

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所名	1274800109		
法人名	スマイルケア有限会社		
事業所名	グループホームスマイル小見川		
所在地	千葉県香取市野田714		
自己評価作成日	平成27年11月30日	評価結果市町村受理日	平成28年1月29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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ヒューマンネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2-10-15		
訪問調査日	平成27年12月12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)】

前年に引き続き「野田つくし会」を通じた活動は継続している。
 毎年3月に実施される「稲荷神社」の祭りでは、当ホームが子供神輿の肩休めとトイレ休憩の場所を提供していたが、本年度からは大人神輿も一緒に入るようになった。
 地域との良好な関係は続いている。
 公の活動としては、香取市の認知症対策推進会議の推進委員として認知症の啓蒙活動や香取市認知症対策事業計画の策定に参加している。

理念に「ゆっくり」を掲げ、利用者の生活の場では急がないでゆっくりとしたケアを心掛け意識をもって安心に繋げている。職員は何時もそばに寄り添って心配りをし、同じ目線でお互いが家族として過ごし利用者との信頼関係を積み重ねている。毎日利用者・職員が一堂に集まって朝礼が行われ、今日が何日何曜日かを利用者を確認し日時を意識してもらっている。大きな声で体を動かしながら手をたたいて体操を行い、間違い探しのゲームではどれかなと職員と一緒に考え活き活きとした様子が窺える。食事の時間には配膳やテーブルを拭き今出来る事を自主的に行って自立に繋げている。毎日利用者職員が一体となって心を交わせ楽しめる場作りが行われている事を高く評価したい。施設長は野田つくし会の委員として活動し、口腔ケアの「勉強会」、紙芝居、民謡や茶話会等の「お楽しみ会」等が行われ、ホームとしても協賛し地域に理解を深める取り組みとなっている。

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、活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
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	スマイルの理念である「ゆっくり・一緒に・楽しく」を前提とし、その有する能力を最大限に引き出せるよう、個人の人生観を大切に捉えている。基本理念を忘れないようにする為に、ホーム内に「ゆっくり・一緒に・楽しく」を掲示してある。	手作りで「すっきり、いっしょに、たのしく」のスマイルの理念をリビング、玄関や事務所に掲示して意識づけが行われている。「ゆっくり」は利用者の生活の場では急がないでゆっくりとしたケアを心掛け、意識をもって安心に繋がっている。また、何時もそばに寄り添って同じ目線でお互いが家族として過ごしている。	
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	認知症モデル事業の延長である「野田つくし会」の委員として、地域の行事に参加している。野田区長の配慮で大人神輿も入るようになった。	利用者は散歩時に地域の人と挨拶を交わし馴染みの関係がある。地域行事の子供神輿に加えて、大人の神輿も庭園内で披露され大いに盛り上がり地域と繋がりが深まっている。施設長は野田つくし会の委員として口腔ケアの「勉強会」や地域の人による紙芝居や民謡、茶話会の「お楽しみ会」等の地域への行事に参加し、施設としても協賛して地域に理解を深めている。	
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	よるず相談窓口の継続や、地域の方々へ認知症を分かりやすく理解して頂く為に、認知症モデル事業の延長である「野田つくし会」の活動を通して発信している。		
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	運営推進会議の委員の方は、「野田つくし会」のメンバーでもあり、年間を通して顔を合わせる機会が多い。「野田つくし会」の行事(勉強会)や会議を通して話し合っている。	運営推進会議は市の担当者・町会長・元町会長・民生委員・住職が参加して開催されている。行事と同時に開催して利用者や施設の取り組みを見てもらい、ホームから入居者情報等が報告されている。個人情報の取り扱いや自立のに向けた取り組み等への意見があり取り組みに活かされている。	運営推進会議の委員と野田つくし会の委員は同じ委員であり、付き合いも長く情報発信により施設への理解も深まっている。運営推進会議の開催回数を増やしてホームの取り組みや課題を話し合う場としてもっと機能させ、サービスの向上に繋げて行く事が望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	「香取市地域密着型サービス連絡会」「野田つくし会」の活動を通して、地域包括支援センターや香取市高齢者福祉課と連携している。香取市の認知症対策推進議会の推進委員として行政との関わりも多い。	市の担当者とは生活保護者の受入れ時に連携し、野田つくし会の打ち合わせ時にも話し合っている。グループホーム連絡会は市の担当者が参加し情報交換や市からの通知も行われている。指定更新や高齢者対策事業の連絡、研修会の開催、家賃の軽減では要望書を提出して減額の事例もあり連携して取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束を行わないケアを基本としている。全職員が新人研修にて身体拘束防止の研修を受けている。危険予測を立てる事によって、リスクを最小限にできるように考慮した対応を日常化している。	身体拘束を行わないケアを基本として取り組みが行われている。何処までが限界かを考え、危険があれば必要時にはベッドの4点柵をして転倒を予防し、状況に応じてやれる事を考えている。会議ではこうしたほうが良いという職員からの意見も聞いて話し合っている。職員は生活の場では子供や孫になってやりとりをし、言葉の行き過ぎには助言している。	
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	施設内研修にて虐待のメカニズムについて理解を促している。虐待防止を徹底する事を前提とし、問題点があればその都度話し合いをし、改善すべき点があれば周知徹底を図る事としている。		

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	成年後見人制度についての提案やアドバイスは市町村との連携を図りつつ行っている。過去に退去された入居者様が成年後見人制度を利用していた事もあるが、職員の理解はまだ浅く、指導を要する。		
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	事前にスマイルの支援方法を説明し、理解を頂いてからの契約としている。不安要素も含め、一緒に検討していく事を約束している。様々なトラブルを想定したうえで契約をしている。		
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	スマイルケアが運営する他グループホームと連携している。毎月、健康面や生活、行動等の変化について文書にてお知らせしている。また、一ヶ月に最低一回は面会に来て頂く事にしており、情報交換の機会にもなっており、運営に反映させている。	利用料の現金支払い時は家族に持参してもらい、月に1回は面談が行われている。家族との繋がりを大事にしホーム任せにせず一緒に協力して取り組み、利用者の状況を詳しく説明し意見や要望を聞いている。毎月文章を発送して細かな状況や敬老会等の行事内容も知らせている。今回の利用者アンケートでは大変好評の声が多数聞こえている。	
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	急病や入院は日常茶飯事であり。人数配置についても、状況に合わせた対応が必要になる。必要な時間帯に人員が配置されるよう職員の意見を反映させている。	利用者の状態の変化に対応して食事の介助や安全面に配慮し、職員の納得を得て体制変更を行って対応している。カンファレンスやミーティングにおいて、感染防止の手すり等の消毒や失禁防止の定期誘導等について提案を聞き反映している。職員は委員会活動に参加して企画から実行まで責任を持って取り組んでいる。	職分職給の賃金体系と勤務年数・資格取得・研修等の要件が定められたキャリア制度を今年度よりスタートさせている。この制度により目標が明確となる事から、職員の育成と遣り甲斐の実現に繋げる取り組みに期待したい。
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	本年度からキャリア制度を導入した。各職員のキャリアや資格、経験を考慮した処遇改善を行っている。		
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	外部・内部の段階別に分けた研修会や勉強会を、職員個人のレベルに合わせて行っている。全職員が、同じ目線・同じ力量になる事を目指している。介護福祉士の資格取得希望者が5名おり講習会参加の為、シフト調整をしている。		
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	研修会や交流会等を通し、同業者と交流する機会を設けている。その後、学んできた事をレポートや会議等で発信し、周知するシステムをとっている。		

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
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	本人の育ってきた環境や背景、家族関係や既往歴等、できる限り情報収集を行った上で、事前に職員が情報を共有するようにしている。職員の最初の仕事は入居者様との信頼関係の構築である事を徹底している。		
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	入居から入居後まで、常にケアの方向性を家族と一緒に考えている。家族が全てホームに依存する事の無いよう、必ず一緒に考える事としている。また、入居と同時に職員も家族の一員である事を意識していく事を伝えている。		
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	他施設や、在宅でのサービスなどの説明を行ない、基本的にスマイルは、本人、家族ともに在宅での生活に限界である方を優先している事を伝えている。在宅でのケア方法についても積極的に伝えている。		
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	スマイルでは、職員も含め入居者様全員が家族である事を前提としており、大家族の中で問題が起きたり、泣いたり笑ったりと、生活の中で全員が主人公である。		
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	家族にしかできない事は、いくら職員が専門性を駆使してもできず、その事については家族にも良く理解して頂いている。退去後も病院などで顔を合わせる機会もあり途切れない関係維持に努めている。		
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	本人や家族の希望があれば、知人の訪問や外出も拒む事はない。墓参りや一時帰宅等も、個別に対応している。	家族・兄弟・親戚が多く来訪し馴染みの人となっている。家族と一緒に外出や食事を楽しみ、ひ孫のお祝いの席に参加して関係が継続されている。今まで過ごしていた自宅が馴染みの場所となっており一時帰宅や正月を過ごし、墓参りや近くをドライブをしている。家族との外出では利用者の身体面の機能低下もあり、お酒や危険な事は注意を促して支援している。	
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	入居者様間では、仲良くしてみたり、喧嘩をしてみたり、仲裁しあってみたり、助け合ってみたりと、それぞれ独自の世界観がある。入居者様一人ひとりが役割をもちながら生活をしている。		

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
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	スマイルでは、サービスが終了する時は入院・死亡退去がほとんどあり、全てが終了するまで、家族と協力体制でいる事を基本としている。また、必要に応じてはその後の継続的な付き合いもある。		
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	集団生活であり、大まかな日課は決められているが、ひとり一人の状況は毎日変化するものであり無理強いしない方針で対応している。朝礼へ参加することも強制はしない。	入所前にアセスメントを行い生活歴や徘徊・不眠等の他の利用者に影響するリスクを把握し、家族や利用者の希望を確認している。入所してからはいろいろな職員が対応して利用者との信頼関係を積み重ね、気づきや意向の把握に努めている。話した言葉をそのままに、また、確認できない事は出来ない記録している。家族とは面会時や手紙で様子を知らせ意向を確認している。	
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	スマイルに入居する前に、以前からの生活歴は多方面から聞き取り調査を行っている。また、収集した情報は職員に周知されるよう徹底している。スマイルでは、ケアの開始は、生活歴を知らずに行う事はできない。		
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、介護記録への記載を確実にしない、全職員間で情報の共有を行っている。特筆すべき事や改善項目、急な変化については申し送りノートにて周知徹底をし把握を行っている。		
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	介護計画は、少なくとも年2回は定期見直しをするようにしている。変化等があれば、その都度ヒアリングを行ない見直しをしている。毎月文書にて心身の変化についてお知らせしており、面会時に本人や家族の意向についても聞き取りしている。高齢化が進みADL低下、認知症の進行、急変もあり、介護計画に反映する事が難しくなっている。即応が求められる場合は、申し送りノート活用や指示内容を掲示するようにしている。	介護計画書は6か月毎に作成し基本的な取り組みについてモニタリングが行われて評価している。毎日のバイタルや排泄等を生活記録に、状況の変化を介護記録に記録し、朝礼においてフロア担当から報告し管理職が対応を助言している。管理職は申し送りノートに対応方法を記載し全職員が確認して支援が行われ、特に対応を要する事は個別計画を作成している。	
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	日々の変化については都度、介護記録に記載すると共に、必要に応じて対応方法の検討や介護計画の見直しにつなげていくよう徹底している。		
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	おおまかな一日のスケジュールはあるが、日々の利用者のニーズに応じていく事が、基本的に当日の仕事の内容となっている。柔軟な姿勢でケアを行なう事で、事業所の多機能化が実現されている。		

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
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	畑仕事や、美容室、消防署や図書館、様々な資源を活用する事で、地域社会と参画している。		
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	基本的には、本人及びご家族の意向を尊重し、かかりつけ医を変えることはしないが、外来受診が難しくなった方も多くなっており、訪問診療医も受け入れている。今年度は、新たに訪問看護を受入れるようになった。	馴染みのかかりつけ医への受診は継続して支援し、家族の同行は少なく管理職が同行して対応が行われている。主治医とは継続性と全体把握のために同じ管理職が対応し、職員に対応を指示し情報は共有されている。利用者の状態変化や家族からの相談時には詳しい情報を提供して話し合っている。	
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	医療機関の看護職との関係性の中で、日々の利用者の状態や変化を一番把握しているのはケアスタッフである事の認識をして頂いており、細かな事も受け入れて配慮して頂いている。		
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、	極力入院期間を短くする事は、お互いのメリットである為、病院の都合も受け入れている。その為、病院側も柔軟な対応を示して頂け、急変時の受け入れもスムーズである。		
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	入居時に重度化した場合にホームで出来る事出来ない事を説明している。6月には、認知症の進行と摂食不良(拒否)から終末期をむかえる方がおり、家族・病院(主治医、相談員)と連携し方向性を決め、混乱なく看取りに繋ぐ事ができた。	入所時には重要事項説明書において施設で出来る範囲を説明して納得を得ている。6月に終末期を迎えた利用者の家族からの要望を受け入れて、施設で出来る限りの看取りに繋がる支援が行なわれている。管理職がリーダーシップを発揮し、医療機関・看護師・家族・職員が相互に連携して満身に繋げる対応が行われ事を高く評価したい。	
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	急変対応について、全てのスタッフが熟知しているのが理想だが、職員の入れ替えもあり、全職員ができる訳ではない。研修等を行って行く。		
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	災害マニュアルと、防災訓練、避難訓練を行なっている。昨年は野田区自警団とは、緊急災害時の支援体制について「覚書」を取交した。新規採用の職員に対しては、個別指導を行う様にしている。	年に2回避難訓練が実施されている。特に新入職員に対して消火器や通報の仕方について個別指導を行い、夜勤時の対応に備える訓練となっている。消防署からは慣れ過ぎない指導もあり、抜き打ち訓練も検討している。日々の火気点検は衛生美化委員が担当し、キッチンの電化や備蓄も行われている。	夜勤者による夜間を想定した避難訓練の実施が望まれる。また、応援体制の確保のために職員連絡網を活用した通報訓練の実施も望まれる。

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
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	ホーム全体が家族という考えで対応している。20代の職員は孫になったつもり、50代の職員は子になったつもりで対応している。声掛けや対応について画一的では無く、職員夫々が自分の言葉で接している。人格の尊重(尊厳)と馴染みの関係の相反する部分で、行き過ぎが無いように配慮している。	職員は利用者の家族であればどのような接し方をするかを各々が考え、言葉使いや接遇の仕方を工夫している。その考えの基には尊敬の念を持つとの共通の認識があり利用者の尊厳に寄り添った接遇になっている。また、管理職は日々の接遇の中で行き過ぎがないよう助言している。	
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	自己決定できる方には、選択肢を用意し、決めて頂く事にしている。自己決定困難な方が多くなってきており、日頃コミュニケーションで思いを読み取る様努力している。		
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	利用者の個々の生活スタイルに合わせてスタッフが支援している。その為に、日々のスケジュールは無く、取り決めもあえて無い。		
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	スタッフは、個々に好きな色やその人らしい雰囲気を知っている。朝は自分の服を選ぶことから始まり、機能が低下してもその人らしくあるように、一緒に考える。		
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	ひとり一人の力に合わせ、出来る方には準備や片づけを手伝っていただくようにしている。好みの相違には本人の希望の代替え食をその都度用意している。スタッフは事前に嗜好調査をし把握している。精神疾患の方の食べ物への拘りに苦慮している。	職員はアセスメント時の嗜好調査を一覧表にし、利用者一人ひとりの好みと嫌いな物の情報を共有している。食事は利用者に合わせてその都度代替え食を用意し、食べ物の偏りには食べてもらう工夫をして支援している。主治医の受診時には食事や医療の相談をし、栄養剤も活用して常に栄養のバランスに心掛けている。	
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	食事形態は、嚥下の状態に合わせ対応し、水分摂取量の確保の為、好みの物を提供しカウントしている。カロリー不足時には、高カロリー代替え食を準備している。		
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なっている。個々に合わせて、歯ブラシや口腔ケアスポンジ、洗浄剤、湿潤ゼリー等、状況に応じて対応している。		

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
43	(16)	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	出来る限り、排泄はトイレで行なう事としている。排泄チェック表に基づいて、一人一人の排泄パターンを把握して、適時誘導している。	トイレに座って用を足すことを基本として自立支援に力を入れている。一人ひとりの排泄パターンを把握して誘導し、拒否する人には声掛けの工夫や時間をずらしタイミングをみて支援している。排泄の量や色を見て状態を確認し、下剤等を使用して体調管理に配慮している。	
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	各利用者の担当スタッフが、排便コントロールを行なっている。下剤の使用についても、排便の記録や食事や水分の摂取量等に配慮しているが、高齢化と共に難しくなっている。		
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	隔日の入浴を基本としているが、本人の意思(拒否)やその日の状況に合わせて柔軟に対応するようにしている。	利用者の意思や状態に合わせ、時間帯を自ら選んで週に3回は入浴が行われている。入浴を拒否する人には風呂とは云わずに薬を塗りましょうと声掛けの工夫や無理強いはないで明日に延ばして支援が行われている。脱衣場は適温を保持し、皮膚疾患のチェックを行って薬を塗り、爪を切って健康管理に配慮している。	
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	就寝時間に取り決めはなく、昼寝等時間にとられない支援をしているが、昼夜逆転にならないよう配慮しながら対応している。		
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	各居室担当が薬の管理をしている。受診担当や往診に対応した職員と情報連携し、疑問等があれば管理者経由で医療機関と連携している。		
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	個人記録に生活録や、以前からの趣味、嗜好が分かるようにされている。ホーム内での役割として、食材の準備や食器拭き、洗濯物タミ等、出来る事は行っていたくようにしている。加齢によるADLの低下は否めず、減少傾向である。		
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	墓参りや法事、季節に応じたイベントの参加と、天候に合わせた外出支援を行なっている。今年は、4月花見、6月あやめ見学、11月菊祭り等、外出の機会を設けた。天候や体調を考慮しながら、近くのスーパーへ買い物に行く事もある。	外出は利用者が行きたい時に出かける支援を基本に考えている。日常的に散歩が行われ、時には庭先に椅子を並べて朝礼を行って外気を感じている。季節に合わせた行事を計画し、あやめ見学や菊まつり等に班を分けて多くの利用者が参加して楽しんでいる。家族と一緒に墓参りや祝い事的外出も行われている。	

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	ご自分財布を所持し、金銭管理している方もいるが、管理できない方が多く、スマイル銀行にお金を預けていると思い込んでいる。事務所で管理している方が多い。		
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	会話した事を直に忘れてしまう方も居る。家族からの伝言等をメモに書いて渡すこともある。また、携帯電話を持って居る方は、自分でご家族と連携している。		
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	美化委員を中心に整理整頓に努めている。大きなカレンダーを配置し朝礼時に日付や曜日を確認する事で、季節や時間の感覚に配慮している。ベッド上生活の方も、食事の時間はリクライニング車椅子でリビングに出させていただくようにしている。2Fに大きな時計を設置した。	リビングに時計や大きなカレンダーを掲げ、朝礼時に利用者を名指して日・時間の感覚を意識してもらい取り組みが行われている。リビングは利用者の声が聞こえ、食事の匂いがし、レクレーションやお茶を飲んで一堂に集まれる賑わいのある場となっている。テーブルを動かして利用者の座る場所を変えて人間関係にも配慮している。	
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	ソファや個別のテーブル等、利用者の用途に応じて配置を変えている。入居者間で問題が発生した場合は、その都度配置換えを行なう等して対応している。		
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	思い入れのある物を持ち込んで頂くことは拒まない。仏壇や遺影が居室に有る事が自然の姿ととらえている。掃除に入った場合でも本人のしつらえを変更したりせず、もとの位置に戻す配慮も忘れないようにしている。	家族から利用者の家庭での暮らしの情報や施設での暮らし方のアドバイスにより、写真や孫からの手紙等個性豊かに飾り付けがされて、その人らしく過ごせる居室になっている。ベッドでの生活のスタイルを考えて取り易い所に物を置いて過ごしやすい空間作りが行われ、掃除も設えを変えないように配慮している。	
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	トイレや居室が分かるように、表札や掲示物が目の高さにある。2Fの入居者様が1Fに降りる際には、必ず職員が見守り介助するようにしている。		