

### 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	1293200018		
法人名	(株)リエイ		
事業所名	コミュニケア24浦安いまがわ館		
所在地	千葉県浦安市今川2-13-10		
自己評価作成日	平成23年12月15日	評価結果市町村受理日	平成24年3月1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/kaigosip/Top.do">http://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都港区台場1-5-6-1307		
訪問調査日	平成24年1月13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)】

センター方式によるアセスメントを実施し、職員一人一人が認知症対応についての意義、意味を見出し、穏やかでゆったりとした支援の実施を目指し、努力している。また、サービス担当者会議には極力ご家族に出席していただき、代弁者としてのご家族の意向を大切にしながらケアプランを作成し、ケアを実践している。運営推進会議にもご家族の出席を奨励し、意見の交換の場としている。高齢者の心身の健やかさを少しでも保てるよう努力し、ご本人、ご家族の安心を支えられるよう、日々努力をしている。また、季節が感じられるような行事や外出を継続して実施している。ボランティアの方など、「いまがわ館が好き」とおっしゃって下さる方が少しずつ増えてきており、近隣の保育園との交流も始め、地域に開かれたホームを目指している。

1. 事業所の理念「一緒に楽しく過ごす家」「普段の暮らしの継続」を既にかかなり高いレベルで実践しています。利用者が高齢(平均86歳)で介護度が高い人が多いにも拘らず、自分のペースで比較的元気に過ごしています。
2. 医療、健康面に力を入れており、内科医は隔週、歯科医は毎週、精神科医は月1回往診する体制になっています。又提携医療機関と24時間オンコール体制が出来ており、職員は、口腔ケア、体操、リハビリ体操等の支援をしています。
3. 大震災時、速やかに関係施設に避難する等適切な対応で家族から感謝されています。

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 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、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
<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	当館としての事業理念は、地域密着サービスの意義をふまえたものを継続して採用しており、館内に掲示して職員が確認できるようにしている。定例会議、勉強会などを利用して確認を重ね、実践に繋がられるよう努力している。	理念として、「一緒に楽しく過ごす家を心掛ける」「普段の暮らしの継続を大切に、地域に溶け込んだ生活をする」を掲げており、職員はミーティング時に確認、共有し、日頃のサービスで実施しています。	
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	道路清掃、自治会ふれあい広場への参加、今川復興祭りには公園清掃という形で参加し地域との交流を図っている。また周辺住民でボランティアに参加して下さる方など、馴染みの関係の人たちが少しずつ増えてきている。	自治会に加入し、積極的に地域の行事(道路清掃、公園清掃、自治会ふれあい広場)に参加しています。又散歩時に挨拶を交わしたり、傾聴等のボランティアの受け入れ等地域に根ざすべく努めています。	ホームから介護相談室の開催、介護制度の講演、余った介護器具等の無料貸し出し等を働きかけ、地域により一層貢献するように努めることが望まれます。
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	市からの要請で認知症で前講座の講師として参加。地域住民やボランティア団体に認知症の人に対する理解や接し方などを伝えている。		
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	隔月で運営推進会議を実施し、入居者、ご家族、市介護保険課、社会福祉協議会、各協力ボランティア団体、近隣住民などに参加を募り、サービス実施報告や勉強会を開き、質問や意見を聴取し、サービス実践につなげている。	2ヶ月に1回、市担当、地域包括支援センター、民生委員、介護相談員、地域の方、多数の家族、管理者、職員で開催しています。議題は状況・活動報告、事故報告、外部評価、避難訓練、認知症ケア等で、活発な質疑応答がされ、サービスの向上に活かされています。	
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に取り組んでいる	市内地域密着型サービス連絡会の会議、行事への参加や、事業所開催の運営推進会議の市担当者の出席の機会を持ち、情報交換や協力関係の強化に努めている。	市担当には、必要な都度報告し相談しています。運営推進会議に市担当又は地域包括支援センターが必ず出席、意見交換を行っています。又介護相談員を毎月受け入れ、サービスの向上に役立てています。	
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	隔月で身体拘束廃止委員会による会議を開催し、サービス実施中における身体拘束の発生、またはそれに繋がる恐れのある事例がないかどうかチェックをし、検討している。また身体拘束についての勉強会を開いたり、研修に派遣するなどして職員全体への意識の向上を図っている。	身体拘束排除宣言を運営規定で謳い、隔月に身体拘束廃止委員会による会議を開催し、発生又は恐れのある事例をチェック、検討しています。職員は、随時社内外の研修で勉強し、周知徹底を図っています。玄関は日中施錠していません。	
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	勉強会にて「尊厳」や「認知症」に関する理解を深めることにより、虐待やそれに繋がる意識の根を絶やす努力をしている。また、高齢者権利擁護研修に職員を派遣し、意識の向上を図っている。		

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	成年後見制度のパンフレットを玄関のカウンターに設置し、ご家族が自由に閲覧できるようにしている。成年後見制度の利用を希望するご家族があったので、市社会福祉協議会の協力を得て、運営推進会議にて勉強会を開いた。		
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	契約締結時、契約書、重要事項説明書の項目を利用者、ご家族とともに確認し、分かりやすい説明をしながらご家族に理解を図っている。		
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	隔月で運営推進会議を開催し、運営に関する報告、説明をし、それに対して家族等のご意見を伺っている。また社内アンケートを実施し、その結果を定例会で検討し、できる限り運営に反映している。	家族の訪問時や運営推進会議時に、家族の意見・要望を聴く他、毎年ホーム独自でサービス提供についてアンケート調査を実施、結果を運営に反映させています。実施例としては、声かけの仕方、薬の説明、足のケアの仕方等があります。	
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	毎月開催される定例会にて職員の意見も運営に関する意見、提案も含めて聴くようにしている。また、事業所ごとに業務改善委員を選び、事業所職員の意見を総括して、本部にて開催される業務改善委員会にて提案している。	管理者は、就業時や月1回の職員会議で、職員の意見・要望を聞いて、運営に反映させています。実施例としては、事業所間の交流、会議時間の残業扱い、朝食用食材の自己調達への切り替え、ヨーグルトからミルクへの変更等があります。	
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	介護職員処遇改善交付金を全額介護職員に分配している。また残業のない職場作り、人員配置を目指している。さらに残業を支給し、人事考課や企業業績を反映させた賞与、昇給を実施している。		
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	新人に対しては本部作成のOJTの教育システムに則り、半年間のコーチングを行っている。また、リーダー研修、計画作成担当者研修、ナース研修を本部で実施、学びの場としている。各人の希望により社内外への研修を受ける機会を設け、報告書を作成してもらっている。		
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	代表者は市の事業所連絡会会長を務めており、他事業所との交流機会づくりに貢献してくれている。市内の地域密着事業所連絡会による相互交流研修に職員を派遣している。		

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	定期的なアセスメントの実施の他に、日頃からご本人様の生活ぶりの変化や言動の変化を捉え、必要と感じ、また可能な状態であれば不安や要望をヒヤリングするように努めている。		
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	来訪する家族からはいつでも要望をおっしゃっていただけるような関係作りに努めている。またケアカンファへの参加の呼びかけや行事参加も機会と捉え、信頼関係を高める努力をしている。		
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	既存のサービスの形式に捉われることなく、ご本人、ご家族の希望や要望をしっかりと分析し、必要な支援を取り入れる努力をしている。御本人様がホームでの生活に慣れてこられた頃を見計らって、必要とあればボランティアや訪問リハビリ等のサービスを導入している。		
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	御本人様の持っている力、意欲を引き出せるようなケアプランの作成に努めている。また日常生活における働きかけは、一緒に外出したり、掃除したりするなど、共に一緒に暮らしている感覚をもっていただけるよう努力している。		
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	ケアカンファレンスや行事に参加していただくとともに、日頃からご家族に様々な報告、相談を個人記録、モニタリングの送付、口頭等により行い、情報を共有しながら家族と共にサービス作りを行っている。ご家族との外出や外出、外泊などを奨励して、実施して頂いている。		
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	御本人、またはご家族より昔なじみを聞き、アセスメントシートや情報シートに反映し、馴染みの店に出かけたり、他の事業所を利用されている馴染みの方と会う機会を作ったり、電話や来訪により交流が保てるように支援している。	遠方から家族に呼び寄せられた利用者が殆どで、近くに馴染みの人や場所が無い状況です。その為、家族が訪問し易い雰囲気を作り、いつでも受け入れるようにしています。入所後「ふれあい広場」に出かける利用者には、馴染みの人と会う機会が作れるよう支援に努めています。	
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	利用者個々の関係性を把握し、それぞれが不快な思いや寂しさを感じることはないよう、仲の良い利用者様同士の居室を訪問し合う機会を作ったり、また日常生活やレクリエーションを通し、仲間意識が高められるよう努力をしている。		

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	サービス終了後も必要と思われる支援は行える体制は整っている。退所され入院された利用者様に対して、お見舞いに伺い、ご家族の思いを傾聴している。		
<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	定期的にサービス担当者会議を実施し、利用者の現在の意向を確認できるよう努めている。御本人の意思確認が難しい場合には、日常生活の中でも問いかけや動作の観察の中から意向を汲み取ったり、ご家族からの意見を伺ったりしている。	入所時のアセスメントで本人、家族からの意向や希望を確認しています。入所後は日常の様子から意向を把握したり、個人記録や担当職員から情報を収集しています。また定期的に担当者会議を実施し、一人ひとりの現状の把握に努めています。	
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	定期的なケアカンファレンスの実施やアセスメントの更新によりご本人やご家族の意向を吸い上げるようにしている。さらに、各利用者の生活歴などの資料を個人記録とともにファイリングし、日常業務の中で参照できるようにしている。		
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	申し送りにて気づきを報告しあったり、担当者制などにより細かな把握に努めている。定期的に実施されるサービス担当者会議の席で、各職員の気づきを報告し合い、把握するように努めている。またできるだけアセスメントシートの更新を実施し、情報を共有している。		
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	3ヶ月に一度、ご家族も出席の下サービス担当者会議を実施して、ケアプランを定期に見直し、また、状況の変化に応じて、ご本人様やご家族の意向を伺いながらの介護計画の見直し、実施がされている。	サービス担当者会議を3ヶ月に1回実施し、多数の家族が出席し、職員、看護師と一緒に話し合っって介護計画に反映させています。見直しは原則半年に1回ですが、必要に応じて随時実施しています。	
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	様々な情報を多角的に記し、職員間で共有しケア実践の場で活かせるよう努力している。記録物に関しては、短期的な捉え方でなく、中長期的な分析資料としての用途を目指している。		
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	御本人、ご家族の希望に添い、個別対応での帰宅または外出外泊支援を行っている。また外泊レクリエーションの計画や、各種施設との合同行事にも着手している。		

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	地域ケア会議に出席、地域資源のパンフレット作りに参加し、できあがったものいただき、地域資源把握の参考にしている。ボランティアセンターとの協同(来訪を依頼、実施)、警察・消防の協力(救命救急訓練や避難訓練の実施等)、地域活動への参加(今川自治会、支部社協、各活動団体の催し物やサークルへの参加)、地域一般住民の理解と協力も仰いでいる。		
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	原則として提携先医療機関を利用しているが、必要に応じて、あるいはご本人ご家族の意向で他の医療機関も利用できる体制を取っている。提携先医療機関の医師とはその医療機関の看護師を通して24時間オンコールの協同体制を確保して支援を行っている。	協力医院からは月2回(内科)、歯科医が毎週、精神科医が月1回往診に来ています。通院の場合は、看護師の職員が付き添う為、家族にとって安心して受診を任せられる体制が出来ています。	
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	看護職員2名の体制で。常時介護職員との情報交換を密に行い、医療面での支援を受け支援を行っている。また、提携先医療機関の看護師とはオンコール体制を有し、こちらの介護職員の状況も把握してもらった上で協同支援を行ってもらっている。		
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。	入院時は入院先医療機関、ご家族、看護師を含む施設職員を交え、安心して入院生活をすごせるための話し合いを持つと共に、洗濯や消耗品の補充など生活支援を行っている。またご家族との面談や職員の来院などにより情報を集め、早期退院に向け支援を行っている。		
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	ご本人やご家族の意向を確認し、医療機関を含めての話し合いをし、合意の下に「見取りの同意書」を作成。更に必要に応じて改めて同意書を確認し、取り交わし直す体制も整えている。	左記自己評価記載の通りに加え、緊急時には協力医療クリニックとの連携が取られており、職員へは「夜間緊急時対応の仕方」の研修を実施しています。	現状、終末期の看取りへの取り組みは確立されていません。新人職員も増えているので、具体的なマニュアルを作成し、職員研修等で知識を共有することが望まれます。
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	日頃から勉強会、外部研修などを通して急変時、事故時の対応の訓練を行っている。また事故発生等の場合、事例を報告書等で周知徹底し、事故防止対策委員会にて更に検討、検証を行っている。		
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	年2回の避難訓練を実施し、多くの職員に参加してもらい、火災、地震等の災害に対処できるよう努めている。また近隣への協力体制を整える方向に努力している。	避難訓練は、消防署立会いの訓練と夜間想定を含む自主訓練です。スプリンクラー等防火設備、緊急対応表や連絡先の掲示も万全で、3日分の備蓄もあります。今回の震災では、迅速に適切な対応を行い家族から感謝されています。	夜間想定では、近くに住む職員への連絡・駆けつけ、利用者の避難、ご近所への協力依頼等、実際的な訓練の実施、非常口段差の解消、備蓄の数量・内容の見直しが望まれます。

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
<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	尊厳や認知症、高齢者の心理について日頃から学べる場(内外の研修会、勉強会等)を設けている。また介護職員としてマナーという面からの働きかけ方を考える為、マナーインストラクター制度を有し、意識、技術の向上に努めている。	介護をする上で基本となるマナー研修を実施しています。本部によるマナーインストラクター制度では、各事業所から1名づつが選出され、研修を受けた後、講師として勉強会を開催しています。介護として必要な意識やプライバシー確保の教育、指導に努めています。	
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	食事で召し上がりたいものを伺って、それをメニューに取り入れたりしている。また言葉や行動、表情で表されている意向、希望を汲み取り、自己決定の機会を損なわない働きかけができるよう職員の意識、技術の向上に努めている。そのための教育、指導を行っている。		
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	個々の体力、意欲の方向性、暮らしのペースを日頃からつかむよう心がけ、アセスメントやケアカンファレンスを通して、職員全体で共有し、支援に反映できるよう努めている。		
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	過去の好みや現在の嗜好をご家族から教えていただき、把握している。また、ご本人の選択する機会を尊重することによって、こだわりの化粧品を購入したりするなど、個々の望まれる身だしなみやおしゃれの確立を支援できるよう努めている。		
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	職員と利用者各人がともに食事の支度を行っている。その際、利用者個人の力に見合った形で支度に参加していただき、達成感を持てるよう心がけている。後片付けもそれぞれの意思を尊重できるよう働きかけている。	食材は外部の業者から一括取寄せです。週に1～2回「自分たちメニュー」ということで、階ごとに利用者から希望を聞き、一緒に買い物に行き調理をして楽しんでいます。可能な利用者は刻んだり、盛り付けを手伝っています。又皆で一緒にあるいは個別に好きな物を食べに行くなど、利用者の状態に応じた支援をしています。	
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	量、栄養バランスの他にも摂取に支障のある物、消化吸収のよい状態を介護職員、看護職員で話し合いながら提供している。食物、水分ともに量を記録し、過不足のないよう留意している。		
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	週一回の歯科医師往診で口腔状態のチェック、治療を行っている。また日常では歯科医師の指導に従いながら、それぞれに合った口腔ケア用品を選び、口腔内の清潔を保つとともに、誤嚥事故防止にも力を入れている。		

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
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	自立による排泄の難しい方には、排泄チェックシートの使用により、それぞれの排泄リズムをふまえ、リハビリパンツ使用を減らし、トイレ誘導を心がけている。また、夜間も眠りを妨げないレベルに適宜トイレの声かけをし、自立を支援している。	日中はリハビリパンツ使用者が多いこともあり、排泄チェックシートを使用し、トイレへ誘導しています。夜は離床センサーを利用したり、時間に合わせ声かけし誘導しています。また居室内にトイレがある為、居室を開け放したり、芳香剤、消臭剤を使用する等臭い対策を心掛けています。	
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	消化がよく、水分の多いメニューになるよう心がけている。また、日々の散歩など運動を取り入れたり、それが難しい方も座ったままにならないように、トイレ誘導などの際に歩いていただくようにしている。		
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	入浴自体や入浴時刻の希望を表現できる入居者については、声をかけニーズを含み、夕食後も含めて入浴していただいている。その他の利用者様に対しても、入浴のスケジュールなどは決めずに、声かけをし、無理に促したりしないように工夫している。	基本的には週2回～3回の入浴で、毎日入る人や夕食後入浴するなど、各階の利用者の希望に添った支援をしています。利用者によっては脱衣所に音楽を流したり、同性介助に限るなど個々に合わせた取り組みをしています。	
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	夜間睡眠の状態をよく観察し、深い眠りが得られるように室温や寝具、寝る体勢、排泄などに注意するなど、室内環境を整えている。眠気が強い場合には、お昼でもお休みしていただくようにしながら、昼夜逆転にならないように活動性も含めて注意している。		
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	服薬リストを作成して、利用者様一人ひとりの薬について見て分かるようにしている。薬の目的や状態による使用の変更など、看護師と共に相談検討しながら対処できる体制が整えられている。		
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	朝食後、お皿拭きと洗濯物たたみを役割を分担して実施していただいたり、その方の得意な家事をお願いするようにしている。男性には庭への水まきなどをお願いしている。お酒が好きな方には晩酌をしていただいたり、歌の好きな方にはご家族同伴でコーラスサークルに参加していただいたりしている。		
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	ご希望される方には、車や散歩での買い物、喫茶などを実施している。また、近所の方が犬の散歩にお誘いして下さったり、ボランティアや実習生の方の力を借りて公園までの散歩などを実施している。また、外出がお好きでない入居者にとっても、お好きな書道教室に通うなどの支援を実施している。	天気の良い日には近隣の公園まで40分～50分の散歩に出かけています。買い物帰りに喫茶店に寄ったり、書道教室に通う等個々の希望に添った外出支援をしています。又季節を楽しむため、イチゴ狩り、花火、花見、初詣、クリスマスイルミネーションの見学等車での遠出支援もしています。	

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	ご自分で管理できる方には財布を持っていたり、できるだけご自分の財布からお好きな雑誌を購入したり、職員と一緒にバスに乗った際に運賃を払っていただいたりしている。		
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	携帯を所持して、普段お会いできないご家族から贈り物が届いた時に、お礼の電話をかけたり、またご家族からの外出の連絡用に使用したりしている入居者がおり、継続できるように奨励している。		
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	共用空間で離床センサーが鳴るが、それが不快にならないように音量に注意している。また、利用者様の御好意で玄関に花を並べたり、季節の飾りつけなどをしながら、あまり幼稚にならないように注意している。室温はできる限り入居者の希望を取り入れている。	リビングは、明るく、清潔で、木肌光る木造の建物のため、ぬくもりが感じられます。季節の花や、カレンダー、絵画が飾られ、利用者が生活感、季節感を感じるように配慮されています。職員は、相性を考え、席順に心を砕いています。	
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	共用部はいつも入居者が楽しく一緒に過ごせるように、見えるところにゲームや歌集を置いている。共用空間そのものは狭いが、一人になりたい時には廊下のソファに座れるようにしている。また、庭にベンチを置いて、気の合った方との語り合いができるようにしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	以前使用されていた家具やご家族の写真などを据えて、御本人の部屋の雰囲気作りをしている。サービス担当者会議などを通して、御本人様が以前読まれていた小説を持ってきたり、以前住んでいた故郷の写真集を持ってきたりしている。	居室には、クローゼット、トイレ、洗面台が設置され、便利で排泄の失敗等恥ずかしい思いをしなくてすむようになっています。職員は、脱臭・消臭と清掃に特に配慮しています。利用者は、馴染みの物を部屋に持ち込み、自分の家のように居心地よく過ごしています。	
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	入居者によっては居室の入り口に花などの目印をつけてご自分の居室と分かるように工夫している。施設内のほとんどの場所に自由に入居者ができるようになっている。また、玄関も施錠せず、自由に入居者ができるようになっているが、離脱防止のためにセンサーを設置して、入居者の動きを確認できるようにしている。		