

### 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	2170101758		
法人名	株式会社アイ・ディー ジャパン		
事業所名	グループホーム サイネリア		
所在地	岐阜市萱場東町2丁目1		
自己評価作成日	平成29年 1月20日	評価結果市町村受理日	平成29年 3月24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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2170101758-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2170101758-00&amp;PrefCd=21&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成29年 2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)】**

<p>①職員全員が統一ケアを目指し、個々の生活歴・病歴等を把握し迅速に対応できる様に体調管理に努めている。                  ②「1人ではない」職員も家族の一員となり親近感を持って頂き、毎日楽しく接する事を心掛けています。                  ③個々の生活歴や性格を判断し、毎日、身の回りの事やお手伝いをして頂く様に声掛けをしている。                  ④今年度より訪問看護師が週に1回また必要に応じて24時間体制で訪問。又、医師との連携を図っている。                  ⑤レクリエーションを毎週土曜日に行い尚且つ、季節ごとのイベントや誕生日会を毎月行い利用者様と一緒に過ごしています。                  ⑥現在はリハビリマッサージや薬剤管理といった専門分野を取り入れ今まで以上に利用者様に添った体勢を行っております。                  ⑦高齢化に伴い看取りケアを本年より行っております。</p>
---

**【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)】**

<p>今年度から医療連携を強化し、看取りを視野に入れた終末期ケアをスタートしている。ホームで対応できることは限られるが、家族の要望を形にすることができた。新しい取り組みのため、内外の研修で看取りに必要なことについて勉強を重ね、医療関係者・家族と共に常に変化に対応できるようチームケアで取組んでいる。                  利用者のペースで生活できるように利用者の意思を最大限に尊重している。毎週土曜日、おやつ時間に合わせてレクリエーションを取り入れ、利用者の思いや意向の把握の時間としている。                  利用者が快適に暮らせるようにと職員同士の意見交換は活発である。また職員は笑顔で利用者と接することに努めており、家庭的なホームとなっている。</p>
---

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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

[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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	どんなときも温かく支え合い仲良く生活できるように、職員間でも意識して実践している。また、家庭のように安心できる環境作りにも心がけている。	自立をキーワードに利用者本来の生活のペースを大切にしている。また、利用者のできることを最大限に生かす支援を行なっている。	
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	以前は地域住民との交流が多少あったものの認知症に対する理解が困難な様で交流が無い状態となっている。(昨年と変わりなし)	法人代表が自治会の総会に出席し、近隣の理解と関係構築がすすむように努めている。老人会の理解があり、運営推進会議に参加予定である。	ホームの地域貢献等を含め、地域に向けて情報発信の継続が望まれる。
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	上記を踏まえ、来期の自治会へ活動内容を理解を再度求め参加を呼掛けたいと考えています。又、認知症カフェも検討中です。		
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	市役所、地域包括支援事業所は勿論、自治会長はじめ自治会地域代表を招き、全職員、また、御利用者様全員参加する機会を設けた。家族への参加願ひも以前は参加される家族は少なかったが現在は徐々に参加して頂いている。	家族代表、地域包括支援センターや市役所の参加がありホームの取組みや現状報告等を行なっている。民生委員や自治会長などの地域住民の参加呼びかけは行なっているが参加が難しい状況である。	老人会が参加する方向へ向かう等、地道な努力が実を結びつつある。地域の参加を今後も増やすためにも声掛け等活動継続に期待したい。
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に取り組んでいる	入居者の状況を運営推進者会議等で伝えており、市町村の担当の方が、ホーム訪問時等には情報交換を行いサービスの向上にも生かしている。	利用者について市の高齢福祉課と電話等で連絡を取り合っている。また、運営推進会議に地域包括支援センターが参加している。	
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	早急の要望・要求に対し回答出来る様、月に1度ミーティング以外も緊急ミーティングを行う様にしている。	身体拘束や虐待、スピーチロックの研修を行なっている。また、日々の業務の中で身体拘束等につながる案件がでた場合、緊急ミーティングを開催し、解決に向けて取り組んでいる。	
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	互いのケアを見直し、互いを伸ばしあう目的で、月一回のミーティングでは、互いの意見交換の場としている。必要に応じて緊急ミーティングを開催している。		

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	互いのケアを見直し、互いを伸ばしあう目的で、月一回のミーティングでは、互いの意見交換の場としている。必要に応じて緊急ミーティングを開催している。		
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	御家族および御本人のご理解を得た上での契約を心掛け、契約後も随時、御質問があれば対応返答させて頂いている。		
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	随時、相談窓口【本社】と担当者直通ダイヤルを設け、必要に応じ、改善対応させて頂いている。利用者や家族が要望を言いやすい関係作りを心掛け、苦情・要望記録簿があり、実際に改善対応を行っている。(要望は現状無い状況)	家族の来訪時や電話の際に家族の意見を聞き取っている。利用者の様子が分かるようにと、ホーム便りを毎月発行する等工夫を重ねたことから、以前より家族の訪問は増えている。	
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	事業所ミーティング時に意見要望を伺うと共に必要に応じて緊急ミーティングを開き改善している。	職員は管理者と適宜面談をしている。また、毎月のミーティングは意見交換が活発である。ベテラン・若手職員の強みや弱みを分かり合いチームケアに生かしている。	
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	代表者への窓口も公表し、職員各自が、意見要望の言える環境を整えている。		
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	ミーティング時各スタッフのケアを見直し、研修へ参加も促し、勤務日調整等を取り、積極的に参加できる体制を整えている。又、施設内研修も月1回開催している。又、年に2度の評価シートが配布され自己・第三者の判断で問われる制度を取り入れている。		
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	地域の同業他社へ積極的に訪問し、情報交換をし、良いと思える事項は取り入れて、サービスの質の向上に心掛けている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	新入居時は、全スタッフの気付きを日々意見交換し、利用者の方が安心して生活できる環境を早急に構築できる体制を心掛けている。又、早期に生活歴や病歴を把握し統一ケアに努めている。必要に応じ緊急ミーティングを実施。		
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	新入居時は、全スタッフの気付きを日々意見交換し、家族の方が安心して任せていただける環境を早急に構築できる体制を心掛けている。困りごとや不安なことに共感をしながら関係作りに努めている。ご家族の不安を取り除く為、期間を設け連絡を入れている。		
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	紹介状及び看護サマリを基に、本人と家族が納得できるようなサービスを見極めている。又、医師及び訪問看護師・薬剤師とも情報を共有し支援を行う。		
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	職員皆が、生活を共にする者同士という思いを持ち、お互いに心配し合ったり、助け合ったり、一緒に出かけたり、色々な話をしたりと生活を送っている。かけがえない大切な関係になっている。		
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	家族の思い・関係を大切にしたい支援を提案している。今迄築いて来た絆を維持出来る様、支援をしている。細かいことも相談をし、一緒に本人を支えていける関係作りをしている。		
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	入居後も家族の協力の元、自宅へ出入りしたり、近所の方に会えるような環境作りをしている。又、その時のご利用者様の状態に拠っては電話を頂いたり家族ケアも行っている。	友人の訪問や、家族の協力で墓参りやお見舞い、外食等をしている。正月や盆に家族のもとへ帰宅する利用者もいる。趣味が園芸の利用者はプランターに種を植えている。	
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	利用者同士の関係の把握を行っている。入居者同士の関わり合いを大切にしている。コミュニケーションが上手く図れない場合は、必要に応じて職員が間に入っている。		

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
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	退所後に連絡を取るケースは少ないが、ご連絡を頂ければ、いつでも連携しフォローできる体制作りは整えています。又、必要に応じて他施設への手続きや案内を行っている。		
<b>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</b>					
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	日頃の御利用者様の状況・要望ををミーティング時にケアマネ に報告し、アセスメント、ケアプランに反映している。又、状況・要望については職員同士で常に話し合いを行っている。	利用者の今できることを最大限に生かすよう努めている。そのために利用者の生活歴を紐解き、利用者に合わせて支援を行なっている。	
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	契約時にはアセスメント用紙を活用し、担当ケアマネからの聞き取りや家族からの情報をもとにその方の生活歴を把握し、その環境に近づける接遇に心がけています。		
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	個室においての環境作りは、可能な限り、その方の好きなようにして頂きストレスの軽減を図っています。		
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、家族の希望を大切にするのは勿論、ミーティング時等は、各職員に気づきを述べられるように、各御利用者のアセスメント時に、時間を設け、個々のケアに心掛けている。	毎月のミーティング、3か月毎のモニタリングやサービス担当者会議の話し合いから、介護計画を見直している。利用者の状態から主にADL中心の介護計画である。	
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	日々の介護記録内に気づき等を記入したり日々の申し送りやミーティングにて意見交換を行い、実践や見直しに活かしている。又、必要に応じて緊急ミーティングを行っている。		
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	ニーズに対応できるように利用者の言葉に耳を傾け、家族協力の元支援している。		

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	介護保険室(市役所)との連携を図り(連絡をまめに取り)協力しながら豊かな生活支援に心掛けている。		
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	提携医療機関以外への通院希望時は、基本的に、ご家族対応にて受診をしていただいている。かかりつけ医が遠方の場合、緊急時の対応などをホームの提携医療機関にも相談し、お願いしている。	皮膚科や眼科などで今までのかかりつけ医を利用している。医療連携のホーム協力医が利用者全員の月2回の往診を行なっているが、連携の薬剤師が同行するなど情報共有、迅速な対応ができる体制である。	
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	毎週火曜日は訪問看護師が定期に来る。定期以外にも必要時には24時間看護師が訪問する。又、医師との連携が欠かせない為、細かな事も看護師に報告をしている。必要時にはカンファレンスが行われる。		
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。	提携医療機関と連携し、必要な医療はその都度提供させていただいております。		
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	終末期ケアにおいては、本人及び家族の思いを十分に受け止め、提携医療機関と相談の上提供する事を契約時に説明を行っています。高齢化に伴い本年からは看取りを取入れ実践しています。又、カンファレンスも実施。	今年度、家族の要望から看取りを視野に入れた終末期ケアを始めている。ホームとしてできる限りの対応をと勉強を重ね、医師や看護師、家族も含めチームケアで取り組んでいる。	
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	提携医療機関と連携し、適切に提供させていただいております。又、救命救急講習や緊急時の対応研修を行っています。		
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	消防・防災訓練をはじめ、職員の連絡網、近所の連絡網の確保、地域への協力体制を築いています。夜間などは、近隣住民の協力を呼びかけている。	夜間想定 of 火事や地震、立地から水害を想定し避難訓練を行なっている。また、救命救急の外部研修を受講している。課題であった備蓄は今年度完備した。	近隣との連携の必要性をホームは課題としている。引き続き、呼びかけを期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	個々の御利用者様のこれまでの生活を振り返り、個々の歴史カラーを活かしたケアが提供出来る様、職員のストレス発散の場も計画的に開催している。	利用者の性格や言動等、個人として尊重し対応している。ケアに当たり声掛けをしたり、入浴時等恥ずかしい思いをしないように同性介助などルールを設けている。	
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	その方がその方らしく生活が送られるよう、可能な限り本人の意向・嗜好を取り入れた生活環境作りを心掛けています。		
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	利用者の意思を尊重し、その場その場での意向の確認を行い強制的無い環境を心掛けています。さまざまな資源を活用し、希望に沿うようにしている。		
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	引き出し内の衣類も御自身で選択して頂き、その日の気分でのお洒落を楽しんで頂ける声掛けおよび介助に心掛けています。昔からの習慣も続けていけるように支援をしている。		
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	可能な事は入居者の方と一緒に調理・配膳・片付け等行っています。配膳等に参加する事を、ご自身の喜びとされて見える方も居るのが現状です。メニュー改善を行ない現在も実施中である。又、月に数回ご利用者様の食事のリクエストをお聞き取り入れている。	一週間ごとにメニューを決め、利用者と一緒に食材の買い出しをしている。利用者の好みや体調に合わせて量などを調整し食事を提供している。疾病のある利用者の食事提供は医師等と話し合い決めている。	
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	日々の摂取量の把握に心掛け、増減時には、体調の変化が無いよう確認をしている。必要時は声を掛け、十分な水分・栄養摂取を注意観察しております。水分や栄養に制限がある場合は都度ご理解を頂いている。		
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	それぞれのADLにあわせた介助にて、口腔内のケアに心掛けて居ます。又、訪問歯科が週に1度訪問し指導を頂いている。必要に応じ、歯科医への受診も提案し、必要に応じ、受診対応もしております。		

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
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	職員の効率に合わせたオムツの使用にならないように、本人の力に合わせた支援を行っている。本人の負担にならずトイレでの排泄ができるように、ケアプラン等でも取り組んでいる。	安易な紙おむつ使用にならないよう、声掛けや記録で自立にむけた支援を行なっている。今までの習慣から部屋にポータブルトイレを設置、利用者が安心するなどその人に合ったケアに努めている。	
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	薬品に頼るのではなく、水分摂取量の調整及び、植物繊維物(食事の中で)の摂取により自然の排便を心掛けています。また、医療機関や家族にも相談して本人にあった対応を支援している。		
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	完全な対応は出来ていませんが、可能な限り、本人の意向に合わせた入浴を心掛けています。体調に合わせて、清拭や部分浴にて対応をしている。	季節に合わせて週2、3日入浴している。基本的に湯船にゆっくりつかれるが、体調に合わせてシャワー浴や清拭で清潔を保っている。また、ゆず湯やしょうぶ湯を楽しんでいる。	
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	睡眠を強要するのではなく、自由に自室に戻り、睡眠を取って頂ければ良いとし、リビングを開放し自由にテレビも楽しんで頂いています。不安のある方には職員が付き添ったり、居間や食堂内で休んでいただくこともある。		
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	現在は薬剤管理を導入。処方に変化があれば随時ご家族に説明し、御理解の上、処方通りの服薬が出来るよう必要な声掛けを行っております。		
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	その方々の生活歴・趣味に沿うことが出来るよう、可能な環境(カラオケ・おやつ作り・ゲーム等)を作り実施しております。		
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	すべての要望に対応する事は困難であるが、その時の利用者様の状況、精神的な部分で不安定な時は可能な限り、散歩や食料品等の買出し時を利用し買物の機会を設けると同時に、晴れた暖かい日などは、近所への散歩に繰り出している。	現状、利用者の状態や気候で利用者全員の要望に合わせることは難しいが、個別や少人数で散歩や買い物、花見等に出掛けている。花壇の手入れ等気分転換の外気浴も合わせて行なっている。	



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
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	可能な方には、金銭の管理も家族の理解の下自己にて行ってもらっている。外出時は家族の同意の下、買物を行ない実費請求とさせて頂いています。		
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	制限することなく、本人からの要望があれば、ホームの電話を利用していただき、自由にやり取りを楽しんで頂いております。又、ご家族のケアが必要な時には、来訪及び電話を頂く様にお願いをしています。		
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	個人嗜好の高い物は共有スペースには置かず、御利用者様の意向を取り入れ、季節感のある装飾(飾り付け)を入居者の方と一緒にを行っています。	民家を改造したホームはそこかしこに利用者が慣れ親しんだ空間が広がっている。リビングには利用者の習字や季節を感じる作品を飾り明るい雰囲気になっている。毎日清掃し、ある利用者はモップや掃除機掛けを手伝っている。	
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	共有スペース内でも大概の方は自分のスペースが出来てきます、そのスペースを可能な限り確保できるよう、声掛けし、スペースの提供も心掛けています。		
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	各居室においては個人の嗜好を取入れ頂き、自由な空間を提供させて頂いております。家具等の物品に関しては使い慣れたものを持って来て頂いて居ります	時計や化粧水、くし等の日用品や思い出の写真など使っていた・気に入ったものを部屋に置いている。また利用者の状態によってエアマットやポータブルトイレを使うなど快適に過ごせるよう支援している。	
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	可能な限り自立した生活を送って頂けるよう、必要にあわせて、手すり・スロープ等の設置にも配慮しております。		