

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	2190200135		
法人名	(有)アイシン		
事業所名	だいこんの花肥田瀬		
所在地	岐阜県関市肥田瀬2719番地1		
自己評価作成日	平成26年10月5日	評価結果市町村受理日	平成27年1月15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.kai.gokensaku.jp/21/index.php?act=on_kouhyou_detai_1_2014_021_kani=true&ji_gyosyoCd=2190200135-00&PrEfCd=21&Versi_onCd=021
----------	---

【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 旅人とたいようの会		
所在地	岐阜県大垣市伝馬町110番地		
訪問調査日	平成26年11月21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)】

<p>自宅でも、施設でも職員と利用者がいつも顔を合わせられ、柔軟なサービス利用ができる体制となっている 自宅での生活に近い利用をしていただくことで、施設で自立支援活動を行い、自宅で発揮できるように支援している</p> <p>小規模多機能でできるサービスはもちろん、前例のない要望等も今後行政との相談を以て、叶えていけるようにしていく</p>

【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)】

<p>地域密着の意味を重視し、小規模多機能型サービスの訪問、通いを中心に本人と家族の思いを第一に考え、サービスの提供を図っている。職員は常に自分がしてもらったらどうかを考えた介護を行い、これは出来ないと考えず、できる方法を探りながら支援している。小規模多機能型サービスの意味を理解し、日々勉強しながら挑戦する前向きな姿勢がある。介護計画にこだわらず、必要に応じ訪問、通い、泊りのサービスを変更し臨機応変に対応し、柔軟なサービスを提供している。ケアマネジャーも変更を把握し利用者・家族にとって最善の方法を導き出している。事業所は地域からの介護相談も行き、事業所として地域住民に理解され、利用してもらい、行き来することで社会貢献の一助となるように努力している。</p>
--

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、その時々々の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	明るく家庭的な雰囲気の中でその人らしさを大切にしましょうを理念に掲げ、施設長(管理者)、職員とも施設本位、職員本位のケアにならないよう、且つ、利用者希望に沿って適時サービス内容を変えながら実践に臨んでいる	管理者や職員は理念を理解し共有している。利用者の自立に向けた支援を目指し、地域の中で馴染みの人達に囲まれ安心して暮らせるように実践している。	
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	利用者は地域の方がおられ、また、行事の時は年に数回、地域の方を招待し、事業所も職員も利用者も地域とのつながりが切れないようにしている また、理美容についても地元の理美容を利用している	地域のお祭りや自治会の行事に参加している。家族からの紹介による県外からの漫談、大正琴、アカペラや専門学校生も受け入れている。地域の人から野菜をもらったり、栽培方法を教えてもらったりしながら、地域の人と交流を深めつつある。	
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	実践では事業所発信で地域に届けることはできていない 行事の時に来ていただいた地域の方に直接ケアを見ていただくことで終わっているため、事業所を知っていただくことも兼ねて事業所発信での認知症についての理解支援について行っていきたい		
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	定期的開催しているが、参加者様からの意見が出にくいのが現状 内容を再検討し、もう少し意見の出やすい会議にし、地域や各専門職が求めていることを知り、サービスの向上に活かしていきたい	事業所の近況や行事等の報告をしている。運営推進会議の曜日や時間を変更し参加しやすく、意見が出しやすいようにしている。小規模多機能型サービスの事業内容等を説明し理解を深めている。	
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	行政とも連絡調整・報告事等は運営推進会議の他にも普段から電話、メールなどを使用して行っている	小規模多機能型サービスについての疑問点や課題等を電話やメールで相談し、意見を参考に事業所内で話し合っている。市担当者とも何でも相談出来る関係を築いている。	
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	昼間は施設敷地内のすべての鍵を解放し、拘束しないようにしている 夜間は窓、玄関、ベランダの施錠をし、防犯に努めている 直接ケアに関わる場合には、言葉や拘束具での身体拘束をしないように気をつけている	職員は採用時に身体拘束や虐待防止に関する研修を受け、定期的に内部研修を行い、職員間で話し合い、拘束をしないケアに繋がっている。玄関は施錠せず、外出希望や不穏な利用者には職員と一緒に同行し寄り添い、拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	施設長は虐待防止関連の研修を受けている 職員にはミーティングを通し、虐待防止について伝達している 全員が虐待は擦るべきではないという認識を持っており、小さなアザや変わったことなどがあった場合はすぐに上司に報告し確認をしている		

小規模多機能型居宅介護 だいこんの花肥田瀬

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	施設長、CMは制度を理解しているが、職員は対象者がまだ登録者の中にいないため、学ぶ機会も少ないので、今後、勉強会を開いたり、事業所からの研修紹介などで職員も理解すべき制度の一つとして勉強する機会を与えていきたい		
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	契約については施設長が、ケアサービス内容についてはCMが家族の納得がいくまで説明を行っている 利用途中で疑問点や不安が出た場合にも自宅へ赴き、説明を行って、安心してサービスを利用していただけるよう心がけている		
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	常に家族には意見を言っていたことが施設の糧になると言うことを伝え、特に送迎時等に多くの意見を頂いている 施設長とCMはその意見又は要望をできる限り叶えら得るようにと検討し、またその結果も家族に報告している	訪問時や送迎時に体調確認と共に家族に意見や要望を聞き、利用者の細かい要望にも応えている。家族からの要望で地域行事への参加や入浴支援についての意見があり、職員間で話し合っケアに反映させている。	
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	ミーティング等に積極的に出席し、直接職員の意見を聞くようにしている	管理者は申し送り時や月一回のミーティング時に出た意見や提案について聞き、職員個々の意見・要望についても言いやすい工夫をしている。職員から日々の勤務体制・研修会への参加等の意見が取り入れられた。	
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	すぐにだめだと決めつけず、長い目で見守っている 職場環境についても職員の意見を聞き、取り入れている		
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	事業所から研修紹介などをし、実践者研修を受講している ほとんどの研修が自己負担であるため、会社で人を育てるのであれば会社負担の研修もできるようにしていきたい		
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	管理者、CMは職種柄、業務を通じて、他事業所との交流はあるが、職員間や事業所同士での交流は同法人内でもあまりない		

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
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	特にCMが家族も含め、懇切丁寧に説明をしている また、今までにない要望の場合には叶えられる方法を模索し、小規模多機能らしい柔軟な対応と本人と事業所、職員との間の信頼関係、安心関係作りを実現させている		
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	上記に同じく また、途中で出た不安材料なども早期化家k津に向けて常に事業所と家族がお互いに助け合い、頼り合う関係性を作り、維持できるよう調整役を務めている		
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	相談を受け、面接の段階で本当に小規模多機能サービスが適切かどうかを見極め、時には他サービスを勧めることもある 普段から、介護相談のみの無償サービスも行っている		
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	我々職員が手を出すばかりではなく、利用者の活躍できる場(台所や園芸、野菜作りなど)を作り、利用者から教えてもらう等して支え合う関係を築いている		
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	家族の負担にならない程度に話し合いながら役割を決めた後に協力を求め、また、家族との関係性が切れないような利用プランを立てて事業所と家族で協力しながら本人を支えていけるようにしている		
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	連泊で自宅に帰らないというプランにならないように配慮し、特に本人が求めるなじみの人や物、場所への希望があれば当日のサービス内容を変更したりと柔軟な対応ができています	利用者の意向に沿い、地域の馴染みの人が集いやすい雰囲気づくりをして関係が途切れないよう支援している。利用時に合わせて訪問してもらい、知人や友人と途切れない関係づくりをしている。	
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	元々仲の良い利用者同士であれば引き離すことはせず、利用者同士で支え合う関係ができあがっているの、崩れないように見守っている 孤立するような、しそうな利用者が居た場合、職員が入り、無理のない範囲で他の利用者との関係を作り、見守る姿勢を持っている		

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	他サービスへ移行された方がおられるが、家族との関わりは続いているため、現在の様子などを聞いている		
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	面接段階で細かく家族や本人の意向を聞き、できる限り希望に添ったプラン作成を行っている	日々のかかわりの中で利用者の言葉、しぐさや表情の変化で思いや意向を把握している。本人からの把握が困難な場合は、暮らし方の意向や思いを家族に聞いて把握し支援している。	
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	本人、家族、近所の方などに話を聞いたり、職員との関係性が深まっていくにつれてサービス利用開始当初には出なかった話などが出るようになり、職員間で記録などを使って共有して把握している		
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	面接時にできる限り細かく、深く聞き、サービス利用時には無理のない範囲で残存能力を発揮できるように事前に情報として職員全員で把握できるようにしている また、新たな情報についても記録用紙を使用し、情報把握に努めている		
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	利用者に担当者をつけ、ケアマネが中心となり、モニタリングを行っている 担当者が家族との連絡を密にしてできる限り本人中心で現実的なケアプラン作成と実施に取り組んでいる	サービス内容、対応方法を説明して、利用者・家族からの意見や要望を聞いている。申し送り・連絡ノートから読み取り、利用者の出来ることや要望を取り入れた訪問を主とした計画を作っている。毎月、モニタリングもしている。	
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	介護記録、介護日誌、連絡ノートなど多くの記録が活用されており、CMIは自身の目耳だけでなく、職員からの直接の情報、各種記録用紙などからも情報を取り入れ、適時介護計画の更新、見直しを行い、現状に則した介護計画を作り上げている		
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	家族からの様々なニーズに応えるべく、当日のサービス内容変更なども行っている		

小規模多機能型居宅介護 だいこんの花肥田瀬

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	地域サロン、老人会などとの関係は途切れさせないようにし、サービス利用が始まって地域資源の部分は変わらず、より安全に生活が送れるように部分的に支援している		
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	協力医療機関はあるが、本人の信頼している病院や医師との関係は途切れさせないように継続して受診をして頂けるようにしている	かかりつけ医への受診は、事業所での通い泊まりの様子を伝え、家族に依頼している。退院直後や病状に応じて職員が代行して受診している。ケアマネジャーは、かかりつけ医や家族と連絡しながら、情報を共有している。	
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	職員として勤務する看護師が医療面については適切に判断をし、適時必要なときには事業所からでも病院に受診できるようにしている		
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。	施設長、CMがMSWとの連携をとり、入院中の経過、退院情報、退院後の注意点など病院又は病院間駅舎との関係作りや連携を行っている		
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	末期癌の方について家族との十分な話し合いの末、事業所での生活をできるだけ送っていただき、その後、緩和病棟へ移動となり、最後を迎えた その際、事業所と病院との連携で家族とも十分な情報共有と方針共有ができた 今後も関係者すべてとの連携をしっかりととり、終末期ケアの勉強もしながら支援していきたい	契約時に、重度化や終末期について、事業所がどこまで出来るのか、を説明し同意を得て契約書を取り交わしている。職員は普段より、家族やかかりつけ医等との連携を図り、利用者・家族にとって最も良い方法を探り、家族にとって安心して終末期を迎えられるように支援している。	
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	救急対応マニュアルを作成し、救急対応に備えている 救急救命士指導の下、救急訓練も行う		
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	年2回、現実的な災害での避難訓練を行っている	緊急時の対応マニュアルを作成し、普通救命講習を受け緊急時の初期対応に備えている。夜間想定避難訓練を含めて消防署の立会いにより、行う予定はあるが、今年度はまだ実施されていない。	避難訓練は計画的・定期的に、また、地域住民の参加も依頼し実施することを期待したい。備蓄は、水や寒さ対策について、職員間で話し合い備蓄を望む。

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	かける言葉には職員全員がとともきをつけている コミュニケーションがとり辛い方にはホワイトボードを利用したり、敬う気持ちを持って接している	特に言葉使いについて気を配り、利用者を否定しないように心がけている。トイレへ誘導する時などは、耳元で声掛けしたり、筆談したりして自尊心を損ねないように支援している。	
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	自己選択、自己決定を基本としてできる限り選択の場面をおおつくるようにしている		
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	既存のサービス内容にとらわれず、利用していただいている間のできる限りその人のやりたいことをやりたい時間にできるよう配慮している		
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	訪問サービス時や宿泊サービス時の更衣の時などには衣類が複数ある場合に自分で選んでいただいたり、洗面、整髪などは必ず鏡で顔を見ながらできるよう支援している		
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	台所に立ったり、おやつを一緒に作ったりと女性利用者と一緒に行くことがだんだんと少なくなってきた できる限りできることは声かけをして行っていきたい	職員が利用者の希望を聞き、1週間毎に献立を立てている。利用者の力を活かしながら、食事の準備、下ごしらえ、調理、後片づけをできる事を一緒に行っている。職員と一緒に楽しくなる会話をしながら食事をしている。	
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	医師の指示の下、看護師が見極めて水分補給を職員に指示をしたり食事摂取量も食事にチェックし、必要であれば主治医に報告をしている 利用者によって各摂取量を調整し、無理のない範囲で、且つ、必要な分は食べて頂けるよう食事形態を変えるなどして支援している		
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、洗面所にて声かけて自身での口腔ケアを行っている 自分で磨くのが困難な方は職員が介助をし、口腔内の清潔を保っている		

小規模多機能型居宅介護 だいこんの花肥田瀬

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	可能な限りトイレでの排泄を実施するか、入所施設ではなく、在宅生活が主になるため、在宅での生活と同じようなスタイルでの排泄方法を実施している その中でも家族のできる介助と同じ方法をとって、自宅と施設のやり方の違いで本人が迷わない支援方法を行っている	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を基本に支援している。自宅でもトイレで排泄できるよう、家族にも協力を依頼している。個々の排泄習慣を把握して早めに声掛けし、自立に向けた支援をしている。	
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	整腸剤や下剤での調整をすることもあるが、水分摂取調整や献立を職員が作成しているため、排便を促す献立も取り入れながら予防に取り組んでいる		
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	昼間の入浴時間を長くとり、声かけで確認し、入りたいときには入れるようにしている 夜間入浴に関してはできていない	利用者の希望に合わせて、入浴したい時間にゆっくり入浴できるようにしている。職員は利用者と1対1で介助を行ない、会話を楽しみながら入浴を支援している。	
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	昼夜逆転しないように、昼間は活動的に、夜間はぐっすり寝られるように支援している		
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	家族や病院関係者からの情報を得て、薬剤情報を適時もらっている 服薬支援に関しては、担当者を決め、飲み忘れや服薬間違いがないように、また、変化を見逃さないように見守りの目を常に離さないようにしている		
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	室内にみんなで行う楽しみ事だけでなく、行事の時に発表するために大正琴を練習をしたりと一人ひとりの楽しみを実現できるようにしている		
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	通りサービスを利用中に自宅へ帰りたくなった方には帰って頂いたり、家族の了承を得た上で自由に戸外へ出て帰ることができるようにしている 天気に良い日などには外に出て地域の方とのふれあいも楽しめるようにしていきたい	日常的に散歩、喫茶店など行きたい時に行きたい所へ自由に外出できるようにしている。職員は個々の利用者の希望と生活習慣を十分に把握し、利用者と一緒に花見や紅葉狩り等に出掛けたり、年間計画を作成したりして外出の支援をしている。	

小規模多機能型居宅介護 だいこんの花肥田瀬

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	事前に理美容の利用がある場合や、欲しい物がある場合などには利用者自身で金銭を所持し、買物等に行くことがあり、同行支援を行っている		
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	電話などの利用はあまりないが、必要であればいつでも電話は使用できるようにしている		
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	特に刺激的な色彩や光などは使用しておらず、自然光を多く取り入れられるような作りになっている 飾ってある物も自然に視界に入っても違和感のない物を飾っている	「大人が暮らす」という考え方を大切にし、落ち着いた雰囲気になるように配慮している。居間には動かすことができるテーブルやイスを中心に配置し、広い空間を作り、イベント等で活用できるように工夫している。居間に利用者と一緒に作成した毎月のカレンダーを貼り、話題を膨らませている。	
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	食卓机、居室、ソファなど仲のよい利用者同士で過ごせる場所も独りで過ごせる場所もある 天気の良い日などにベランダにも椅子を置いてひなたぼっこなどができるとよい		
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	現状、ベッドとチェストは施設の物を利用している カバンや衣類を見える状態で置くことで、自分の居場所であることを認識できるよう工夫をしている	利用者がいつでも泊まれるように、ベッド、タンス、寝具を事業所で用意している。テレビや生活必需品等を持って利用する人もある。通いの利用者も居室を利用して、一人でゆっくり過ごせるようにしている。	
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	リビングは広く柱のない作りになっているが、ソファやテーブル、椅子などが自然の手すりとなっており、職員は付添い、見守ることで自然に自立運動ができるようになっている		