

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	2990300085		
法人名	ウェルコンサル株式会社		
事業所名	フレンド倶楽部郡山		
所在地	奈良県大和郡山市外川町72-1		
自己評価作成日	平成30年10月18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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=2970103475-00&PrefCd=29&VersionCd=0
----------	---

【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 Nネット		
所在地	奈良県奈良市登大路町36番地 大和ビル3F		
訪問調査日	平成30年11月2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)】

1ユニット9名、2ユニットありご入居者様皆様が家庭的な雰囲気の中、明るく楽しく生き活きと生活していただけるよう『入居者様のこころと身体に寄り添い、安心できる生活を支援する』『入居者の尊厳を守り、自立支援をする。』『地域に開かれたホームを目指す。』ことを事業所の理念として掲げ、ご入居者様が住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を継続できるよう支援しています。また事業所として支援の幅を広げる事がご入居者の生活の幅を広げ質を高める事に繋がると考え、スタッフの知識やスキルアップが効率的に行えるよう、OJT(オン・ザ・ジョブ・トレーニング)教育システムを導入しています。また近くには大型ショッピングモールがあり買い物やお出かけにも便利です。ホームの目の前には医療モールがあり医療面でのサポートも安心です。

【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)】

ホームは、中和幹線沿いの医療モールや大型ショッピングセンター、法人の有料老人ホームにも隣接する場所に位置している。建物は2階建てで、1階、2階9名ずつ2ユニットあり2階部分には小規模多機能も併設されている。平均年齢80代後半、平均介護度3~3.5の利用者が暮らしている。ホーム内は静かで、明るい色調の機能的な空間で、清潔感がある。利用者には、月2回実施する栄養士の調理による季節感溢れる料理や季節ごとの「食事レクリエーション」が楽しみごとになっている。また、職員は、穏やかな言葉かけで対応している。スタッフ育成に、OJT(オン・ザ・ジョブ・トレーニング)教育システムを導入し、ホーム長は、心と身体に寄り添い、安心できる生活を支援し楽しく過ごしていただくことが一番と考えている。職員は仲が良く、チームワークを大切に楽しい介護を実践しようと努力しているホームである。

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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広がったり深まり、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

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
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	玄関や事務所内の見やすい所に運営理念(ホーム理念)を掲示し何時でも確認できるようにしている。	『入居者様のこころと身体に寄り添い、安心できる生活を支援する』『入居者の尊厳を守り、自立支援をする』『地域に開かれたホームを目指す』の法人理念を軸に新任の管理者は、利用者楽しく明るく過ごしてもらおう職員と共に実践している。	
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	認知症カフェへの参加や認知症サポーターの講習会、また地域中学校の福祉体験の受け入れや幼稚園の交流会など、地域の方々との交流を行っている。	自治会に加入している。併設の有料老人ホームに来訪する園児や、片桐中学の職場体験で訪れる学生と交流を持っている。「認知症カフェ」が近くで開催されているが、利用者を個別支援する職員の余裕がなく、現在参加は出来ていない。	
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	毎年ケア学会を開催し事例研究等を地域の方や事業所、ご家族様へ発信をし交流を深めている。また、2か月に一度運営推進会議を開催しておりその際にホームの運営状況や取り組みについての発信を行っている。		
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	運営推進会議では、行事・ホームでの取り組み・活動等をスライドショーを活用して報告し意見や助言をいただき、サービス向上に向けて取り組んでいる。	運営推進会議は、市介護福祉課職員、家族が参加し小規模多機能と合同で2ヶ月に1回開かれているが、地域住民代表や地域密着型サービス知見者の参加が見られない。会議では、利用者の生活の様子のスライド上映と活動報告が中心となっている。	運営推進会議は外部の人の目を通して取り組み内容や改善課題を話し合い、地域の理解と支援を得る貴重な機会であり、参加者に地域の代表者や知見者を要請することが望まれる。また、外部評価結果と改善の取り組み状況や地域との交流促進を議題に入れ意見を求め活発な話し合いがなされることを期待する。
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	運営推進の案内や議事録を持参してコミュニケーションを図っている。運営推進会議にも参加していただき情報の交換や連携を深めている。	市との連絡の多くは、法人が行っている。介護認定申請などの折には、市担当課に出向き連絡を取り運営推進会議に出席の市職員と情報交換を行なっている。	
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	ホーム全体として身体拘束をしないケアに取り組んでおり管理者が研修などで学んできた内容を、ケア会議時等に職員に対し説明・教育を行っている。運営推進会議に併設して身体拘束委員会を開催しホームでの拘束状況の報告を行っている。	重要事項説明書に「拘束は行わない」と明記されているが、安全面からセンサー使用による体動感知という方法を8名の利用者に行っている。センサー使用時間、期間などを記録し6ヶ月ごとに見直している。また、身体拘束に関する勉強会も開催し運営推進会議で現状を報告している。	
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	OJT時や虐待防止の研修を通して認識・理解を深め、職員同士のカンファレンスや管理者からの助言などで虐待防止の土壌を作っている。また事業所内での虐待行為はない。		

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
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	6,7と合わせてケア会議時に研修を行い制度について学ぶ機会を持ってはいるが、職員一人一人の理解としてはまだまだ不十分と考えている。		
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	契約時に十分な説明を行い個別案件にも対応しご理解ご納得頂けているが改定時などにも再度疑問点や不明点のヒヤリングを行うよう心掛けている。		
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	利用者さまに対してもご家族様に対しても気軽に不安や不満を申し出てもらえる様にお話を伺う時間も設けており関係性を深められるよう努めている。また苦情受付窓口についての説明も行っている。	よく訪問される家族とは、来訪時に生活の様子や健康面について話している。家族には、毎月の請求書に近況報告や伝達事項と写真を同封して法人から送付している。6ヶ月ごとの介護計画の見直し時には、家族からの意見を聴くよう努めている。	
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	ケア会議時やOJT,日々のかかわりを通じて、職員からの提案をできるだけ取り入れるようにしている。また事業所内だけでは解決しない問題に関しては上長や本部に報告・相談を行い運営に反映している。	毎月1回のケア会議や年に2回の個人面談で意見を聴いている。法人本部から教育担当者が定期巡回しており職員を育てる仕組みもある。職員は提案をする「利用者が喜ぶことならやってみよう」と管理者が採用してくれると喜び、やりがいを感じている。	
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	OJTチェックリストを活用し定期的に評価を行うことで、知識やスキルに応じた手当や職務・職責を設定し、向上心が持てるように取り組んでいる。また普段から積極的にコミュニケーションを図り働きやすい環境づくりに努めている。		
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	キャリアパス制度を導入しておりグループ内独自のチェックリストを活用し職員のOJT指導に役立てている。法人内外の研修にもスタッフのスキル等に応じて機会を与えている。		
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	他事業所への挨拶回りやグループの活動の告知、外部での研修を通じて同業者との交流を図っている。又グループ内の事業所と月一回の管理者会議等で連携し、相互に協力体制を敷いている。		

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
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	アセスメント時に生活に対する希望や不安などの聞き取りを行っておりスタッフとケアについて話し合いを行い信頼関係構築に努めている。必要に応じて、利用前の見学や体験等の提案もしている。		
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	アセスメント時に入居者様と共にご家族様の不安や希望を出来る限り聞かせていただき、サービス提供上実施できること、できないことを具体的に伝えてお伝えしている。		
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	利用相談時やアセスメント時にご本人様やご家族様が抱える問題を理解し、状況に応じて他のサービス等の情報提供を行っている。		
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	共に生活しているという意識をご利用者様、職員共に感じられるような雰囲気づくりを心がけている。また出来ることは役割分担の一つとしてお手伝いをお願いしている。		
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	日ごろから密に連絡を取ることを心掛け信頼関係の構築に努めている。また面会時に家族だけで過ごされる時間、職員を交えて過ごす時間を組み合わせて行き共に支えあうといった意識を共有できるよう心がけている。		
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	面会時間の設定はあるが連絡があれば可能な限りいつでも来設してもらえる様にしている。外出や外泊も希望に応じて対応している。	馴染みの人は、家族と促している。一緒に食事に外出したり、孫に会うために帰宅や外泊をする利用者もある。携帯電話で家族と連絡する利用者もいる。退職した職員が、ボランティアで来訪することもある。	
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	入居者間での相性を勘案し座席配置の工夫や様々なレクリエーションを導入し緩衝材として職員が介在することによって暖かな団らん場の場を提供できるよう心がけている。		
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	他施設に移られたり、長期入院でご退居になった場合でも面会やお見舞いに伺ったりケアのアドバイス等を行っている。		

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
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	アセス時にその方の生活歴や習慣を把握できるよう努め、日常のコミュニケーションの中からご本人の意向や希望の把握に努め利用者様本位のケアの実践に取り組むよう職員に指導している。	アセスメントは、利用開始時や心身の状態が変化したときに聴き取りを行い、確認が取れればケア会議で検討している。以前既往歴の申告がなく対応に苦慮した経験があり情報収集に努めている。	
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	利用開始までの生活歴等を本人やご家族、以前のサービス事業所等に確認しながらアセスメントシートに情報の集約を行っている。		
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	利用者様との関わりなどから得た情報を各種記録、カンファレンス、申し送りなどを通して情報の精査、職員間の情報共有に努めている。		
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	日々の生活や面会時などにご本人様、ご家族様からの要望を伺いケア会議で話し合いを行った上でその時点で最もふさわしい計画書を作成している。	ケア会議で話し合い介護計画書を作成し、家族の訪問時に説明している。次へのステップとして計画の中に楽しみごとのプランを入れるプラン作りは未だ実行できていない。	利用者がその人らしく暮らし続けるために家族の意見も集約し楽しみごとを取り入れたプラン作りを実行されることを期待する。
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	入居者の日々の生活の様子や気付いたことを記録、確認することでケアプランの見直しに活かしている。(PDCAのサイクル化)		
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	併設の小規模多機能と合同で行事やレクリエーションを定期的に行うようにしている。また状況に応じたケアの実践を行うことで、事業所としての多機能性の幅を広げ、ご利用者様の生活の幅が広がるよう支援している。		

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	地域行事や併設施設と合同行事等に希望があれば参加してもらっている。また状況に応じて外出や買い物等、外に出ていく事を支援している。		
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	これまでのかかりつけ医があれば家族協力の元、継続して受診が出来る様に支援している。またかかりつけ医がない場合は提携医の往診を勧めている。状況に応じて受診の付き添い、医療機関との連携や相談などを行っている。	同一敷地内にある内科協力医療機関からの訪問診療が月2回あり、皮膚科、歯科の往診もある。家族の付き添いで精神科を受診する方もいる。診察結果は、家族の訪問時に伝え、訪問のない家族には手紙で、また緊急時には電話で伝えている。訪問看護とも契約し週に1回訪問があり、緊急時も連絡を入れて支持を仰いでいる。	
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	入退院の際に、往診医や看護師に間に入っていたり、連携がスムーズに行えるようにしている。入院の際は、管理者や看護師が定期的に訪問し状態の把握に努め退院時にDr.とのカンファレンスも行えるよう関係づくりを行っている。		
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。	日頃より提携病院の地域連携室などと密に連絡を行うようにしており情報の交換を行っており相互のフォロー体制は出来ている。		
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	利用開始時や状態に応じその都度、ご本人・ご家族と話し合いを行いケアの方向性を決めていく。またその状況に応じた選択肢の提案を行いホームで出来る事、他事業所や医療機関で出来る事やその違いについて説明を行っている。	看取りは、「希望があって医療の体制のいらない利用者」との指針を持ち契約時同意書を説明し希望を聴いている。重要事項説明書には、重度化した場合要望を踏まえて医療機関選定に協力し、意向の変化には、出来ることとできないことを伝えると記している。直近1年の看取りの事例はない。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し適切な対応が出来る様に研修を行い職員に周知徹底を行っている。		
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	年に二回消防訓練を行っており避難の方法などを学んでいる。別途に非常災害対策(水害)としての訓練を年に一度行う	消防訓練は、年2回実施しており今年度は、6月に実施し、11月に予定している。利用者も全員参加して出口までの移動時間を計り意識を新たにした。また、近隣にため池があり非常災害対策も行っている。備蓄は水、乾パン、ラーメン、ご飯、コンロ等を3日分保存している。地域の協力体制作りは難しいと考え職員間の行動体制作りを行なっている。	

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
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	一人ひとりの人格を尊重することを心掛け、介護が必要な分においてはさりげなくフォローが出来るように努めている。	トイレ誘導時の言葉かけに注意を払い、自己決定しやすい言葉を選んでいる。また、個人情報の取り扱いにも注意している。	
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	関わり合いを大切にし何でも話し合える関係を築けるように努力している。自己決定を行いやすいような質問の仕方などを工夫して自己決定することに近づけるよう支援している。		
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	日々の業務が職員の都合優先にならないように注意し出来る限りその方のペース・希望に応じた支援を心掛けている。		
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	衣類などはご本人様のお好みのものを着て頂くように支援しており、毎月第二火(水)曜日には訪問理美容の支援をしている。		
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	できる限り入居者の嗜好に遭ったメニュー作りに努めている。食事の下ごしらえや片付けなど、利用者の状態に応じてスタッフと共に行っている。	食事は職員がすべて手作りし、刻みやミキサー食にも対応している。月2回、栄養士が季節感のある献立を行い、職員からも盛り付けやメニューの相談ができると好評である。「食事レクリエーション」として誕生日や、敬老の日、お正月等イベント食を提供している。利用者が後片付けを手伝うこともある。また誕生会には希望のメニューが提供される。車いすでの食事や、エプロンの使い方について再考の余地があるように思われる。	
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	毎日の食事量や水分量を個人別にチェックしている。栄養のバランスが偏らないようまた同じメニューが続かないよう献立日誌を活用している。食事の形態についても一人ひとりの状態に合わせ柔軟に対応している。		
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	毎食後の歯磨きの誘導や必要な方には職員の介助によって入居者の状態に応じて口腔清潔が保てるようにケアをおこなっている。また訪問歯科による必要な口腔ケア、治療をうけることができるように支援している。		

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	排泄チェック表を活用しながら排泄パターンを把握し声掛けなどにより出来るだけトイレで排泄が行えるように支援している。	オムツは、昼間は2～3人、夜間は5人の方が使用している。夜ポータブルトイレを使用している方もある。経済的なことも伝えて理解してもらいリハビリパンツにパットの使用を促している。医師と相談しながら服薬したり、ヨーグルトを食することで排便コントロールに繋がっている。	
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	運動や乳製品の摂取により自然排便が出来るように取り組んでいる。内服薬が必要な方については看護スタッフ、主治医と相談しながら服薬コントロールを行っている。		
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	週に2～3回入浴していただいております。曜日などは概ね決まっているが希望等によっては可能な限り臨機応変に対応している。	個浴を楽しめるゆったりしたユニットバスで週2～3回入浴している。湯船を跨げない方は、シャワー浴で対応している。嫌がる人にも週1回は、入浴してもらうよう同性介助を試みている。ゆず湯を楽しむこともある。	
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	本人の希望や状態に応じて昼寝や居室での休息を取っていただいているが、夜間良眠できるように日中は活動的に過ごしていただける様、工夫している。		
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	薬歴などを確認し、服薬時は職員二人以上で確認を行い誤薬の無いよう細心の注意を払っている。症状・状態に変化があれば記録し速やかに医師に伝えている。		
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	その方に応じた活動やお手伝いをさせていただいている。食事の準備や片付け、掃除、洗濯物たたみなど		
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	入居者の希望に合わせて外出(散歩程度)できるよう支援している。またご家族と定期的に外出される方もおられる。	外出は、家族と出掛ける方に限られている。今夏は、暑さが厳しく、冬に向けてインフルエンザの心配や職員の手手でも薄く外出支援は出来ていない。以前近隣の外出が気分転換になったとの感想もある。また、法人の協力も得られそうである。	毎日限られた場所で過ごしていると、利用者のストレスの原因にもなりうる。ストレス発散や気分転換のためにもその人らしい日常の外出支援が望まれる。家族の協力や法人の協力を得て工夫されることを期待する。

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	金銭的なトラブルが生じないように所持は控えて頂いているが、外出された場合などにご本人が買いたいものを買えるように立て替え払いで支援している。		
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	電話・手紙の取次は勿論、希望に応じて電話をかけてもらっている。		
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	空調にて温度の管理を行い必要に応じて換気を行うなど配慮している。季節に応じた飾りつけや写真の掲示などを行い話題作りのきっかけを作っている。	キッチンから見通せる食堂兼居間は、ゆったりとした広さで、テーブルやソファが置かれている。居室前の廊下の壁には、以前に中学生から送られた福祉体験お礼の寄せ書きと記念写真が飾られている。トイレは1フロアに3ヶ所設置している。訪問する家族が目に見える利用者の様子が分かる写真など最近の情報に更新できれば尚よいと思われる。	
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	各場所にソファーなど座れる場所を確保しており思い思いの場所で寛げるようにしている。		
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	入居時にできるだけ馴染みの物を持ってきていただくようお願いし安心して暮らせるよう支援している。	エアコン、カーテンが備え付けられ、レンタルベッドが置かれている。馴染みの物の持ち込みを家族に進めておりテーブルや化粧ダンスを置かれている方もあるが、全体的にスッキリとした居室が多い。	
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	本人の出来ることはしていただくように残存能力を維持していけるよう、声掛けの仕方や援助方法について職員で話し合っている。		