

平成29年度

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	1473700399	事業の開始年月日	平成12年12月1日	
		指定年月日	平成26年12月1日	
法人名	社会副法人 みやび会			
事業所名	グループホーム やすらぎの郷			
所在地	(227-0054) 横浜市青葉区しらとり台3番地13			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9	名
		ユニット数	1	ユニット
自己評価作成日	平成30年2月26日	評価結果 市町村受理日		

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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)】

グループ内には医療を始め、特別養護老人ホームや老人保健施設、ケアハウス、透析専門クリニック、訪問看護、訪問介護等の事業等があり、必要に応じての連携ができています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成30年3月19日	評価機関 評価決定日	平成30年5月29日

【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)】

事業所は、東急田園都市線「青葉台駅」から徒歩10分、または、横浜市営バス「つつじが丘」バス停下車徒歩2～3分の、利便性が良く、静かな住宅地にあります。設置法人グループに透析専門クリニック、訪問看護事業所などがあり、それぞれと密な連携を図っています。医療依存度が高い場合も受け入れています。

<優れている点>

利用者の日々の会話や表情、仕草、態度の変化などから思いや意向を把握するように努めています。湯茶の時間の何気ない言葉や、入浴時のリラックスした時、夜間帯での会話などからも本人の思いや意向を捉えるよう努めています。介護度が高くなっても本人ができることを職員は見守り、本人の選択、決定ができるような言葉かけを心がけています。「終末期」と主治医の判断があった場合も方針を共有しながら、ぎりぎりまで看取りのケアプランに切り替えず、その人らしい生活が継続できるようにしています。その人らしい生活を支えるため、事業所理念をより具現化した「心に問いかけよう、7か条」を作成しています。職員は日々気付き、自らに問いかけつつ支援につなげています。

<工夫点>

利用者の通院は基本家族の協力を依頼していますが、状況により職員が同行をする際は、職員を4名体制にし、他の利用者支援に影響が出ないように配慮しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
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	23～35	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	やすらぎの郷
ユニット名	

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。 (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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	共有はしていると思われるが、実践に結びついているかは何とも言えないと感じている。重度化に伴う生活支援が増えてきている状況から。	職員と共に作成した事業所独自の理念と4項目の基本方針に沿った支援を実践しています。また、理念をより具現化した「心に問いかけよう、7か条」を作成し、職員に日々気付きを促しています。職員の面談時に理念の再確認を行っています。	
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。	今年で18年目を迎えるホームであり、地域の方々には認知されている。ただし、地域での新しい世代の方々との交流は以前より薄れている気がする。	事業所を開設して18年です。当初から自治会に加入し、地域に根差した事業所になっています。町内のごみ集積所の掃除当番や、年末助け合い募金に協力しています。また、農作物のお裾分けをもらうこともあります。毎月華道教室のボランティアが来訪しています。	
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。	地域全体としては疑問を感じるが？（他にも事業所があるので）ただし、ホームの近隣の方々には発信等を行っている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	中々会議の内容に新たな意見具申などがあるわけでもなく、半ば停滞気味でもある。今後は新たな取り組みの検討も考えていく必要があると思っている。	会議がマンネリ化して活性化に繋がれず、今年度は開催していません。新たに会議のあり方について検討し、有意義な会議を模索しています。	運営推進会議は、メンバーから率直な意見をもらい、改善課題を話し合ったり、地域の理解と支援を得るため、また、サービス向上に活かしていくための良い機会です。定期的な開催が期待されます。
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。	生活保護受給者の担当者とは情報交換等を行っているが、区単位で考えるとあまりない。	行政の担当部門とは必要に応じて連携を取っています。利用者の担当ケースワーカーと協力関係を築いています。青葉区・緑区のグループホーム連絡会に出席し、情報交換・意見交換を行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体原則の三原則については周知しており、個々の尊厳を尊重した対応を心がけている。拘束に伴う行動障害を助長しないような配慮にも心がけている。	「身体拘束をしないケアのモデル事業所」として、身体拘束をしない支援に取り組んでいます。職員会議や申し送り時に折に触れ話し合うと共に、不適切なケアに気が付いた時には個人的に指導を行っています。玄関は施錠せず、見守りに努めています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	拘束と併せて虐待に対する倫理的観点からの理解を深めるよう、常日頃より職員間で注視している。また、報告義務の必要性も伝えている。		
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。	権利擁護の理解については理解を深めるよう勤めている。成年後見制度、自立支援、身体拘束、高齢者虐待の各意義等。		
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。	内容の説明には十分に時間を費やして説明を行っている。（契約内容・重要事項説明書・料金・医療等）また、日常生活への不安点や疑問についても納得して頂けるよう話をさせていただいている。		
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並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。	適時、入居者様の報告等は行いながら新たな要望等を伺うよう努めている。	管理者は、携帯のラインやメール、電話などで家族と直接連絡を取り合い、家族の意見や要望に対して迅速な対応を心掛けています。職員とも共有し、運営に反映しています。また、家族の面会時にも利用者の生活状況を伝えながら意見や要望を聞く機会としています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々からの定期的な意見聴取（面談等）は実施している。また、法人の関係者へも適時報告や要望も伝えている。	全員参加の職員会議で職員は自由に意見や提案を出し合い、協議し、運営に活かしています。管理者は日頃から職員と何でも話し合い、また、3ヶ月に1度職員と面談の機会を持っています。新規入居希望者の決定についても職員の意見を聞いています。	
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。	事業所としての環境整備には配慮するように努めてはいる。なお、グループ全体として方向性も含めての対応にもなってくるので、その当たりの兼ね合いも含めての取り組みとなる。		
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。	職員不足等がこの業界での課題ともなっている現状、今いる職員の定着と更なるスキルアップを行う必要があると考えている。		
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つくり、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。	事業所の管理者は業務関係上機会がもてないが、法人関係者においては県や市との関係がもっている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	本人より事前情報を何う対応はしている。ただし、認知症の度合いにより家族よりの意見も合わせて何うようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前面談も含め、家族としての生活上や医療上などの要望は伺うようになっている。また、適時、報告を行うなどにより、必要な事項があれば情報交換を行うよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	事前情報はもとより、事業所としても十分なアセスメントを行い、実情にあわせた支援計画を立案し、支援できるよう実践している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	コミュニケーションを通して本人の意志を尊重し、互いが共感し合える関係作りを心がけている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	本人の状態を含めた情報を提供し、家族の協力を仰ぎつつ、良質な関係が構築されるように努めている。		
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。	ホームとしてはできる限り今までの生活の継続ができるように配慮してはいるものの、自然と関係性が希薄になってしまっている現状がある。今後の取り組み課題と考えている。	近所に住んでいた人の訪問や、女学校時代の友人の面会があり、利用者も喜んでいます。湯茶で接待し、居室でゆっくり過ごしてもらい、関係が途切れないよう支援しています。家族との外出や外泊も自由に出来るように支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	共に支え支えられる関係性が築けるように配慮している。		
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。	今でも入居していた方のご家族からの連絡もあつたりと、関係性が保たれているケースもある。		
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。	基本ケアのスタンスはパーソンセンタードケア（本人本位のケア）を心がけている。常に自己選択、自己決定を大切に考え支援している。	利用者との日々の会話や表情、仕草、態度の変化などから思いや意向を把握するように努めています。湯茶の時の何気ない言葉や、入浴時のリラックスした時、夜間帯での会話などからも本人の思いや意向を捉え、職員間で共有しています。	
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。	その方の生活歴を通しての内容の把握に努め、暮らしの継続が可能になるような整備も考えている。また、本人よりの思いも聞き取りながら支援に繋げていけるよう努めている。		
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。	日々の生活に常に目を向けて、本人の今を知ることで安定した生活維持に向けた取り組みに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	チーム個々の職員が一人ひとりを十分にアセスメントすることで、多くの気付きを得ることでサービス提供の内容に反映をさせている。	ケアプランは定期的に4ヶ月ごとに見直しを行っています。モニタリング、アセスメントを実施し、ケアカンファレンスで協議して、本人、家族の意向を加え、医師と連携して作成しています。また、必要に応じて見直しを行い、現状に即したケアプランを作成しています。	
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。	定期的なケアファレンスを通して職員間での情報交換や新たな支援内容等についての共有を図るように努めている。		
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。	月1回のグループ連絡会を始め、グループ内各事業所（HP、老健、特養やケアハウス等とも常に連携を図り、必要に応じての支援強化に努めている。		
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。	従前に比べると地域へ出かけて行っている暮らしは難しくなっているのが現状となっている。ただ、何らかの形で本人の楽しみの一助となるような取り組みを考えていきたいと思っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	かかりつけ医とは十分な連携が保たれていると思う。担当医もホームに対しての理解もあり協力的に支援をいただいている。24時間対応にて対応となっている。	利用者全員が事業所の協力医をかかりつけ医としています。協力医は24時間対応で、電話やメールで指示やアドバイスを受けることが可能です。通院は基本家族の協力ですが、状況により職員が同行する場合は、職員4名体制にて対応しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	職員間での情報共有は当然のこと、訪問看護師（ステーション）とも十分に情報共有がなされており、また、必要に応じての指導や助言を頂きながら入居者の健康面等に配慮している。		
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、また、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。又は、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。	入退院等を含めた連携はできていると思う。複数の関係機関とも情報共有できる体制もある。		
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。	基本的に見取り（終末期）対応をしている。そのためのかかり付け医や看護師との24時間体制で連携も図られている。	入居時に重度化や終末期に向けた支援について口頭で説明し、方針を確認しています。「終末期」と主治医の判断があった場合も方針を共有しながら、ぎりぎりまで看取りのケアプランに切り替えず、その人らしい生活が継続できるように努めています。	
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。	緊急時（事故等含む）対応については事あるごとに確認をしている。現在までは大きな事故等には至っていないが、意識付けを行っている。		
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。	定期訓練を通しての危機管理の意識を持つよう指導している。また、近隣住民の方やグループ内の応援体制もできている。	災害に備え、今年度、全居室のプリンクラー設置工事を完了しています。年2回の避難訓練の内、1回は消防署の協力を得ています。訓練には事業所オーナーが知り合いに声をかけ、数名が協力してくれています。備蓄は、5日分程度を保管しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	人としての尊厳に対しての配慮を行いながらの関わりに気をつけている。また、職員間においても常に提供される支援に対しての振り返りを行い、適切なサービスが提供されるよう心がけている。	利用者本人がどう呼ばれたいか（苗字、下の名前）を確認してから「さん」付けしています。職員の言動について、管理者は、なぜそのような対応になったのか、本人に考えてもらい、気付くことで適切なサービスの提供につながっています。	
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。	利用者の思いを尊重しながら、日々の生活における支援に繋がっている。自己選択・自己決定は生活の継続に繋がると考えている。		
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。	業務ありきの支援ではなく、入居者がゆったりとした時間が持てるように配慮している。常に今の状態や状況を把握しながらの支援を行うように努めている。		
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。	生活を楽しく頂く中での身だしなみ（整容）には気を使うよう心がけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	生活の中での楽しみの一つでもある食事には配慮はしている。また、協力頂ける入居者様とも取り組んでいる。	食材の下ごしらえ、食器拭きなど利用者それぞれの力に合わせた作業をしています。カロリーや塩分制限、ミキサー食など、配慮が必要な利用者でも職員の手作り料理を皆で食べています。時には綿菓子やノンアルコールビールなどの楽しみもあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食形態を始め、入居者一人ひとりの状態等に合わせたの支援は実施している。（食事量。水分量など）		
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に、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。	毎食後の口腔ケアの実施は実施している。また、義歯の調整や管理も含めた口腔内のケアは行っている。		
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向けた支援を行っている。	排せつの基本はトイレ内にてとの方針で実施している。個々における排せつ状況は常に排せつ記録等を参考にしながら実施している。不必要なおムツ等の使用を行わないようには心がけている。	不必要なおムツやおむつはしないようにし、トイレでの排泄を基本としています。排泄チェック表で一人ひとりの状況を把握し、声掛けやトイレ誘導をしています。職員の適切な支援により、退院時のオムツ使用からリハビリパンツに改善しています。	
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。	排せつ状況に基づいての働きかけは行っている。また、かかり付医とも相談を行い支援に繋げている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入居者の状態にあわせ、無理のない範囲での入浴支援を心がけている。基本的な入浴予定は決めているが、現状に合わせての取り組みとなっている。	脱衣室、浴室の温度差に配慮し、介護度の高い利用者も職員2名の支援で、湯船で温まってもらうようにしています。シャワー浴の際は、足湯をしながら行っています。ユズやバラなどの入浴剤を使い、湯の色や香りからも入浴時間を楽しんでもらっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	重度化している入居者様に対しては、本人の状態に合わせての休息などを手適時行っている。就寝時間も特に決まりもないので本人の生活に合わせての就寝となっている。また、居室内の温度設定等にも配慮しながら安眠できるよう配慮している。		
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。	服薬管理は職員が責任を持って対応している。特に誤薬がおきないように十分な注意をしている。薬に関しては常に医師に相談しつつ対応を図っている。		
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。	季節感を通しての楽しみや、日々の生活の中での楽しみ、役割については考え実践しているが、入居者本人の力の発揮を促すことへの支援も今後増やしていければと思っている。		
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。また、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。	中々外出等の機会は無くなってきている状況がある。今後は今まで以上のご家族に協力を仰ぎながら本人の楽しみ、生きがいに繋げられるよう取り組んで生きたいと考えている。	天気の良い日は玄関先で外気浴をしています。個別の外出は家族の協力を得て、外食やショッピングで気分転換をしています。事業所の行事企画としての外出の検討もしています。	利用者のADL（日常生活動作）の低下に伴い、外出の機会が減ってきています。日常の気分転換や五感刺激の意味も含め、今後の外出支援の検討が期待されます。
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。	本人の生活の中での安心にも繋がることではあるが、現状は厳しいと考えている。ご家族との外出機会も増やしていくと行っていければと考えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	必要に応じては事業内の電話を利用させていただくことができます。ただ、現状はご本人よりの要望等もなく来ていない状況でもあります。		
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。	限られたスペースや構造上の問題等で全てにおいての環境（空間）整備には難しさはありますが、季節感を含めた試みは行っております。	生活の中心のリビングに、花を生けたり、小物を置いたり、温度設定に気をつけたり、居心地の良い環境づくりに配慮をしています。時には男性利用者同士で将棋を指したり、一人で新聞を読んだり、職員とおしゃべりを楽しんだり、思い思いに寛いでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	十分な余剰スペースがない建物内部なので、ゆっくりくつろげる場所の確保は難しさがあるのが現状。今の現状では廊下の一部を利用してなどは行っている。		
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。	現状は居室内で過ごされ事が出来る方が少数である。基本的に入居時にはなじみの家具などを持参していただいている。	仏壇、タンス、ドレッサーなど本人が大切にしていた品々のほか、照明器具も自分で操作ができるよう自宅で使用していた使い慣れたものを持っています。ベッドは本人の動線を考慮し、相談しながら配置をしています。	
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」や「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。	出来るだけ余分な什器などは置かず、歩行の妨げや、転倒のリスクに繋がらないように配慮している。		