

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893000089		
法人名	セントケア西日本株式会社		
事業所名	セントケアホーム尼崎		
所在地	尼崎市杭瀬寺島1-4-48		
自己評価作成日	平成21年12月10日	評価結果市町村受理日	2010年3月16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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp">http://www.kaigo-kouhyou-hyogo.jp</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福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	2010年2月9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)】

入居者本位のケアを目指しており、ご家族様とも相談しながらケアをしています。また、勉強会を月1回実施することで、ケアの質の向上を図っております。特に認知症ケアを知ることによって認知症への理解を深めております。また季節行事を定期的に開催することで、入居者様に喜んでいただいております。

【第三者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)】

介護計画をもとに本人本位のケアに努めている。水分、排泄等職員の感覚に頼るのではなく、量やパターンの確認等客観的な根拠に基づいたケアを心掛けている。また利用者の体調維持のために、散歩、食事、水分摂取、入浴等を全体として考え、24時間ケアで対応している。ホームは尼崎の町中であって、少し歩けばお店があり、買物、外食等に便利などころにある。  
利用者の権利擁護のための学習や鍵をかけないケアの取り組みの工夫が望まれる。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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			

# 自己評価および第三者評価結果

(セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-です。)

自己	第三者	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>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	社内の方針として地域社会とのコミュニケーションを通じ、ホスピタリティーの創造を追求し住みよい環境、福祉社会の実現に貢献する。「人のケア」「家族のケア」「街のケア」のトリプルケアを通じ、お客様の生き甲斐を想像する。を理念として掲げております。毎朝の朝礼、全体ミーティング、各ユニットカンファレンスにて理念の統一を行っております。	思いやりを持ち、利用者、家族、地域のケアを通して、利用者の生きがい作りを行うことを理念にしている。職員は全体会議で理念について話し合い、常に理念に基づいたケアを実践するように努めている。	
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	地域でおみこしがある際は、奉納金を納めホーム尼崎の玄関前にて披露して頂いております。また散歩の際には近隣の方へ挨拶やお話させていただいていることや、またボランティアによる演舞を披露していただくなど、交流をしております、	老人会の会長との交流が始まり、ボランティアの訪問や地域行事の案内等地域とのつながりが一歩前進した。利用者は地域の商店街へ買い物に行ったり、散歩時地域住民と挨拶したり、日常的な交流が少しづつ進んでいる。	
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	運営推進会議などを通じ老人会の方とお話させていただき、介護保険をはじめ、認知症の方への取り組みを伝え、近隣の方への支援をお伝えしております。(近隣の方の入居相談あり)		
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	入居者様への取り組みや行事・事故報告などを報告するとともに、苦情、提案、質問を可能な限り出席いただいた方からお話いただけるようにしております。それに基づき、ミーティングや勉強会に反映して伝えるようにしております。	家族、地域包括支援センター、地域住民(老人会)がメンバーで2ヶ月に一度開催している。ホームの現況報告とインフルエンザ、報酬の改定等の情報提供、家族、地域からの質問に答える等、双方向の交流を行っている。第三者評価結果を報告する予定。	
5	(4)	市町村との連携 市町村担当者とは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	書類面、解釈でわからないことなど、確認させていただきます。また、問題が発生した際には、行政と連絡を取り合い、問題の解決を図りました。	運営推進会議の報告を行う等日頃から事業所の実情を分かってもらえるような関係作りに努めている。利用者の住民票移転等手続き面でも、相談にのってもらっている。	
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	身体拘束マニュアルに基づいたケアをスタッフが意識しながら取り組んでおり、勉強会にて身体拘束・虐待についての内容を実施する予定。	玄関が死角になり見守りができないので施錠をしている。はずしたい気持ちはあるが、心配である。事業所では、散歩や窓を開けて空気の入替えをするなど閉塞感の解消を図っている。	事業所では閉塞感の解消に努めているが、今一步積極的な解消法を考えていただきたい。

自己	者 第 三	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
7	(6)	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	12月に身体拘束・虐待防止について勉強会を実施する予定。	1月末、身体拘束、高齢者虐待防止の勉強会を行った。認知症ケアが基本になる。職員の負担軽減のために、休憩や休日がしっかり取れるよう配慮している。	

自己	者三	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	(7)	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	管理者は権利擁護・成年後見人制度について講習を受けており、それについての助言をいただけるようリーガルサポートの行政書士と連携を取れるようにしております。	成年後見制度や日常生活自立支援事業の勉強会は行っていない。対象者もない。資料は用意している。	対象者がいない場合でも、知識を習得して、必要に応じて支援できる体制作りが望まれる。
9	(8)	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	面談時・契約時に重要事項説明書・契約書の説明を十分に言い、かつ制度の改正などの際には同意書を頂く様にしております。また運営推進会議でも説明をしております。	グループホーム利用の分かりやすいパンフレットを作成している。事前に送付して契約に至る支援をしている。本人、家族に見学・面談に来てもらい、納得して入居できるよう配慮している。	
10	(9)	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	ご家族様来訪時、ご意見相の設置及び運営推進会議にてご意見を頂く様に配慮しております。その内容については、必要に応じ、職員に周知した勉強会の議題に反映させております。また定期的に介護相談員の訪問ががございます。	家族会を運営推進会議の後開催している。苦情等は出しにくいので、事業所が家族に「～してもらえないですか」と依頼の声かけ等行い意見が出るよう工夫している。	
11	(10)	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	リーダーミーティング、勉強会において聞いており、その内容について議論し、申し送り、勉強会の議題に反映させていおります。	リーダーミーティングや勉強会、毎年の契約更新時の個別懇談で意見交換している。ケアの中味や働きやすい環境づくりに反映させている。	
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	外部研修への参加、時給のアップ、仕事を任せ、責任ある立場になっていただく、介護処遇改善交付金制度の活用など実施しております。		
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	初任者研修、外部研修への参加、仕事上の助言、勉強会開催を実施しております。		
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	尼崎市グループホーム・グループハウス連絡会への参加を通じ勉強会・スタッフ交換研修を実施しております。		

自己	者	第三	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>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	家族様との面談を通じ本人様の情報を収集し、本人様との面談を実施。本人様の気持ちや思いや不安をお聞きいたします。その上で、体験をしていただいたりする、ご家族様が本人様にお話しする時間を十分にとる、ことで安心してご入居いただけるように配慮しております。		
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	面談を通じ、ご家族様と本人様の関係及び思い、不安をお聞きし、またメモリーブックに記入していただくことで、ご家族様の気持ちを考えたサービスの提供につなげております。		
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	面談を通じ、状況把握を行い、老人保健施設・有料老人ホーム、介護支援事業所の情報を提供し他サービスの説明を行うこともあります。また将来的に入居を考えられる場合はその適切な時期を見定める必要性をお話いたします。		
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	職員と家事を協力して行ったり、入居者様と職員と一緒にテーブルを囲み作業や会話する時間を重要と考えております。		
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	行事ごとには、極力参加して頂けるように努め、またご来訪された際には入居者様ができることをお伝えしたり、問題に対して相談の形をとり、共に解決していくようにしております。運営推進会議や家族会等でも家族様の不安や悩みについてもお聞かせ頂いています。		
20	(11)		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	身内の方だけでなく知人にも来訪していただいております。	かかりつけ医、美容院、外食、買物、遠足等で馴染みの人や場所との関係継続の支援を行なっている。	
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	入居者同士がコミュニケーションを取れる様食席を検討し、またレクリエーションを実施し、スタッフも輪の中に入り入居者同士の会話が弾む様に話題を提供できるように努めています。		
22			関係を断ち切らない取組み			

自己	第三	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
		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	在宅に戻ったり施設への入所の際は、管理者、ユニットリーダーが共に御家族様の相談にのっています。		
<b>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	(12)	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	入居時に、メモリーブックを御家族様に記入して頂き、また入居後もご本人様や御家族様のお話やご希望をお聞きする事で、ケアの方針を考えていくようにしております。また1ヶ月ごとアセスメント・3ヶ月ごとにモニタリング、介護計画の作成など本人様の状況、状態の把握に努めております。	思いや意向の把握が困難な時は、入居時家族に作成してもらっているメモリーブック(生活歴)や利用者の表情、ふとしたときの言葉を参考にしている。	
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	入居に際して、御家族様にお話をお聞きしたり、メモリーブックを通じて生活歴や今までの経過を把握するように努めております。また必要時には、在宅時のケアマネやサービス提供事業者より情報を頂くこともあります。入居後も回想法を用い今までの生活歴を教えてください。いただくことも多いです。		
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	毎日の申し送りや毎月のケアカンファレンスやアセスメント、モニタリング、医療機関からの情報を通じて現在の暮らしの状態を多角的に把握するように努めております。		
26	(13)	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	御家族様に意見を聞いたり、往診時は主治医、訪問看護師の巡回時などに意見やアイデアを頂き、それを元に月に1回カンファレンスを行ない介護計画の作成をしております。	介護計画作成者は、医師、看護師の助言を参考にし、家族からの意見をもとに本人本位の計画を作成している。計画と実際の介護が分離しないようモニタリング会議で確認している。定期的見直しは3ヶ月毎に行っている。	
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	日常生活記録に、日々の様子、ケアの実践結果を記入しております。気づきや、工夫については、記録はしていませんが、申し送りでスタッフに伝達するようにしております。そして月1回のケアカンファレンスの中で計画の見直しなどを行っています。		
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	必要に応じた通院の支援や医療機関の紹介、福祉用具の相談助言や紹介。外出時の送迎や介護タクシーの手配などを行っています。また身体状態の変化により、職員の対応を変更しております。		

自己	者 第三	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	年2回消防署の方に来て頂き、一緒に避難訓練をして頂きご指導頂いております。行事の際には、ボランティアの方に演奏に来て頂いたり民謡を見せて頂いたりしております。地域のお祭り際には御神輿にホーム前で来て頂き、入居者の皆様にご披露して頂くと共に記念撮影もして頂いております。		
30	(14)	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	提携医療機関の協力を頂きながら、また在宅時にかかわっていただいていた主治医の先生にもご協力いただき往診して頂いております。そして、医療的な面について助言を頂くと共に、適切な医療を提供して頂いております。必要時には専門（歯科・眼科・皮膚科）の医療機関の紹介もして頂いております。	提携医療機関と同じようにこれまでのかかりつけ医による往診の協力を得ながら、安心できる医療連携に努めている。眼科・歯科の訪問診療体制にも対応している。	
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	提携を結んでいる医院のかかりつけ医や看護師とは密に連絡を取り、24時間連絡が取れる様にして頂いています。また定期的に訪問看護師（医療連携加算）の訪問があり、職員は必要な助言を受けております。		
32	(15)	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。	入院先の総合病院とも提携を結んでいます。入院時、入院中、退院前には病院に伺いソーシャルワーカー等と定期的な情報交換をして頂いています。（訪問の場合多し）	本人や家族の希望を出来るだけ尊重するために、医療関係者との協力体制整備に努めている。今後、事例があれば職員間も含めた体制を強化していきたいと考えている。	
33	(16)	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	必要と判断した場合、御本人様のご希望や御家族様の意向をお聞きし、主治医、訪問看護師と協議し連携方法など確認させて頂きます。またその決定した内容についてはスタッフへ周知し方針を共有できるように致します。（緊急時対応の書式などを用い）	年2回、通報機器の確認や研修も含め定期的避難訓練を実施している。地域との協力体制は、まだ不十分である。	
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	毎朝の朝礼時にCPRを行っています。また、1人ずつ緊急時の持ち出しファイルを作成しており、緊急時は1冊で、緊急連絡先や、服用中の薬、緊急搬送先もわかる様になっています。		
35	(17)	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	年2回の通報・避難・消火訓練・防災教育を実施しております。	年2回、通報機器の確認や研修も含め定期的避難訓練を実施している。地域との協力体制は、まだ不十分である。	地域からの協力を得るための努力や工夫を期待したい。

自己	者 第三	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>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(18)	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	勉強会などを通じ学んでおり、記録の保管や個人情報については鍵のかかる保管庫に保管しております。	全職員が内部研修で利用者個々の尊厳等について学んでいる。日頃の声かけには特に注意している。	
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	日々のケアの、コミュニケーションを図る中で希望が聞けるように努めています。認知症の度合いに合わせ、ゆっくり話したり、大きな声で話したり、声掛けの内容を工夫しています。		
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	入居者のペースを尊重するよう心掛けています。決まった時間に、食事や入眠して頂くのではなく、本人様の希望する生活をして頂ける様に心がけております。		
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	訪問美容を受入れ、その方の髪型に合わせ1~3ヶ月に一度カットしている。又、身体的に余裕のある方に関しては、近所の美容院にお連れしています。また、洋服などは、ご自分のお好みで着て頂いています。また適切に更衣することが困難な方については、スタッフが身だしなみを考えて行使解除をさせていただきます。		
40	(19)	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	可能な方には、スタッフと一緒に調理や盛り付け、食器洗いなど行っております。	利用者のADL低下から、関わる機会やできる利用者は限られてきているが、可能な限り些細なことでも一緒にしてもらおうよう努めている。味付けや食材などについての話題もあがり、なごやかな雰囲気である。	
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	全員食事量を記録し、必要な方には、水分量を記録も実施しております。体重の増減に応じ食事量をコントロールし、またかかりつけ医の助言を取り入れたりしています。また嚥下状態に問題がある方にはトロミ剤を使用するなど工夫をしています。		
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	自立し実施することが困難な方についてはポリドントによる消毒、口腔ケアを実施しております。		

自己	第三	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	(20)	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	排泄チェック表を利用し、本人様の排尿感覚を把握することで、適切な排泄が出来るよう支援しております。また訴えることができない方へも、定期的な声かけやトイレ誘導を実施しております。	利用者個々の状態把握に努め、適切な排泄方法で支援している。特に意思表示の難しい人には声かけのタイミングに配慮している。	
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	水分量をこまめに摂っていただいたり、腹部マッサージ、散歩、入浴などを実施。また必要に応じ下剤、座薬を服用していただくことで便秘の予防に取り組んでおります。		
45	(21)	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	入浴拒否の強い方に関して、強制的に入浴を勧めるのではなく、気が向いた時に直ぐに入浴出来る様に努めています。また入浴前のバイタルチェックを実施。	気持ちよく入浴してもらうよう、声かけのタイミングを見計らい、職員間で協力し合っている。利用者のその時の状態により、清拭や足浴にも対応している。	
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	日中居室に閉じこもる方へは、声かけをまめに行なう、家事をお願いする、散歩、レクリエーションを実施することで夜間に入眠していただけるようにしております。		
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	薬が処方される都度に、処方箋で目的を確認している。わからない事は、主治医又は、薬剤師に確認するように努めている。定期的な期間様子を観察し、必要時にはかかりつけ医に相談することもあります。		
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	調理の補助、片付け、掃除、洗濯たたみ・干し等残存機能に合わせ実施していただいております。またレクリエーションを実施することで、楽しんでいただき、また他の入居者様との良好な関係を維持しております。		
49	(22)	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	全ての希望をお聞きすることは困難ですが、散歩や屋外で気分転換を図り、また入居者様によって、ご家族様と外出していただける方もいらっしゃいます。	家庭菜園や草花の手入れ、日常的な散歩などその人の希望に出来るだけ沿った外出の機会をつくる努力をしている。	

自己	者 第三	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	買物に行くときは、必要最低限のお金を持参し、出来る方には、各自で払って頂ける様努めています。		
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	お電話は、希望がある時にかけて頂いています。またご家族様から要望がある場合は取次ぎさせて頂いております。手紙については、家族に了承を得てから送らせて頂いております。		
52	(23)	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	食堂、デイルームには観葉植物などを置き、季節感を取り入れています。又、共同トイレに関して、清潔保持の為、毎日掃除をし、汚染していないか確認しています。またカーテンなどで不必要な光をさえぎるようにしております。またエアコン・加湿器を設置し、快適な空間を作っております。	リビングには、テレビコーナーや個別にくつろげるスペースもあり、思い思いに過ごせる。加湿器設置など空調にも配慮している。	
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	ソファや一人掛けの椅子も設置しており、気の合う方同士お話しできるようにしております。		
54	(24)	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	入居時には、なるべく今まで使い慣れた家具類を持ち込んで頂き、配置などもなるべくご自宅と同じ様になるように、契約時に御家族と相談しています。	馴染みの日用品など使い慣れたものを持ってきてもらうよう、家族には理解、協力をお願いしている。部屋の装飾などにも個性が出ている。	
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	各居室前には、目印になるようにお一人お一人違う表札をつけ、居室間違えでの混乱を防ぐようにしております。		