

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	2470201415		
法人名	株式会社 四季の郷		
事業所名	グループホーム富田		
所在地	三重県四日市市東茂福町4番4号		
自己評価作成日	平成 28年 6月 24日	評価結果市町提出日	平成28年11月21日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaisokensaku.jp/24/index.php?action_kouhou_detail_2015_022_kihon=true&JigvosvoCd=2470201415-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 28年 7月 1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)】

・社員研修に力を入れており、外部研修に参加した際は伝達講習を行い、社員の知識と技術の向上に努めるとともに社員間の情報、知識の平均化を図っている。
 ・開かれた施設運用に努めて入居者家族との対話を重視して来訪を歓迎している。
 ・重度化に伴い基礎疾患を持っておられる利用者については、特にケース会議を開催し問題点を明確にし、また訪問看護ステーションとの連携を密にして医療ケアにサービスの重点を置いている。

【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)】

【その人らしさを尊重し、安心して生活できる自宅にかわる家をめざし★ご利用者の想いを大切に、居心地のいい家庭的な環境づくりに努め、地域社会との「きずな」を大切にします。★訪問看護ステーションや近隣の医療機関との連携をもとに安心して生活していただける様つとめます。★ご利用者の「あるがまま」を受けとめ、自己研鑽し介護術を学び専門職としての資質の向上に努めます。】というのが事業所の理念であるが、現在出来ていることと出来ないことを管理者がしっかり把握しており、職員が理念を特別意識しなくとも事業所全体で理念を実践できるように地域との関係や研修体制や医療体制を構築する努力をしている。

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	地域の方々のニーズに応えるべく近隣医療機関との連携を強化、地域に貢献出来る施設を目指し、ご利用者の主体性とご家族の要望を受け入れて「自分らしい生活」を出来る施設運営を実践。	職員は理念の暗記や唱和をしないが玄関と食堂に掲示し、日々の業務を通して理念である地域社会との「きずな」を大切にして居心地のいい家庭的な環境づくりに努めたり、専門職としての資質の向上に努め、訪問看護ステーションや近隣の医療機関との連携をもとに安心して生活していただける様管理職者を中心に実践している。	
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	地域ボランティア団体のイベント活動を受け入れ、又、積極的に参加して地域との交流を図っている。	富田は老人が多く温かい地域であり、カトリック教会のお子さんがイベントをするのに向いたり来訪があったりする。石取り祭りや花火の観賞したりと地域住民と交流がある。しかし、事業所として外出の機会が減っていることを危惧しており、利用者を積極的に外出させたいと考えている。	地域との関わりを今以上にしていく必要を感じている中、徐々に重度化している利用者のために、家族の協力の下で事業所が地域と日常的に交流することを望む。
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	毎月『いすず会たより』を配布し、認知症の方の生活の情報提供や、又、ホームページ・機関紙・社内報の発行で活動を広報している。地域の方の認知症に対する相談に快く応じている。		
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	2か月に1回の会議にて、ご家族や各関係機関に現状を報告し、理解を求め等ホームとしての役割を継続して検討してもらっている。	2ヶ月に1回、運営推進会議が行われている。家族代表・地域住民・行政が参加し、経営に関することや研修に関することまで幅広い意見交換が行われている。	
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	行政とは常に連携をとるよう努め、相談等、透明性をもち協力関係を築き、積極的に活動に参加し連携を密にしている。	行政となるべく緊密になるよう努力している。例えば、何か相談がある時でも最初に訪問してお互いに顔を合わせておくようにしており、電話での相談等し易い関係作りをしている。最近は特に制度の改正が多いので行政でもすぐに答えられないことが多い。お互いの顔を分かっていたら調べて誠実に対応してくれることもある。	
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	個々のケース毎に徹底した議論を行い、御利用者の尊厳ある関わりを見出している。「拘束をしない施設」の意識を徹底し、その際は記録をきちんと取っている。	各事業所の管理者が講師となり、身体拘束についての勉強会を年に1～2回開催している。玄関は外からは自動で開くが、中からは開かないようになっている。居室の窓は鍵はかかるが全開できる。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	四季の郷の理念に基づき、内部研修や部内会議を繰り返し実施する事により意識の徹底をしている。		

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	必要情報の入手・展開を図り、内部研修により制度について教育・訓練を実施し、自己啓発の場を提供している。		
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	入所時は診療情報提供書、面接により判定会議を行い検討している。料金の内訳は契約時に十分説明し、資料を渡し了解を得ている。退去する際には利用者やご家族に十分な説明を行い過程・決定が明確である。		
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	相談苦情の対応をきめ細かくするため、内容と対応をシートに記入、検証している。また、家族とのコミュニケーションを重要視し、常に連携をとっている。	基本的に職員は担当者が決まっており、家族に最近の状況をお知らせするためにこまめに電話している。フリーで面会に来られた方なども、必ず家族に連絡して面会してよいか確認している。	
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	毎月部内会議を記載し、月に2回の管理者会議に議題を提供し意見を集約している。そのうちの1回の会議は特に管理者中心の内容とし、ご利用者にとってよい施設サービスが提供できる様にしている。	月に1回、事業所の職員全員参加による利用者のケアに関する打ち合わせを行っている。参加できなかった職員にも周知徹底している。特に食事についての意見や体調に関する意見が参考になっている。	
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	年1回、それぞれの部署で個人面談を実施し、能力の開発に努めているが、今年度より半年後、実績評価をするシステムを試行している。自己評価・人事評価を実施し、能力実績を昇給などに反映して意識向上につなげている。		
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	採用時には新人研修を実施し業務の理解を図る。内部研修を毎月テーマを決めて実施すると共に、その都度必要時、テーマを設けを実施して職員の専門性向上に努めている。		
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	行政の主催するネットワーク会議など積極的に参加し、情報を得る事により他の改善へと努力している。また、北包括が主催する研修には積極的に参加している。研修は勤務評定に反映する仕組みとなっている。		

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
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	入居希望者にはショートステイの活用や現場見学を通して、話を聴く機会を設けている。その際、本人のニーズなどを知るように努めている。		
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	施設側から積極的に連絡を行う等、ご家族が話しやすい環境作りを心がけると共に、話を聴く機会を十分に設け、ご家族の意向を親身に受け止めるように努めている。		
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	基礎疾患を持つ方が増加している中、訪問看護ナースも交え、適切な危機管理をふまえた支援ができるよう努めている。また、希望者には認知症の専門医も紹介している。		
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	礼節を重んじながら親近感のある雰囲気の中で過ごし、毎日の生活の場の中で横のつながりを意識した関係を作っている。認知症の進行により日常会話も困難なこともあり、出来る事は共に言い、会話を持つように心がけている。		
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	午前9時から午後6時の間はいつでも面会して頂けるようにしている。また、面会の方々と自由に外出できるようにする等、家族と忌憚のない関係の維持に努めている。時には本人・家族の中に職員が入り懇談している。		
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	居室内には今まで使用してきた馴染みの家具を持ってきて頂き使用している。また、個人的好みにより道具や飾り等を置いている。	友達を呼びたいと言われた利用者には、家族に確認してから返事をしている。事業所では馴染みの方が来訪されることを歓迎している。なかなか訪問は難しいが、馴染みの場所になるように地域で開催する行事(教会でのフラダンス等)やデイサービスで開催している音楽療法に参加したりしている。	
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	職員がすぐに手助けするのではなく、見守り介護を重視して本人が出来ない部分を補い合い、自然に支え合っている。交流を図れない御利用者の方には、その人の嗜好を模索し、快適にさせるよう心がけている。		

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
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	情報提供を実施し、今後に向けて相談しやすい環境作りを心掛けている。		
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	入居前の生活等の基本情報をしっかりとふまえ、御本人や御家族が潜在的に望まれる対応を心がけている。	認知症が重度化した時、今まで出来たことが出来なくなった時に、日々の暮らし方への希望や意向を把握して尊重している。例えば食事をしっかり食べて貰うためにある程度食事介助をしたりしている。また、部内会議で話した利用者情報を職員で共有している。	
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	基本情報により個別対応に重点を置き、ADLの維持向上に努めている。		
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	職員間の情報伝達を確実に実施し、固有事態や複雑な変化に対応できるようにしている。		
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	部内定例会議やケース会議を開催。各入居者の身体的・日常的問題点を徹底分析し、解決策を話し合う事により統一したケアの実施及び質の向上に繋げている。	介護計画は3ヵ月に1回、見直しており、大きく変化した時にはその都度見直している。些細なことは家族に毎回、報告している。	
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	日々、個別記録を記入している。一か月分の個別記録はすぐに見れるところに保管しているので、職員は情報を共有できている。また、ご家族へも「報告書」を送付し、日常のきめ細かい状況を報告している。		
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	基礎疾患の重症化や高齢化の進展など、医療依存度の増す方には、医師の往診・訪問看護と連携し、相当するきめ細かい介護を検討し、実践している。		

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	傾聴・散髪など地域のいろいろなボランティアの方々に来て頂き、一緒に楽しい時間を過ごせ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	近隣の医療機関と複数契約し、ご家族やご本人の意向に沿って主治医を決定。原則は御家族による受診同行であるが、希望により通院支援を実施し、必要に応じて往診対応も依頼。クリニックの専門性が活用できるよう、専門医から適切な治療を受診できるよう努めている。	月2回の定期訪問健診が認知症のクリニックの医師で行われている。往診できる内科クリニックとも契約しており、24時間対応の看護センターとも契約している。他の外来受診を希望する利用者はおらず、全員が同じ医師がかかりつけ医となっている。	
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	常時入居者の変化や異常について訪問看護ステーションへ伝え相談し、連携することでより一層強化されている。		
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。	訪問看護の看護師が中心となり、連携・協働で盤石な体制となって動いている。退院時には訪問看護ナースを中心にスタッフも同席し円滑な退院後の生活のため、退院時カンファレンスを持つよう働きかけている。		
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、事業所ま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	重症化や終末期は、特に家族との連携を密にとり、状況の変化を共有している。また、訪問看護師のきめ細やかな対応と適切な指示、指導がされ、それがスタッフへ浸透する体制を作っている。施設内で看取り指針の研修を実施し意識の共有を図っている。	往診可能な医師や24時間対応可能な看護センターと契約しており、利用者が重度化したり看取りをすることも対応可能な体制が整っている。	
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	消防署によるAEDの講習を受けている。転倒や誤嚥等の救急時の対応は訪問看護師をはじめ、いつでもだれもが対応出来る体制を作っている。		
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	防災マニュアル・地震・津波時のマニュアルを作成し、定期的に防災避難訓練や消防署と連携した避難訓練を実施し、避難方法を身につけている。また、社内研修においても講義に織り込んで社員の意識向上を図っている。	3月と9月に消防署に来てもらい、防災訓練を行っている。災害が発生したことを想定し、集団行動から消防署への連絡・避難という訓練である。事業所として夜間や津波を心配している。備蓄は1週間分を確保しており、期限切れが近い物は利用者のおやつ等に活用している。	

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
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	運営規定に職員の秘密保持に関する規定があり、職員採用時には同意書に署名・捺印してもらっている。朝礼やミーティング等で言葉遣いなどプライバシー保護の具体的項目について意識の徹底を図っている。また、家庭的な雰囲気を作りながらも、接し方・言葉使いにも重点に指導している。	人格を尊重するために、お漏らした利用者が周囲に気づかれないようパッドを渡す配慮をしたりしている。職員から積極的なアプローチを心がけて、人格を尊重できるようにしている。また、守秘義務にも配慮して、利用者以外に家族関係や財産等知られないよう徹底している。	
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	認知症の専門医からの研修を受け、病態や特徴をよく理解したうえで介護している。		
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	基本的な一日の流れは決められているが、一人一人の体調や精神面を把握し、その時の本人の希望を尊重して対処している。		
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	定期的にボランティア理容師の来所支援により、入居者本人の希望に合わせたヘアークットをしている。		
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	特別昼食や特別デザート等、季節感のある旬なメニューを提供したり、栄養レクリエーション等で菓子を楽しむ場を提供している。また、3時にはココア・紅茶等の嗜好飲料の提供をしている。	食事は専門に調理職員が厨房で作っている。職員は同じ調理食を食することは無いが、同じテーブルで利用者の食事介助をしている。職員から調理職員へ、利用者からの要望は伝えており、月に1回の特別昼食は鍋だったり、天麩羅御膳だったりである。正月はおせちである。	
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	管理栄養士をスタッフに加え、献立を作成している。摂取記録はその都度記録し、その人に合わせた食事量を提供し、日々個別に水分摂取量を測定している。脱水予防に力を入れ、電解質を含むオリジナルドリンクを作り提供している。		
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	起床時、就寝前の整容時に歯みがきの声かけをして見守りや介助を実施。昼食後は居室での歯みがきの声かけ、誘導を行い、毎日口腔体操・食前体操を実施している。更に、訪問歯科医と連携し、希望者の方には診療してもらい、治療とケアを行っている。		

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
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	リハビリパンツを着用している人がほとんどであるが、時間や動きを見ながらトイレ誘導し、排泄パターンを把握することで汚染回数を減らし、トイレでの排泄ができるように支援している。	利用者の重度化に伴い、改善した方はいないが、食事の前後や就寝前といった排泄パターンを把握して自立支援をしている。排泄が可能ならば風呂場でしてもらっても構わないという考えで、事業所は排泄の支援をしている。	
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	排便チェックシートをつけ、その人の排便習慣を把握するよう心がけている。毎日皆で体操を行い、身体を動かしている。季節に応じ食物繊維の多いメニューやデザートを提供している。服薬による排便コントロールもナースやDr.の指示のもと行っている。		
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	週3回少人数でゆっくり時間をとり、午前中の中の入浴となっている。毎日の入浴日で一人ひとりの要望や体調に合わせ、清潔保持に努めている。また、季節を取り入れ毎月入浴剤を変更し、入浴を楽しめるよう努めている。	月水金と火木土の2組に分けて、週3回の入浴で、入浴剤は桜やヒノキの香りのするものを用意している。車椅子の方が2人いるが、機械入浴が出来ない時にはシャワー浴や清拭をしている。入浴中は、転倒防止や洗い忘れ、コミュニケーションのために職員は付ききりである。	
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	医師の指導から、昼食後、午睡をとる事で、心身の休息をはかり、夜の快眠につなげている。		
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	基礎疾患と服用の薬、その副作用についてすぐわかるように学習している。また、服薬による各入居者の変化を医師・訪問看護に報告することにより、よりよい精神的・身体的状況になるよう努めている。		
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	入居前の生活歴や日常のコミュニケーションの中から、一人一人が得意とされることをみつけ、主役となる場面作りをしている。		
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	気候の良い時期には、施設周辺を散歩に出かけたり、レクリエーションの一環として四季を感じる外出の機会を設け、また、家族の協力を得て、買い物や外食等を楽しんでいる。	毎日はないが、週に1回ぐらい散歩する利用者はいる。家族協力の下にショッピングモールで買い物したり、その周辺で外食する利用者もいる。	

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	トラブルを未然に防止するために金銭の授受や使用は禁止している。		
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	本人の要望に応じているが、認知症の進行の度合いや、その時々々の精神状態によって支援を変えている。ご家族の意向と入居者の要望を調整して支援している。		
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	廊下や共有空間に季節に応じた手作りカレンダーや壁飾り、居心地良く過ごせるような雰囲気づくりをしている。また、各居室・リビングにおける環境整備に行い、快適且つ安全に過ごせるように努めている。	廊下に額縁に入れた手作りカレンダーや写真が飾られている。事業所として今後に活かしたいと思っていることは、リビングに利用者がうたた寝できるようなソファを設置することや車椅子ごとに入れるようにトイレを大きくすることを検討している。	
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	リビングは利用者の憩いの場となっている。また、中庭テラスや隣接憩いの家への行き来が自由になっている。		
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	入居されるまで使用されていた馴染みのある家具を置くなどして混乱防止に努め、本人とご家族の好みに応じて居心地良く過ごせる部屋作りをしている。また、臭いの気になる部屋には消臭機を設置している。	居室はとても広いので、家族や友人が来訪されても十分な広さがある。また、馴染みの家具を持ち込んだりして使い易い工夫がされている。	
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	できないことよりもできることに目を向け、その人がその人らしく過ごせるように寄り添いながら支援するよう努めている。		