

(別紙4-1)(ユニット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	0172001018		
法人名	株式会社アイリスマーク		
事業所名	ふれあい小樽・稲穂 2F		
所在地	小樽市稲穂1丁目1番1号		
自己評価作成日	平成30年12月27日	評価結果市町村受理日	平成31年3月18日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigyosyoCd=0172001018-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	合同会社 mocal
所在地	札幌市中央区北5条西23丁目1-10-501
訪問調査日	平成 31 年 2 月 26 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、職員の資格取得や研修会参加に対し協力的であり、意欲のある職員が学ぶ機会を積極的に提供している。
- ・一人ひとりの体調に合わせたケア、無理なく生活が送れるよう職員で相談、連携してケアにあたっている。
- ・地域の保育園、小学校、との交流は定例化となり、利用者にも楽しんでもらっている。
- ・オレンジカフェのスペースとして1階ホールを開放している。利用者も参加することで地域との交流が増えてきている。
- ・災害時対策要綱を策定し、災害時の備蓄も整え、備えている。

【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)】

開設から13年目を迎える「ふれあい小樽・稲穂」は、JR小樽駅から徒歩10分程で、商業施設が集中する小樽の中心街に有り、寿司屋通りや小樽運河の観光施設も近く、隣接するアーケード街には馴染みの店も有り、暮らしに便利な環境で、家族にとっても訪問し易い立地です。事業所の特徴として、開設当初からの職員を始めとして職員の定着率が高いため、利用者の信頼が深まり、日々、利用者と職員の笑顔や笑い声が絶えない生活が送られています。更に、理念の実現に向け、独自の様式を活用した丁寧なアセスメントと記録の充実を図り、職員間で情報を共有して会議で検討を重ねながら、利用者の望む暮らしに必要な適切なケアは何かを追求し、安定した良質なケアサービスを提供しています。多目的ホールを提供し「オレンジカフェ」を年6回開催し、利用者と地域住民とのふれあいの場として活かされ、毎月訪問の音楽療法のボランティアは認知症ケアに効果を発揮し、恒例になった保育園児の訪問は利用者の笑顔を引き出しています。事業所便りや近況報告の手紙で暮らしぶりを伝え喜ばれています。事業所は看取りを経験し、医療機関と連携を図り、終末期の対応に備えており、職員の落ち着いた介護姿勢や良好なチームケアは、利用者、家族の安心に繋がっています。ホーム長、管理者、職員の相互関係も融和で、利用者とのふれあいを大切にしたい理念の実践に取り組んでいます。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項 目		取組の成果 ↓ 該当するものに○印		項 目		取組の成果 ↓ 該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる (参考項目:23、24、25)	☐	1 ほぼ全ての利用者の	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 利用者の2/3くらいが				2 家族の2/3くらいと
			3 利用者の1/3くらいが				3 家族の1/3くらいと
			4 ほとんどつかんでいない				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	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回程度ある				2 数日に1回程度
			3 たまにある				3 たまに
			4 ほとんどない				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	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 利用者の2/3くらいが				2 少しずつ増えている
			3 利用者の1/3くらいが				3 あまり増えていない
			4 ほとんどいない				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	66	職員は、活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 利用者の2/3くらいが				2 職員の2/3くらいが
			3 利用者の1/3くらいが				3 職員の1/3くらいが
			4 ほとんどいない				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	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				2 利用者の2/3くらいが
			3 利用者の1/3くらいが				3 利用者の1/3くらいが
			4 ほとんどいない				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	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 利用者の2/3くらいが				2 家族等の2/3くらいが
			3 利用者の1/3くらいが				3 家族等の1/3くらいが
			4 ほとんどいない				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				

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念を作り、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	毎日朝の申し送り時にその日のスタッフ全員で唱和し、理念を共有して実践に繋げている。	職員と共に策定した独自のケア理念は、共有空間に掲示され、毎朝の唱和や毎月のフロアミーティングで理念に沿ったケアを振り返り、確認しています。日々のサービス提供場面を工夫し、利用者とのふれあいの時間を大切にするなど、理念の実践に努めています。	
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	商店街の取引をしている店には交流もあり、協力を得られる関係である。地域の保育園や小学校とは催し物で交流がある。また1Fホールをオレンジカフェの開催場所として提供している。	音楽療法のボランティアや敬老会、クリスマスの保育園児の訪問は、利用者の楽しみとなっています。1階ホールをNPO法人に提供し、年6回開催される「オレンジカフェ」は、地域住民と利用者の交流の場として活かされ、地元商店とも馴染みの関係を築いています。	
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	認知症の人への理解や支援の方法の伝播等、地域への活用は行えていない。しかしオレンジカフェの開催場所として1Fホールを提供し、交流の場としている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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	3ヶ月に1回開催している。家族、外部の方も参加している。実施サービスの報告をし、参加者からの意見を聞き、サービス向上に活かしている。議事録を開示し、職員全員で共有している。	年4回開催の運営推進会議には、行政、知見者、家族、利用者の参加を得て、ヒヤリハット、事故報告、避難訓練、今年度発生した地震災害など、運営の状況をスライドを活用しながら詳細に報告し、参加者其々の立場での考えや情報提供が行われ、運営に有効な意見交換がなされています。	
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	市の担当者に事故報告書等の相談し、指導・アドバイスを受けている。運営推進会議に、中部包括支援センターの方にも参加して頂き、情報交換に努めている。保健所の出前講座を年1回程度開催している。	運営推進会議に地域包括支援センター職員が出席した際には、行政の意向や情報を得ています。管理者は、各種書類提出時に運営面や業務上の疑問点等を都度確認しています。ケースワーカー訪問時にも情報交換を行い、利用者の安心な暮らしに繋がっています。	
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	身体拘束廃止委員会を設置し、3ヶ月に1回開催し、身体拘束にあたる行為がないか確認している。情報を全ての職員に伝達し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止に関する指針を定めています。身体拘束廃止委員会の定期開催や年2回の内部研修も行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。センサー使用時も、リスクについて家族と話し合い、同意書を作成し、アセスメントの見直しも掛けて慎重に対応しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止に関する研修会に職員が参加している。その内容をホーム内研修やフロアミーティングにて伝達して共有し、虐待の防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	研修会に参加し学んでいる職員はいるが、職員全員が理解している状態ではない。その時々で情報を収集したり、確認したり、相談したりしている状態である。		
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	入居時又は事前に時間をかけて書面と口頭で十分な説明を行い理解、納得を図っている。質問も随時受け、対処している。		
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並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	運営推進会議にて意見、要望を聞いている。他、家族からは来訪や電話連絡の際に利用者からは直接聞き、運営に反映させるよう検討している。	5割程の利用者が言葉で表現できるので、随時要望を汲み取っています。今年度の地震災害後には家族アンケートで困難事や要望を聞き取り、対応に努めています。日常的な来訪時や運営推進会議、電話などで家族と関わる機会を逃さず意向や不満などを聴取し、ケアサービスに反映させています。ふれあい便り、運営推進会議議事録、担当職員からの個別の手紙で暮らしの様子を伝えています。	
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	代表者や管理者は日常の業務、フロアミーティング等の場で意見交換し、聞き取りを行っている。得た意見を責任者会議にて提出し、運営に反映させるか検討している。	ホーム長、管理者も利用者の介護に当たっていますので、職員とは日常的に何でも話し合える関係を築いています。フロアミーティングで得た提案や課題は、責任者会議で協議し、運営に反映させています。管理者は、年2回の個人面談で職員の意見、目標、自己評価に耳を傾け、達成に向けての支援に努めています。	
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	給与水準では各自に向上心を導き出せるような体制作りに着手している。成果も出ているがまだ十分とまではいかない状況。労働時間等は個々の職員の状況に合わせて調整できる体制作りをしている。		
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	職員の状況に合わせて研修参加の機会を調整しているが、体制の問題から参加率は減少している。参加したスタッフが他スタッフに伝達できるようフロアミーティング等で時間を作るようにしている。		
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組をしている	今年度は相互訪問研修に参加できておらず、懇親会の参加以外に同業者と交流する機会を得られていない。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に本人と面談し、心身の状態や思いに向き合い、本人が安心するような関係作りに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に家族から要望等をしっかりと聴き、良い関係作りに努め、少しでも不安を減らせるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	面談から本人、家族の思いや状況を把握し、まず生活に慣れて頂く為の支援を優先、その後は必要な支援を見極めに努めている。特に初期段階においては、こまめに連絡、情報を伝えながら対処している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中でその人に出来る事をやってもらい、家事等を共に行うことで日常の暮らしを共にする者同士の関係づくりに努めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族来訪の際に日常の様子を伝えている。居室で本人との時間を持てるよう支援している。また本人の外出希望等を伝え、家族との外出を促す等している。家族に近況を伝え、その場で意見、要望を聞き対応するよう努めている。		
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	行きつけの美容院など、馴染みの場所へ行き続けられるよう支援している。かかりつけ医等本人本人が通っていた医院を継続できるよう努めている。又、年賀状、電話連絡等関係が途切れないように支援している。	元職場や地元の友人の訪問を受けた場合は歓待しています。地元町内会行事の麻雀大会に毎月参加している利用者もあり、関係の継続を支援しています。かかりつけ医の受診や美容室訪問、墓参り、自宅帰省に、年賀状や電話のやり取り、馴染みの人や場、大切な習慣などを支援しています。	
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	利用者が孤立しないよう利用者同士が会話したり、一緒に作業できるよう支援している。座席にも配慮している。トラブルが発生した際には職員が間に入り関係の改善に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組 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	契約終了後も必要に応じて相談や支援に取り組む姿勢は心がけているが、実際には交流は少ない。		
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	ケアプラン作成時に本人への聞き取りや何気ない会話等から、本人の思いや希望を把握するようにしている。難しい時は本人本位になるよう検討している。	入居時には本人、家族と面談して基本情報を収集し、入居後は職員の気付きと家族との話し合い、3～6ヵ月毎の丁寧なアセスメントにより情報を蓄積しています。日常の何気ない言葉の聞き取りや、可能な時は本人に問いかけて思いの把握に努め、記録や会議で共有し検討しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	生活歴を入居前に本人や家族から聞き、基本情報に記入、ホームでも可能な限り続けていけるよう把握に努めている。		
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	一緒に過ごすことで一人ひとりの生活、現状を把握するよう努めている。その時の状態によって介助方法を変える等している。		
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	本人、家族の意向、主治医の意見を取り入れて介護計画を作成している。モニタリングは計画作成者以外の職員が担当している。	介護計画の見直し前に、本人、家族、医療関係者から意見、要望を聞き取り、日々のモニタリングを基に、サービス担当者会議で協議を重ね、新たな介護計画を作成しています。介護計画とアセスメントは3～6か月毎に見直されています。日々の記録様式に工夫が有り、計画に対する実施状況の確認が明確で、計画の見直しに活かされています。	
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	個別日報にケアの実践結果を記入し、情報を共有している。フロア日誌にも開示、申し送りにて意見交換し、実践、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、既存のサービスにとらわれない、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、家族の状況に応じて通院、外出等、必要に応じ、柔軟に対応するよう努めている。		
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	月1回の音楽療法やオレンジカフェを開催し、地域との交流を行っている。他は近所の店に買い物に行く等でしか地域資源の活用は行っていない。		
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	本人、家族の希望に沿ったかかりつけ医を利用している。主治医に状況報告し、指示を仰ぐようにして、関係を築き適切な医療を受けられるよう支援している。	入居時に受診機関の希望を確認し、利用者の安心に繋がる支援に努めています。現在半数の利用者は月2回の往診対応の協力医を主治医としています。入居前からのかかりつけ医や専門医への受診は、家族や職員が支援しています。看護師職員が、各ユニットに週2回訪問し、健康管理に努めています。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携看護師が週2回来ており、情報や気づきを伝えている。日常のケアや受診のアドバイスを受けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、また、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、又は、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。	入院した際に情報交換を行い、面会時には状態の確認、聞き取りを行っている。退院の際は本人の状態を確認しながら家族と相談し、転院先の希望を聞く、退院を早める等の対応を行っている。		
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	入居時にまず本人、家族に説明を行い意思確認をしている。実際に医師より終末期と診断された際には再度家族、医師と併せて話し合い方針を共有している。	医療連携体制・看取り体制整備の下に、重度化対応・終末期ケア対応指針を説明し、同意を得ています。事業所は既に看取りを経験しており、状態変化時には繰り返しの話し合いと段階的な合意の必要性から、改めて看取り介護について事前確認書を作成し、方針の統一を図り、医師、看護師と連携し、家族の協力を得ながら、意向に沿った支援にチームケアで臨んでいます。	
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	AEDを設置、職員全員が普通救命講習を受講している。定期的な再受講は行っていない。		
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	年2回、火災に対する総合避難訓練を行っている。災害時避難要綱を作成している。災害時の食料備蓄、備品の確保も行っている。	今年度は年2回の消防署指導の訓練に加えて、自主訓練も実施しています。近隣の高齢者施設とは災害時の避難場所として協力体制を確認しています。災害時対策要綱を策定し、備蓄品の充実を図り、救急救命訓練の受講と地震による停電を想定した訓練を予定しています。	2カ所の高齢者施設と緊急時における協力体制を確認していますが、地域住民の参加が得られていないので、具体的な協力体制への働きかけを期待します。
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	一人ひとりの人格を尊重し、その人に合った言葉かけ、伝わり易い言葉かけを心がけている。	トイレ誘導時の声掛けや排泄時に不意な同室介助を避けるなど、羞恥心に配慮した支援に努めています。言葉遣いなど不適切なケアが見られた場合には、管理者が都度注意喚起しています。個人情報取り扱いにも留意しています。	
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	入浴やフロアでの体操参加等、日常生活の中で自己決定できるよう働きかけている。利用者の状態により職員が介助する場合もある。		
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、その日をどのように過ごしたいか、希望に沿って支援している	その人のペースで生活できるよう起床、入床の時間等支援、介助している。		
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	外出等行事の際におしゃれをしたり、入浴時に服を選んで貰えるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備や後片付け等、利用者と一緒にやるよう一人ひとりの力を活かしながら実施している。可能な限り自力で食事が出来るよう個人の状態に応じた食器を活用している。	ユニット毎に献立は異なり、日常食は事前に決めず、利用者とその日食べたい物を検討し作成しています。定期的に外部に栄養バランスチェックを依頼しています。身体状況に応じて食事形態を変えたり、誕生日や行事食も、利用者の要望に応じて出前や外食を取り入れる等、笑顔に繋がる食事を工夫しています。	
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	一人ひとりの状態に応じ食事の提供形態を変える等支援している。嗜好品の他、乳飲料を身体状況に応じ提供、体の栄養バランスを考慮している。		
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	一人ひとりの状態に応じて見守りや声掛け、介助を行っている。		
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向けた支援を行っている	一人ひとりの状態に応じて下着・パッド類の見直し、使用の支援を行っている。可能な限りトイレで排泄できるよう誘導回数を増やす等対応している。	利用者個々の排泄間隔や排泄サインを把握し、表情や動作などを見極めながら、トイレでの排泄継続を目指し対応しています。自立の利用者には、はさり気なく見守り支援しています。オムツ等の選定は一人ひとりの状況に合わせて検討しています。	
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	排便の状態を主治医に報告、相談し下剤服用を調整している。水分摂取、乳製品の飲食、運動を取り入れて対応している。		
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、個々に沿った支援をしている	出来るだけ希望やタイミングに沿うよう努めている。入浴の際には希望を聞き、拒否がある時には別の日に変更するよう対応しているが、状況に応じて100%対応出来ている訳ではない。	週2回を目安に、午後の入浴を基本としています。入浴順や湯温の希望を聞き、ゆっくりと湯船に浸かり寛げるよう支援しています。拒む利用者には声掛けを工夫し、間隔が開く場合は、シャワー浴や清拭で清潔を保っています。入浴時は職員と利用者が会話を楽しんでいます。	
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	一人ひとりの状況に応じて支援している。体調に応じて日中も居室で休めるよう誘導、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	薬の情報は個人毎に綴り確認できるようにしている。変更があった際にはフロア日誌に開示し職員全員が把握できるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	より楽しめる場面提供、レク等の提供に努めている。しかし一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、気分転換の支援までは行っていない。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、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	誕生日等のイベントにて外出を行う、外出レク等を行っているが日常的な個別外出支援までは行っていない。外出の希望について家族の協力を頂くこともある。	今年度の外出企画として、春にはひまわり公園の桜見物、秋には外食を、利用者全員の参加で楽しむ事が出来ています。誕生日には利用者個々の要望に応えた外食や外出、買い物や散歩も個別対応で支援しています。また、家族と共に外出する利用者もあり、意欲や自立を保つ支援に努めています。	
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	利用者の状態によりホーム預かりがほとんどとなっている。個人で管理している方もおり、個人購入の要望には買出し支援等で個別に対応している。		
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	本人の希望の際に電話の支援を行っている。残暑見舞いや年賀状など季節毎のハガキ作成の支援を行っている。		
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	月毎に壁紙を作ったり、季節のお花、壁のディスプレイ等で季節感を演出している。その他、行事の写真を利用者の方に切り貼りしてもらって、思い出の演出に配慮している。温度・湿度を定期的にチェックし、季節によって加湿器を設置する等している。	居間兼食堂は採光も良く、温度、湿度等も適宜調整されています。キッチンやスタッフコーナーからも居間全体が見渡し易い設計になっています。壁には、事業所便りや季節の手作り作品、利用者のスナップ写真などが掲示され、食事時は全員が一つのテーブルで会話を楽しみながら和やかに食する等、寛ぎの空間となっています。	
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	食卓の席を気の合った利用者同士で過ごせるように対応している。共用空間で独りになれる空間作りはできていない。		
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	入居時は特に家庭で使い慣れた物の持ち込みを積極的に勧めている。その後も本人、家族の思いを出来るだけ受け入れる体制に努めている。	居室の入り口にはメモリーボックスが設置され、趣味の品が飾られて、個性が窺えると共に自室が分かり易くなっています。収納に便利なクローゼットが設置され、持ち込まれた筆筒や調度品、テレビなどの生活必需品と、大切な仏壇や思い出の品も揃えて、落ち着いた生活が出来る様に支援しています。	
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」や「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	ミーティングにて話し合い、一人ひとりの過ごし方について検討、また居室内の家具の配置を検討し、安全かつ出来るだけ自立した生活が送れるよう工夫している。		