

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	1090100247		
法人名	群馬中央医療生活協同組合		
事業所名	小規模多機能型居宅介護ふれあいの家六供		
所在地	前橋市六供町813-1		
自己評価作成日	平成30年1月20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.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市高崎市八千代町9番8号		
訪問調査日	平成30年2月6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)】

通いサービスを中心に宿泊サービスや訪問サービスを実施することで独居の利用者や高齢者のみの世帯を中心に利用者の在宅生活の支援をおこなっている。小規模多機能の機能の発揮することを重視している。現在登録者の半数がそのような状況。緊急の通い利用や訪問や宿泊にも対応すること、様々な都合での利用変更にも対応することで利用者のみならず介護しているご家族の都合や負担軽減にも応えるようにしている。そのことで在宅生活が継続できることを目指している。小規模多機能の機能を出来る限り活用できるように利用者一人ひとりの状況に合わせた介護計画を作成、計画に基づきながら訪問や配食をおこなうことで利用者の生活をサポートしている。小規模多機能で全てをサポートすること以外に医療系サービスやインフォーマルサービスと連携して利用者の生活サポートができるよ

【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)】

小規模多機能型居宅介護の目的を管理者をはじめ全ての職員がしっかりと理解し、日々の業務に反映させている。利用者が在宅での生活に必要な全ての要望、特に在宅での排泄支援の対応や緊急な宿泊希望者に対して即対応出来るよう常に宿泊ベットを確保している等から何う事が出来る。母体が医療機関と言うこともあり緊急時の対応が速やかに行われている。職員は医療関係についての学習の機会を持っている。前回の調査時の問題点等を前向きに検討し、出来る事から実践に反映させていることが、事業所として利用者支援に前向きな姿勢が伺える。

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

[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	理念に掲げているその日その瞬間を大切に して、その人らしく自宅での生活が送れるよ う新入職員には就業前に必ず話を する。カンファレンスや職場会議で などで利用者のケアを考える時に基本 にしている。	カンファレンスや職場会議で事業所の掲 げている理念の確認をしている。新入 職員に対しては入職時に理念について 説明している。業務中に気付きのあ る時には職員同志で注意している。	
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	お祭りの開催などで近隣の住民の方 々と交流を図っている。ご近所から の利用に応じているため利用者同 士が昔からの知り合いということが あり通いの場が交流の機会になっ ている。	事業所主催のお祭り開催時には地 域の方に参加を呼びかけ、近隣住 民との交流の機会を作っている。散 歩時に会話を交わす等日常的な地 域のつながりを大切にしている。「 通いの場」が近隣からの利用者 と地域住民との交流の場になっ 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	七夕地域交流まつりを開催して近 隣住民の方々に参加していただき 、事業所見学や職員と交流などを している。利用者が裏口から一 人で外にでてしまったとき近所 の方が声をかけてくれた。		
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	利用状況や利用者の様子を報告。 運営について地域との協力方法 についてアドバイスももらうよ うにしている。地域の実情など もお互いに把握し合い必要な 時の協力関係を確保している。 家族の都合がつきにくい。	市の担当者・自治会長・民生委員 ・家族、事業所関係者の参加で 2ヶ月に1回開催している。事 業所から利用者の状況・行事・ 相談事等の報告があり、参加者 が意見交換をしている。会議の 議事録は家族に送付している。	
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	事業所の運営に関する事で法令順 守のため確認が必要な内容につ いて基準省令だけでは確認でき ないことについては遠慮なく質 問や市の見解を確認している。市 から調査や確認があれば速やか に対応している。	管理者が市の担当者を訪問して事 業所の状況報告・相談事・意見 交換をしている。場合によっては 電話で相談や話し合いをしてい 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	玄関の施錠は行わない(夜間は防 犯のため実施)。4点ベッド柵、 Y字ベルトも使用していない。行 動制限の声かけも身体拘束にな ることを意識を職員で共有して いる。ただ、転倒リスクの高い 方にセンサーの使用はしている。 職場会議でも学習している。	日中は玄関の施錠はしていない。 利用者の状況によりセンサーを 使用することがある。スピーチ ロックについて職員は共通認識 を持って利用者に対応してい る。基本的に年度初めと終わり には拘束についての学習会、反 省会を行っている。	
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 ないよう注意を払い、防止に 努めている	身体拘束とともに虐待についても 職員と意識を共有して、「絶対 にあってはならないことであ る」ことを徹底するようにして いる。職場会議でも年度末や年 度初めに定期的に学習してい 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		○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	管理者や主任は研修などを受ける機会があるが、その他の職員は学習機会がもてていない。法人の制度教育や事例検討会に参加を促している。認知症介護実践者研修に1名参加。		
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	契約時に契約書と重要事項説明書をお互いに見ながら、丁寧に説明するよう気をつけている。		
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	苦情処理窓口を掲示。管理者・介護支援専門員に直接お話しもいただいている。事業所側の不手際については謝罪。調査が必要であれば調査し改善をはかる。それをもとに説明をおこなう。苦情相談ボックスも設置。	送迎時・連絡ノート・家族来訪時等に本人や家族の意見を聞いている。日頃の利用者の言動からも把握している。利用者・家族と職員間に話の食い違いがあればお互いが納得するまで話し合っている。	
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	職場会議を月に一度開催。職員と運営に関する意見を話し合い、必要なことを決定している。それ以外にも日常で気が付いたことなどは主任や管理者に報告してもらい対応していくようにしている。面談も実施。	毎月開催の職員会議で職員の意見や提案を聞いている。又職員が今後話題として取り上げて欲しいテーマをボードに記入してもらい話し合っている。定期的に面談を行って希望や提案を聞く機会を設けている。	
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	定期的に職員面談を実施。働き甲斐や疲労感や精神的な負担などを把握している。労働時間や休日取得の状況も管理者が把握、できるだけ配慮して勤務表を作成している。職員体制は基準を満たすことで精一杯。		
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	毎月の職場会議で学習の時間を設けてさまざまなテーマの学習を行っている。法人の制度教育や事例検討会に参加を促している。認知症介護実践者研修に1名参加。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加入。様々な研修の情報を集めたり、運営についての相談などを行っている。実際に研修会などへの参加はできていないため今後は参加できるようにしていきたい。		

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
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	サービスを利用する前のアセスメントの時に何に困っていて何をサポートすれば安心して生活できるのかを利用者や家族とともに考えていくようにしている。こまめに訪問し本人と家族との関係構築を心がけている。		
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	利用希望時、契約時、利用開始日などで段階的にご家族の思いを確認、何でも相談できるように関係になれるようにしている。利用後も毎月の訪問時やサービス利用時に本人を含めて定期的に話をしている。		
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	その利用者本人と家族が自宅での生活を継続するために必要としていること、希望していること、思いを聞き取り、必要な支援ができるよう実際のサービス利用や介護計画に生かしていくようにしている。		
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	利用者のできることを見つけ、利用者が得意なことを介護者側がお願いして行うことで、頼りにしていることや役割を持ってもらえるような支援を心がけている。カンファレンスで共有も図っている。		
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	自宅での生活を支援していく中で個々の利用者の家族状況に合わせて、家族の協力も得られるようお話ししながら、家族が支援するところとサービスで支援するところのバランスを考えながら本人を支えている。		
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	サービスによる支援やご家族による支援だけでなく、近所の人、友人とも気軽に交流できる場となれるよう門戸を開いている。またその場に行くことを希望されたときは送迎も対応毎週なじみの商店で過ごす方もいる。	友人の来訪、馴染みの商店への送迎、自宅近隣の方と食事の際のお手伝い等、馴染みの人や場所の継続支援に努めている。	
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	利用者と職員が一對一で関わる機会だけでなく職員が介入し利用者同士の会話で談笑する機会やレクレーションや作業などの中で利用者同士が交流している。利用者同士の会話でおだやかに過ごせるときもある。		

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	様々な事情で利用終了となった方のその後の様子については、その様子を確認するため面会に行ったり、ご家族からお話を聞くなどしている。看取りをした利用者家族にも後日自宅を訪問、当時を振り返った。		
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	本人との会話や家族からの情報などから、その人の生活への思いを把握、日常生活に生かせるよう介護支援専門員を中心にほとんど毎日実施しているカンファレンスで職員が共有できるようにしている。	日頃のかかわりの中での言葉や表情からその真意を推し測ったり、それとなく確認している。不明な場合は家族等からの情報を参考にしている。	
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	これまでの生活歴などをアセスメント時、契約時、利用開始時、モニタリング時の度に本人やご家族から聞き取り、把握している。また、カンファレンスで把握が必要な情報があればその都度確認するようにしている。		
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	介護支援専門員を中心に定期的にモニタリングし、その内容をカンファレンスで話し、職員全体が現状を把握、共有するようにしている。		
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	モニタリング、介護計画の見直しを必要に応じて行っている。情報もモニタリング以外にも本人、家族、職員などから聞き取り、ほとんど毎日カンファレンスをおこない情報共有や介護計画の見直しにつなげている。	モニタリングは月に1回、介護計画の見直しは基本的に3ヶ月に1回行っている。利用者の状態の変化により随時の見直しや状況により、毎月見直しをしている方もいる。	
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	排泄、食事状況、内服薬チェック、その他必要なケアについて一目でわかるような日誌とともに個別介護記録で詳しく夜間の様子を記録している。カンファレンス時には記録を参考にしている。		
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	地域の知り合いと毎日会っていた方はその場所まで送迎している。行きつけの病院への送迎もおこなっている。本人の希望があれば床屋への送迎などもおこなっている。		

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
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	近所の美容室からの出張理美容サービス、利用者が毎日行っていた商店に行くことを継続できるよう商店の方と協力、自宅に帰ったときは近所の方と食事できるよう協力するなどしている。		
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	本人と家族の希望があれば今までのかかりつけ医と連携。何か状態の変化があれば協力医療機関に速やかに受診できるよう支援している。受診が困難な方は協力医療機関の往診をうけることも勧めている。	本人と家族の希望するかかりつけ医を選択出来る。体調の急変時には協力医療機関での受診支援をしている。訪問診療体制が出来ており、利用者の状況によっては自宅で受診することが出来る。	
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	看護師は2名でほぼ毎日勤務。その際に介護職だけでは判断できないことの確認をおこない職員間で共有。夜間も利用者の状態等について判断を仰ぐ、必要によっては施設に来て処置してもらうなどしている。		
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。	入院の際には管理者や介護支援専門員から入院先の病院に利用者の情報提供をおこなう。退院後のサービス受け入れもできることを病院に伝えている。退院前には病院や家族と相談しながら退院後のサービス利用を含めた生活を定めるようにしている。		
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	重度化した際の方針は書面として作成したが、家族への確認は全利用者には確認できていない。確認をすすめていきたい。個別に確認した利用者はいる。また、本人と家族と相談しながら看取りをおこなったこともある。	重度化等の対応指針は出来ており、体調の変化をみながら本人・家族等に説明しており、希望に添った支援に対応している。訪問看護を利用しての自宅での看取りと事業所での看取りを経験している。	
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	緊急時や急変時の対応基準などを作成。フローチャート形式のものも作成し、職員が常に同じように対応できるようにしている。		
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	非常災害時対応基準を作成し直した。避難訓練は実施している。地域の住民とは話しているが、地域住民合同の訓練はまだおこなえていない。	総合避難訓練を2回(内1回は消防署の協力あり)実施している。近隣の方に災害時の協力をお願いしている。備蓄として3日分の食料(五目御飯・わかめ御飯・ビスケット等)と飲料水を用意している。	災害時に迅速な避難誘導が出来るよう、日頃から自主訓練を出来るだけ多く実施して欲しい。

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	認知症によりできないことも多くなっている利用者だが、人生の先輩であり、尊敬の念を持って接することは日常的に確認している。親しみの中にも目上の人への配慮された言動を行うよう努めている。	人生の先輩として接している。言葉かけは例外を除き名字で～さんと呼んでいる。個人情報の扱い方については常に話し合っており、外部に漏らさないことを徹底させている。	
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	上手くできないこともあるが、言葉で表現できない方も言動から本人の意思を読み取り、それを尊重し、こちらからの働きかけだけでなく、声かけなどをおこない、自発的な行動を援助するよう心がけている。		
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	職員の都合や業務の都合に合わせてではなく、利用者の意思や思いに職員や業務を合わせていくことを基本として職員と共有しているが、施設の都合や決まった一日の流れを過ごすことが多くなっている。		
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	衣服の選択は本人の意思を尊重し、声かけや援助が必要な場合でも、本人の意思確認をするようにしている。		
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	朝食と夕食はご飯を炊き、おかずはクックチルで温め盛り付けして提供。昼食はご飯を炊きおかずは業者に配食してもらう。配膳も職員が行っている。おやつは手作りのものを提供し楽しめるようにしている。	御飯と味噌汁は事業所で用意し、副食は宅配を利用している。手作りのおやつを用意したり、外食の機会を設けている。飲み物についてはほうじ茶等幾種類かの飲み物を用意、カートで利用者の所に運び、好みの物を選んでもらっている。	
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	利用者一人ひとりにご飯の量や疾患や好き嫌いに応じてできる限りの工夫(肉禁、ミキサーなど)をしている。水分が必要な利用者には水分摂取を促す。食事や水分摂取がすすむよう好みを把握している。		
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	自力で歯磨きできる利用者にも声かけをしている。援助が必要な利用者にも状態に応じた口腔ケアをおこなっている。利用者全員に食後の口腔ケアをおこなっている。		

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
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	排泄パターンやタイミングの把握はあまりできていない。状態に応じて必要な援助ができるようにしている。状態の変化があればカンファレンス等で排泄介助の方法を職員全体で考え対応していく。	「排泄OUT表」を作成して利用者個々のパターンを把握し、トイレでの排泄誘導を行っている。訪問時にも希望があれば排泄介助をしている。	
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	排便状況の確認を申し送りで行っている。便秘の状態によって、緩下剤の使用などを看護師や主治医と相談しながら実施して、排便コントロールできるようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	できる限り利用者の希望に沿っていきたいが、回数の希望がなく、入浴日はある程度こちらで決めている。入浴の際はできるだけ気持ちよく入浴できるよう声をかけている。入浴を楽しめるよう入浴剤を使用している。	入浴は利用者の希望を聞いての対応となっているが、多くの利用者はいつでも良いとの反応である。失禁時にはシャワー浴で対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	消灯時間などは定めてあるが、あくまで目安であり、その人のその日の状況で眠りたいときや眠くなっている様子のときに休めるようにしている。日中の休息时间も同様にしていく。		
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	薬は職員が管理。内服薬管理基準により薬の内服の時は間違えないようダブルチェックを徹底。焦らず、確実に内服できるようにしている。また、内服後の空き袋をとっておき確認できるようにしている。		
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	利用者一人ひとりの趣味などを日々の生活に生かしていきたい。日課を役割にしていたり、掃除が好きな利用者には掃除を職員と共同でおこなっていただくなどしている。		
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	季節ごとの外出や日曜日に買い物に行くなど気分転換の外出をできる時にはおこなうようにしている。天気によっては玄関先で全員で談笑やレクレーションをしている。個別の希望による外出やドライブもおこなっている。	近隣の散歩、買物や外食、季節毎の花見、気分転換のドライブ、テラスでのお喋り等と外気に触れる機会を出来るだけ作っている。	

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
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	金銭の所持は金銭トラブル防止の観点から基本的に行ってもらっていない。ただ、財布を持っていることが安心感になる利用者もいるため、その利用者の家族と相談し、財布を持ってこられる方もいる。		
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	希望があれば本人と家族が電話で話ができるようにしている。(宿泊時に帰宅願望があるときなど)		
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	季節ごとの飾り物の配慮をしている。天気によって室温、湿度、採光、換気などにも配慮するように心がけている。様々な場面でそれに合わせた音楽をかけるようにもしている。整理整頓も心がけている。	室温や湿度は適切に調整され、特有の臭いも感じられない。ソファや椅子が置かれ好きな定位置に腰かけている人もいる。共用空間に入って直ぐの一部にデスクが置かれ、職員の事務処理の場となっている。	共用空間はあくまでも利用者の居場所なので、職員の事務処理の場の設置について一考をお願いしたい。
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	共用空間でも様々な利用者と過ごせたり個別になれるようテーブルやイスの場所をその時々で考えながら配置。利用者同士その時の認知症状などによってトラブルになることがあるためカンファレンスで相談している。		
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	主に宿泊時になっているが、居室は使用する利用者に自由に活用してもらっている。また、その利用者に合ったベッドやタンスの配置などの環境整備を考えている。	ベットとタンスは事業所が設置したものである。宿泊時には身の回り品、時計、着替えの洋服、化粧品等を持ち込んでいる。温度や湿度も適切に調整されている。	
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	建物の不具合についてはその都度業者に連絡するなど早期補修などの対応をして安全に配慮している。		