居時に終末期の指針を説明し、その状況になれば、主治医や家族、ホームで方針を話し合い対応している。また、看取りに関する勉強会を定期的に行っている。	
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	急変等の初期対応として、バイタルの測定や基本的な知識については職場内研修やOJTを実践している。		
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	緊急時の連絡網については職員だけでなく地元の消防団についても記載し、協力関係を築いている。また、年に1回は地元の住民を含めて避難訓練を実施して、災害時に備えている。	年に2回火災訓練(夜間想定)を行っている。風水害や原子力災害についても、地域の消防団や地域住民にも参加してもらい、屋外退避訓練を行っている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	トイレの小窓は外側から利用者に分からないように内側が確認できるようになっており、トイレの時にプライバシーに配慮した対応が出来るようにしている。	言葉かけや対応に注意しながら、支援が行われている。排泄に関して、羞恥心やプライバシーの配慮からトイレの外で職員が待機し、様子を見守り、対応している。書類は事務所で管理している。	
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	スタッフは常に利用者の話の聞き役に回るようにし、本人の思いや希望をくみ取り、本人が納得した上での支援に取り組むようにしている。		
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	毎日の決まったメニューだけではなく、利用者の希望等に応じて予定を変更して外出や、買い物に出かけたりなど、利用者のペースに合わせた支援を行っている。		
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	女性の利用者に対しては毎日化粧をするように勧めるなど、身だしなみに留意した支援を行っている。また、最低1着は外出用のおしゃれ着を持ち込んでもらい、お出かけの際に着ていただくなどの支援を行っている。		
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	利用者によっては配膳や後片付けを自分の仕事として担当してもらい、介護する側、される側ではなく一緒に行う姿勢を大事にしている。また職員は利用者と一緒に食事を楽しむようにしている。	2か月に1回嗜好調査を行う。買い物や調理も職員と一緒に入居者も行っている。お品書きを書き、会話を楽しみながら、にぎやかに食事を楽しまれる。食後のコーヒーを頂き、片付けも一緒に行っている。	
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	食事の量については職員すべてがある程度利用者個別のことを把握しているが、実際に盛り付けた食事を利用者確認してもらい、量の調整を行っている。		
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	毎日3食、食後は必ず口腔ケアを実施しており、口腔内の汚れや歯周病予防に取り組んでいる。また口腔ケアはなるべく出来る部分はしていただくように、能力に応じた口腔ケアをしている。		

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
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	なるだけオムツを外せるようにすることを基本方針とし、排せつチェック表による排せつの状況の把握を、利用者の排せつパターンに併せた排せつ介助を行っている。	入居者の排泄パターンを把握し、声掛けや促しを行いトイレでの排泄支援が行われている。排泄の声掛けには、入居者に配慮しながら対応している。	
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	便秘予防のためにもなるべく運動して便秘を解消できるように取り組んでいる。また、薬剤師とも連絡を取り合い、下剤についてのアドバイスなどを随時受けている。		
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	入浴は基本的に日中に行っているが、利用者の希望や排せつで汚れた時など、可能であれば夜間であっても入浴の介助を行っている。	1日おきに個別入浴支援が行われている。また、入居者の身体の状態に応じて、浴槽が移動し、残存機能維持、気持ちよく入浴ができるように工夫されている。入居者の状態に応じて柔軟な対応が行われている。	
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	利用者の個室には実際に自宅で使用していた家具等を持ち込んでもらい、自宅に近い環境で休んでいただけるように支援している。		
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	調剤薬局の薬剤師と連携を行っており、服薬管理、副作用の確認などを常に確認しながら支援を行っている。		
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	アセスメントで生活歴等を把握し、趣味や嗜好品等に応じ、なじみの場所にドライブに出かけたりなどの活動に努めている。		
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	雨天時以外は基本的には1日1回は戸外に出ることを目標にし、定期的に戸外に出られるように支援を行っている。	日常的に入居者の外出希望に沿って、ドライブに行ったり、思い出の場所へ行ったり、散歩へ近所まで行ったり、積極的に外出ができるように支援が行われている。	



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	利用者のうち希望される方については少額のお金を持ってきていただき、買い物へ連れていくなどの支援を行っている。		
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	希望があれば家族に電話をしていただいている。携帯電話の持込も特に制限せず、自由に通話してもらっている。また利用者の手紙については特に制限することはなく、自由にやり取りしてもらっている。		
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	心地よい音楽と、気持ちの良いアロマの香りを流しており、利用者がゆっくりとくつろげるように努めている。また夜間は間接照明にするなどの工夫を取り入れ、居心地が良くなるように工夫を行っている。	「家」を意識し、大きな窓やソファ、台所、間接照明を活用し、音楽やアロマの香りを流し、ゆっくりとくつろげるように、また、心地よく過ごせるように工夫されている。	
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	利用者それぞれの部屋はいつでも入出可能であり、一人での時間が過ごせるように椅子の持込を勧めている。		
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	居室の家具等は、なるべく自宅のなじみの物を持ち込んでもらい、心地よく過ごしていただけるようにしている。	各居室には、表札が飾られ、壁紙も違う。ホームからはベッドやマットの提供されるが、自宅から使いなれた物を持ち込み、入居者が落ち着くように部屋作りが行われている。	
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	ダイニングに広めのアイランドキッチンを設け、利用者が調理の手伝いができるように工夫している。また、それぞれの居室の近くにトイレを設置し、自分でトイレに行けるように配慮している。		