

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	1090600055		
法人名	社会福祉法人 なごみの杜		
事業所名	みんなんち園原		
所在地	群馬県沼田市利根町園原871番地		
自己評価作成日	平成28年 5月31日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成28年6月23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)】

事業所の近くには湖があり、四季の変化を感じながらゆったりと生活できる環境となっている。市街地からは若干距離がある為、頻繁とまではいかないが外出をして買い物支援などを行い地域社会とのつながりが感じられるような支援をしている。
 医療ニーズの対応は隔週での訪問診療や、訪問看護ステーション看護師の週1回程度の訪問で、入居者の健康管理や介護職員へアドバイスを受けられる状況を整えている。また同一敷地内へある特別養護老人ホームの看護職員からも相談協力が得られるような体制としている。
 入居者それぞれの生活リズムに合わせた環境作りを心掛、入居者と職員がゆったりと一緒に過ごせる空間づくりに努めている。

【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)】

理念にある、「家庭的な雰囲気大切に」した支援として、食事においては利用者の希望を取り入れ、ときには散歩の時に山菜を摘み天婦羅に揚げるなど季節の野菜を使用し、見た目も美味しく食べられるよう調理しており、利用者は、下膳や味見、後片付けを手伝っている。また、理念の「生き生きと、安心した生活」を送ってもらうため、職員は、利用者を人生の先輩として常に尊敬の念を持ち、利用者一人ひとりの思いに寄り添うケアを心がけている。利用者と散歩や調理を共にしている時或いは、入浴や居室で1対1の時に思いや意向を聞き、業務日誌に記載し、申し送りの時話し合い共有して、老神温泉で入浴や足湯を楽しんだり、利用者が必要とする日用品の買い物などの支援をしている。

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	施設内へ理念を掲示している。個人の生活の尊重や人とのつながりを意識しながら、毎日の申し送りや定期的に行う会議で理解を深めるよう努めている。	理念をタイムカードが置かれている壁に貼り、申し送りの際に、利用者の尊厳等を大切にしたい理念についての職員の考え方を聞いている。今後は、名札の裏に理念を印刷し、理念に対する意識の向上を図ることとしている。	
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	日常生活の中で地域の一員として溶け込めるよう努力している。外出で近くまで出かけた時、併設事業所の特別養護老人ホーム入居者との交流も行っている。	併設のデイサービス利用者や特別養護老人ホーム入居者との交流の他、散歩の時に声をかけあうつきあいがある。自治会に加入し、敬老会や夏祭りへの招待を受けているが、坂道があり参加にはいたっていない。	地域密着型サービスの意義や役割について話し合い、あらゆる機会を捉え、地域との交流を促進するよう期待したい。
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	入居者と散歩などへ出かけた際は近所の方へ挨拶をするようにしている。併設特養の交流スペースを使った体操教室などで、認知症について話す機会を設けている。		
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	事故報告やヒヤリの内容など会議で詳しく伝えるようにしている。対応方法などアドバイスをもらえることもある。入居者1名の参加もあり、生活状況を話す機会を設けている。	会議は、区長、民生委員、家族代表、市職員で構成しているが、区長、民生委員の参加があまりない状況である。会議では、入居状況や行事内容、ヒヤリハット・事故報告等を審議し、意見交換では家族の要望により服薬間違いの改善を行っている。	会議を2ヶ月に1回以上開催すると共に、参加できる地域代表者をさらにメンバーに加え、「目標達成計画」を議題としてあげて、そこでの意見等をサービスの向上に活かされるよう期待したい。
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	保険者(市町村担当者)とは、月に2回程度はこちらから出向いて、連絡を取るようになっている。また必要ときはメールを活用して情報のやり取りを行う。	更新書類等を持参した際に勤務体制の変更について相談し指導を受け、制度改正等の情報を得ている。今後は、自宅で認知症の人を介護している家族を対象とした市主催の「あっぷりんカフェ」に参加することとしている。	
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	玄関は通常はカギがかかっているが、外出をしたい(庭などへ出たい)方がいれば、随時職員がついて散歩などへ出るようにしている。必要に応じて開けたままにすることもある。	身体拘束に関する県や法人の研修会に出席して、関係資料を職員に配布し、伝達講習をしている。玄関は、防犯カメラを設置し、扉は暗証番号で開けるようになっている。屋外喫茶開催等の時は解錠し、外に出たいと言う利用者には職員が一緒に出掛け見守りを行っている。	身体拘束に伴う弊害を職員と話し合い、玄関の扉は鍵を掛けず、利用者の安全に配慮し、自由な暮らしを支える支援に取り組まれるよう期待したい。
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	施設内研修にて学ぶ機会を継続している。年に1回ある群馬県からの研修への参加も職員へ連絡している。日々の申し送りの中でも職員本位の考え方にならないように注意する場面を設けている。		

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
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	施設内での研修を行っている。外部の研修への参加も連絡している。		
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	入居時の説明で利用者、家族へ内容説明し理解を図っている。そのほか面会時などで随時説明する対応も行っている。		
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	家族からの要望は面会時を活用して要望を把握し、ケアへ行かせるように考えている。利用者の要望は、日々の生活から想いを聞き、ケアにつなげられるよう努めている。	毎月の請求書に同封して受診状況を伝えたり、面会時に日常生活状態を話したりして、何でも言える雰囲気づくりを心がけている。本人が職員に直接言えない場合には、家族を通じて希望等を聞き対応している。	
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	ミーティングや申し送り時に意見を出し、多くの内容を反映できるよう努めている。	日々の申し送りや年2回の個人面談で、意見や提案を聞いている。担当業務があり、以前は、担当業務以外を行うことはなかったが、柔軟な対応について話し合い、業務分担の垣根を越えた協力体制ができ、円滑な事業所運営を行っている。	
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	職員と管理者は年2回の個人面談の機会を持っている。また必要に応じた面談の設定も設けている。経営会議などで事業所の状況を伝える状況も毎月設定されている。		
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	施設内、施設外の研修へ参加を促している。必要な研修については、直接参加者へ参加するような連絡を行う場合もある。		
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	地域の協議会などの参加を検討している。必要に応じて管理者は同業者との連絡を取るようになっている。他事業者との連絡も積極的に行っている。		

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	利用前に担当ケアマネジャー等や家族と連絡を取り、生活状況や心身状況の情報を得るようにしている。利用前の見学も提案し実施している。事業所内でも情報をもとにスムーズに対応できるよう努めている。		
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	ご家族の話に耳をかたむけ、入居者や家族が安心して生活できるよう、信頼関係構築に努めている。		
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	状況をよく把握し必要なサービスを提供できるよう努めている。ほかによいサービスやケアがないか考えるようにしている。		
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	自宅で生活していたように事業所でも生活できるよう努めている。言葉を発せられない方にも声掛けを行い、一緒時食事や外出などをすることで安心してもらえるように場面を設けている。		
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	家族の面会や請求書を送る際など、生活状況を伝えるようにしている。家族との外出や自宅への外泊も積極的に活用している。ご家族への協力も面会時や電話でお願いすることもある。		
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	気軽に立ち寄れるような環境づくりに努めている。同施設内のデイサービスの利用者との交流の機会も積極的に取り入れている。	友人が訪ねてきたり、家族と墓参りに出掛けたり、事業所の電話を自由に利用できるようにして家族と会話をしたりしている。併設のデイサービスを一緒に利用していた人が会いに来たり、隣接の特別養護老人ホームへ転出した人が遊びに来たりしている。	
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	ホールで過ごす際など、利用者同士で話ができるような環境を作り、関わりが保てるよう職員が間に入り配慮している。		

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	家族へその後の状況が聞けるような努力や、家族から連絡を取りやすい環境を作るようにしている。連絡があった際は(生活していた際の写真がほしいなど)対応をしている。		
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					
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	職員都合にならないように日常生活のかかわるようにしている。、本人の言葉に耳を傾け、失語症の方へは「はい/いいえ」でこ答えられるよう工夫し、本人の希望が表現されるよう努めている。	人生の先輩として常に尊敬の念を大切に、利用者一人ひとりの思いに寄り添うケアを心がけている。散歩や調理を共にしている時、或いは、入浴や居室で1対1の時に思いや意向を聞き、業務日誌に記載し、申し送りの時に話し合い共有し、支援している。失語症の人には、表情を汲み取り支援に努めている。	
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	生活歴は入居者ファイルで大まかに把握する。また、本人との会話や家族とのやり取りから把握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	申し送りによって職員間で状況がしっかり把握できるように努めている。また定期的に行う会議などでも情報共有できるようにしている。		
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	入居者担当の職員を配置しており、3か月程度に1度それぞれの入居者の状況をモニタリングするようにしている。また、日々の申し送りなど意見交換の際に計画書など変更の必要性を考えるようにしている。	ケアプランは、1年ごとに作成され、長期目標・短期目標・支援内容の期間は2年ごととなっている。モニタリングは3ヶ月に一度、サービス担当者会議は6ヶ月に一度行っている。現在、見直しの手続きをすすめているところである。	ケアプランの長期目標及び短期目標並びに支援内容の期間、サービス担当者会議の記録方法、日々の記録用紙への記載内容等を再度見直し、モニタリングは毎月新鮮な目で確認されるよう期待したい。
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	日々の状態や言動、職員の気づきなどを個別ケア記録に記載している。申し送り時など随時職員同士で情報の共有に努めている。		
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	外出行事や季節に合わせた献立を考えて食事を提供している。体調不良などが見られた際は、同一敷地内の看護職員や協力医療機関の看護師や医師へ相談し対応する状態が整っている。		

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
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	地区の行事などの連絡はあるが、参加など協力はできていない。		
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	本人やご家族との話し合いの中で、訪問診療など希望された際は対応している。それ以外の専門医などの受診の際は施設職員が対応する。ご家族は状況によっては医療機関で待ち合わせをして、一緒に診察へ立ち会う場合もある。	契約時に協力医の説明を行い、本人・家族が希望するかかりつけ医に受診している。協力医は毎週1回往診し、かかりつけ医や歯科等の専門医の受診は症状を良く知る職員が対応し、状況により家族が立ち会うこともある。	
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	週1回訪問看護ステーションの看護師の訪問がある。その際相談したことを、訪問診療までに医療機関へ伝えたり、訪問診療の内容を訪問看護ステーションへ伝えるよう努めている。		
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。	入院時には施設での生活状況など情報が伝えられるよう努めている。病院の相談室など事業所の職員が訪問して話をすることもある。		
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	面会時にご家族との話し合いを持ったり、訪問診療時に医師、看護師、職員間で話し合いの場を設けている。状況によっては訪問診療時にご家族が同席するようにしている。	「利用者が重度化した場合における対応に関する指針」と「看取りに関する指針」を入居時に説明し、本人や家族の意向に沿い、医師の協力を得て看取り介護を行っている。職員の不安解消のため、法人主催の看取りに関する研修を受講している。	
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	施設内研修や救急救命研修への参加や、医師、看護師、職員での話し合いのなかで動き方を確認するようにしている。		
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	同一敷地内の職員との合同防災訓練(避難訓練)の実施や運営推進会議での状況説明に努めている。近隣在住の職員に緊急時の応援体制の協力をお願いしている。	災害対策訓練は、隣接している特別養護老人ホームとデイサービスセンターと合同で、年2回、毎回夜間を想定し、内1回は消防署の指導を受け行っている。隣接している特別養護老人ホームで、一括して食料等を備蓄している。なお、地域との協力体制の構築は、今後の課題であると考えている。	災害時における地域住民との協力体制を築かれるよう期待したい。

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	居室や入浴時など個々の訴えに耳を傾ける努力をしている。また把握した状況については溶融できるよう努めている。	管理者は、利用者が先輩であることを忘れないよう指導している。人前で恥ずかしい言葉を使わないこと・方言を使うのは良いが馴れ馴れしくならないこと等を、勉強会や申し送りで話し合っている。氏名の呼称は、誇りを損なわないよう「さん」付けで呼んでいる。	
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	職員との会話、利用者同士の会話を通じて、できる限り自己決定できる場面を作っている。		
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	利用者の希望を優先している。大まかな1日の流れは決まっているが、その都度入居者によって対応を変えている。歩く場面が多い方は気分転換を兼ねて散歩へ行くなどしている。		
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	季節や目的に応じて支援している。着替え(服の選択)は本人の意向に沿うようにしている。散髪は理容師が施設へきて対応している。		
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	希望を取り入れた食事内容を提供している。数名の利用者は食器の後片付けや食器洗いを手伝ってくれる。声をかけながら無理がないように配慮している。	食事は、利用者の希望を取り入れ調理している。散歩の時に山菜を摘み天婦羅に揚げるなど季節の野菜を使用し、見た目も美味しく食べられるよう調理している。また、利用者は、下膳や味見、後片付け等を手伝っている。	
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	食事量や水分量など確認し1日を通じて確保できるよう支援している。少ない方へは声をかけ、取ってもらえるよう飲めるものを提供している。		
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、声掛けや介助にて口腔内の清潔が保てるよう支援している。義歯がない方などへは口腔内容スポンジを活用して対応している。		

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	(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	日中は全利用者がトイレでの排泄を行っている。立位不安定な方に対しては2名で対応している。本人の意思を尊重し個々のタイミングで支援をしている。たま定期的に排泄を促す声掛けも行っている。	排泄記録表で、一人ひとりの排泄パターンを把握し誘導して、夜間オムツを使用している人も日中はトイレを利用している。失禁した時は、声かけに注意し、誇りを損なわないよう支援している。	
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	水分を取ってもらえるよう野菜ジュースなど活用している。食事には乳製品を活用したり食物繊維の多いものを提供するなど工夫している。午前中には体を動かす活動を提供している。		
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	本人の意向を確認しながら対応している。入浴剤を使いたい方やトリートメントをしたいなど個別の希望も実施している。	一人毎に浴槽の湯を入れ替え、ゆず湯やみかん湯、入浴剤を使用して、楽しく入れるようにしている。週3回の入浴が原則であるが、毎日入る人、午前中に入る人、午後に入る人、デイサービスのかけ流しの大きな浴槽に浸かり温泉気分を味わう人等様々な入浴を支援している。	
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	日中は活動的に過ごせるよう支援し生活のリズムを整えるようにしている。体調を確認しながら日中横になる時間も設けている。夜間体位交換ができない方に対しては、2時間程度に1度対応している。		
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	職員全員が服薬内容を確認できるよう、ファイルにとじていつでも見られるようになっている。間違いなく確実に服薬できるように他職員と声掛けをしながら服薬介助している。		
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	毎月外出や外食、買い物へ出かけるなど企画している。		
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	本人の希望に応じて天気の良い日は散歩へ出かける。ドライブや外食も企画している。買い物など職員と一緒に出掛けることも取り入れている。	事業所を周回する道路を散歩しながら、山菜を採って天婦羅にしたりしている。年間行事計画で老神温泉での入浴や足湯を楽しみ、天気の良い日は計画外でも外出を行っている。その他、利用者が必要とする日用品や食材の買い物等に出掛けている。	

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
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	髪を切った際の支払いをされる利用者の方 いる。職員が代わりに日用品の購入を依頼 されることある。		
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	本人から電話をかけたい希望があった際 は、施設の電話を使って連絡を取ってもら う。また、ご家族から本人への連絡もつなぐ ように対応している。		
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	職員の担当者を作り、季節に応じた施設内 掲示物を変更している。心地よい空間や過 ごしやすい場所となるよう工夫している。室 温計を活用して空調などの温度管理をして いる。	手作りの大きなカレンダーが掛けられ、毎日の予 定を確認することができる。ソファが置かれ、5 月は鯉のぼり、7月は七夕飾り等を利用者と共に 製作したり、冬は中庭に雪だるまを作りライトアッ プをしたりするなど、季節を感じ居心地良く過ごせ るよう工夫している。	
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	リビングのソファはいつでも座れるように 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	ご家族が本人と相談して自宅で使っていた 道具を置くなどしている。自宅で使っていた 家具などの持ち込みには柔軟に対応してい る。	仏壇やテレビ等、自宅で使い慣れたものが 持ち込まれている。ベッドとタンスは事業所 で用意しているが、本人や家族の希望で床 にマットを敷いている人がいる。共にデイ サービスを利用していた友人が来て、居室 のテレビを一緒に見ている人もいる。	
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	トイレまでの目印を表示し、自分で移動でき るよう配慮している。食器洗いを日課として いる方に対しては、無理しないように声掛け ながら職員と一緒に作業している。		