

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	4472600941		
法人名	特定非営利活動法人 養老会		
事業所名	養老の泉パートII		
所在地	大分県豊後大野市大野町大原1186番地1		
自己評価作成日	平成29年11月30日	評価結果市町村受理日	平成30年2月19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/44/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigvosvoCd=4472600941-00&PrefCd=44&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人第三者評価機構		
所在地	大分市大字羽屋21番1の212 チュリス古国府壱番館1F		
訪問調査日	平成29年12月15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)】

利用者の重度化が進んできており、去年できていたことが今年出来なくなる、という場面も見られるようになった。その中で、自己決定の自立と日常生活の自立を目標に、利用者主体、ADLの維持を目標に取り組んでいる。家族との密な連絡を通して、利用者の状況の共通把握をめざしている。家族の要望と事業所の方針が合わない場合は、家族を否定することはせず、事業所の取り組みを説明し、できるだけ方針を家族の要望に近づけるようにし、そのうえで双方の妥協点を探るようにしている。

【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)】

理念「本人本位・チームワーク」と行動指針4項目における施設運営に向けた漸進的な取り組みの姿勢が伺えます。理念の周知を実践に繋ぐ援助において、運営の基盤となり得る理念への立ち返りにより、寄り添いと思いやりの心の本質に着目し、課題意識を支援の向上に、職員間の理解と共有を深めながら職員のチーム力による支援に努めています。地域間交流においては、行政機関との連携・地域代表者との協同による地域福祉の向上への体制づくりが図られ、また、施設として継続的な地域連携に努めており、法人の多事業所との連携の営みによる田舎の暮らしを支え合う環境・組織づくりへの積極的な支援(防災を含む)の姿勢も特色の一つです。利用者・家族と職員間との交流を大切に、思いや意図の把握と職員間の周知に努め、日常の暮らしでの身体機能の保持・心の共感に繋ぐ柔軟性を備えた職員力を支援のポイントに捉え、施設力の向上を目指し、利用者と家族・行政・地域・職員と向き合う管理者(誓式の改善も含む)の心構えが図り知れます。

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、活き活きと働いている (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
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	毎月スタッフ会議で話し合い、理念に沿う介護を念頭に実践を心掛けているが、言葉かけ、態度が理念に反映されていないこともある。一人ひとりの心がけにばらつきがあるように感じる。	理念に通じる根本的な追求(利用者の視点と支援の意図)と、生じるギャップの理解(支援の有り方の見つけ直し)、支援に繋ぐ職員間の思いの共有を視野にチームづくりに取り組んでいます。	「利用者本位」においては、課題意識(利用者の希望の動作・生活の質の向上)を真摯に捉え、実直に向き合う管理者の姿勢が伺えます。チームワークの更なる向上への取り組みに、期待が持たれます。
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	年に数回、喫茶の日や避難訓練、事業所の行事などで近所の人と触れ合うようにしているが、参加される方が固定化されている。もう少し多くの方々と交流できるよう工夫する必要がある。地域の行事や清掃活動、交通指導等には職員代表が参加している。	地域行事(保育園・チャリティーショー等)の計画への組み込み・住民へ認知症の理解を深める取り組み・施設行事への案内等、交流を介し住民と触れ合う機会づくりに努める姿勢が伺えます。繋がるメリットや検討課題の把握を糧に、支援の向上に努めています。	
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	認知症についての理解や支援方法を地域の人々がどれほど知っているか分からないが、行事を通して実際に交流を持ち、触れ合いのなかで理解につながるよう取り組んでいる。しかし、今一歩踏み込めていない。		
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	運営推進会議での内容はスタッフ会議等で報告されるが、職員の意見を運営推進会議に反映させることはできていない。運営推進会議に参加する職員も固定されているため、職員間の広がり課題。	施設の現状(近況・ヒヤリハット・テーマ等)の発信・意見交換と参加者からの情報伝達において、共通意識と理解を大切に、施設の質の向上や地域連携への発展的な協議に努めています。	地域連携の仕組みづくりにおいて、管理者の心構えと実践の姿勢(行事とのタイアップ含む)が伺えます。地域社会との関係性は「行動目標」にも表記の事項であり、職員の意識の向上に期待します。
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	主に事務的な面で相談に乗っていただいている。また、担当者が運営推進会議に参加された時に、事業所の実情などを報告し、助言を頂いている。法制面で分からないことをたずね、的確な返答を頂いている。	運営推進会議での交流関係や行政機関への電話連絡・相談による助言等により、相互間の関係づくりが図られています。	
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	法人内研修等を通じ、全職員が正しく理解するように努めている。個々の具体的な行為については、それが身体拘束にあたるのかを確認し、職員間で常に話し合いを持っている。身体拘束を行わない介護を目指して取り組んでいる。職員の間で、「身体拘束はいけない」という考えが身についているようである。	利用者本位・尊厳の理解においては、職員への意識づけ(研修・現場での支援にて)が行われており、人権擁護と拘束排除・言動への配慮の重要性について、職員個々の気づきと理解、職員間での周知徹底に取り組んでいます。	
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逃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	法人内研修などで虐待防止法について何度も取り上げ、知識を深めるようにしている。実際の介護現場では、職員個人レベルで虐待にならないよう気を付けている。ただ、誠心誠意してもらおうとする行為が、かえって利用者にも無理を強いている場面も見られた。		

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	権利擁護の制度について研修の機会をもっているが、日常生活自立支援事業、成年後見制度などは、実際の場面に出会う機会がないため、活用しているとはいえない。		
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	契約時、ひとつひとつ説明を行い、疑問があれば答えるようにしている。		
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	契約の際に、苦情・相談窓口が事業所内や市、国保連などにあることを説明している。日常では、利用者の気持ちを聞き、家族等の面会時に要望や意見が聞かれれば管理者に報告し、気持ちに応えられるよう努力している。	面会時の交流や遠方の家族への電話連絡による共有、その場を和ませる雰囲気と言葉を大切に、思いの通い合う交流に努める姿勢が伺えます。職員間での周知と援助に取り組んでいます。	
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	会議や個人面接等で職員の意見を表す機会はあるが、運営に関してまで踏み込んだ意見のやり取りはできていない。	理念を柱に、「今の姿」に寄り添う思いの大切さをチーム力に繋ぐ取り組みにおいて、職員の意向・アイディアの発信・協議・実践が図られています。個人面談(年2回)も行われています。	
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	代表者が個人面接をしたり労働業務のことなどで話を聞いたりしているが、個々の職員のやりがいのある環境整備までには至っていない。勤務状況の把握、評価のあり方など、現在取組中。		
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	職員の思いや力量を把握しようとしているが、それを個別にマッチした研修に結びつけるところまでには至っていない。研修計画は、今年度中に素案を作り、来年度から試行を重ねていく予定。		
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	同業者との交流機会はなかなかできていない。認知症ケア研究会や小規模ネットワーク等、代表者が主になって参加する程度。		

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	本人の状態、家族の希望を把握し、ミーティングで話し合っって良好な関係作りを心掛けている。また、本人、家族の思いを初期のケアプランに取り入れるようにしている。		
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	家族の希望を聞き、会議などで職員が共通理解し、できるだけ希望に沿う介護、家族との良好な関係に取り組んでいる。また、本人、家族の思いを初期のケアプランに取り入れるようにしている。		
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	さりげない会話の中で見極めるように努力している。ただ、即断が有効な支援の場合であっても、万全を期すためにミーティングを行うため、対応が遅れることもある。		
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	利用者の話を傾聴し、信頼関係を構築し、共同作業等を通じて良好な関係を築くように努めている。利用者のやりたいこと、やれることなどを毎日の会話などから探り、職員と共にできることを見つけて行っている。ただ、年々利用者が重度化し、できることも少なくなっている。		
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	家族がいらしたときなど、話し合う機会は少ないながら、少しずつ会話の中に入れていただき、話していただくことに耳を傾け、信頼してもらえるよう努力している。家族の要望に、介護の現状をできるだけ寄せるようにしている。		
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	馴染みの関係の人が来た際には気軽に話せる環境づくりに努めている。馴染みの美容院や店に行くことも、利用者の希望によってできるだけ行うようにしている。体力の低下等で外出が難しくなった利用者などには、会話の中に話題として加えたりしている。	家族との相互のコミュニケーションにより、生活暦の把握と触れ合いの関係の保てる暮らしの援助(知人や友人の来所・職員同伴の家族との外出等)も行われています。馴染みの回想を会話へ繋ぐ、思いの豊かさも心得ています。	
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	職員が積極的に声掛けを行い、共同作業や機能訓練を一緒に行うよう配慮している。個人間の関わりなどの問題点はスタッフ会議などで検討し、円満な関係を保つよう心掛けている。ただ、お互いに話せる利用者も減少している現実がある。		

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
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	死亡退所される利用者がほとんどであり、引き続きフォローが必要な家族は少ないが、相談の電話があった時等は相談に乗っている。		
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	利用者の話を聞き、思いに添えるよう努力している。意向を表せない利用者に対しては、声かけを行い、発語、表情などで確認するようにしている。また、多方面から考えるように努め、職員の自己満足にならないように気を付けている。	利用者の思いや意向と真に向き合う支援の有り方と、本人の心身的な視点に重点をおく支援、その方向性のギャップを踏まえた援助の可能性と、環境調整等への課題にも意を汲んでいます。	
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	フェイスシートや家族の話などから生活歴や嗜好を把握し、共通理解できるように努めている。サービスの提供で戸惑う時等はフェイスシートや経過記録を読み直して打開するよう努めている。また、それでも分からない時は家族に問い合わせたりもしている。		
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	利用者の日常を観察し、会話の中で心情の変化などを読み、食事、睡眠、排泄などの体調などを把握するよう努めている。		
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	利用者についての情報を会議で出し合い、ケアプランに反映できるよう努めている。その際には家族からの希望なども盛り込み、本人、家族にとってよりよい計画となるように心がけている。	明確な書式への移行(日々の支援経過と介護計画の連動)による統一性ある支援とチームでの計画見直し(月毎プレモニタリング・6か月毎モニタリング)、家族の思いの反映も図られています。	
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	日常の様子は個人ケース記録に記入し、食事、水分量、排泄などは記号化し、職員間で情報を共有しやすく工夫している。また、日々の様子を職員で共有し、会議などで話し合うことにより介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人の状況を把握し、また、家族の希望やニーズを把握してサービスに活かすようにしているが、現状ではできることが限られており、柔軟な支援や多機能化には至っていない。		

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
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	地域資源の把握ができていない。しかし、できるだけ様々な地域の催しに参加できるよう、年間計画に組み込んで実践している。催しの場所の関係や、利用者の体力、状態により、参加できる方が少なくなっている。		
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	入所時、かかりつけ医の確認を行っている。協力医がかかりつけの利用者が多く、利用者の身体状況などを毎日やり取りしている。それ以外のかかりつけ医には、必要な時に連絡をとるようにしている。	週4日かかりつけ医による往診を行ない、バイタルチェックの結果は毎朝FAXし、常に情報を共有しながら適切な対応が取れるよう努めています。通院は家族の協力も得ています。	
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	日々の生活の中で利用者の変化を見つけた場合、必ず看護師に連絡するようにしている。看護師は適切に処置、指示を行い、場合によってはかかりつけ医に相談するようにしている。		
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。	入院時は介護要約を送り、病院での生活に困らないようにしている。入院中は入院先の病院と連絡を取り、本人の状態を把握するようにしている。退院時は看護添書をもらい、入院生活からの変化が少なくなるよう努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期に近づいた利用者の家族には時間をとってもらって話をしている。その際、伝えたこと、聞いたことを記録している。また、終末期に入ったと思われる利用者の家族には、かかりつけ医から状態の説明をしてもらっている。その際にも職員が同席し、記録をとっている。これからの課題は、看取り介護を全員が同じレベルでこなせるように取り組むことだと思う。	入所時、終末期に施設が出来ることを説明「重度化した場合おける対応の指針(重要事項)」し、家族に確認のサインを頂いています。実際、その時が近づいた時は改めて医療、施設、家族との話し合いを持ち、関係を密に取りながら安心して納得した、最期を迎えられるよう取り組みをしています。	施設長(正看護師)への連絡体制(状態の変化に気づいた折)を看取り基本に、支援に取り組んでいます。個々の職員の今までの経験を生かし、施設としてのマニュアルを、職員と協同で作成されていくことを希望します。
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	スタッフ会議や消防署員を招いた講習で訓練を行っている。ただ、年に2度程度なので、実践力が身につけているとは言い難い。		
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	避難訓練を通じて、敷地内の避難場所の確認や避難方法の確認をしている。防災無線を通じて地域の方にも協力をいただける体制もついている。逆に、大規模災害が起きた際には、当施設を避難場所として地域の方の安否確認をとるようにしている。	年3回、避難訓練を様々な場面を想定し、施設全体で毎回改善点を確認し次の訓練へと生かす取り組みをしています。その際は消防署の方など外部の方や地域の方の意見を頂き地域との協力体制も築かれています。	

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
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	人格の尊重、プライバシーの保護についての研修を内部研修で毎年行っている。実際の介護現場では、研修内容ほどのプライバシーの配慮ができていない場面も見られるため、徹底していく必要がある。言葉かけは各職員が気を付けるようにしているが、気を付け方にばらつきがある。	研修を通じて、施設全体で常に利用者のプライバシーの配慮を大切にされています。配慮に欠けた対応があった時は、その都度確認し、気をつけながら利用者の気持ちを大切にしていこう、職員全員で意識を高く持ち取り組まれています。	
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	一人ひとりの利用者の希望に添えるよう、日常生活で話を聞いたり外出ができるように支援を心掛けているが、職員主導の誘導などが見られるため、自己決定と自立支援について何度も話し合う必要がある。		
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	一人ひとりのペースを大切にすることの大切さを、会議や研修を通して伝えているが、いざ現場で動くとなると、やはり職員主導の面が出てくる。職員によって解釈がまちまちであることも原因の一つと思われるので、研修等を重ねていく必要がある。ゆったりとした時間などでは、利用者のペースに合わせた支援ができやすい傾向にある。		
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	できるだけ利用者の好みに合わせられるように支援を行っているが、意思表示のできない利用者には職員が考えて支援を行うしかない。頭髪、口の周り、目やに等、最低限の身だしなみは整えることが出来ていると思う。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	メニューの選択は法人の特性上無理であるが、好みの食べ物を家族に持ってきてもらったり、家族と一緒に外出した時に好きなものを食べたりすることはできている。片づけは、能力のある利用者に声をかけ、食器洗いやお盆拭きを共同で行っている。	利用者の希望は、日常の会話の中などから聞き取り、イベント食などに反映させています。畑での収穫や片付けなど出来る範囲で一緒に取り組み、利用者と同じ食事を一緒にとり、楽しみながら支援に努めています。	
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	個人ケース記録を確認し、毎日状態には注意している。食事は食べやすい方法を工夫している。水分量は摂取した量を職員間で確認しあうこともしている。		
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	毎食後のケアは必ず行っているが、自力の口腔ケアが困難な利用者はうがいที่ไม่十分になりがち。自力のできる利用者については声かけを行い、場合によっては磨き直しを行っている。		

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	利用者の排泄パターンを把握し、適宜声掛けを行っている。できるだけトイレでの排泄を目指しているが、機能低下などで身体的に無理な利用者が増えてきた。	各人の排泄パターンは、チェック表などで把握し出来るだけ自立に向けた排泄に努めています。近年は機能低下が進み、様子を見ながらパット使用や夜間のポータブル使用等、家族と相談しながら対応しています。	
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	便秘や便についての学習は年に1度程度スタッフ会議で行っている。便秘予防に取り組んでいるが、歩行困難な利用者が増え、上体運動だけになることが多く、便秘解消には至っていない。最終的には薬に頼っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の身体状態が全体的に低下している現状では、入浴支援ではなく入浴介助が必要となり、勤務体制的にどうしても入浴時間帯は職員都合となる。その時間帯の中ではできるだけ希望に応じて入浴してもらうようにしている。	利用者の体調を考慮しながら、支度のできる利用者の方には準備(衣類など)からして頂き、入浴剤やお湯の温度など各人の好みを反映させたり、保温など身体への配慮も大切にされた支援に努めています。	
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	利用者の様子を見ながら声掛けをしている。状況によって午前中や昼食後でも居室で休んでもらったりしているが、無理に時間に合わせることはしていない。		
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	薬剤の効用については処方箋を参考にしている。毎日の状態観察とバイタル値を確認し、異常が見られた時はすぐに看護師に報告するようにしている。服薬の支援は、飲みこぼしがないように最後まで職員が確認するようにしている。服薬を理解できない利用者には職員が口に運んで飲んでもらっている。		
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	利用者本人の意欲や能力によって支援をしている。できるだけ個別に楽しみを提供しようと工夫しているが、利用者の気持ちに添っているか不安点が多い。		
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	希望する利用者には職員同伴で外出してもらっているが、外出を希望する利用者は少ない。家族がきて外出する時は1日をかけて好きなどところに行っている様子。事業所の行事としては季節ごとのドライブを組み込んでいる。	利用者の希望が少なくなりつつあるものの、季節ごとのドライブや馴染みの場所への外出支援等に努めています。天気が良い時は声かけをし、施設の外で散歩や日光浴を楽しむ支援に努めています。	

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
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	ほとんどの利用者はお金を持つことが困難であり、持とうという意欲も見られない。自己管理している利用者については、移動販売車が来た時に買いに出たり、希望があれば職員同伴で町まで買い物に行ったりしている。		
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	手紙のやり取りは、こちらから相手に書くことはできていない。相手から手紙が来るがあるので、それを本人に渡し、お礼の電話を本人がかけたりすることはしている。		
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	季節感を取り入れるために、ウッドデッキにプランターを置いて季節の花を植えたり、室内の壁に四季の絵や貼り絵をしたりして工夫している。室内構造的にトイレとホールが近くて利用者が不快な思いをすることもあるが、消臭スプレーで対応している。	利用者が不快な思いをしないよう、随所に心配りが感じられる取り組みをされています。居心地よく過ごせるような空間づくりだけでなく、不安を与えないような職員の行動(敬う気持ちの表れ)からも、利用者への配慮の姿が伺えます。	
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	ソファやイスなどを配置し、好きな場所で気兼ねなく過ごせるように努めている。利用者はそこで思い思いに過ごしているが、利用者同士の会話はあまりみられない。		
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	面会者が来ても居室で会話できるような空間を作っている。家族との写真やいただきものを飾ったりして生活感を出している。部屋をせいとんできる利用者は、本人の好みで部屋をアレンジしている。	馴染みの物を持ちこまれたり、自分の作品を飾るなど居心地の良い居室づくりがされています。手すりの位置や家具の配置、温湿管理など安心して過ごせるための配慮に努めています。	
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	ホール周囲に手すりを配置し、できるだけ歩くようにしている。利用者の身体状況(心不全、両下肢浮腫、下肢筋力低下、拘縮等)により、歩ける人数や歩ける距離が年々少なくなっているため、移動に関する自立は難しくなっている。		