

### 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	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番地		
自己評価作成日	平成24年2月22日	評価結果市町村受理日	平成24年3月28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://kaigo.chibakenshakyo.com/">http://kaigo.chibakenshakyo.com/</a>
----------	---

【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丁目10番15号		
訪問調査日	平成24年3月7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)】

平成20年度からこの地域で実施している「認知症モデル事業」に参画し、地域との連携を深めている。モデル事業は終了したが、「野田地区認知症支援会」の一員として活動を続けている。  
平成23年度は、「香取市地域密着サービス連絡会」の事務局として、グループホームや小規模多機能居宅サービス事業所の支援を行ってきた。

【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)】

玄関に入ると、量1量大の手作りの理念が掲げてあり目を引く。リビングの大きい窓からは田んぼが一望できる、自然豊かな環境の中に立地しているホームである。利用者には認知症が進み、要介護度が上がっても一人ひとりに出来る役割を持って頂く事で、日々の暮らしにハリと自信が持てる支援を行なって「ゆっくり、一緒に、楽しく」の理念の実践に向かって真摯に取り組んでいる。住み慣れたホームで最後まで過ごしたいという利用者の希望に対して家族・提携医療機関・地域との連携を図りながらホームとして出来る限りの対応でお応えしている。家族からは安心と感謝の言葉が寄せられており、ホームの雰囲気の良いを評価している。更に認知症サポーター養成講座の開催やよろず相談窓口の設立、地域の人達に認知症を解り易く説明するため地域の認知症支援会議のメンバーとして参加する等、市との連携を常に取りながら地域への貢献を実践している意欲的なホームである。

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 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
<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	スマイルの理念「ゆっくり、一緒に、楽しく」を前提とし、その有する能力の最大限を引き出せるよう個人の人生観を大切に捉えている。	法人理念「ゆっくり、一緒に、楽しく」を玄関に掲げ、利用者一人ひとりの能力を最大限引き出せるよう、新任・現任研修の中に入れて共有を図り理念の実践に向け日々努めている。	
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	モデル事業への参加や、運営推進会議などで交流を深め地域の方に理解を深めて頂いている。連日の買物は地域の方に周知されている。	毎日近隣のスーパーへ食材の購入等で知り合いが増えており、また管理者が地区の認知症支援会議のメンバーで地域の方々に対する認知症の理解を得るため認知症支援会議にも参加している。ここ数年子供みこしが当ホームに立ち寄ってくれている。更に地域の自警団との協力関係も構築されており、ホームが地域の一員として交流が良く図られている。	
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	認知症サポーター養成講座の開催、よろず相談窓口の継続、地域の方々に認知症を分かりやすく説明する為、地域の認知症支援会議へも参加している。		
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	常任委員が結成され、それ以外にも毎回関わる人数が多岐にわたり増加している。新たな取り組みや提案も増えてきており、地域の方の積極的な姿勢もあり定期的な開催を目指す。	地域包括・市健康福祉部介護福祉課・民生委員・区長・お寺の住職・家族等常任委員多数の参加で一回開催されており、参加者の積極的な意見等詳細に記録した議事録が整備されている。管理者は定期的な開催に向けて意欲的である。	地域の方が積極的に参加し意見を頂いている。今後開催回数を増やすことにより多くの意見や提案を頂き意見交換が行われ、サービスの質の向上に活かされるよう期待したい。
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	認知症専門医のネットワーク作りの提案や、徘徊ネットワーク作り等支援会議でやり取りをしている。他市町村からの緊急性を要する入居について柔軟に対応して頂いている。	市健康福祉部介護福祉課管理班とは指定申請・実地指導・他地区からの入居受け入れ・事故報告等緊密な連携ができています。また認知症専門医のネットワーク作りの提案や、徘徊ネットワーク作り等支援会議で連絡を取り合う等、市との協力関係が築かれています。	
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事を基本としている。全職員が新人研修の段階で身体拘束防止の研修を受けている。予測を立て最小限のリスクを考慮した対応を日常化している。	身体拘束をしない事を基本とし、重要事項説明書・契約書に明記し、同時に利用者家族に理解を求める一文も載せて説明している。新人・現任研修にも拘束防止を組み入れており、最小限のリスクを考慮した対応を日常的に行なっている。	
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	施設内研修でとりあげ、虐待のメカニズムを理解する。防止を徹底し、疑問点があればその都度話し合いを持ち、改善すべき点は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、実績はあり、活用できる体制ではあるが、職員の理解はまだ浅く、研修指導を要する。現入居者様で後見人制度を利用されている方は一名。		
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針を説明し、理解をいただいている。不安要素も含め一緒に検討していく事を約束している。色々なトラブルを想定したうえでの契約をしている。		
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している居宅介護支援事業所、グループホームと連携している。一カ月に最低1回は面会に来て頂く事にしており、情報交換をしている。全スタッフが気軽に意見を聴ける姿勢であり、柔軟に対応している。	頻回に来訪する家族からはその都度意見をお聞きしている。月に1回は面会して貰うようお願いして現在殆どの家族の来訪が得られている。面談には管理者・居室担当者が対応し意見や希望を聞き取って運営に反映させるようにしている。	アンケートから、日々の様子や健康状態等報告の希望が出されている。定期的な広報「スマイル小見川」以外に、利用者一人ひとりの毎月の暮らしぶり等細やかな情報発信を希望したい。
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	細かな意見や新たな対応策は、周知項目として実践してみて、全体会議で総合的な方針をまとめている。必要な時間帯に必要な人数配置も、職員の意見を反映させている。	新管理者になってから管理体制を見直し、職員の配置・勤務時間等現場の意見を積極的に取り入れ、具体的な改善に繋げており、職員が自主的に行動できる体制になった。また、外部研修についても従来の漫然とした実施から、システムを見直して介護知識・技術等人材育成に向けたホームの目的に合った年間プランを立案している。	
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	各自の個性を尊重し、各担当利用者の判断については、担当者が取り決めをしている。看取りの取り組みを超えるたびに、達成感を感じている。		
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、段階別に分けた研修や勉強会を、職員のレベルに合わせ行なっている。同じ目線、同じ力量になる事を目指している。		
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	セミナーや研修会等、同業者等と交流する機会を設けている。その後学んできた事を発表し、周知するシステムにしている。		

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
<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	本人の育ってきた環境や背景、既往歴や家族関係まで事前にスタッフが情報を共有している。スタッフの最初の仕事は本人との信頼関係の構築である。		
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、家族も入居と同時に、スタッフも家族である事を伝えている。家族が全てを依存しないように、必ず一緒に考える事にしている。		
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、家族ともに限界である方の入居を優先している事を伝えている。在宅でのケアの方法等も積極的に提案している。		
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	大家族の中で、問題が起きたり、泣いたり笑ったり、生活の中では、スタッフも含め家族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、いくら専門性を駆使してもできず、その事は家族に良く理解して頂いており、必要な時には、泊まって頂く事もできる。		
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	本人の希望があれば、知人、親戚宅や墓参りにも対応する。行きたい場所、行ってみたい場所、会いたい人等を推定し、個別に実施できるよう支援している。	利用者の希望に応じて、友人宅や墓参り・魚釣り等支援している。来訪を歓迎しており以前行きつけの小料理屋からの訪問もある。また家族の協力を得て馴染みの店での買い物や外食等も行なわれていて、馴染みの人や場所との関係が途切れない支援がなされている。	
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	利用者間では、仲良くしてみたり、喧嘩してみたり、仲裁し合ってみたり、それぞれの独自の世界観がある。入居者一人ひとりが役割を持ちながら生活している。		

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、死亡退去がほとんどであり、全てが終了するまで、家族と協力体制でいる。その後も継続的に付き合いがある。		
<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	動作の前にまず本人に聞く事から始まる。以前からの生活パターンを変える事の無いように対応し、本人の生活スタイルの維持に努めている。	利用者本人から思いや意向を酌み取る事から始まり、今迄の生活パターンを変えないで本人の生活スタイルを尊重し、生活歴を家族・親族等多方面から聞き取ってこれまでの暮らしの把握に努めている。個人ファイルでADL/QOL表に詳細に記載しその対応策を記録し、職員全員が共有して本人本位の対応がとられている。	
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	スマイルに入居前に以前からの生活歴は、多方面より聞き取り調査を行なっている。この情報が無いと、スマイルではケアが開始できない。		
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	日々の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している。特筆すべき点や改善項目、急な変化については申し送りノートで周知徹底をし把握している。		
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	介護計画は年2回定期見直しをするべく予定を立てている。変化があれば都度カンファレンスを行ない、見直しを行なっている。	「個人ファイル」と今迄の介護記録に改善を加えた「生活記録1表」を基に家族・職員全員・居室担当者の意見を纏めて介護計画を立てている。年に2回の見直しを行ない、変化に応じて随時見直しを行なっている。長期目標達成に向けた短期目標はその人の現状に合った、達成可能なケアプランになるようにしている。	
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	個人記録には、職員誰もが知っている事の変化の無い事項の記載をなくす事で、情報量が簡素化し変化を共有しやすくなり、次に引き継ぐ事が容易にできるようになった。同時に記録にかかる時間も減り、関わる時間が増加した。		
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	本来、システムやマニュアルが無いため、常に利用者のニーズに応じていく事が、当日の仕事となる。柔軟な姿勢のスタッフが、事業所の多機能化を実現している。		

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	畑仕事や、美容院、消防署や図書館、さまざまな資源の活用で、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	各専門科医が、認知症をよく理解しており、スマイルとの独自の医療連携は協力的で非常にスムーズである。認知症専門医師の往診も受け入れている。	かかりつけ医へは家族の付き添いが基本であるが職員同行受診の場合費用が明示され同意の上で支援がされている。受診結果は介護記録で情報の共有がされ、家族に連絡するシステムがある。3週1回内科医・看護師・認知症専門医の訪問診察があり利用者の希望で受診ができ、利用者家族にとって安心な受診体制が構築されている。	
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	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、そうした場合に備えて病院関係者との関係	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	入居時より、段階的に看取りの方向性を家族と病院関係者と担当医師で協議し合っている。終末期を迎えた時にホームでできる事、できない事を家族と共に協議し、対応を行なっている。	終末期については「看取りの指針」で説明し、利用者・家族との間で合意がとれている。医療の度合いが進んだ場合医師・家族で相談し施設として適切な対応が図られている。胃瘻の方も出来るだけ長くホームで暮らし続けられる支援を行なっている。急変時対応マニュアルを整備しており適切な支援がなされている。	
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	急変対応について、研修、実践ともに全てのスタッフが熟知しており、常に危機感を当たり前に持ち、危険を予測した対応ができている。		
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	災害マニュアルと、防災訓練、避難訓練を行なっている。地域の自警団の協力も得られ、近くの青年館を避難所にできる事になっている。	スプリンクラー始め充実した設備態勢となっている。年2回消防署指導の下総合訓練を実施している。自警団の見学、区長の推進会議での意見参考等地元との連携も出来つつある。青年館迄の避難訓練の回数を増やす事で習熟度のアップを図りたい。	

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	個々に感じる、快、不快を理解する事で、尊厳を守ることに繋がる事に力を入れ、ケアをしている。細かな目線の高さや介助の角度にまでこだわっている。	プライバシーの確保、利用者の尊厳の大切さは管理者が認識し重要事項説明書を始め新任・現任の教育指導に力を入れている。職員同志や管理者の気付きがあればその場で注意をし、職員の意識を高める様絶えず指導している。	
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	常に選択肢を用意し、選んで頂く事、決めて頂く事になっている。自己決定が困難になってきた方には、その思いを考察し読み取る力を付ける努力をしている。		
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	それぞれの機能に合わせた、食事の準備、片付けを行なっている。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。	献立を職員で立案し、前日に利用者と一緒に買い出しして利用者の役割分担で調理されている。食前には嚥下運動をかねた口腔体操や歌等で食欲を促して楽しい食事時間となる様支援されている。食事形態は利用者個人にあわせた対応になっている。	
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。定期的に歯科受診をしている。		

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	どのような状態でも、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。	排泄チェック表で時系列に確認されパターンを把握してトイレでの排泄に誘い自立排泄の支援をしている。食物繊維・牛乳・ゴマ油等で便秘対策の工夫がされて便秘薬の使用はなるべく避ける方針をとっている。	
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	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。食物繊維の多い食材に留意し、座位での排便を心掛けている。高齢化に伴い活動量の低下がある。		
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	利用者本人の取り決めに合わせ柔軟に対応している。全介助で自分の意向を伝えられない方のみ、1日置きと取り決めている。基本的には毎日入浴するように支援している。	大きめな浴槽に滑り止めの床、温度管理された浴室、声かけ誘導にも細やかな配慮がされた支援がなされている。基本は毎日で有るが利用者に合わせ無理強いしない柔軟な対応が取られている。	
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	就寝時間に決めはなく、昼寝等時間にとられない支援をしている。自分で身体を動かさない方の寝る姿勢にもこだわって検討を重ねている。		
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	排泄委員が薬の管理をし、適時疑問があれば、個別に薬の内容表を確認できるようになっている。利用者担当者と管理者が薬の内容を把握している。		
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おり、今の生活の中に楽しみを取り込めるように工夫している。外出支援は入居者の楽しみでもあるが、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支援している	墓参りや、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。主に計画無しが多い。遠方への外出には家族の協力で実現している。	歩く事と、外での刺激を大切と捉え買い出し・散歩・庭の畑作業等工夫した外出支援がされている。リスク管理した企画外出になるよう管理者は外出計画の見直しを行っている。家族支援での外出もある。ワゴン車と乗用車を持っていて外出支援態勢はできている。	

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	財布を所持し、金銭管理が出来るようにしている。利用者の多くはスマイル銀行にお金を預けていると思い込んでいる為、事務所に預け入れや引き出しに来る。		
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	時代の流れと、地域密着になってから、手紙のやり取りが激減し、携帯電話持参の入居者もいる。電話でのやり取りは日常的になっているが、家族の在宅時間に合わせる配慮を要す。		
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	色々な音が混在し、あまり整理整頓されていないほうが落ち着く様子である。自室以外はいつも騒がしいが、自然と騒がしいほうへ集まってくる。椅子を点在させる事で、つかまりながら歩くのに便利との事。	日当たりの良いリビングには テーブル・椅子・ソファが適切に配置され寛ぐ場所が確保されている。壁には行事参加の写真やカレンダー・時計を飾り時の認識の確保に配慮された空間作りがされている。昼食前には利用者一人ひとりが順番で「スマイル10カ条」を職員と共に読み上げる等利用者同士の関係支援にも気を配っている。	
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。取り決めたわけではないが、それぞれの居場所が自然と決まっている。入居者間で問題が発生した場合は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	思い入れのある物は持ち込んで頂き、自宅の環境に近付ける努力をしている。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。	クローゼット・ベット・エアコンが設置されトイレ付きの居室も10部屋有り自由選択で入居頂いている。、飾り付けは思い出の品、大切な物で自由に飾り付けされている。居室の掃除も時間を決めて実施し清潔に保たれている。	
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	トイレや居室が分かる、表札や掲示物が目の高さにある。ハード面ではバリアフリーで恵まれているが、フラットな環境が自立の妨げになる事もある。		