

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	2394100073		
法人名	生活協同組合 南医療生活協同組合		
事業所名	生協のんびり村 グループホームほんわか		
所在地	愛知県東海市加木屋町栗見坂12-1		
自己評価作成日	令和5年9月15日	評価結果市町村受理日	令和6年1月5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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigoyosoCd=2394100073-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	令和5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)】

コロナ感染症の5類移行に伴い、コロナ禍以前の元気のあるグループホームに戻れるよう、今年度は「想い・願いを叶える」支援に取り組んでいる。その中から、職員も「介護とはそういったやりがいのある仕事」ということを再び思い出せることを目指している。
また、物価高などで施設入所も難しい世帯が増えていると感じている。グループホームほんわかを選ばれる施設であり続けるために、今年度は5S活動、特に「しつけ」を職場の目標として、職員の行動意欲を引き出すことに力を入れている。
地域や社会資源との繋がりも少し前進していると思われる。

【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)】

管理者就任から3年目、運営体制は落ち着いた感がある。「何も考えないで行動することがないように」という管理者の思いは、職員にゆっくりと浸透している。
コロナの5類感染症移行後は、積極的にホーム開放に努めている。4月の桜まつり、夏の花火大会など、地域の子供たちが参加してにぎやかに交流が出来た。地域との付き合いも復活し、スーパーの移動販売、週2回の体操、週1回の社交ダンスのボランティア等々、交流の機会は増え、利用者の楽しみになっている。ほかに、村の設備(ピザ窯や多世代交流館など)を地域に貸出し、外からの来訪を受け入れる等、村(施設)全体で対策強化を図り、積極的に推進している。「願いと思いをかなえる」の法人介護部門目標を受け、利用者の希望実現に向けた取り組みに余念がない。

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	理念は目につきやすいところに貼って、意識して実践できるように努めている。	法人理念から、年度ごとの職場目標を策定している。5S(整理・整頓・清掃・清潔・躰)の推進を図り、ホームのルール作りと、達成することでの職員のやる気の引き出しに取り組んでいる。個人目標については、年3回の面談で進捗確認を行っている。	
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	南医療生活協同組合(以下、南医療生協)の組合員との交流が毎週の中で多くあり、日常的に交流で来ている。地域住民に呼びかけ火災訓練やイベントなども行なっている。	コロナの感染症5類移行後は積極的に復活に努めている。外から来てもらえるような工夫を考え、村(施設)のピザ窯、おひまち(地域交流館)などを貸し出し、イベント時には利用者も参加して交流している。	
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	第四木曜日にオレンジカフェ(認知症カフェ)を行い、村の保健室として地域の相談にのっている。		
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	運営推進会議で利用者満足度アンケート結果からの検討や、第三者評価の結果から検討を行っている。また、事業所利用委員会でも選ばれる事業所運営を検討している。	地域交流館で、年6回の対面会議を実施している。地域情報の共有や、困りごと相談等、活気ある意見交換の場として活用している。メンバーの意見や提案を、ホーム運営に反映させるように努めている。	
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	運営推進会議の報告書や事故報告などを知多北部広域連合に提出をしている。その時に情報を共有し、事故報告は後日の状況確認などを行っている。	知多北部広域連合の担当部署とは、運営に関する相談・報告を通じて、適切に連携している。担当部署の助言や指導をホーム運営に反映させている。	
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	身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催し、自己チェックなどを行っている。この会議は職員会議と同じ日に開催して、参加者全員で検討している。日中は玄関にカギをかけること、外に出たい利用者には付き添うなどして気持ちに寄り添っている。	身体拘束適正化委員会を設置し、3ヶ月毎に委員会を開催している。委員会は毎月の職員会議の中で実施し、全職員で話し合っている。法人の身体拘束ゼロ宣言を受けた、拘束をしない工夫を話し合う環境がある。	
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	虐待についての学習会や、話し合いを行っている。また、そのことについてのレポートを出してもらっている。虐待防止委員会が始まった。		

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
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	権利擁護や成年後見制度を活用している利用者はいないが、外部の研修等や年度の学習で学ぶ機会もある。		
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	本人、家族に普段から不安や提案なども話をするようにしている。また、サービス担当者会議などで疑問の解消や共通認識を図っている。		
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	サービス担当者会議や面会時に要望を聞いてケアプランに反映している。	面会時、電話連絡時、サービス担当者会議等、直接意見や提案を聞く機会を作っている。支援内容に関する要望が多いこともあり、個人の要望をホーム全体の支援の質向上に活かせるように話し合い、実践している。	
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	職員同士がコミュニケーションをとって良い関係づくりができるようにしている。会議を月に2回行い、職員の意見や困りごとを聞き、利用者様へのケア品質に繋げている。	毎月職員会議と利用者会議(利用者のためのカンファレンス)で意見交換を行っている。情報共有で職員の横の繋がりを強め、良好な職場環境につなげている。個別には年3回の個人面談の機会がある。	
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	労働時間などできる限り職員の要望をきいていると感じている。職員同士助け合い、楽しく明るい職場を目指している。		
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	積極的に職員に研修や学習会を勧めて、スキルアップできるようにしている。		
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	今年度より、グループホーム連絡会を再開している。まだ参加が出来ていないが、11月から参加する予定である。		

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
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	利用者と日々のコミュニケーションを図り、相手を知ること、困りごと、要望などを得るようにしている。本人の思いや生活歴などを本人や家族から情報を得るように努めている。利用前から何度か自宅に挨拶に行くなど、関係作りを行っている。		
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	入居の気持ちの整理を心配されるご家族様は多いため、管理者は利用前でも家族・本人の関係悪化を考慮し、可能な限りの要望に応じている。ご家族様だけでなく施設側としても入居前からの信頼関係構築を行っている。		
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	見学や電話相談などに対応し、必要な援助が受けられるように提案している。また、当事業所で受け入れができない場合は他のサービスの紹介をしている。満床の場合は、他のGHの情報や、必要なサービスを紹介している。		
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	利用者が長年培った知恵、知識、特技を生かして、職員と協力して助け合う関係を築いている。できるだけ、利用者の出番、役割をつくるようにしている。		
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	本人が必要とするものを家族に用意してもらい、受診の付き添いを依頼するなど家族の協力を得られるようにしている。また、家族の役割をケアプランに入れるようにしている。		
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	家族や親戚、友人が訪ねてきたら部屋で一緒に過ごす時間を設けている。また、利用者が行きたい場所があれば出かけるようにしている。	家族、友人の来訪支援、家族外出支援等、本人の希望を重視した積極的な支援がある。「浜松の親戚に会いに行きたい」の実現は、家族の協力で実現した一例である。	
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同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者と職員が協力して食事づくり、洗物食器拭き、掃除などを行うようにしている。また、利用者同士の関係を考えて食堂の座席を変えるなどしている。		

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	南医療生協の事業所として、退去後も組合員であることをお願いし、ご家族と事業所の繋がりの継続をお願いし、何か困ったことがあればいつでも相談してほしいと伝えている。		
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	本人から希望を聞いたり、日々のコミュニケーションから意向を把握するようにしている。自分で意思表示をすることが困難な場合は、生活歴を参考に何を考えているかを考えている。家族に以前の暮らしを聞くこともしている。	「利用者会議」を発足した。利用者支援を考える会議であり、職員意見は多い。希望実現を目的に意見集約を図り、内容を共有している。検討の結果、必要な場合は介護計画の支援内容に反映させている。	
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	生活歴を把握し、家族からもこれまでの生活環境を聞くようにしている。サービス担当者会議などでも、病歴や家族が介護をしていた状況などを聞いてサービス利用に至った経過を聞いている。		
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	利用者の異常については細かいことも申し送り、記録をして情報共有している。利用者のできることや活動を増やすことに取り組んでいる。		
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	サービス担当者会議を開催し、モニタリング、ケアプランの見直しなどのために本人、家族、職員で話し合いをしている。ケアプランの意見を担当以外の職員からももらうようにしている。	家族参加のサービス担当者会議を開催し、確実に家族参加で話し合いのできる環境を作っている。モニタリング実施で、状態の変化を把握し、次の支援内容を考える仕組みが確立されている。	
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	申し送りで状況の変化などの情報共有を行い、意見を出し合い見直しをしている。休みの職員も把握できるよう申し送りノート、日誌、経過記録で確認できるようにしている。		
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	日々は事業所の職員で話し合い、利用者の合ったサービスを提供できるようにしている。その他、理学療法士、訪問看護、医師、組合員、職員が連携してその時の状況の変化に対応できるようにしている。		

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
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	あいあい長屋食堂で週に2回の体操、おひまちのオレンジカフェなどに参加して健康に過ごすことができるように支援している。また、馴染みの店などにも行くようにしている。今年度は移動販売とも繋がり、地域の方が集まる場所を目指している。		
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	月に1回の訪問診療、月に4回の訪問看護、必要時に歯科往診に来てもらっている。その都度状況の変化や、相談、生活で注意することなどを相談している。急変時なども訪問看護が相談にのってくれる。	法人診療所の月1回の訪問診療を支援している。医療連携の法人訪問看護師が月4回来訪し、利用者の健康管理を行っている。医師との連携も良好であり、母体が医療法人である安心感は大い。専門医は原則家族対応をお願いしている。	
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	職員が訪問看護に対しての情報提供を行い、利用者の状態をみてもらっている。24時間いつでも相談にのってもらえる契約になっている。感染などの教育も専門性を活かし依頼している。		
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。	入院時は早くグループホームに戻れるように病院に依頼している。情報はサマリーで詳しく生活状況を送っているが、病院ではそこまで対応できないということもある。退院に向けてのカンファレンスができれば参加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	終末期、重度化の指針があり、本人、家族に説明してある。終末期の希望についても希望を聞いているので、状態が変わる場合には確認をしていくようになっている。	入居契約時にホームの方針を説明し、同意を得ている。本人と家族の看取りまでの希望は多い。本人と家族の意向に沿い、医師の協力を得て、ホームで可能な限りの支援を行っている。この1年で1名の看取りの支援を行った。	
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	急変時のマニュアルがあり、連絡先なども分かるようにしている。また、緊急時の対応についても学習会を開催して心臓マッサージやAEDの使い方を学んでいる。訪問看護の看護師が指導して下さる。		
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	定期的に避難訓練を行っている。近隣の地域住民にチラシを配り、地域の住民と共に火災避難訓練を行っている。	村(施設)全体で、10月と3月の年2回の避難訓練を計画し、実施している。年1回は地域の人と一緒に訓練ができるように計画している。必要備品・食料の備蓄を推進し、有事には地域からの避難者を受け入れられるように準備している。	

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
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	時には冗談やくだけた言葉も利用者に対して使うが、人生の大先輩として敬い、色々なことを教えてもらっているという意識で接している。ちゃんづけやあだ名で呼ばないようにしている。	職員会議で勉強会を実施し、高齢者介護に関わる見識を深め、認知症理解を進めている。認知症理解の上での支援提供を目指し、適切な対応を指導している。	
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	利用者の生活歴を把握し、日頃の何気ない会話から思いを聞き、希望をくみ取るようにしている。そして、利用者が自己決定できるようにしている。		
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	基本的には個人のペースで生活をしてもらっている。好きなことをしてもらえよう声かけや環境づくりをしている。本人のペースや気持ちを大切にしている。外出はできる範囲で対応している。		
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	毎朝、整容の援助をしている。洋服を自分で決めることができる利用者には、聞いて自分で決めてもらう。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	料理、盛り付け、片づけなどをその日のごはんのことを話すなどして楽しめるようにしている。料理で分からないことは利用者から教えてもらっている。希望を聞き、刺身の提供なども行っている。	現在は、副菜のみ、湯せん食を活用している。行事食や季節料理の楽しみ等、利用者の好みに配慮しながら献立を決めている。テイクアウトや出前で利用者のリクエストに応えることもある。	
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、水分の量は毎食確認している。利用者に合わせて飲み物を変えることやパウチゼリーなどとりやすいものを提供している。食事がとれない場合は、医師に栄養剤を処方してもらっている。		
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	口腔ケアを行っている。自分でできる利用者は自分でできるよう、声かけをしている。必要な人には、歯科往診を依頼している。毎月歯科に来ていただき、口腔ケアのポイントを学んでいる。		

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
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	トイレでの排泄を心がけている。尿意が曖昧な利用者は時間で声かけてトイレ誘導している。介助が必要な場合は、介助をしているが、できることは自分でしてもらうよう声かけ、見守りをしている。	トイレでの排泄を基本に支援している。声掛け、見守り、全介助まで、利用者一人ひとりの状態に合わせた支援方法を検討し、全職員同対応の支援提供を徹底している。	
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	便秘気味の利用者には水分を促し、自然排便ができるようにしている。また、運動をするよう声かけをしたり、体操に参加するように促している。必要に応じて下剤を頓服で使用している。		
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、個々にそった支援をしている	好みの湯温に調整すること、仲良し同士と一緒に入浴するなどできる限り希望に応えるようにしている。拒否がある場合無理強いしない。時間を気にせずゆっくり入ってもらいたいと思っている。利用者とのコミュニケーションが深まる場である。	毎日の入浴を提供し、最低週2回の入浴ができるように入浴管理を行っている。入浴拒否も含め、利用者の思いを尊重し、生活の中の楽しみになるように、無理強いのない支援を工夫している。	
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	本人のペースで休息してもらっている。エアコンや布団で温度調整し、部屋の明るさにも配慮している。		
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	薬の情報をファイリングしてすぐに見ることができるようにしている。状態の変化があれば訪問診療、訪問看護で相談している。		
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	料理、洗濯、掃除などそれぞれができることを出番としてやってもらっている。生活歴、趣味を把握して生活に取り入れている。気分転換に外へ散歩に行くことも多い。		
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	あいあい長屋の体操、喫茶ちゃら、おひまちでのカラオケ、買い物、散歩などに出かけている。	村(施設)の敷地内の散歩は自由で、利用者は好きな時に玄関を出入りしている。長屋(サ高住)のレクリエーション、おひまち(地域交流館)のイベント、村(施設)の喫茶店など、村内で気晴らしができる。希望があれば、個別で買い物等に出かけている。	

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
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	お金は職員が管理して、必要な時に使えるようにしている。一緒に買い物に行き、本人が必要なものを買っている。移動販売と繋がることで、利用者が好きな物を選び、買うという支援が増えて良かったと感じている。		
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	希望時に電話をかけている。家族からの電話があれば、本人と話ができる場合は話してもらう。利用者によっては手紙や贈り物が届くこともある。		
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	庭に咲いている花を利用者が摘んで花瓶にさすことや季節に合わせて飾りを変えている。掃除を一緒に行い、清潔で安全に過ごせる環境づくりを心掛けている。	整理整頓を徹底し、利用者の生活環境整備に努めている。職員は、適切な環境整備が利用者の安全確保につながることをよく理解している。季節感のある飾りつけ、生活の場に不適切にならない装飾を工夫している。	
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	廊下に椅子やソファを並べて座れるようにしている。リビングのソファでもテレビや新聞をみることができる。食堂のテーブルでは仲良し同士が話をしている。		
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	家具や寝具など本人が使用していたものを持ってきてもらうようにして、安心して居心地良く過ごせる空間になるようにしている。本人の作品、家族の写真、小さな仏壇などを部屋に飾っている。	入居時には使い慣れたものの持ち込みをお願いしている。生活の継続ができる環境整備に努め、鏡台やダンスなど、持ち込んでもらったものを、本人・家族と話し合いながら、居心地よく配置している。	
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」「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	トイレ、風呂、部屋がわかりやすいように表示してある。廊下や浴室に手すりを設置している。転倒の心配がある利用者には部屋に手すりを設置している。		