

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	2392200461		
法人名	株式会社エステートホーム		
事業所名	サロン・ド・フレール宮 グループホーム2F		
所在地	愛知県一宮市小信中島字東鶴平28番地1		
自己評価作成日	平成28年1月20日	評価結果市町村受理日	平成28年5月30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.kainokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kiban=true&liyosyoCd=2392200461-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユニバーサルリンク
所在地	愛知県名古屋守山区森孝3-1010サクラハウス1F
訪問調査日	平成28年2月18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)】

理念である「笑顔の暮らし支えます」の基に、4つの軸を大切に支援しています。
 ①利用者様・ご家族様の思いを大切にします。
 ②利用者様と地域との繋がりを大切にしています。
 ③利用者様ひとりひとりの生活を支えます。
 ④利用者様と共に笑顔あふれる場所を作ります。
 理念・4つの軸の基、個々の生活・症状に合わせて、入居者様に寄り添い、笑顔溢れ暮らすことが出来る様、支援しています。家事の手伝い、体操、レク、外出など利用者様に笑顔のある毎日を過ごしていただけるよう努めています。定期的に音楽療法を行ったり、地域の行事に参加しています。

【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)】

母体は尾張西部・西濃地方に多数のグループホーム・老人ホーム等を運営する法人である。ホームも一階を小規模多機能とし、2階・3階をグループホームとする複合施設である。そのため小規模の送迎車が空いてる時間に外出に利用したり、小規模の機械浴を利用したりという、有機的な活用が見られた。開設から一年半が経過し、今回が初回の外部評価である。管理者は小規模多機能の責任者も兼務しており、ホームの実務上の運営は、計画作成担当者が担っている。今回のアンケートでは「職員のケアにばらつきがみられる」との家族の指摘にも、ついついスピーチロックの場面に出くわしてその都度教育している立場として、管理者は「職員のスキルアップも今後の課題です」と語る。地域の祭りで神輿にホームに寄ってもらったり、介護相談会を地域住民を対象に開催しているが、地域への浸透は途半ばだと管理者は感じている。

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ます (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	その人らしい生活を送っていただく中で、笑顔が自然に出てくるよう職員が毎朝唱和することで認識し、実践している。	施設理念を「自由に、ありのままに、自分らしく」を掲げ、ケア理念として「笑顔の暮らし支えます」を定めている。管理者は「個々の、生活・症状に合わせ、入居者に寄り添い、笑顔溢れる生活が送れる」ことに心掛けている。ホームが地域資源として気軽に立ち寄り、相談できる関係づくりに日々努めている。	
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	ボランティアの方との交流や地域のおまつりに参加するなど、法人全体で交流している。今後も自治会の活動参加により交流を深めたい。	町内会に加入し、地域の祭りでは神輿のホーム立ち寄りを呼びかけ実現した。地域の公民館祭りには入居者も参加した。地域の清掃には職員が参加している。ホーム主催で地域向けに近所のスーパーで介護相談会を開催したが、ホームの認知度も低く、更なる地域への浸透を目指している。運営推進会議でも地域への浸透を望む声が聴かれる。	
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	地域に向けて介護相談会を開くなどの取組みを始めており、今後、更なる地域貢献を考えていきたいと思っている。		
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	自己評価表を全員に配布し、その意見をとりまとめて改善点があればその都度検討している。	地域代表の民生委員・家族・地域包括職員・管理者・計画作成担当者をメンバーとし、6回の開催が確認された。シフトの都合で職員は参加していない。家族も固定されてきて、より多くの家族参加を可能にする方法を模索中である。町内会長にも呼びかけたが、開催日が勤務中であるため参加できずにいる。感染症の勉強会も会議時に実施している。	
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取り組んでいる	連絡を取り合いながら施設運営を行っている。	管理者は月に一度ほど市の窓口へホームのパンフレットを置きに行ったり、空き情報を伝えたりしている。ケアマネ・管理者を中心として、困難事例等は地域包括職員と連携して解決している。	介護保険者である市とは定期的な連携が取れていない。開設から1年半が経過し、これから一層、地域・行政との距離を縮める取り組みに期待したい。
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	利用者が自由に生活できるよう、ユニット会議やカンファレンスの中で話し合い、身体拘束をしないケアを心がけている。	ここが初めての職員や、特養からの就職者もあり、スピーチロックについて、前職の感覚でつい発してしまう職員もあるが、日ごろ見かけた場合には「スピーチロックも拘束である」教育している。ユニット入口は施錠されており、訪問時にも自由に入出入りできた。	家族アンケートで「職員の言葉遣いが…」「職員のスキルの差が大きい」と聞かされ、日ごろ申し送りで「入居者はお友達ではありません」と年長者への敬意を喚起してはいるだけに、見透かされた気がした。更なる取り組みに期待したい。
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	職員理解が深められるよう研修を行い、身体拘束・高齢者虐待がないよう職員一人ひとりが注意を払い努めている。		

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	新人研修の際に権利擁護について学ぶが、それ以降は職員の自己学習に任せてしまっている。今後必要とされる利用者のためにも職員理解が不可欠であると考えている。		
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	利用者や家族が不安にならないためにも利用開始前に説明を行うだけでなく、書面を利用することで十分な説明と契約を行っている。		
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	意見・要望がある場合は面会時に確認し、管理者へ報告。会議等で検討する。 また、玄関先に意見箱を設置することでたくさんの意見を取り入れ、運営に反映させている。	家族会はないが一部家族は運営推進会議に参加している。意見・要望は面会時に管理者・計画作成担当者がメインになって聞き取りしている。2,3か月に一度ホーム便りを同封して入居者の近況を報告している。	運営推進会議に参加する家族も固定されつつあり、管理者は更なる家族との連携を企画している。担当者会議への家族参加もなく、家族との更なるパイプ作りに期待したい。
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1回のミーティングで積極的に意見交換・提案をするとともに適時、報告・連絡・相談をするよう努めている。	月一回のミーティングで個々の職員から意見を聴取している。会議では、入居者の体調変化・入退院状況の報告が職員からされている。管理者は必要に応じ適宜、個人面接も実施している。会議では職員から入居者の詳細な変化が漏らさず報告されている。	
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	年2回の人事考課を行い、職員の実績や努力を評価している。また、面談により各々の目標や課題等を確認し、シフトや配属を調整することで向上心がもてるよう努めている。		
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	法人内に研修教育委員会を設けており、定期的な研修に取り組んでいる。また、タイムカード横に外部研修の案内を置き、参加の支援をしている。		
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	研修会の案内を職員に提示している。しかし研修会や交流会に自主的に参加する職員とそうでない職員との差が大きいサービス質の向上の観点から今後の課題でもある。		

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
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	入所前にご本人・ご家族と面談をすることで安心して生活が送れるよう関係作りに努めている。		
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	ご家族からの要望は面会時に伺ったり不安なことがあればその都度電話で問い合わせをしていただくことで関係作りに努めている。		
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	即入居できないこともあるため、早急な支援が求められる場合には系列施設(有料老人ホーム・小規模多機能等)の説明もしている。		
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	毎日の昼食を利用者・職員ともにテーブルを囲んで食べるなど一緒に生活しているという関係作りに努めている。		
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	いつでも面会が出来たり、日常生活の様子をお伝えするお手紙を出すなど、共に支えていく関係を築いている。		
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	自由に面会をしていただくことで交流が途切れないよう支援している。	地域は情宅地として開発されてから2,30年と歴史が浅く、そのため地域からの入居者もそれほど多くないが、近所にあるスーパーへは日常的に訪れている。2,3人の入居者は半年に一回ほど友人も訪ねてくる。「前は思い出せなかったけど、今回は思い出してくれたわ」との感想も、その友人は伝えてくれた。	
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	レクリエーションや外出などにより利用者同士の会話や交流が出来るような支援に努めている。		

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	入院をしている利用者へのお見舞いに行くなど関係継続に努めている。		
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	日常の関わりの中で表情や言葉から意向の把握に努め、その人らしい生活が送れるよう支援をしている。	アセスメントの情報をもとに、生活履歴・職歴を考慮してプランに反映している。そのアセスメントも常に見直しADLの変化など追記して意向の把握に役立てている。普段の生活ぶりから「その入居者に何が必要か」を常に考え、居室に度しこもりがちな入居者には、リビングでの体操をプランに盛り込んでいる。	
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	入所時に家族から生活史を伺い、記録にまとめ、職員がいつでも確認できる状態にしている。		
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	日常の関わりの中で表情や言葉から一人ひとりの有する力等、現状の把握に努めている。		
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	月1回のユニット会議の中でユニット職員でカンファレンスを行うなど情報交換・検討をしている。	月一回のユニット会議で、各ユニット職員全員でカンファレンスを実行し、計画作成担当者が中心となってプランの評価・見直しを進めている。担当者会議では「居室にすることが多くできるだけレク等でリビングで活動するようにする」などの提案がされていた。他に「テーブル吹き・食器拭きなどできることを手伝ってもらおう」と提言されていた。	
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	日々の生活の記録など記入したり朝夕の申し送りにより職員間で情報を共有しながら計画の見直しに活かしている。		
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	生活の中で利用者のニーズを伺い、活用したり、近所の喫茶店に行くなどその時々ニーズに対応している。		

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	地域ボランティアに来ていただくなど、楽しみが作れるよう支援しているが、まだ協働できていない部分もあり今後の課題である。		
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	協力医療機関をかかりつけ医とし、月2回往診対応をしている。又は、かかりつけ医がある方はそのまま引き続き利用し、受診対応している。気になる点があれば相談できる状態である。	入所時にかかりつけ医を継続するか、ホームの協力医に移行するかを、利用者や家族に聞き取りしている。なじみのかかりつけ医を継続するのは2人～3人で、ホームの近くの協力医に変更する利用者は多い。歯科医は職員が同行して受診で対応している。	
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	月2回、訪問看護があり、個々の情報や気づきを伝え、適切な看護を受けられるよう支援している。		
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	入院中の申し送り、面会時に情報を得たり、家族と連絡をとりながら医療機関との連携に努めている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化の対応については今のところどこまで対応できるかが曖昧なため、今後の検討内容としたい。	「重度化した場合における対応及び看取り介護に関する指針」を作成して、入所時に利用者や家族に説明し、同意を得ている。開所して間もない事から、現在は看取りの研修は行ってはいるが、経験は無い。入所後間もなく亡くなった利用者は、起床時に職員が入室した時には、既に呼吸停止状態であった。利用者の重度化にあわせて随時に話し合いを重ねて、看取りに対応する方針である。	
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	ユニット会議時、研修を行ったり、消防署員の方に救命救急の講習をしていただき、事故防止に取り組んでいる。		
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	定期的に年数回の防災訓練を行っている。施設内だけで行っているため、今後地域との協力体制もとっていけるよう検討課題としたい。	総合訓練は昼間と夜間を想定して年2回、部分訓練を2回として訓練を行っている。今年度内に「自動通報装置と警報装置の連動」を設置する予定である。消防署の協力を得て、消防車1台と署員4人に参加してもらい、全館合同で夜間を想定して訓練を行った。併せて救命の講習を受けることもできた。緊急時の対応のため職員の連絡網を作成している。	

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
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	人格を尊重し利用者一人ひとり、プライバシーに配慮するような言動を心がけた対応をしている。	居室の入室時には、ノックや声掛けをするように指導し、職員には浸透している。スピーチロックなどは、その場で注意したり、気付きを促すように対応している。利用者への対応にOJT研修中であるが、成果に限界を感じている。70歳代の人を職員として採用して、コミュニケーションがとれるように努めている。	
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	ご本人の思いや希望を確認し、自己決定できるように意図的に声かけを行っている。		
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	利用者一人ひとりのペースを大切にと心がけてはいるが、職員のペースになってしまうこともある。希望に沿った支援ができるよう改善していく必要がある。		
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	出来る限り、どのような服が着たいか声をかけるよう心がけている。また、施設の予約した理容店を利用し散髪している。		
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	食器拭きなどの片付けは利用者で行うことが多いが準備は難しい。 調理は職員が行っている。	献立はレシピや料理本を参考にして、職員がたてている。利用者の好みを十分にいかす段階までには至っていないが、調理の下拵えには、参加してもらうこともある。食材は週2回、職員のみで買い出しに行っている。配膳、下膳は出来ないが、食器拭きは利用者に手伝いをしてもらえるように工夫している。外食は三ヶ月に1回は近くのファミリーレストランに行っている。	
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	食事摂取量・水分摂取量は表にて個人の状態を毎日把握している。 水分量についてはコーヒーやお茶など食事以外でも提供し、確保できるようにしている。		
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、スタッフにより一部介助または、全介助にて口腔ケアを行い、口腔内のチェックをし、状態を確認している。		

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	排泄表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレでの排泄に向けて取り組んでいる。	日中はリハビリパンツやパッドで、夜間は紙おむつで対応しているが、日中はトイレ使用の利用者が多く、見守りや、排泄パターンの把握で誘導するなどに対応している。夜間は重度の利用者には赤外線センサーをベッドの下に設置して居室の出入りや転倒防止に対応している。	
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	毎朝ラジオ体操の時間を設け、体を動かせるよう働きかけている。また、便秘解消ができない時はDr.と連携し、薬による排便コントロールをしている。		
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	週2回入浴日を決め入浴していただいているが、体調等により他の日に変更するなどの対応をしている。また、入浴できない時には、清拭や足浴により清潔保持をしている。	職員がスケジュールを考えて、週2回の入浴を確保している。夏場はシャワー浴も併用している。体調不良や入浴嫌いの利用者には無理強いせず、柔軟に対応している。入浴剤やゆず湯など利用者に入浴を楽しんでもらえるように工夫している。女性の利用者には希望すれば同性介助に対応している。1階の小規模多機能にきかい浴を設置しているが、現在は使用が必要な利用者はいない。	
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	好きな時間に昼寝をしたり、安心してお休みしていただけるよう支援している。		
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	職員が処方箋内容をいつでも閲覧できるように個々のファイルに処方内容とその効果の書かれた用紙をとじておいている。		
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力を活かし日常生活の中で見つけて気分転換等の支援を行っている。		
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	利用者の希望に沿って外出は難しいが、時々モーニングや外食支援に出掛けることはある。日常的な外出支援は今後の課題でもある。	ホームは住宅地にあり、周辺には路上駐車が多く道幅が広いので散歩には適していないが、近くには遊歩道のような「桜の道」があり、散歩道には最適である。散歩や外出は全員で出かけるようにしていて、近くのスーパーのピアゴには散歩と喫茶を兼ねて出かけている。外食は車を使用して出かけている。	

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
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	本人によるお金の所持はしておらず、施設管理としている。必要なもの、欲しいものがある時はいつでも購入できる環境となっている。		
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	本人が電話、手紙のやりとりをすることは難しい。そのため担当の職員が日々の様子を手紙にし、定期的に家族へ送っている。		
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	混乱がないよう、トイレの場所など分かりやすく目印をつけたりすることで安心して過ごしていただけるよう心がけている。	共用の空間には日本間があり、近所から寄付された雛飾りがあり、季節を感じられるように努めている。壁には手作りの大きなカレンダーがあり、毎日利用者と職員で日付を変更している。トイレは、床に誘導のための矢印を貼り付けて、利用者の居室に入室しないように工夫している。廊下には手摺りがあり、階段室にはソファや椅子が設置されている。台所はアイランドキッチンで利用者の見守りが出来るように配慮されている。	
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	食卓とテレビ、ソファや畳のスペースがあり、気の合った利用者同士が思い思いに自由に過ごしていただけるよう心がけている。		
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	馴染みのタンス、布団などをご家族が用意し、持ち込みいただき、自宅にるように安心して過ごせ、居心地の良い空間作りをしている。	各室には、照明、エアコン、カーテン、ナースコール、大きいクローゼットが設置されている。居室には鳥の名前が付けられているが、ホームの住所の東鶴(ひよどり)に由来している。ベッドや寝具は家で使用しているものを持参してもらうようお願いしている。自宅とのギャップが無いように自宅で使っていた筆筒などを持ち込んでもらい、居心地の良い居室になるように努めている。	
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	できることはご自身で、できないことはお手伝いをし、自由に生活していただいている。また、居室の表札やトイレの案内がわかりやすくされていたり、手すりやバリアフリーで安全で自立した生活を送れるような支援をしている。		