

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	4093200188
法人名	株式会社ウェルフェアネット
事業所名	さわやかテラス大野城中央 (ユニット名 1階・2階)
所在地	福岡県大野城市中央2丁目5番19号
自己評価作成日	平成30年11月29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)】

「あるがままに 楽しく ゆったりと」を家訓とし、その人らしく生活して頂けるようその方一人一人の想いや家族の希望を把握し、想いにそった暮らしの実現に取り組んでいる。
 また小規模多機能型居宅介護施設「さわやか憩いの家大野城中央」と併設しており、廊下でつながっているため、入居者・スタッフともに行き来があり、協力体制がとれている。開設して7年が過ぎ地域運営推進会議や行事を通して、地域の方々への理解が深まっていることが実感できる。地域への認知症啓発活動にも力を入れており、地域に根付いた事業になれるように取り組んでいる。

※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/40/index.php
----------	---

【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)】

事業所は、閑静な住宅地に立地し、小規模多機能型施設と併設している。今年、2階に1ユニット増設された2ユニットのグループホームである。事業所では、「家訓」と「基本理念」「スタッフの心得」を掲げており、スタッフの心得は分かりやすく表示している。職員は「スタッフの心得」を基に利用者が があるがままに、楽しく、ゆったりと暮らせるように支援している。利用者は温かい家庭環境の中、思うままに希望を取り入れられ、入浴も時間の制限がなく夜間の入浴も受け入れられている。利用者に刺身や寿司など食べたい物を言われた場合には、一緒に買い物に出かけるなど、利用者意向にそった支援がなされている。地域の夏祭りや観月会、餅つきなど参加して交流を深め、地域住民との触れ合いを大切にしたい地域高齢者の在宅を支える拠点として期待される事業所である。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人福岡県介護福祉士会
所在地	福岡市博多区博多駅東1-1-16第2高田ビル2階
訪問調査日	平成30年11月22日

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~57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
58 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:25,26,27)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	65 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:9,10,21)	○ 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
59 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:20,38)	○ 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	66 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:2,22)	○ 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
60 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	○ 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 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
61 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:38,39)	○ 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
62 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:51)	○ 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	69 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
63 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:32,33)	○ 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	70 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
64 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:30)	○ 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	家訓に「あるがままに楽しくゆったりと」、基本理念に「住み慣れた地域で安心して健やかに暮らせる老後のお手伝い」を掲げており、全スタッフが毎月のチーム会議やカンファレンスにて理念や家訓、心得を唱和し共有しながら実践に繋げている。	スタッフは家訓、行動指針、スタッフの心得を唱和し、責任者は説明を行っている。スタッフは心得の中から自分に出来ていないのは何かを見つめ直し、全体会議等で話し合っている。利用者に「住み慣れた地域で安心して健やかに暮らせる老後のお手伝い」ができるように努めている。	
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	地域の夏祭り・餅つき・観月会などの地域行事には必ず参加している。事業所の夏祭りや敬老会、餅つきにも地域住民をはじめ、民生委員、サービス相談員などが来ている。また、日常的に近隣の店などに出掛けている。	事業所前にある公園の掃除を利用者と一緒に参加したり、地域の夏祭りや観月会、餅つき等に参加し、地域との交流を深めている。毎日の食材などを近隣の店に買い物に行き、利用者との関係づくりも構築されている。	
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	地域運営推進会議や広報誌、などで地域に伝えている。学童の児童を対象とした認知症キッズサポーター養成講座を開催したり、認知症カフェ、徘徊模擬訓練に参加し、認知症への理解・支援を地域に発信している。		
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践、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	2か月に1度開催し、区長・民生委員・本人・家族・行政などの参加がある。さわやかテラスの入居者情報・ヒヤリハット・事故報告・行事・研修の報告を行っている。頂いた意見は日々のケアに活かしている。	2ヶ月に1回運営推進会議を開催している。家族、包括支援センター、区長、民生委員、市の長寿支援課職員の参加を得て、利用者の過ごし方や事業所の行事、研修の報告をしている。参加者から地域の行事の案内を頂いている。次回の開催日は全員の日程調整をして、多くの参加を得ている。	
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	市の担当者とは、日頃から情報共有し、連携を図り、協力体制が築けている。「大野城市地域密着型サービス事業所情報交換会」に出席し情報交換や勉強会を行っている。	2階ユニットの増設にあたっての手続き等でも連絡を頻回に行ったり、日ごろから分からないことがあれば尋ねるようにしている。市担当者と大野城市地域密着型サービス事業所の情報交換会に出席し、全員での意見交換の中で研修を企画し参加している。	
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「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	スタッフの心得を元に身体・言葉・薬(向精神薬)も拘束につながることを常に意識して取り組んでいる。身体拘束等適正化委員会や身体拘束廃止委員会を行い、検討や情報の共有をしている。出入口の鍵は掛けておらず自由に入出りできるようにしている。	身体拘束廃止委員会があり、スタッフは身体拘束の対象となる禁止行為等について周知している。スタッフは、自己の行動や何気ない言動が身体拘束に該当していないかをチェックリストで確認し、気にかけて利用者を尊重して接している。	
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	外部や事業所内の研修で学ぶ機会があり、学んだスタッフがカンファレンス時に発表し、スタッフで共有している。2か月に1度身体拘束廃止委員会を行い、虐待がないか話し合いをしている。		

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
8	(6)	○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	年に1回、外部講師を招いて権利擁護に関する制度の研修をスタッフ全員で受けている。現在、2名の方が成年後見制度を利用している。	スタッフは、研修会で権利擁護に関する制度について学んでいる。現在、成年後見制度を利用している事例もあり、学習の機会となっている。家族への説明は責任者が行っている。	
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	責任者が契約時に書面で契約内容を提示し、説明を行っている。不安や疑問点については、面談や電話で相談に応じ、理解していただいている。又入居後に法改定などあった場合、その都度内容を更新し説明を行っている。		
10	(7)	○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	意見や要望が言いやすいように、入居者、家族との日頃からのコミュニケーションを図り、密な関係を築いている。頂いた意見はやりとりシートに残し、スタッフで共有して話し合いを行っている。また、年に一度家族会を行い意見・要望を話す機会があり、意見をスタッフで共有している。	毎月、介護記録を家族に送付しており、家族の訪問時には、意見や要望を聞き取るようにしている。年に1回、家族会を開催しており、そこで出た意見や要望などは、全職員で検討し改善できることから取り組んでいる。	
11	(8)	○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	意見や提案はリーダー、責任者に話している。チーム会議やカンファレンス時には意見を言いやすい環境である。必要なケアはすぐに職場に取り入れられている。責任者とスタッフの面談があり、不安や不満を伝えることができる。	責任者と職員が自由に意見を言いやすい雰囲気づくりがなされており、スタッフは仕事の悩み等、責任者や同僚に相談することができている。責任者は、介護の質の向上につながるよう、職員の意見や提案を活かしながら、職員の支援にも努めている。	
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	キャリアパス制度があり、自己研鑽を評価の対象に資質が伴えば補佐やリーダーに抜擢され、向上心を持って働ける環境にある。最長8日間の休暇がとれる制度があり、リフレッシュが図れている。産休、育休、介護休暇もとりにやすい環境が整っている。		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮し生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保障されるよう配慮している	働く意欲や人柄を重視している。スタッフの採用、募集にあたっては性別、年齢、経験は不問で定年は60歳だが、希望があれば65歳までの再雇用も可能である。自己研鑽による研修や資格取得の際は勤務調整している。	職員の採用に年齢制限はなく、急な休みの希望も取りやすい状況である。職員自身の得意とすることを活かせるよう配慮がなされている。	
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	年間の研修計画に認知症ケアや人権学習の研修を入れ取り組んでいる。GH協議会での人権研修に参加し、カンファレンス等で全スタッフにも伝達し周知を図っている。	月に1回以上の研修を計画しており、行動指針の中に、「鍵をかけない」「さん付呼称」「目線を合わせる」と掲げており、利用者を尊重したケアに取り組んでいる。	

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		○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	職員の経験年数などに応じて社内研修を行い、人材育成に取り組んでいる。研修を受けたスタッフはカンファレンスにて報告をしている。又、寄りそい目標シートを活用しながら一人ひとりの目標を立て成長を確認している。		
16		○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	大野城市地域密着型サービス事業所情報交換会や福岡県高齢者GH協議会等の研修に参加し、他事業所との情報交換を行いサービスの質の向上に努めている。災害相互交換研修を行い、互いのケアの理解をはじめ、災害時の連携体制を深めている。		
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		○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	入居前に本人、家族、ケアマネージャーから情報収集を行い、本人の好まれること、経歴、生活環境を気づきシートに書き込み、共有している。そこを踏まえてケアの実践にあたっている。		
18		○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	家族との対話、電話などで頂いた意見はやりとりシートに残し、スタッフで共有して話し合いを行っている。また、家族が来訪された際には、お茶を出した時に会話を行い、信頼関係を築くように努めている。		
19		○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	サービス導入後は事前の情報(気づきシートなど)から適切なサービスであるか相談し、ご本人の様子を見ながら判断している。家族とも密に相談して対応している。		
20		○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	何事も一緒に行うことを心掛けている。出来ること、好まれること、得意なことを把握して取り組んでいる。		
21		○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	家族に事業所での様子を記録や口頭でお伝えしながら関係性が薄れない様になっている。また、行事で家族に協力して頂き、ご本人と過ごして頂く機会を設けている。		

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	(11)	○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	馴染みのスーパーや自宅、理髪店など、希望にそって出掛け、これまでの関係が途切れない様、支援に努めている。今までの人間関係の継続を支援しており、必要があれば送迎も行っている。	家族と一緒に行きつけの美容室に行ったり、買い物に行ったりしている。知人や友人の訪問時にはお茶等で歓迎し、馴染みの関係が途切れないように支援している。	
23		○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	一人ひとりの個性を大切にしながら行事や活動を通じて入居者同士が関わり合い、楽しみなど共有できるよう配慮している。		
24		○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	契約が終了した後もハガキや広報誌を送るなどし、関係が途切れない様にしている。		
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					
25	(12)	○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	以前の生活歴を踏まえながら、ご本人の思いや季節に耳を傾け、想いを読み取り、記録することを大事にしている。スタッフ間で情報を共有している。	意思表示の困難な利用者には、在宅時の過ごし方を家族に聴いたり、日頃の関わりの中で表情、仕草から感じ取るようにしている。買い物や直ぐに実施できる要望等は、その日に希望に添えるように取り組んでいる。	
26		○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	本人や家族、今までサービスを利用していた事業所から以前の生活歴や情報を聞き取り記録している。また、新しい情報は追加している。全スタッフで情報を共有し把握に努めている。		
27		○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	一日の過ごし方、身体の状態などを細かく日々の記録に残し把握している。また、特に必要なことは日報に記載するとともに申し送りなどで伝え全スタッフが状況を把握できるようにしている。		
28	(13)	○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	日々の関わりや家族、医療等本人に必要な支援についてチーム会議やカンファレンス話し合いを行い、その時にあった介護計画を作成している。家族には来訪時に現状の説明をしている。	3ヶ月ごとにケアプランを見直し、利用者の変化や担当者の気付きを基に原案を作成し、チームで検討し全職員でカンファレンスで話し合い、現状にあった介護計画書を作成している。全職員で個々の利用者のケア計画を周知し共有している。	

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		○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	ケアプランに関する事、体調、日々の暮らしをそれぞれペンの色を変え記録に残している。毎月のモニタリングを元にチーム会議を開き介護計画を見直し、記録内容はケアプランに繋げている。変更事項はいつでも確認できるように日常記録と一緒に保管している。		
30		○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、家族の希望に添い外出、外泊されている。訪室リハビリ、訪問歯科などその時々に必要なサービスを相談しながら、ニーズに合わせた対応をしている。		
31		○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	日々の買い物、地域行事への参加、認知症カフェを利用しながら地域資源を把握し、一人ひとりの関わりを重視している。事業所の近くに公園があり散歩や外気浴をされ、地域の方々との交流の場にもなっている。		
32	(14)	○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し、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	入居時にかかりつけ医の説明を行い、本人、家族の希望で決定している。月に2回の訪問診療、訪問看護との連携体制があり、体調に変化がある時はドクターに連絡し、状態に応じて受診・対応している。訪問歯科とも連携している。	月2回の訪問診療を行い、事前に健康面や生活面も報告しており、医師と職員、家族、利用者の連携が取られている。訪問歯科とも連携も取っている。緊急時の対応を職員が迅速にできるマニュアル作りがなされている。	
33		○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	併設の憩いの家の看護スタッフとは日頃から情報を共有し、体調不良の時は相談し、適切な対応が出来る体制にある。また、必要に応じてかかりつけ医の指示のもと訪問看護ステーションに対応してもらっている。		
34		○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。	入院中は毎日お見舞いに行っている。家族、病院スタッフとの情報共有に連絡ノートを活用している。退院後もスムーズに元の生活が送れるように、入院中もかかりつけ医には随時状態を報告している。		
35	(15)	○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	入居時から終末期ケアを行っていることに触れ、入居後も定期的に本人、家族の意向を確認している。ドクター、家族、訪問看護ステーションスタッフとでチームとなり、その方が望まれる終末期を迎えられるように努めている。	今までの看取りの経験から入居時に説明を行っている。必要になった場合、主治医、訪問看護師、職員がチームとなり、本人や家族の思いを傾聴し、本人、家族が望む終末期を迎えられるように、全職員が勉強会や体験等で学習を深めて取り組んでいる。	

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
36		○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	緊急時対応マニュアルを作成し、入居者の急変や事故発生時に備えて、救急救命の外部や事業所内での講習を受ける機会があり、学んだ事をカンファレンスで実践を交え、情報を共有している。		
37	(16)	○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	事業所の防災委員主導の元、災害時の防災マニュアルを作成し、年2回防災訓練を行っている。日中、夜間想定訓練を行い、地域の方にも参加を呼びかけている。訓練の様子をビデオに撮り、カンファレンスで問題点を話し合い、改善している。また災害広域相互支援協定を結び災害対策に努めている。	防災訓練は年2回行っており、事消火訓練等を利用者も一緒に行っている。長期保存可能な備蓄、避難時に必要な個人情報等の持ち出しも職員は周知している。7月の災害では同事業所内で6名の地域の方を受け入れ、地域への支援、協力にも努めている。スプリンクラー、消火器は設置を設置している	防災委員会の設置等、意識的に対策を取れているところである。消火器の設置場所について、有事の際に速やかに行動ができるよう、消火器の設置場所について、今一度、検討する機会を持つことが望まれる。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	(17)	○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	さん付け呼称を徹底している。何かをする時は事前に声掛けを行い、了解を得てから動くようにしている。トイレの声掛けなど、周囲に分からないよう配慮している。入浴時に関しても特にプライバシーに気を付けている。	トイレの声掛けには特に注意し、さりげない誘導に心がけている。居室の入る際は必ず了解を取り目的を伝えるようにしている。職員はさん付け呼称を徹底し、人格を尊重することを心得としている。	
39		○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	何事も自己決定できるように、声掛けに工夫している。普段の何気ない表情や会話からでも、想いや希望を引き出せるように働きかけている。		
40		○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	スケジュールは決めず、一人ひとりのペースを大切に過ごせるように支援している。何か行う前には必ず本人への意思の確認をして、希望に添った支援をしている。入居者優先であることを常に全スタッフが意識している。		
41		○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	入居前から使用されていた物を持参され、好まれる物を身につけられている。馴染みの理・美容院に定期的に通われている方もおられ、その方らしいおしゃれが出来る支援をしている。		
42	(18)	○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	食事が楽しみとなるよう、旬の食材やそれぞれの好みや季節ごとの行事に合わせ、献立に取り入れている。一人ひとり出来ることをスタッフと一緒にいき準備から楽しんで頂けるよう取り組んでいる。	毎日体調の良い利用者と一緒に食材の購入に行き、キノコほぐしなどできることを手伝ってもらい、野菜を多く取り入れた食事を提供している。朝食にパンを希望する場合には提供し、刻み食の方にはできたおかずを目で見てもらってから刻むなどの配慮をしている。	

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		○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、水分の摂取量を一人ひとり記録している。状態や力に合わせ柔らかくしたり、刻み、とろみをつけている。摂取量が少ない時は好まれる物を提供している。嚥下機能が低下しておられる方には、ゼリー等を提供し、脱水予防に気を付けている。栄養スクリーニングを行い栄養状態に気掛けている。		
44		○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	毎食後本人の力に応じた口腔ケアを行っている。家族が希望され、週1回の歯科訪問(ブラッシング)を受けられる方もいる。虫歯や腫れ義歯の不具合がある時は医師に相談し早目の対応ができています。		
45	(19)	○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	排泄リズムを把握し、その方に合ったタイミングで声掛けをしている。紙パンツを使用されている方もトイレでの排泄を基本とした支援を行っている。状態に合わせて、紙パンツから布パンツへの検討も行っている。	一人ずつの排泄パターンを職員は理解している。声掛け誘導によりトイレに座ることを習慣化できている。排泄の自立支援と繋がっている。重介護度の方も動きや仕事でトイレへ誘導し、布パンツへと改善した事例もある。トイレは3ヶ所あるので、ゆったりといつでも使用でき排泄リズムを保てる環境となっている。	
46		○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	排泄のチェックを行い便秘気味の方には、薬に頼るのではなく、食事からのアプローチを行っている。乳製品やプルーンなどを提供し個々に応じた予防に取り組んでいる。また便意がある時は腹部マッサージを行い、姿勢に気を付けスムーズな排便を促している。		
47	(20)	○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	毎日、いつでも入浴が出来るようにしている。一人ひとりのタイミングで入れるように声掛けし、今までの習慣で夜間に入られる方もいる。また季節の入浴方法や入浴剤を使い入浴を楽しんでいただけるよう行っている。	入浴時間や曜日を設定することなく在宅時と同じように、希望の時間に入浴できるようにしている。菖蒲やゆずを入れ入浴を楽しんでもらったり、職員と入浴剤をつくったりして、入浴を楽しんでもらえるようにしている。	
48		○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	これまでの習慣、生活パターンが崩れないように配慮している。心地よく休まれるように馴染みのある寝具や室温、音や明るさに気を付けている。		
49		○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	服薬中の薬は、その都度頂いている詳細表と一緒に保管しすぐに確認出来るようにしている。体調の変化や処方薬に変更があった場合は個人記録に記載して、全スタッフで共有できるようにしている。		

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
50		○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	料理や裁縫、園芸など一人ひとりの生活歴や能力を活かせるようにケアプランを作成し、張り合いや楽しみのある日々を過ごせるよう支援に努めている。		
51	(21)	○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	希望に添い、いつでも出掛けられるようにしている。移動の手段は一人ひとりのニーズに合わせ、車や徒歩、車椅子など様々。月1回は外出の機会を作り、季節を感じられる場所や外食に行っている。	毎月1回、季節を感じてもらえるように全員での外出機会を設けている。夕食を準備していても別に刺身を希望される方には職員が付き添い買い物に行くなど個別にも対応している。日常的にベランダからの景色や近所の公園の散歩を楽しみ外気に触れる機会も作っている。	
52		○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	家族や後見人と相談してお金を所持されている方もいる。お金の管理が難しい方は、家族や後見人に相談してお預かりし、いつでも買い物ができるように支援している。		
53		○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	希望があればいつでもかけることができる。かけることが難しい方はスタッフが取り次いでいる。手紙のやり取りが出来るように声を掛け、遠方に住んでいる家族と定期的にハガキのやり取りをされている方もいる。		
54	(22)	○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	リビングや玄関に入居者の方が手作りされた物を飾っている。空調の調整を細目にし、足音や話し声に配慮している。また、生活音も大事にしている。	掃除が行き届いており、清潔で落ち着いた空間となっている。台所と食事スペースに仕切りはなく、利用者が食事の準備を見ることができ、気になれば料理の手伝いもできるようにしている。	
55		○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	ソファやテーブルの配置、食席は入居者と一緒に考え、それぞれの居場所を大切にされている。併設の憩いの家への行き来も自由にでき、思い思いの場所で過ごされている。		
56	(23)	○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	使い慣れた物や好みの物を持参され、居心地よく過ごせるように本人、家族と相談しながら居室作りをしている。	窓から桜並木を見ることができる明るい居室は、生活歴を尊重し、本人と家族の意向を取り入れた部屋作りとなっている。居室には手すりが設置されており、ベッドの位置など利用者の身体能力に応じた配置となっている。	
57		○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	一人ひとりの状態に合わせ、手すりの位置や高さ家具の配置など工夫している。できるだけご自分の足で歩いて頂くように声掛け、サポートしている。		