

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	4290700055		
法人名	株式会社 泰州		
事業所名	小規模多機能ホーム みんなの家		
所在地	長崎県平戸市生月町里免2178番1		
自己評価作成日	平成30年 1月 5日	評価結果市町村受理日	平成30年3月13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/42/index.php
----------	---

【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 ローカルネット日本評価支援機構
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1
訪問調査日	平成30年 2月 13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)】

ご利用者が高齢化・重度化となっても、特段の医療処置等の必要性がない限り、在宅や住み慣れた環境で支援を受ける事が出来るよう泊りサービスの調整をご利用者・ご家族と検討しながら取り組んでいる。高齢化が進み島内外における特養や入所施設の入所待ち待機者の受け皿的役割も担う事が出来る様に運営方針を定めて日常から現場職員にも意識してもらえるように声掛けしている。今年度は職場内研修や運営推進会議、外部研修も含め、介護職員の倫理や認知症ケア、介護施設の防犯対策等の研修参加も行い安心して利用することが出来る事業所となる事を目標に取り組んでいる。広報誌作成や家族会の開催等での事業所側から地域への情報発信がまだまだ出来ておらず、取り組みとしては乏しい状況であるが、サテライト事業所を含め今後も幅広い地域の方へ小規模多機能型居宅介護サービスのメリットをアピールして行きたいと検討している。

【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)】

生月島は平戸市の北西に位置し、半農半漁の生活者が多い中高齢化が進み、平戸市唯一の小規模多機能事業所として、地域からの期待は大きい。土地柄、住民同士の関係も濃密で、事業所に対する地域の高齢者への支援に出来るべく、開業から7年目を迎え、管理者及び職員の努力により、地域で好評の事業所に成長していることが窺える。生月大橋近くにはサテライト型事業所も開設し、地域住民の介護ニーズに対応した支援に取り組まれている。職員は各種の研修に積極的に参加し、介護技術のレベルアップが図られている。管理者は地域に根差した事業所として情報発信の面で広報誌等を活用して小規模多機能ホームのメリットを伝える取り組みを計画するなど、今後の更なる取り組みに期待が持てる事業所と言える。

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 3. 家族の1/3くらい 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 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、生き生きと働いている (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				

自己評価および外部評価結果

ユニット名 小規模多機能ホーム
みんなの家

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	開設当初に掲げた『まごころのおつきあい』をモットーにご利用者ご家族の希望・要望に応じる事が出来る体制作りに取り組んでいる。認知症があっても、高齢化・重度化が進んでも、意思の決定や感情の表出が出来る雰囲気作りに取り組んでいる。	理念の実現の為には常に意識することが大事であることを意識し、ホール内の職員が目につきやすい場所に掲示している。対利用者、対職員に分け隔てなく、信頼関係を大事にした声掛けで、支援が行われている。	
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	地域サロンへのご利用者の参加。高齢化・重度化に伴う外出頻度の減少において、事業所での行事(敬老会)に地域ボランティアの方を招く事でご利用者との交流を図っている。	事業所の敬老会へ地域の高齢者を招待したり、3B体操、尺八、琴の演奏等ボランティアの受入れも行っている。地域の集会などへ出掛け、各種情報提供、交換を行いたい思いはあるが現在のところ依頼はない。	
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	まだまだ地域貢献が出来ている状況ではないが、運営推進会議での認知症ケアについての勉強会を行ったり、認知症サポーター養成講座への参加を行っている。		
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	毎年度課題となっている、議題のマンネリ化解消の為、今年度は認知症についての勉強会や地域駐在所の警察官を招いての防犯対策講話等を交えながらサービス実績等の報告を行ない評価を頂いている。	欠席した方には会議内容の資料を持参し説明している。利用者家族には外部評価結果も含め玄関に閲覧用として置かれている。駐在所の方へ出席してもらい防犯対策、交通安全マナー講習を行う等活性化に向け取り組まれている。	地域に開かれた事業所として、又、運営の透明性を図る一環としてヒヤリハット・事故の報告によるアドバイスを受ける取り組みも必要と思われる。今後、検討することに期待する。
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	運営推進会議での状況報告及び各種手続き等で本所や支所等へ出向き相談を実施している。	生月地区全サービス事業所、区長、民生委員等が集まって圏域ケア会議が定期開催されており、支援方法等を話し合っている。困り事等があれば包括支援センター、社会福祉協議会との相談体制も出来ている。	
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	現段階で身体拘束該当はないが、メディアや新聞等で報告されている事例を元に、全職員で検討する機会(ミーティング・申し送り時)を設けている。夜間帯及び緊急時を除いては常に玄関の施錠はする事無く、自由に入出りが出来る様に取り組んでいる。	状況によっては声のかけ方に注意が必要な場面もあるが、職員へ一声声かけし、手が空いたら適切に対応するよう努めている。現在、長期宿泊の利用者で夜間帯等のセンサー使用が必要な利用者はいない。	
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	昨年の相模原市でおきた障害者無差別殺傷事件を事例とした防犯対策研修に参加。防犯のみならず、障害者高齢者に対する虐待防止、安全を守る取組を実施する事を学ぶ機会を設けることが出来た。		

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	現在該当するご利用者はいないが、独居や家族との疎遠状態のご利用者も登録者としている為、今後は研修等に参加できる機会を検討している。		
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	新規利用相談や体験利用を通してサービス提供の流れや事業所の雰囲気を感じて頂き契約に移行している。契約時やその後のサービス利用時に不安や疑問がある場合には随時理解納得を得て頂けるよう説明を行っている。		
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	通い帳を使用したり、送迎時の訪問や定期連絡等を行ってご家族と、ご利用者の現状について情報交換を行い、意見等の聴取を行っている。	利用契約時に事業所以外の相談窓口の説明している。聴覚障害等で意思疎通が難しい利用者とは、表情、態度を観察し、想いを汲み取るよう努めている。利用者家族の要望で送迎時間の変更等の対応は、送りノートに記入し、職員間で共有している。	
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	月一回のミーティングは元より、毎日の送り等で運営状況の報告を行っている。報告内容や意見等については送りノートを活用し全職員が閲覧できる様に取り組んでいる。	職員間で定期的な会議や随時の話し合いで意見交換している。今年度より、法人内の他事業所との職員交流を検討中である。入社時の面接で配属先の説明と同意を得ており、異動時は事前に職員の意向を尋ねる事としている。	
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	職員個々の労働条件の考慮や、希望休、突発的な休暇等もある為、勤務表作成には職員との話し合い等の機会を設けながら作成している。給与水準においては他事業所と比較しても平均的な水準となっている。		
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	研修等の参加においては今年度は平戸市介護支援専門員連絡会主催の研修や地域支援・予防支援などのケアマネジメント研修に参加する機会を設けた。現場職員においては、事業所内研修における、職業倫理の理解や日々の業務の中でのリーダー職員による指導等も含め、質の向上が図れるよう取り組んでいる。		
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	市内・町内にある居宅介護支援事業所との情報共有等を行いながら、ご利用者のニーズに合うサービスや社会資源の把握等を行っている。また、介護支援専門員連絡協議会の役員や会員となる事で、他職種との交流や勉強会の参加も行っている。		

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	利用相談の段階でご利用者本人の状態やご家族の状況等を聞き利用開始までに職員間での情報共有を行うようにしている。サービス提供の可否についても検討し、否の場合の対処法や他事業所への情報提供及び利用相談を行っている。		
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	利用相談の段階でご利用者本人の状態やご家族の状況等を聞き利用開始までに職員間での情報共有を行うようにしている。サービス提供の可否についても検討し、否の場合の対処法や他事業所への情報提供及び利用相談を行っている。		
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	利用相談の際にはご家族のみならず出来る限りご利用者本人にも事業所に来ていただき見学をして頂いている。来所困難な場合は、介護主任や計画作成担当者、看護師等と自宅へ出向きまず顔を覚えてもらえるように支援している。		
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	職員全員が理念『まごころのおつきあい』を意識し、毎日笑顔で接する事を心掛けて信頼構築に取り組んでいる。ご利用者ご家族が遠慮する事無くニーズや要望等を発信する事が出来る環境づくりに取り組む様心掛けている。		
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	ご利用者のその日の過ごし方や、バイタルの状況等、変化が分かる様に通い帳に記入し報告。ご家族も通い帳を確認しない事もある為、その際には電話や送迎時において状況の報告を行い、日々の支援につなげている。		
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	1人暮らしのご利用者においては、買い物の動向を行ったり、馴染みの美容室への外出支援を行い地域や知人との交流が出来る様に支援している。また事業所への面会においては時間の制限等作らず、ご家族や知人等も仕事帰りでも気兼ねなく来所できる様進めている。	長期宿泊利用者の、盆暮れの帰宅等家族の意向により対応している。その際、車椅子が必要であれば貸与も行っている。利用者の近隣住民との関係性も、職員、利用者共に地域的に繋がりが深い。	
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	その時々で、スケジュール等を定めず、ご利用者が互いに談話したり、個別活動やレクリエーションを通して関係性を保つ事ができる様支援している。意思疎通が困難なご利用者については、職員が仲介をする事で交流が出来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
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	長期の入院や希望によって他事業所への登録変更等を行っても、定期的に面会を行う事で、安心して治療や日常生活を送る事ができる様声掛けをさせてもらっている。必要があれば、病院や登録変更後の事業所との電話や出向いて情報共有を行っている。		
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	ご利用者1人ひとりの基本情報やアセスメントシートをいつでも閲覧できる様経過記録への貼付を行ったり、新たなニーズや要望等が出た場合にはその場にいる職員や担当職員との検討を行い調整を行っている。	家族の思い等は、聞き取った職員が管理者に口頭で伝え、管理者が個人記録に記入している。秘密保持上重要な意見は、個人情報支援経過記録に管理者が別途記録している。支援中の利用者意見は職員が介護記録に記入し、共有している。	
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	利用相談時やサービス提供期間において新たに把握できた情報については申し送りノートに記載したり、口頭伝達により全職員に通知し把握できるように努めている。		
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	利用時のバイタルチェックやご利用者の表情、言動等で変化が見られる際には本人に体調等の確認を行い、自宅での状況等をご家族に確認し、経過の把握や必要に応じて病院受診等も相談を行いながら支援に努めている。		
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	基本的に6ヶ月ごとのプラン更新期間を定めているが、ご利用者本人の要望やご家族の希望、状態悪化に対する入院等があった場合は、その都度プランを変更し、ご家族との検討を行いながらプラン作成、支援実施に努めている。	介護計画は6か月毎に見直しており、担当職員が毎月モニタリングし、見直し時は、在籍職員で協議し計画作成責任者が作成している。身体状況の変化で見直しが必要な場合も同手順で随時見直しがなされている。	基本的に半年毎の見直しであり、介護計画に変更がない場合は、家族からの同意は口頭のみとなっている。リスク管理の点からも書面で同意を得ておく必要があると思われる。
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	介護計画を元実践シートを作成し、サービス内容に基づいて記録を行うようにしているが、中々記録への反映が整っていない状況。月一回の職員ミーティングの際にプラン見直し該当ご利用者について職員全員で日々の状況や変化についてあげてもらい、支援方法等を検討しプラン作成に取り組んでいる。		
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	1日の利用定員に余裕を持つことで、突発的なサービスの利用にも対応できるように調整を行っている。特に高齢化や重度化が進んできている状況である為、必要に応じては泊りサービス導入での経過観察や病院受診などご家族と検討しながら支援に取り組んでいる。		

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
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	高齢化や重度化となってきた状況であるが、地域のサロンや敬老会等のイベントに参加希望のご利用者については利用日を調整し積極的に参加して頂いている。また、買い物の日課としておられるご利用者については、サービスの利用開始時間を変更したり、送迎ついででの買い物動向を行って楽しみを持って過ごして頂けるように支援している。		
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	定期受診においてはご家族へ依頼する。その際には事業所での様子や変化があれば、情報提供書に主治医からの指導内容記入欄を設け記入してもらったり、状況によっては直接主治医より電話がある。場合によっては直接病院へ出向き主治医との面談を行っている。	受診は家族対応で、状況に応じ事業所の生活情報記録を持参している。受診結果は家族から看護師へ口頭で説明している。病状の変化等で情報共有の必要があれば職員が病院へ出向いている。	
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	ご利用者の体調不良や些細な変化に対し、すぐに看護師へ報告を行う事を徹底している。必要があれば医療の支援が受ける事が出来る様に、看護師よりご利用者ご家族へ説明を行い、病院への連絡受け入れ態勢の確保を依頼している。ご家族が対応困難な場合は事業所看護師にて病院受診動向を行っている。		
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。	基本情報やアセスメント情報の資料提供と共に、事業所での状況報告を行っている。また、入院中も定期的に管理者や看護師、ケアマネージャーが病院に訪問しご利用者本人の状態について担当看護師(看護主任等)と治療経過状況説明や主治医との面談の段取りなど調整して貰えるように取り組んでいる。		
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	特段の医療行為等が必要ない重度化されたご利用者については出来る限り受入を行う方針で進めている。しかし設備面や人的な状況においてサービス提供が困難な場合には他居宅支援事業所のケアマネ等にも相談し、特別養護老人ホーム併設のロングショートステイ等も検討をするように取り組んでいる。上記状況における事業所での終末期ケアについてはまだまだ提供できる状況ではない為、ご自宅での希望等がある場合には、訪問サービスによる身体介護について担っていく方向性で進めている。	利用開始時に家族の意向を聴き取っており、大半が病院対応の希望であるが、職員訪問時の緊急対応、長期宿泊利用者の急変時のストレスケアの為に終末期ケア研修は必要と考え、法人内研修を検討中である。	
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	緊急対応マニュアルの閲覧や事業所看護師よりご利用者の状況に合わせてその都度対処方法等の指導を受けている。今年度は消防署へ応急救護訓練指導の依頼を行い全職員参加でAED操作訓練を行うように計画をしている。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	年2回の法定避難訓練を実施。災害対策マニュアルやハザードマップの活用を行い、職員全体で災害対策の意識付けを行っているが、まだまだ充実した内容ではない為、訓練の都度職員間で気づきや消防署からの指導を受けながら改善を行っていく様に努めている。	消防署、地域消防団と合同の早朝訓練実施経験もあり、職員が消防団にも所属している。緊急持出しファイル、備蓄一覧表も整備しており、訓練時は利用者も参加している。	自然災害に対する防災計画の作成と訓練の実施等、災害対策への更なる充実への取り組みに期待する。

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
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	ご利用者個々に応じた声のトーンや方言などを交えながら声掛けを行っている。職員自身がご利用者の立場に立った場合、どうい声掛けをして欲しいか？等考慮しながら日々の対応に取り組んでいる。	介護職の職業倫理、虐待、マナー研修等事業所内研修を実施しており、外部研修の参加機会もある。利用者の立場に立った話し方、声のトーンに気がけた声掛けを実践するよう努めている。	
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	個別活動や集団活動等、ご利用者がその時に行いたいことを自ら発する事が出来る雰囲気作りに取り組んでいる。		
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し、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	レクリエーションや個別活動・機能訓練など、業務内容にとらわれず、ご利用者個々の		
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	馴染みの理美容室への外出促しや、訪問理容サービスでの支援。入浴後にも整髪・保湿クリーム等の提供を行い、気持ちよく過ごして頂けるように取り組んでいる。		
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	厨房設備を給食施設としている為、調理場へのご利用者の立入りは不可であるが、衛生面に考慮し、ホール内での野菜の皮むきやテーブル・お膳拭き等ご利用者が出来る事を役割を持って行ってもらえるように支援している。	残食調査は厨房職員が目視確認し、情報は職員と共有し介護記録に記録している。昼夜の2回を提供しており、高齢者が多い為、全食、減塩調理している。各種の行事には行事食や本人の誕生日には、ケーキを提供し、支援されている。	
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	ご利用者の健康状態や嚥下状態に合わせ、減塩食やミキサー食、トロミ剤等を使用し、支援している。特にミキサー食については原型がない為、介助する度にメニューを説明して介助に努めている。		
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	口腔ケアを嫌がられるご利用者もおられるが、無理強いの事なく、タイミングを見ながら声掛けし介助若しくは見守りで行っている。洗い残し等を確認しながら、声掛けし洗い直し等を行っている。また2日に1度は義歯のポリドント消毒ができる様、ご家族に依頼し、錠剤を準備してもらっている。		

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	昨年に比べオムツ使用のご利用者も増えてきた現状であるが、定期的に排泄の確認・交換を行い、気持ちよく過ごして頂けるように支援している。また、トイレ誘導の際も、他のご利用者、ご利用者の羞恥心に配慮し声掛けさせて頂いている。	排泄パターンに沿って定期的に声掛けし、現状維持、改善に取り組んでいる。利用者家族へ、在宅時の夜間帯のおむつの使用方法、適正なおむつのアドバイスも行っている。	
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	来所後のバイタルチェック時での排泄状況の確認・把握を行って便秘傾向にあるご利用者については下剤の調整や乳製品の摂取でコントロールを行っている。下剤服薬でも慢性的な事が出てきた場合には主治医へ相談し検討。調整を行ってもらっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	その時のご利用者のバイタルの変化に応じて入浴を行っている。午前午後とどちらでも入浴が出来る様に、声掛けさせて頂き、希望の時間に入る事が出来る環境づくりに心掛けている。	脱衣と入浴を職員2名で支援しており、入浴が楽しみで通所を利用される方も多い。機械浴も導入済みであるが現在は対象者はいない。	
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	昼食後の午睡時間を設け、フロアのソファや簡易ベッド等を活用し、ゆっくり休む事が出来る様に支援している。体調不良のご利用者等がいる場合には周囲にも配慮し、空床を利用して気兼ねなく休んでもらうように支援している。		
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	職員全員がご利用者ごこの服薬状況を確認出来る様に、受診の際に変更等があれば、看護師より口頭での送りや申し送りノートに記載、処方箋と一緒に貼付して、服薬内容の把握を行っている。		
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	高齢化や重度化に伴い、ご利用者本人の楽しみや役割が減ってきている状況であるが、お膳拭きやテーブル拭き、野菜の皮むき等声掛けさせて頂き行ってもらっている。		
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	季節によつての外出の頻度もばらつきはあるが、思い通りのドライブ外出を行っている。隣接する有料老人ホームに入居されているご利用者も、訪問サービスでの自宅外出を頻繁に行い、自宅でゆっくり畑仕事が出来たり、買い物に行く事が出来る様に支援している。	外出支援が目的でドライブを兼ね花見等に出かけているが、現在は家族の参加は少ない。訪問先で利用者と近隣住民が立ち話したり、雑草の手入れなどで外気に触れる機会は多い。	

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
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	基本金銭管理は行っていないが、訪問利用サービス等を実施する場合にはご家族へ連絡をしてご利用者本人に代金を持ってきてもらっている。		
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	特に制限を設ける事無く、家族へ電話をしたり、手紙のやり取りができる様に支援している。携帯電話を所持しているご利用者もおられ、時間を気にする事無く自由に電話が出来る環境づくりに取り組んでいる。		
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	ホール内外で季節毎の花植えや壁飾りを行い、季節感を感じて頂けるよう取り組んでいる。夕食後の送迎後には、1日1度はご利用者や職員の手の触れる手摺りや椅子の肘掛け等の消毒も行い翌日利用予定のご利用者が気持ちよく使用出来る様に取り組んでいる。冬場のインフルエンザ流行時季にはご利用者の体調に考慮しながらマスクの着用や、室内の換気など行い感染症対策を行っている。	手すりなどは消毒液を使用し、清潔に心がけている。ソファの設置場所は、介護の動線に配慮しつつ景色を眺められる場所を確保されており、壁画は毎月利用者と共に作成し飾っている。照明も環境に応じ明暗を調整するなど、居心地の良い工夫がなされている。	
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	海の見える窓側にソファを設置し、ゆっくり外を眺める事が出来る場所の提供や、簡易ベッドや空床を使用し休息が出来る環境づくりに取り組んでいる。		
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	長期泊りサービスや週の殆どを事業所で過ごされるご利用者については、自宅より使い慣れた物品(布団や日常生活物品)を持って来て頂き、自宅と同様の雰囲気で使用して頂ける空間作りに取り組んでいる。	ベット、テレビ、衣装ケースは事業所で設置済みで使い慣れた品の持込みが可能である。持込みが出来ない刃物、火気類等については利用の前に説明している。	
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	下駄箱の名札の配置や物置ロッカーの場所など、ご利用者の体格や記憶などを考慮し、配置している。また、食事時のテーブル配置や座席など気の合うご利用者同士で座って頂ける様に支援している。		