

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	0790300180		
法人名	有限会社 アルコップ		
事業所名	ナーシングケアセンター 縁寿の園 さくら木(GH)		
所在地	福島県郡山市桜木一丁目5番4号		
自己評価作成日	平成24年8月31日	評価結果市町村受理日	平成25年1月10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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=07
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8043 福島県福島市中町4-20		
訪問調査日	平成24年10月17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)】

事業所は市の中心部に小規模多機能型居宅介護事業所と併設している。近隣は、病院、ショッピングセンター、学校などがある。全職員が理念を意識して、入居者の声を職員で共有し、その日その時の瞬時のその人らしさに取り組んでいる。入居者の笑い声が多く聞かれ、笑い声で事業所を暖かく包んでいる。協力医療機関は24時間の往診が可能な体制になっている。職員一人一人が入居者と家族の一員となれるよう日々、努力している。

【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)】

1. 年に2回家族会を開催し、日頃の利用者の様子を伝えながら事業所に対する忌憚のない要望や意見を聞き取っている。直ぐに改善策を検討し、取り組みにつなげており、経過もわかるよう文書で家族に報告している。家族からは、最終的な実践状況までわかる要望確認表を作って欲しいとの意見があり、家族の協力を得ながら作りあげた。
 2. 法人理念をもとに現状に即した事業所理念の見直しを行い、理念に沿った実践ができるよう年度目標達成計画を作成し、実践につなげている。
 3. 職員間のコミュニケーションがよく、職員が連携して利用者に寄り添いながら、明るく笑顔で接しているため、利用者は落ち着いて穏やかに過ごしている。

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 ↓該当する項目に○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している (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	法人理念に添って作成した介護理念を掲示し、具現化に向けて取り組み年間計画を作成している。毎月のユニット会議で触れ全職員が意識して取り組んでいる。新任職員には採用時に理念を伝え理解している。	前回の評価で改善項目となったため、今年度、新たに理念に4つの柱を作り、実践に向け年間計画に沿って取り組んできた。毎月のユニット会議では全職員で唱和し、新人研修会で伝えており、職員間で理念は共有され、実践につながっている。	
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	地区行事や散歩、買い物などに出掛けた際には近隣の方と挨拶を交わしている。夏祭り、クリスマス会では近隣の方を案内している。	日常的な散歩や買い物の際に近所の人と挨拶を交わしたり、地区の祭りには、利用者全員で出かけている。また、事業所行事(夏祭り等)には地域の人を招待し参加が得られる等双方向で交流がなされている。	
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	夏祭りやクリスマス会で地域の方へ参加をして頂き、認知症の人と接する機会を設けている。又、近隣の方から、認知症についての相談がある時はその都度、話しをしている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	年間予定計画を作成しテーマを事前に決め、委員の方より意見が聞かれるようにしている。今年の会議テーマとして、震災の連携について意見交換をしている。	運営推進会議は、定期的に行われている。事業所の実情を報告した後に毎回、テーマを決めて意見を出してもらっている。そのため、災害時の連絡体制等が構築され、地域の人との関わり等も明記した災害マニュアルも出来上がった。	
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	市より相談員の方を派遣してもらい意見交換をしている。管理者がキャラバンメイトに登録しており、依頼を受け機関などで活動している。	市の担当者とは、介護認定の更新手続きや運営推進会議録等の提出時に訪問し、事業所の現状を伝えている。また、管理者は行政主催のキャラバンメイトとして活動したり、市の高齢者福祉計画策定委員を引き受ける等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	年間で勉強会の計画に盛り込んでいる。又、定期的に身体拘束確認表で周知徹底をしている。	身体拘束をしないケアの実践に向けて、職員の勉強会を実施している。職員は、利用者ごとの対応の中で身体拘束をしない介護を実践しており、毎週、具体的な行為11項目をチェックシートで確認している。日中玄関の施錠はされていない。	
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	年間で勉強会の計画に盛り込んでいる。入居者の接し方に悩みがあった時は、チームで話し合いを持っている。		

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
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	年間計画に勉強会を盛り込み学ぶ機会を設けている。必要に応じて活用、支援している。		
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	契約時には理念、料金、職員体制、苦情、事故、重度化、看取り、退居など話し合いをして、納得が得られるまで説明をしている。入居者の状態変化により契約が終了になった場合は、本人、家族、包括と話し合いを行っている。		
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	意見、相談、苦情は定期的な会議で話し合い対応策から対応策の結果まで提示している。経過は速やかに全職員に伝え全職員で取り組んでいる。今年、家族会と意見交換をし、一緒に要望用紙を作成できた。	年に2回家族会を開催している。事業所の状況報告後に家族だけの意見交換時間を設けており、忌憚のない意見が出されている。出された家族会の意見・要望に対する改善策とその後の経過は書面で報告しながら、運営に反映させている。	
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	管理者が各会議に出席して、職員の意見を確認している。また、個別面談を定期的実施している。月1度、法人代表との会議では職員の意見を反映させる場をもうけている。今年より、職場意識アンケートを実施している。	職員会議や個別面談の中で職員から意見等出されており、運営に反映させている。日頃から職員間のコミュニケーションはよくとられており、どんな意見等も言いやすい雰囲気である。今年から職場意識アンケートを実施し、職員の意識を把握している。	
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	資格取得した場合の手当の支給、年間目標を定め知識の向上に努めている。又、一人一人が目標を設定して組むことで、達成感、満足感を感じられるよう努めている。		
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	福島県GH協議会に加入しており経験年数・個人の能力に合わせ外部研修に積極的に参加している。内部での勉強会では、年数・資格・個人能力に応じて、発表する機会を設けている。		
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	福島県GH協議会に加入しており、管理者会議や外部研修で他事業者の職員と交流を図る機会があり、情報交換を行っている。		

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
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	入居前の実態調査で本人の意向を聞き思いに向き合い課題分泌を行い、安心した生活が過ごせるよう努めている。		
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	実態調査では、本人だけではなく家族の思いを聞きサービスに取り組んでいる。入居後も面会時以外にも定期的に連絡し家族との交流の場を持ち意向が聞けるよう努めている。今年より、生活状況を月1度、文章で報告している。		
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	生活歴の過去と今を確認して、現在、何が必要なのか「旬」のサービスに沿えられるよう努め、他サービスの必要がある場合にも関係機関との連携を図り、その人らしい生活が送れるよう支援していく。		
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	日常生活の中で一つの事に対し協働作業と意識をして一緒に行動し一緒に暮らすパートナーとして、日々関係作りに努めている。		
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	面会時や電話、定期的な報告文章で状況や生活の様子を伝え意見交換しながら協力し合える体制を築いている。又、定期的に家族会を開催して意見交換して入居者本位の関わり方を図っている。		
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	調査時に馴染みの関係・物・場所・時間を聞きつながりが途切れないように努めている。今まで通っていた美容室など家族と協力し継続している。家族と協力し外出や外泊の機会を作っている。月1度、通信を送付している。	家族の協力を得て利用者が馴染みの美容室等へ出かけている。また、友人・知人が定期的に訪問してくれたり、お誕生日に花を持って来てくれる等馴染みの関係が継続されている。	
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	入居者同士の関係を把握し、入居者同士、積極的に話し合えるよう努めている。自らは関わりがもてない入居者がいれば、職員が声掛けし介入している。		

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	退居後、家族の同意のもと入居者に合いに行き出会えた縁を大切にしている。家族に退居後の様子を聞く等、相談可能な体制を整えている。		
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	入居者の家族からの要望を取り入れ、日頃の関わりを通して、個々の希望・意向を把握している。困難な場合は日頃の発語や表情より組み取り、ケア会議で望む生活が送れるようにプランに盛り込んでいる。	日常のかかわりの中で利用者・家族の意向を把握している。困難な場合は、家族等から聞き取った生活歴等から利用者本位に検討している。	
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	相談受付や実態調査時においてサービス利用までの経過や生い立ち・出身地・生活歴・生活リズムなどを入居者や家族より伺っている。		
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、申し送りを通して、入居者一人一人の体調や声、生活の様子など職員で共有し、一人一人がその人らしく生活が過ごせるよう努めている。		
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	計画作成担当者、居室担当者、管理者が定期的・状態変化時にモニタリング、カンファレンスを行っている。カンファレンスではセンター方式、長谷川式を使用して本人、家族の一人一人の意向に添った計画を作成に努めている。	利用者・家族の意向、利用者の身体状況の変化、職員の気づき等をもとに居室担当者とケアマネ、管理者が中心になり計画を作成している。また、実施記録をもとにモニタリングし、現状に即した介護計画に見直している。	
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	日々の生活の様子、声、状態変化などと個別に記録しており、職員に申し送りをして情報共有しケアやプランの見直しに反映させている。		
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	その時の状況に合わせ、その他のサービスの活用について情報提供している。併設してある他サービス機関の説明は契約時や面会時、家族会で説明している。		

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	訪問パン、訪問ヤクルトが一週間に1回、販売に来て購入している。近くのスーパーへ買い物に行き自分で選ぶ、自分で払うことができるよう支援している。		
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	ほとんどが協力医療機関がかかりつけ医になっている。定期的な訪問診療、急変時は往診の体制が整っている。主治医からご家族様へ連絡する連携を図っている。他病院へ受診時は経過、結果をご家族様、かかりつけ医へ連絡して状況が途切れないよう努めている。	利用者、家族の希望するかかりつけ医受診を支援しており、通院は家族が同行している。通院前に家族に状況を報告し、戻った時に受診結果を確認している。協力医療機関による往診は2週間に1度行われており、受診結果と日常の様子をお便り欄に手書きして伝えている。	
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	申し送りや日々の勤務で連携を図り健康状態を共有している。看護師は表情や健康状態などを確認して適切な看護に当たっている。状態変化時にはかかりつけ医へ連絡し連携を図り、受診時は適切なアドバイスと情報提供を行っている。		
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。	情報提供と口頭での申し送りをしている。入院中は職員が面会に行き病院側と連携を図っている。入院中の認知症の進行の防止を防ぐ為にもご家族様と協力して関わりを持つことで予防に努めている。		
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	本人・家族の面談の機会を作り話し合っている。段階に応じ主治医を交え話し方向性を定めている。結果は記録し同意を得ている。介護計画書から関わり方まで全職員で会議の場を持ち「旬」の支援に努めていく。	入居時に、「重度化した場合における(看取り)方針」を説明、同意を得ている。早期より家族等と事業所で話し合い、ターミナルケアの実践につなげている。「看取り介護マニュアル等」を文書化し、医師・家族の協力の下で、看取り体制の充実を図っている。	
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	緊急マニュアルを作成し職員がいつでも閲覧できるようになっている。緊急連絡の手順は全職員のIDカードの裏に書いてあり、確認できるようになっている。		
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	災害別の想定で避難訓練を行っている。消防署職員の立ち合いでは助言を頂いている。家族会、運営推進会議で災害の連携に触れ、協力体制を築いている。	年間計画を作成し、災害を想定した避難訓練を実施している。各居室の入り口には非常時、誘導した後に印を付け確実に誘導できるように工夫されている。備蓄も常備されている。災害時の連絡網に地域協力者も入っているが、避難訓練への参加等は見られない。	実際の避難訓練では、事業所と消防署の連携だけでなく、地域住民にも参加を得て、協力体制作りをして欲しい。

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
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	その状況や症状に合わせ個々に合った声掛けを行ったり、1対1のコミュニケーションを取り入れたりし尊厳やプライバシーを損ねないようにしている。個人情報の取扱いには十分な注意を払っている。	利用者の人格を尊重しながら、時々には地方独特の方言を織り交ぜ声かけている。着替えの際には居室のドアを閉めたり、言葉遣いや対応等気づいた点は職員間で話し合い共有している。プライバシー保護等の勉強会を実施している。	
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	買い物、飲み物などを、自分で選ぶ場面を作っている。又、自分で選ぶことが困難な場合は情報を家族から得たり、表情を見て選択の工夫に努めている。		
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	一人ひとりのその日の心身状態に配慮しながら、本人のその時の気持ち考えながら職員が何が出来るか個別性のある支援に努めている。		
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	外出時、入浴後の服など入居者と一緒に好きな服を選び身だしなみの支援を行っている。又、買い物の時に衣類も購入している。散髪の際は家族と馴染みの店に行かされている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	季節や行事、献立に応じて、手作りで一緒に作っている。食前後の片付けは日常的に行っている。又、食事の時には食べたい物を聞き、おやつや食事を提供している。	利用者と近くのマーケットと一緒に買物に出かけ、食べたいものを聞いて、個々の状態に合わせて盛り付けを工夫し、職員も一緒にテーブルを囲み会話しながら食事が楽しめるよう支援している。利用者が作る3時のおやつは、好評である。	
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	個々の制限の有無、食べやすさを把握し提供している。毎食の摂取量を確認している。摂取量が少ない時は、嗜好の物の提供、状態に応じて医療連携を図っている。水分量が少ない時は、好きな飲み物を選んでる。		
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	毎食後に歯磨きの声掛けを行い、個人の能力に合わせ介助している。義歯の方は就寝前にポリドントで洗浄を行っている。		

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	排泄チェック表を使い、時間や習慣を把握し、本人の生活リズムに合わせトイレ誘導を行い、状態に合わせてトイレでの排泄をしている。	排泄チェック表をベースに排泄パターンに合わせて出来るだけトイレで排泄が出来るよう誘導し、羞恥心にも配慮しながら支援している。	
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	便秘の原因や影響を職員も理解した上で繊維質の多い食材や乳製品などを取り入れている。散歩、体操など適度に身体を動かす機会を設けて、自立排便に取り組んでいる。		
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	個々の希望の時間に入浴している。入浴前には自分で好きな着替えの服も選んでいる。入浴剤も数種類の中から選んで頂き、リラックスしてもらえるよう努めている。	午前、午後何時でも利用できるように、一人ひとりの生活習慣・希望に沿った入浴体制となっている。入浴時、利用者の好みで入浴剤を選び、香りを楽しんでいる。入浴チェック表を利用して、無理強いない入浴支援をしている。	
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	体調や表情、希望で、いつでも居室でゆっくり休息できるようにしている。シーツ交換も定期的にし清潔な状態で安眠できるよう支援している。		
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	処方箋は職員が必ず確認し、医師からの指示・変更があった時は、記録に記入している。服薬時は必ず名前、日付を確認している。服薬後の変化やサインを見逃さないようにして声、表情、行動を察している。日頃、情報を共有して看護師・主治医と連携を図り安心して暮らせる生活に努めていく。		
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	個々の出来る事、出来ない事、生活歴を把握し能力に応じて力が発揮できるように支援している。食べたい物アンケートを取り提供している。		
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	近所のスーパーなどに買い物に出掛けている。日常的に散歩で出掛けている。地域の人と話しや挨拶をかわしている。家族とも、いつでも外出、外泊できるようになっている。	日頃から事業所周辺の公園、河川を散策したり、地元の商店へ買い物に出掛け気分転換を図っている。また、利用者の希望を組み入れた外食へ出かけたり、地域の祭りや行事（鬼子母神、さくら木祭り、開成山子供祭り、花火大会など）に参加している。	

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
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	状況によっては預かり、外出時に渡し買い物している。預かる場合は一緒に金銭を確認するなどをしている。		
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	電話はいつでも使用できる。個々で携帯電話を使用している方もいる。手紙は本人の希望や行事に合わせて書いている。		
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	季節の生花を飾ったり、自分達で植えたりし季節を感じられるように支援している。入浴時にはバスクリンなど使用し快適に入浴できるようにしている。温度、湿度は空調でその都度対応している。本棚、お茶入れ道具を準備し自由に使用できるようになっている。	居間や廊下は広々して明るい空間となっており、空調で温度・湿度の調節も図られ快適な空間となっている。共有空間には行事ごとの写真やお花が飾っており、季節感が感じられる。	
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	気が合った入居者同士コミュニケーションが取れるように席を工夫している。共有スペースにはテーブル3台あり一人でも過ごせるようになっている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている	自宅との違いに不安をなくすように使い慣れたものを使用し大きな変化がないようしている。家族写真や思い出の品など居室に飾っている。	居室には、仏壇・タンス・衣装ケース、写真や思い出の品が持ち込まれ、それぞれの利用者が安心して生活できるように配慮されている。	
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	居室の入り口前には個々で違う物で目印をつけ一目で分かるようになっている。段差がなく、廊下、トイレ、浴室には手すりがあり、移動・移乗に支障がないようになっている。		