

# 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	2397400017		
法人名	株式会社クレイドル		
事業所名	グループホームいせ木		
所在地	愛知県北名古屋市井瀬木郷前62番地		
自己評価作成日	平成29年10月16日	評価結果市町村受理日	平成30年 2月21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.kaiyokansaku.mhlw.go.jp/23/index_nhp?action_kouhyou_detail_2017_022_kanistrue&amp;ligvovocd=2397400017-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaiyokansaku.mhlw.go.jp/23/index_nhp?action_kouhyou_detail_2017_022_kanistrue&amp;ligvovocd=2397400017-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
聞き取り調査日	平成29年11月30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)】

当社の理念でもある『自分の親、祖父母を入所させたいと心から思える施設であること』という思いを念頭に施設側、職員の思い込みなどではなく入居者様の立場に沿った支援を大切にしています。そして入居者様の気持ちに沿った支援を行うために根拠、意味を説明できる『考える介護』を実践しています。やみくもに介護を行うのではなく目標や問題点に対して具体的対応策から実践、評価までを目的と期間を持って行い入居者様の笑顔と安心に繋がっています。また支援が後手にならないように関係機関と連携して早期発見、早期対応もモットーにしています。体調の変化には往診医と薬剤師と連携して早期の受診相談を行います。認知症の進行予防にも認知症専門医への受診をご家族様の許可の下で行う事もあり早期での対応を行っています。このように専門機関と連携をしながら介護だけに偏ることなく関係機関や地域資源と連携や活用をしながら運営しています。

## 【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)】

◎軽減要件適用事業所  
 今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。  
 ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」 ②軽減要件確認票 ③目標達成計画

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	理念は毎朝朝礼でスタッフ全員で読み上げている。理念と外れた方向性が見えた時は理念の説明を加えて指導している。また理念と一緒に月の目標も読み上げており意識統一を図っている。		
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人として日常的に交流している	近隣の畑の方が収穫した野菜をおすそ分けで持ってきてくれる。地域の方が介護相談に来ることもある。		
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	事業所に併設されている地域交流センターはヨガ、民謡、マンドリン等の教室に貸し出している。その際に介護相談を受けることがある。中学生の職場体験も行っており交流がある。		
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	会議では職員や行事報告、事故報告まで細かく出来事から対応策まで報告して参加者から意見を頂いている。より良い意見が頂けるように写真付きで報告するなど工夫も行っている。		
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に取り組んでいる	法令で不明点などは市へ確認して運営している。またいせ木が会長で北名古屋市にグループホーム交流会を設立し包括の職員さんにも参加して頂き市からの意見をもらっている。		
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	4点柵など身体拘束は行っていない。また行えないように必要以上のベッド柵は置いていない。また各入居者様のケア内容は明確にして把握している為、身体拘束に繋がらないようにリーダー、管理者で確認している。		
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	普段の声掛けや介助方法を管理者、リーダーは確認し虐待につながるような事態になっていないか注意している。声掛けや介助方法や口調がきつい場面が見られたらその場で指導している。		

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	キーパーソンが身元引受人困難となり権利擁護を利用している方が1名、生活保護者で市の自立支援事業利用者が1名あり。その方の状態に適した事業を利用して頂いている。		
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	契約前の訪問や見学時からじっくり時間をかけて状況や家族の希望や不安など確認している。契約時も説明と確認を丁寧に行い対応している。		
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	管理者またはリーダーが毎日出勤している勤務体制にしている。家族来所時には管理者かリーダーが近況報告など対応することで家族の意見も聞く機会にもしている。		
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	月に一回、理事、管理者での会議を行っている。その際に運営に関する意見も話せるようにしている。スカイプでの意見交換会を同社の事業所間で行っており管理者、理事も参加して一般職員と話す機会も作っている。		
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	月に一回の理事、管理者の会議で労働環境についても話し合っている。職員の負担、人員不足解消の一環で外国人雇用も積極的に行っている。		
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	事業所内では事例に応じて勉強会やその場で指導を行っている。実践者研修は毎回申し込みと参加している。		
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	今年度より当事業所が会長となり北名古屋市グループホーム交流会を立ち上げた。2か月に1回開催して情報交換や悩み相談を行っている。		

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
<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	入居までに本人、家族から生活歴、趣味、好き嫌いなことまで細かく情報収集を行い安心して生活できる環境を準備している。入居後も小まめな状況確認を行っている		
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	入居見学の段階から時間をかけて家族の不安や要望を聴取している。しっかり話を聞くことで安心してサービスを受けて頂けるようにしている。		
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	見学、相談の段階で無理に当事業所だけを勧めず他のグループホームや様々なサービスがあることも説明している。様々なサービスを知ってもらった上で当事業所を選択してもらうようにしている		
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	職員は家族のように一緒に生活するパートナーとう形で接している。スタッフと入居者が一緒に洗濯物を干して置く、一緒に食事を作って食べて片付けるといったことを一緒にいき認知症高齢者が安心する家庭を作っている。		
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	深夜、早朝、特別な行事など以外は面会時間は規定していない。敬老会や春の行楽など家族参加型の行事も行っており家族も来所、参加しやすい運営を心がけている		
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	特別な家族間での理由がない限り面会の規制は行っていない。介助が必要で身内で外食ができない方にスタッフが同行して家族と入居者が外食できたという事例がある		
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	入居者の居心地の良い居場所、生活の場は重要としている。席の配置や居室の場所。入居者が入れ替わったり状態が変わることもあり、その都度最適な場所へ席替えなども行っている。		

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
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	入院や転居で退去の場合は退去先で困らないように次の入居先が決まるまで支援している。転居先に正確な情報を伝える等のフォローアップも行っている。		
<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	入居時から本人、家族からの希望は聴取するようにはしておりできる限りその方らしく希望に沿ったサービスの提供に努めている。		
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	入居前にその方の生活歴、趣味や仕事、好きな事、嫌いな事、得意な事など安心を感じられることには繋がる情報は多く家族や本人から聴取して入居している		
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	その方の心地よく役割を持った生活を把握して支援を行っている。体調や気分でも変わるため、その時々に合わせて支援を提供している。		
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	ケアプランの更新時期だけではなく、体調やADL、認知症などに変化があった場合は家族に報告と支援内容について相談するようにしている。		
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	個別の記録はケアプランと連動するようにケアプラン内容が番号式で書いてあり施行できたら番号を記載してプランに沿ったケアになっているか確認できる書式になっている。		
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	認知症対応型共同生活として認知症には適切な対応を大切にしている。認知症の状態によっては家族と主治医と協議し認知症専門医の長久手南クリニックを受診している		

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	馴染みのスーパーや飲食店、精米機などを把握して入居者が参加している。名古屋場所の時期には近隣の寺に来る相撲部屋を訪問している。		
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	事業所と提携している病院、薬局はあるが希望があれば提携医以外でも問題ない。このような方は現在は2名あり。救急搬送先も希望は聞いている(救急搬送時に希望の病院に搬送できない場合もあることは理解して頂いている)		
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	訪問看護は月に2回。決まった訪問日以外でも医療的な事で相談があれば電話連絡できる体制になっている。		
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。	入院時にはサマリーは必ず用意して適切な情報提供できるようにしている。救急搬送、入院時には管理者またはリーダーが同行し適切な状態の説明と対応ができるようにしている。		
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	毎日の医療行為がなければ看取りは基本的に可能。そのような旨を入居時から説明し家族からは看取りや重度時の希望を必ず確認している。実際になった時にはその都度家族から気持ちや方針を再確認して対応方法を決めている。		
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	急変時の対応はマニュアルが作成されており対応と連絡先などまで困らないように決めてある。救急搬送時も焦っても大丈夫ように1冊の個人ファイルの表紙に年齢や病歴などすぐに救急隊員に聞かれても答えられるようになっている		
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	非常食の完備はアルソックと提携しており賞味期限に合わせて入れ替えも行ってもらっている。避難訓練は年に2回行っている		

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
<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	グループホーム＝小規模施設の長所を生かして個別対応を大切にしている。ひとり一人に合った対応方法を情報共有して対応している。声掛けの口調がきつい時にはその都度説明や指導を行っている。		
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	行事や食べたいものなど全部はできないが入居者との会話の中から決めている。誕生日は思いを叶える日として誕生日者の行きたい場所などに行っている		
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	基本的な業務内容は決まっているができる限りその時々状態に合わせたケアが提供できるようにスタッフの業務は最小限にして入居者に関わる時間を増やしている。		
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	当然だが寝間着から私服への着替えは必ず行っている。服もその方らしい服装を心がけており、家族の服装への要望もできる限り聞いている。		
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	出来る限り自分の力で摂取できるように見守りや介助、食器などの工夫も行っている。できる限り経口摂取できるように食事形態の工夫や介護食の導入も行っている。		
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	食事形態は普通食から刻み、ペースト食まで対応している。水分摂取がなかなか進まず脱水のリスクもあるため毎日お茶ゼリーを提供することで安定した水分摂取も確立している。		
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	毎食後に必ず口腔ケアを行い、清潔保持から肺炎予防を行っている。重度化や認知症でケアが困難な方には口腔ケアガーゼを導入したり訪問歯科に指導をもらい対応している。それでも対応が難しい方は訪問歯科のサポートを利用している		

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	排泄介助だけではなく、進化しているオムツ類も積極的に取り入れている。そのため使用するオムツやパットの種類や選択肢も多くして適切な物を使用できるように支援している。		
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	主治医と連携して常に負担が少なく排便コントロールができるように小まめに下剤の主類や量は決めている。薬以外でも散歩、牛乳、腹部温罨法などでも対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっているが、状態に合わせて変更もやっている。拒否や体調不良等の場合は無理せずに翌日に変更している。		
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	昼間にしっかり活動して良く眠るという生活を支援、実践している。夜間は眠れる環境作りのため話すトーンを落として夜と感じられる雰囲気になっている。転倒の危険が多い方はベッドではなく床に寝て頂く対応で安全を図っている。		
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	往診時、処方時は管理者またはリーダーが対応して薬の確認を行っている。貼りや塗り薬などはやり忘れがないように各ユニットに服薬と処置のチェック表を作成した。		
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	入居前から生活歴、好きな事など情報収集してからその方の生きがいや楽しみを見つけられるようにしている。重度の方でも花を見る等の何か楽しみがあるように支援している。		
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	誕生日会は個別での誕生日会を実践しており、その人のための日にしている。その方が行きたい場所や食べたいものを食べに行くなどしている。行事以外でも日常の散歩や喫茶などもその方にあつた場所に行けるように計画実行している。		



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
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	現在、認知症の状態では金銭管理が可能な方がいないため金銭の所持は行っていないが、一緒に買い物に行ったり欲しい物を気軽に言うなどに対応している。		
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	家族と協議して1名の方が携帯電話を持っている。手紙や電話については家族間の問題で連絡をとっては問題がある方もみえる場合があるため、家族に確認を取りながら対応している。		
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	畑やテラスなど日光や季節感を味わえる環境を作っている。尿臭や便臭のケアに心掛けて換気や適度な芳香剤なども設置している。また職員の行動や口調が不穏の因子になることもあるためバタバタと急いだ雰囲気にならないように業務も行っている。		
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	席の配置や居室の場所には気を配っている。場所でのトラブルや居心地の悪さがある場合は席や居室の変更も家族に理解を得てから行っている。		
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	家族と相談しながら決めている。最初はベッドとクローゼットのみであるため、安全性がある馴染みの家具や写真などを入れている。転倒がある方は安全の為に角の部分にクッション材を付けたり床に衝撃吸収マットを敷く工夫も行っている。		
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	重度化が進み浴槽に入れない方が増えた為、新しく手すりを設置した。階段は危険因子であるが封鎖や鍵ではなく階段下に衝撃吸収マットを敷いて安全を確保した。		

### 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	2397400017		
法人名	株式会社クレイドル		
事業所名	グループホームいせ木		
所在地	愛知県北名古屋市井瀬木郷前62番地		
自己評価作成日	平成29年10月16日	評価結果市町村受理日	平成30年 2月21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.kaiyokansaku.mhlw.go.jp/23/index_nhp?action=kouhyou_detail_2017_022_kanistrue&amp;lijzvosyoCd=2397400017-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaiyokansaku.mhlw.go.jp/23/index_nhp?action=kouhyou_detail_2017_022_kanistrue&amp;lijzvosyoCd=2397400017-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
聞き取り調査日	平成29年11月30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)】**

当社の理念でもある『自分の親、祖父母を入所させたいと心から思える施設であること』という思いを念頭に施設側、職員の思い込みなどではなく入居者様の立場に沿った支援を大切にしています。そして入居者様の気持ちに沿った支援を行うために根拠、意味を説明できる『考える介護』を実践しています。やみくもに介護を行うのではなく目標や問題点に対して具体的対応策から実践、評価までを目的と期間を持って行い入居者様の笑顔と安心に繋がっています。また支援が後手にならないように関係機関と連携して早期発見、早期対応もモットーにしています。体調の変化には往診医と薬剤師と連携して早期の受診相談を行います。認知症の進行予防にも認知症専門医への受診をご家族様の許可の下で行う事も早期での対応を行っています。このように専門機関と連携をしながら介護だけに偏ることなく関係機関や地域資源と連携や活用をしながら運営しています。

**【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)】**

◎軽減要件適用事業所  
 今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。  
 ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」 ②軽減要件確認票 ③目標達成計画

**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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
<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	理念は毎朝朝礼でスタッフ全員で読み上げている。理念と外れた方向性が見えた時は理念の説明を加えて指導している。また理念と一緒に月の目標も読み上げており意識統一を図っている。		
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人として日常的に交流している	近隣の畑の方が収穫した野菜をおすそ分けで持ってきてくれる。地域の方が介護相談に来ることもある。		
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	事業所に併設されている地域交流センターはヨガ、民謡、マンドリン等の教室に貸し出している。その際に介護相談を受けることがある。中学生の職場体験も行っており交流がある。		
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	会議では職員や行事報告、事故報告まで細かく出来事から対応策まで報告して参加者から意見を頂いている。より良い意見が頂けるように写真付きで報告するなど工夫も行っている。		
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に取り組んでいる	法令で不明点などは市へ確認して運営している。またいせ木が会長で北名古屋市にグループホーム交流会を設立し包括の職員さんにも参加して頂き市からの意見をもらっている。		
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	4点柵など身体拘束は行っていない。また行えないように必要以上のベッド柵は置いていない。また各入居者様のケア内容は明確にして把握している為、身体拘束に繋がらないようにリーダー、管理者で確認している。		
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	普段の声掛けや介助方法を管理者、リーダーは確認し虐待につながるような事態になっていないか注意している。声掛けや介助方法や口調がきつい場面が見られたらその場で指導している。		

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	キーパーソンが身元引受人困難となり権利擁護を利用している方が1名、生活保護者で市の自立支援事業利用者が1名あり。その方の状態に適した事業を利用して頂いている。		
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	契約前の訪問や見学時からじっくり時間をかけて状況や家族の希望や不安など確認している。契約時も説明と確認を丁寧に行い対応している。		
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	管理者またはリーダーが毎日出勤している勤務体制にしている。家族来所時には管理者かリーダーが近況報告など対応することで家族の意見も聞く機会にもしている。		
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	月に一回、理事、管理者での会議を行っている。その際に運営に関する意見も話せるようにしている。スカイプでの意見交換会を同社の事業所間で行っており管理者、理事も参加して一般職員と話す機会も作っている。		
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	月に一回の理事、管理者の会議で労働環境についても話し合っている。職員の負担、人員不足解消の一環で外国人雇用も積極的に行っている。		
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	事業所内では事例に応じて勉強会やその場で指導を行っている。実践者研修は毎回申し込みと参加している。		
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	今年度より当事業所が会長となり北名古屋市グループホーム交流会を立ち上げた。2か月に1回開催して情報交換や悩み相談を行っている。		

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
<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	入居までに本人、家族から生活歴、趣味、好き嫌いなことまで細かく情報収集を行い安心して生活できる環境を準備している。入居後も小まめな状況確認を行っている		
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	入居見学の段階から時間をかけて家族の不安や要望を聴取している。しっかり話を聞くことで安心してサービスを受けて頂けるようにしている。		
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	見学、相談の段階で無理に当事業所だけを勧めず他のグループホームや様々なサービスがあることも説明している。様々なサービスを知ってもらった上で当事業所を選択してもらうようにしている		
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	職員は家族のように一緒に生活するパートナーとう形で接している。スタッフと入居者が一緒に洗濯物を干して置く、一緒に食事を作って食べて片付けるといったことを一緒にやり認知症高齢者が安心する家庭を作っている。		
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	深夜、早朝、特別な行事など以外は面会時間は規定していない。敬老会や春の行楽など家族参加型の行事も行っており家族も来所、参加しやすい運営を心がけている		
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	特別な家族間での理由がない限り面会の規制は行っていない。介助が必要で身内で外食ができない方にスタッフが同行して家族と入居者が外食できたという事例がある		
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	入居者の居心地の良い居場所、生活の場は重要としている。席の配置や居室の場所。入居者が入れ替わったり状態が変わることもあり、その都度最適な場所へ席替えなども行っている。		

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
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	入院や転居で退去の場合は退去先で困らないように次の入居先が決まるまで支援している。転居先に正確な情報を伝える等のフォローアップも行っている。		
<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	入居時から本人、家族からの希望は聴取するようにしておりできる限りその方らしく希望に沿ったサービスの提供に努めている。		
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	入居前にその方の生活歴、趣味や仕事、好きな事、嫌いな事、得意な事など安心を感じられることには繋がる情報は多く家族や本人から聴取して入居している		
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	その方の心地よく役割を持った生活を把握して支援を行っている。体調や気分でも変わるため、その時々に合わせて支援を提供している。		
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	ケアプランの更新時期だけではなく、体調やADL、認知症などに変化があった場合は家族に報告と支援内容について相談するようにしている。		
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	個別の記録はケアプランと連動するようにケアプラン内容が番号式で書いてあり施行できたら番号を記載してプランに沿ったケアになっているか確認できる書式になっている。		
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	認知症対応型共同生活として認知症には適切な対応を大切にしている。認知症の状態によっては家族と主治医と協議し認知症専門医の長久手南クリニックを受診している		

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	馴染みのスーパーや飲食店、精米機などを把握して入居者が参加している。名古屋場所の時期には近隣の寺に来る相撲部屋を訪問している。		
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	事業所と提携している病院、薬局はあるが希望があれば提携医以外でも問題ない。このような方は現在は2名あり。救急搬送先も希望は聞いている(救急搬送時に希望の病院に搬送できない場合もあることは理解して頂いている)		
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	訪問看護は月に2回。決まった訪問日以外でも医療的な事で相談があれば電話連絡できる体制になっている。		
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。	入院時にはサマリーは必ず用意して適切な情報提供できるようにしている。救急搬送、入院時には管理者またはリーダーが同行し適切な状態の説明と対応ができるようにしている。		
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	毎日の医療行為がなければ看取りは基本的に可能。そのような旨を入居時から説明し家族からは看取りや重度時の希望を必ず確認している。実際になった時にはその都度家族から気持ちや方針を再確認して対応方法を決めている。		
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	急変時の対応はマニュアルが作成されており対応と連絡先などまで困らないように決めてある。救急搬送時も焦っても大丈夫ように1冊の個人ファイルの表紙に年齢や病歴などすぐに救急隊員に聞かれても答えられるようになっている		
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	非常食の完備はアルソックと提携しており賞味期限に合わせて入れ替えも行ってもらえている。避難訓練は年に2回行っている		

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
<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	グループホーム＝小規模施設の長所を生かして個別対応を大切にしている。ひとり一人に合った対応方法を情報共有して対応している。声掛けの口調がきつい時にはその都度説明や指導を行っている。		
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	行事や食べたいものなど全部はできないが入居者との会話の中から決めている。誕生日は思いを叶える日として誕生日者の行きたい場所などに行っている		
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	基本的な業務内容は決まっているができる限りその時々状態に合わせたケアが提供できるようにスタッフの業務は最小限にして入居者に関わる時間を増やしている。		
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	当然だが寝間着から私服への着替えは必ず行っている。服もその方らしい服装を心がけており、家族の服装への要望もできる限り聞いている。		
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	出来る限り自分の力で摂取できるように見守りや介助、食器などの工夫も行っている。できる限り経口摂取できるように食事形態の工夫や介護食の導入も行っている。		
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	食事形態は普通食から刻み、ペースト食まで対応している。水分摂取がなかなか進まず脱水のリスクもあるため毎日お茶ゼリーを提供することで安定した水分摂取も確立している。		
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	毎食後に必ず口腔ケアを行い、清潔保持から肺炎予防を行っている。重度化や認知症でケアが困難な方には口腔ケアガーゼを導入したり訪問歯科に指導をもらい対応している。それでも対応が難しい方は訪問歯科のサポートを利用している		



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	排泄介助だけではなく、進化しているオムツ類も積極的に取り入れている。そのため使用するオムツやパットの種類や選択肢も多くして適切な物を使用できるように支援している。		
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	主治医と連携して常に負担が少なく排便コントロールができるように小まめに下剤の主類や量は決めている。薬以外でも散歩、牛乳、腹部温罨法などでも対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっているが、状態に合わせて変更もしている。拒否や体調不良等の場合は無理せずに翌日に変更している。		
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	昼間にしっかり活動して良く眠るという生活を支援、実践している。夜間は眠れる環境作りのため話すトーンを落として夜と感ぜられる雰囲気になっている。転倒の危険が多い方はベッドではなく床に寝て頂く対応で安全を図っている。		
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	往診時、処方時は管理者またはリーダーが対応して薬の確認を行っている。貼りや塗り薬などはやり忘れがないように各ユニットに服薬と処置のチェック表を作成した。		
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	入居前から生活歴、好きな事など情報収集してからその方の生きがいや楽しみを見つけられるようにしている。重度の方でも花を見る等の何か楽しみがあるように支援している。		
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	誕生日会は個別での誕生日会を実践しており、その人のための日にしている。その方が行きたい場所や食べたいものを食べに行くなどしている。行事以外でも日常の散歩や喫茶などもその方にあつた場所に行けるように計画実行している。		

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
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	現在、認知症の状態では金銭管理が可能な方がいないため金銭の所持は行っていないが、一緒に買い物に行ったり欲しい物を気軽に言うなどに対応している。		
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	家族と協議して1名の方が携帯電話を持っている。手紙や電話については家族間の問題で連絡をとっては問題がある方もみえる場合があるため、家族に確認を取りながら対応している。		
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	畑やテラスなど日光や季節感を味わえる環境を作っている。尿臭や便臭のケアに心掛けて換気や適度な芳香剤なども設置している。また職員の行動や口調が不穏の因子になることもあるためバタバタと急いだ雰囲気にならないように業務も行っている。		
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	席の配置や居室の場所には気を配っている。場所でのトラブルや居心地の悪さがある場合は席や居室の変更も家族に理解を得てから行っている。		
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	家族と相談しながら決めている。最初はベッドとクローゼットのみであるため、安全性がある馴染みの家具や写真などを入れている。転倒がある方は安全の為に角の部分にクッション材を付けたり床に衝撃吸収マットを敷く工夫も行っている。		
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	重度化が進み浴槽に入れない方が増えた為、新しく手すりを設置した。階段は危険因子であるが封鎖や鍵ではなく階段下に衝撃吸収マットを敷いて安全を確保した。		