

### 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	2392000218		
法人名	社会福祉法人 さわらび会		
事業所名	認知症対応型グループホーム カサ デ ヴェルデ(あやめユニット)		
所在地	愛知県豊橋市杉山町字泉原139-1		
自己評価作成日	平成29年2月20日	評価結果市町村受理日	平成29年5月11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.kaigokensaku.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2392000218-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhiw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2392000218-00&amp;PrefCd=23&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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成29年3月10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)】**

さわらび会、山本孝之理事長の理念である「みんなの力でみんなの幸せを」をモットーに認知症介護三原則の1.いつも暖かい愛情と笑顔で2.決して叱らず制止せず3.今出来る事をして頂く。この理念を常に念頭に置きサービスの提供に努めております。カサデヴェルデは、閑静な住宅街にあり豊橋鉄道渥美線杉山駅徒歩20分かりますが緑が多く静かで過ごしやすい環境で生活されております。居室にはトイレもあり夜間も安心して排泄できますし、使い慣れた家具を持ち込んで頂きながら明るく家庭的な雰囲気の中生活していただけます。カサデヴェルデは小規模特養と認知症型デイサービスが併設された施設となり、また同じ社会福祉法人内には特養や包括支援センターや居宅支援事業所もありその人の状況や要望にあったサービスを提供する事ができます。

**【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)】**

ホームでは、併設の特養と連携した様々な取り組みが行われている。地域の方とは、建物1階のスペースを活用した認知症カフェの取り組みを継続しており、地域包括支援センターとも連携を深めながら、地域の方の受け入れにつながる取り組みが行われている。今年度は、地域の小学校の授業に協力する取り組みが行われており、ホーム管理者が講師になって小学校の授業に出向いたり、小学生がホームに訪問して利用者と交流する取り組みが行われている。家族とも定期的な家族会行事を行っており、様々な行事を考えながら、家族にホームに来てもらい交流を深めてもらう取り組みを継続している。また、法人では職員に対する研修の機会をつくる取り組みが行われており、職員が一定の水準の知識、技能を持つような取り組みが行われており、職員の資質向上に向けた取り組みも行われている。

**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。	毎日の朝礼時、理事長提唱の「認知症介護三原則」を唱和し、いかなる時も理念を念頭に置きサービスに努めております。職員の名札に入れて意識付けを行っている。	法人共通の「みんなの力でみんなの幸せ」を基本方針としながら独自の「認知症介護三原則」と合わせて、職員間での共有に取り組んでいる。理念をホーム内に掲示しており、職員が理念を意識するように取り組んでいる。	
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。	地域の回覧板にて地域情報の把握に努め、廃品回収や530運動などに参加したり又、近くに公園があり散歩に出かける時は近隣の方と挨拶をする関係をしております。	地域の活動にホームからも参加しており、協力的な取り組みが行われている。また、今年度の取り組みとして、地域の小学校との交流が行われており、小学校の授業にホーム管理者が協力する取り組みが行われている。	今年度、小学校の授業に協力する取り組みが行われている。以前から行っている毎月の認知症カフェの取り組みと合わせて、今後も継続した地域貢献活動に期待したい。
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。	地域包括職員により近隣の一人暮らしで介護認定を拒否している方がいるのでオレンジカフェに誘ってほしいと依頼あり職員と一緒に誘いしH27年11月より毎月来て下さる。その後介護認定を受けられる。		
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。	会議では活動報告や勉強会が行われておりサービスの向上にいかしています。	会議の際には、複数の地域の方の参加が得られており、ホームの活動状況を報告しながら、地域の方との情報交換の機会にもつながっている。また、会議を通じて勉強会の取り組みも行われており、出席者にホームへの理解を深めてもらっている。	
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取り組んでいる。	市の担当者の方とはあまり多くはないですが地域住民の方についてご相談や連絡を取る関係である。	市の担当部署との情報交換等の取り組みについては、ホーム管理者からも行われているが、併設の特養も経由して行われている。また、市の介護相談員の訪問が得られており、情報交換等の機会につなげている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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。	安全性を考慮して玄関やエレベーターの入り口には施錠がある。ユニット間は自由に行き来している。どのような事が拘束にあたるかを話し合っって拘束をしないケアを意識している。	ホーム内は開放的であり、利用者がホーム内を自由に移動できるように、職員間で見守りが行われている。また、「認知症介護の三原則」を振り返りながら、研修会等の職員の意識向上に向けた取り組みも行われている。	
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。	委員会を作り勉強会にてどのような事が虐待にあたるかを話し合い意見交換を行っている。		

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
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。	成年後見人制度について制度を理解できるよう勉強会の検討をしていきたい。		
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。	その都度行っている。		
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。	顧客満足アンケートを実施し指摘事項については改善している。	家族との交流については併設の特養とも連携しながら行われており、毎月の「家族会」の取り組みが行われている。家族からの要望等については、ホーム管理者の他にも母体の特養でも対応が行われている。また、毎月のホーム便りの発行も行われている。	
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。	意見や提案がある場合は出来るだけ意見を聞いて解決へと努めております。今後は面談等職員個々に話を聞いて職員の意見の反映に努めたい。	毎月のユニット会議が行われており、職員からの意見等は管理者が把握し、母体の特養の施設長に報告され、運営への反映につなげている。また、法人代表者に手紙を出す取り組みも行われており、意見等の把握に取り組んでいる。	
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。	年に一回法人の代表者へ一人一人がメッセージを届ける機会があります。職員のキャリアに合わせた研修会が企画され参加している。		
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。	法人内には研修計画に基づいた研修会があり認知症の事や医療の事など様々な内容を学ぶ機会がありそれぞれのレベルに合った研修が企画され参加している。		
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。	GH協会に入会され研修会や他GHとの輪投げ大会にも参加するなど他GHとの交流も少しずつ持てるようになった。		

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
<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。	面接時によくお話を伺うようにしている。本人の傾聴をして生活歴から本人と生活を考慮したり携わる職員からの情報を共有する。又、入居当日に受け入れカンファレンスを実施している。		
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。	入居相談時に家族やケアマネージャーからお話をお聞きしております。又、入居当日に受け入れカンファレンスを実施している。		
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。	サービス導入前、家族、本人と話し合い 法人内の他施設・協力病院とも連携し、その時に必要なサービスを見極める努力をしています。		
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。	洗濯干し、洗濯たたみ、掃除、調理等理念を大切に生活の中で時間がかかっても出来る事は行って頂いております。		
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。	面会時には状況報告を時にはケース記録を使って行ってご本人の現状理解を共有している。又、ケアプラン作成時に家族様にも同席の声かけさせて頂き職員と一緒にプランを作成している。		
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。	家族様と自宅や美容院、エステ、外食等行かれたりしてなじみの関係を協力頂いている。	利用者により、入居前からの関係の方が訪問する機会がある方や併設の特養に親族が生活している方もいる。また、家族との交流の機会もつくられており、買い物や外食等を通じた交流が行われている。	
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。	職員が入居者同士の相性や状態をみてリビングの席や配置を考えてトラブルにならない様見守っております。毎朝の体操やレク、行事など合同で行われ他ユニットとの交流も多い。		

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
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。	同法人内の他施設に入所された際は、機会がある時は面会したり家族に連絡したり声をかけております。		
<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。	出来る限り希望に寄り添ったケアに努めており、これまでの生活歴からも把握するようにしております。	職員間で担当制も活用しながら、利用者毎の便りの作成が行われており、利用者の把握につなげている。職員が把握した利用者に関する情報等は、毎月のカンファレンスでも検討されており、利用者の意向等の把握につなげている。	
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。	センター方式を利用し本人の生活歴や好みなど把握に努めている。本人や家族からお聞きして把握に努めている。		
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。	センター方式を利用し本人の生活歴や好みなど把握に努めている。本人や家族からお聞きして把握に努めている。		
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。	毎日ケアプラン実施表でケアプランの確認をしております。毎月、月末に評価してケア内容を見直しておりカンファレンスに家族様も同席頂き現状にあったケアプランを作成しております。	介護計画については3か月での見直しが行われており、変化に合わせた見直しにつなげている。また、職員間で日常的に計画の内容に関するチェックが行われており、毎月の評価を通じたモニタリングにつなげる取り組みが行われている。	
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。	ケース記録はその都度記入し出勤時には申し送りノートとケース記録の確認をしております。受診者情報は各担当者が記入するが偏りがない様他職員も気づきメモを渡してユニットの意見を反映してます。		
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。	職員で出来る範囲はケアカンファレンスを行い対応してますが家族の協力が必要な場合は報告相談しております。他サービスへの移行等、情報提供をしております。		

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
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。	地域の回覧場にて地域情報を把握し、地域行事には積極的に参加している。保育園母の会の資源回収では施設前に来て頂き、近くの公園に散歩に出かけた際は挨拶する関係です。		
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。	基本的に受診は家族へかかりつけ医への受診をお願いしております。現在は協力病院のDrが隔週で往診対応が可能になり、かかりつけ医から移行されるケースも多い。	母体が医療機関でもあるため、利用者の身体状態に合わせた医療面での支援が行われており、ホーム職員による受診支援も行われている。また、併設の特養に看護職員が勤務しており、利用者の健康チェック等の支援が行われている。	
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。	体調不良や変化が見られた場合は施設内併設特養看護師や協力病院の看護師へ相談し指示をもらうようにしている。		
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。	入院中も時々様子を見に伺ったり、ご家族様へ連絡し情報の把握に努めている。病院関係者と退院カンファレンスに参加するなど連絡をとり情報交換に努めている。		
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、事業所ですることが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。	現在、看取りは行っていないが看取り介護事前指定書にてご家族様の本人の意向を確認している。重度化した場合は家族や法人内の特養や病院関係者とも連絡を取り合い相談している。	看取り支援を行わない方針であり、家族とは身体状態に合わせた話し合いを行いながら、特養や医療機関等、次の生活場所への移行支援が行われている。ターミナルに関する研修会へは参加しており、資質向上に向けた取り組みが行われている。	
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。	各ユニットのファイルに急変時のマニュアルがあり誰でも確認できるようにしている。救命講習を実施しているが今後は勉強会を定期的に開催していきたい。		
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。	施設に防災ラジオを設置しており早い段階で災害に備える。施設防災訓練では地域回覧版にてお知らせしたり、地域防災訓練にも参加している。	年2回の避難訓練については、特養と合同で実施しており、夜間を想定した訓練等、職員間の連携に取り組んでいる。地域で火災が発生した際には、ホームも協力しており、協力関係の構築に取り組んでいる。また、特養内に備蓄品の確保が行われている。	建物内には、非常時の発電機や雨水タンク等の設備が整えられている。1階のスペースの活用も含めて、地域の方との相互の協力関係につながることを期待したい。

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。	話しの否定はせず、分かりやすい声掛けに努めている。訪室の際はノックして声かけしてから入室しております。又、汚れたりハビリパンツ等は他者の目に触れないように新聞紙で包んで破棄しています。	職員による利用者への対応に関しては、法人の基本理念でもある「認知症介護の三原則」を日常的に唱和を行うことで、職員間で意識するよう取り組んでいる。その上で、接遇マナー研修等の取り組みが行われており、職員の振り返りにつなげている。	
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。	日々の会話から本人の気持ちを聞き出すようにしている。出来るだけ自己決定出来る様に声かけと傾聴に心掛けている。		
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。	その日の状況や本人の状態を見て出来るだけ希望にそうようにしている。		
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。	可能な方はその日に着る服を選んで頂いたり季節にあった服を着て頂く様に声掛けしております。又、お化粧をされる方もおられます。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	調理では野菜の皮剥きやもやしのひげとり等、包丁も使える方にはお願いし、食事前後のテーブル拭きや下膳(湯呑み1個でも)又、食後の食器洗い等出来る範囲で行って頂いております。	ホームのキッチンで調理が行われており、利用者も調理や片付け等の出来ることに参加する取り組みが行われている。メニューは特養の厨房のメニューを基本にしているが、代替りの食事を提供する等の利用者のリクエストにも対応している。	
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。	ケース記録に食事摂取量を記入し入浴後や、おやつ時に手作りの飲料を飲んで頂いております。水分摂取が少なめの方はゼリーにしたり水分補給に努めております。献立は併設特養管理栄養士が作成しています。		
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。	毎食後口腔ケアを行っている。現在は訪問歯科もあり月1回Dr診察や歯科衛生士による毎週の口腔指導もあり何か異常があれば見て頂く体制である。		

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
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。	必要な方は排泄表を付けて声かけトイレ 誘導を行っております。	居室にトイレが設置されている利点を活かし、可能な範囲で利用者に排泄チェックをしてもらうことで、利用者自身に排泄を意識してもらう取り組みが行われている。また、医療面での連携も行われており、排泄状態の維持、改善につなげている。	
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。	10時のおやつに牛乳を取り入れた飲み物を提供しており、排便が困難な方は起床時に冷水を取り腸に刺激を与え、決まった時間にトイレにかかって頂き習慣を促します。又、主治医に相談し下剤を処方頂き排便コントロールに努めている。		
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。	夜間は、緊急時や職員の体制を考慮して行っていないが入浴を楽しみにしている方はできる限り対応し嫌がる方もみえますので出来る限り気持ちに添うようにしております。	週3回の入浴が行われており、入浴を拒んだ時等の状況等に合わせた対応も行われている。ホーム内に機械浴の設置が行われており、利用者の身体状態に合わせた入浴も可能である。また、柚子湯や菖蒲湯等の季節に合わせた入浴も行われている。	
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。	昼寝は自由にされており就寝前はパジャマに着替えて頂いております。夜間は巡回を定時に行っており、活動される方にはその都度対応しております。室温や明るさにも注意しております。		
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。	受診で薬が変更の場合は申し送りノートにて確認している。服薬表があり誰がどれだけ服用しているか分かるようになっている。又、個別ファイルに薬の情報を綴じて確認している。		
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。	毎朝のラジオ体操はユニット合同で行い日々のレクリエーションも午前・午後と行われ楽しく過ごされておられます。又、毎月の行事担当があり担当はその月にあった行事を企画している。		
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支援している。	インフルエンザが流行する時期は感染症予防の為外出を控えております。近くにお店も少なくジャスコへ出かけた家族の協力を頂きながら春の遠足(伊良湖)や秋の遠足(動物園)を行っている。	近隣への外出が難しい時期についても、ホーム建物の敷地が広いこともあり、利用者の状況に合わせて外に出る対応も行われている。また、今年度は地域の小学校との交流の機会が増えたことで、小学校に出かける取り組みも行われている。	



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。	10000円程度のお小遣いを預かっており管理が困難な方が多い為職員が支援してま す。状況に応じて本人に持って頂いている 方もいます。月1回程度買い物へ行き金銭 の取り扱いをして頂いている。		
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。	家族様へ暑中見舞いや年賀状等できる範 囲で記入いただいたり電話については希望 があれば応じている。		
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。	季節の壁紙を作ったり居室入り口に飾って いる。季節や時間に応じて室温調節や光の 調節を行っている。	ホームのユニットが平面でつながっており、 ゆったりとした広さと合わせて、利用者が日 常的に圧迫感を感じないような配慮が行わ れている。また、リビングの壁には、季節に合 わせた飾り付けや行事の際の写真の掲示が 行われている。	
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。	食事以外は自由に過ごされ相性を見ながら 席替えも行っております。食堂の場所以外 に団らんスペースを用意している。		
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。	居室の入り口には表札がある。入居時に馴 染みの家具を持って来ていただく様お願い している。化粧台や仏様等。	居室内が広いことで、利用者の身体状態に 合わせたベッドや家具の配置が行われてい る。また、利用者のより、様々な家具類の持 ち込みや好みの物の持ち込みが行われてお り、一人ひとりに合わせた居室づくりが行わ 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。	室内はバリアフリーで福祉用具を適宜導入 して自立した生活を促しています。		