

### 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	3390300212		
法人名	一般財団法人 共愛会		
事業所名	グループホーム作楽 (ユニット共通)		
所在地	岡山県津山市神戸571-1		
自己評価作成日	令和 1 年 7 月 23 日	評価結果市町村受理日	

※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.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&amp;jiogyosoCd=3390300212-00&amp;serviceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/33/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&amp;jiogyosoCd=3390300212-00&amp;serviceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	令和 1 年 8 月 23 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)】

H29年9月より経営母体が一般財団法人共愛会となり、グループホームを含め9つの関連施設がある。各施設と連携することで健康面を中心に今まで以上のサービス(安心)を提供することができている。月2回以上の訪問診療をはじめ、月2回以上の訪問看護、月1回以上の管理栄養士による栄養マネジメント、月1回以上の歯科衛生士による口腔衛生管理等を行っている。その人がその人らしく生活を送ることができるよう、「できる」を大切に入居者目線で考える力を育てている。また、情報の共有、可視化を行い統一したケアを提供できるようにも力を注いでいる。

【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)】

月一回管理栄養士による栄養面でのサポートを受けながら、利用者の意見や要望を反映した食事が提供されており、楽しく会話しながら手作り料理を堪能している。職員同士の人間関係が良く、率直に話ができる環境が整備されており、ユニットの垣根を越えた連携が来ている。また、職員の意見を積極的に受け入れており、何かに取り組む際はデータ収集し、確認してから実践している。利用者の避難と安否が確認できる様、居室入口に管理者手作りの札を掲げたり、災害を想定して各居室内に車椅子を一台設置したりするなど、利用者の安全・安心に配慮した取組が来ている。

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. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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	入居者は「介護を受けるもの」ではなく「生活の主体」として「介護の提供」ではなく「生活のパートナー」として意識を共有し、職員会議、カンファレンス等で入居者目線での生活を考え実践しています。	理念をホール内に掲示し職員に周知すると共に、いつでも閲覧できる様、ファイルに綴じている。職員の意見等が盛り込まれた理念が今春からスタートしており、毎朝の申し送りで唱和している。	
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	毎月1回の朗読ボランティア、訪問散髪等開設以来ずっと交流があります。また、文化祭、クリスマス等のイベントには日舞や音楽ボランティアの方との交流もあります。また、認知症カフェへにも参加していきたいです。	小学校の文化祭に参加したり、地域の秋祭りで子供神輿が来たりするなど、地域との交流がある。また、近所の人からスイカや野菜を貰ったりするなど、日常的に地域住民と交流を図っている。	
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	推進会議において、身体拘束や成年後見制度等の研修も行っています。		
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	運営推進会議では、事業所内の現状や行事内容の説明、問題点等を課題とし、事業所の質の向上のため、参加者の方々の意見をいただいています。また、前年度より身体拘束廃止委員会も推進会議を活用し開催しています。	家族や民生委員、市町村担当者、法人上層部の方々が集まり、月2回定期的に開催している。防災時の対応や後見人制度について話し合ったり、内部の現状を報告したりする等、サービスの向上に向けて取り組んでいる。	
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	入居者の状態や事故など、ホームで判断しにくいことなど高齢介護課の方と連携を取らせていただき対処させていただいています。	各ユニットの管理者が窓口となり、積極的に協力関係を築いている。また、運営推進会議の際に取り組み状況等を報告したり、話し合ったりするなど、顔見知りの関係となっている。研修等の案内があれば積極的に参加している。	
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	推進会議を活用し身体拘束・虐待についての研修の実施、現状の説明等を行い地域の方、家族の方に身体拘束をしないケアの理解を図っています。また、法人内外における研修に参加。職員会議にて、内容の確認と徹底を図り、身体拘束のないケアが実現できています。	2ヶ月に一回、身体拘束廃止委員会を開いている。また、法人主催の研修や外部研修に参加し、内部研修に活かしている。指針とマニュアルを整備し、身体拘束ゼロハンドブックを職員に配布することで周知を図りながら、拘束し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	虐待についても、施設内外における研修に参加。外部研修の場合は、職員会議にて内容の確認と徹底を図っています。職員間の意識も高まり、虐待防止に繋がっています。不適切なケアを再確認しています。		

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
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	後見人として活動されている方から、『成年後見制度』について推進会議内にてお話を頂戴し入居者家族、地域住民、職員と情報を共有し活用できるよう支援しています。		
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	契約等の際には、文書の取り交わしだけでなくとどまらず、具体例を挙げる等してわかりやすい説明を心掛けています。入退所時等にて、契約内容について不備や苦情をいただいた実績はありません。		
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	面会時や推進会議にお話をする時間を設け意見をいただき、運営に反映させています。	家族会や面会時、運営推進会議の中で話を聞いており、出た意見等は会議で話し合い、現場に反映している。利用者は日常会話の中から聞き取っている。	
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	職員会議にて職員間の話し合いの場を設けています。また、定期的に職員との面接も行い職員の意見や提案の反映を目指しています。	半期に一度、自己評価及び目標を作成し、それを基に個別面談を行っている。必要に応じてその都度、職員の相談に乗っている。申し送りや普段の会話から率直に話が出来ることが築けている。出た意見は、清拭タオルのリースやオシメ担当の設置、食事内容の見直し等に反映している。	
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	役員による職員との面談や、管理者による勤務評価を通じて、職員一人一人の状況や心のケアを事業所全体で把握、執り行えるような体制をとっています。		
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	施設内外での研修への参加はもとより、資格取得についても積極的に進め、必要であれば勤務シフトの変更等、職員の支援体制も整えています。		
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	他事業所と連絡を行い、意見を参考にし、良い面があれば生活に取り入れるようにしています。		

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>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	本人との面接の際には、距離感、声の大きさ等に注意し可能な限りお言葉を引き出せるような会話を心掛けています。少しでも多くの情報を得て、ケアプランにも活かし良好な関係の構築に努めています。		
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	入居時に本人はどのような思いで入居されたのか、家族はどのような思いなのか、また、在宅でどのような思いで関わっていたのかなどを伺いホームでの生活がより良くなるよう一緒に考えていくように努めています。		
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	本人と家族の方々には、第一にグループホームの特性を理解していただくことに努めています。そのうえで、ご本人のニーズと合致するかを見極め対応しています。		
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	まずは本人の生活を一番に考え、本人がどうしたいのか、それを実現するために私たちは何をしなければならないのか、どのようにすれば出来るのかを考えるよう努めています。		
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	職員だけでは対応できないことも多々あり、そのような場合家族の協力をお願いしています。また、家族の協力を前提としたプランを立てるケースもあります。		
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	面会の受け入れはもちろん、家族会への参加呼びかけ等を通じて、関係性の継続に努めています。	家族と一緒に馴染みの美容院や墓参り等に出かける利用者がおり、一人ひとりの生活習慣を尊重すると共に、職員と一緒に自宅周辺をドライブしたり、継続的な交流が出来る様に支援している。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事のみならず、体操やレクリエーション、洗濯干し等の生活行為に至るまで、協同行う事項は多数あり自然にコミュニティが形成されています。また、良好な関係が築きやすい配席にしています。		
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	退居後にも必要に応じて、連絡を取っています。		

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>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	日々の生活の中から、思いや希望の把握に努め、どのようにしたら希望を叶えることができるのか、家族への相談や職員間での話し合いを行っている。	日常生活の中で暮らしの希望等を把握し、職員で共有している。困難な場合は家族に聞いたり、利用者の仕草や表情から汲み取ったりしている。また、入居時に作成したアセスメントを見返している。	
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	本人へのヒヤリングはもとより、家族の方にも生活歴や人となりに至るまで、利用者の細部が理解できるような情報提供を書面にてお願いしています。		
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	生活記録と介護記録、職員間の申し送りを通じてすべての職員が利用者の状況や変化を把握できるよう努めています。		
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	入居者の状況に変化が見られれば、その都度家族に報告と相談をさせていただきます。必要とあらば医療や法人内のコメディカルとの連携も取りながら、介護計画に反映させています。	各担当者を中心に利用者や家族、関係者等から聞き取った内容をまとめ、ケアプランに反映している。基本、モニタリングは半年に1回行い、利用者の状況が変化すればその都度、利用者・家族・計画作成・担当者を交えて意見等を出し合いながら、現状に沿ったケアプランを作成している。	
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	すべての職員が生活記録、介護記録の記入に携わり、記入時は職員が集まり気づき等を話し合いながら作り、介護計画作成の材料としています。		
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	入居者、家族の要望に合わせて買い物、入院手続き、病院送迎など状況に合わせて対応させていただいています。		
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	定期的に地域のボランティアの方の訪問があります。本が読める方については、月に1回図書館から好きな本を借りて楽しんでいただいています。		

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
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	受診については、本人と家族の希望を第一に尊重し決定します。変更の希望等があれば、その都度対応させていただき、最も適切な関係先を模索します。	かかりつけ医の継続は可能であり、基本家族対応としている。日中看護師を1名配置し、月2回協力医の訪問もある。協力医の訪問が無い時は、訪問看護師が来て支援しており、母体病院と密に連携しながら適切な医療を提供している。	
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	訪問看護を月に2回～3回、医師の訪問がない週に受けています。また、上記以外、必要時には電話相談や訪問看護も受けています。また、本年5月より看護師1名配置しています。		
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	事業所の経営母体が医療法人であり、情報交換や相談は密に執り行える環境にあります。入退院に関してもそういった環境も活かし、最適な対応が取れるような状況にあります。		
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	契約時に重度化した時の説明を十分に行い、実際に重度化した時には再度医師・家族と相談しホームでの看取りの希望がある場合は、状態により対応可能です。	契約時、指針を基に事業所の方針を説明し、同意書を交わしている。重度化した場合は、再度、主治医から家族に説明し同意を得ている。医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する取組に力を入れており、事業所として年2回、看護師を中心としたエンゼルケア等の勉強会を実施したいと考えている。	
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	法人内で心肺蘇生法の研修会があり参加しています。事故対応について、研修計画に盛り込み、実践力の向上に努めています。		
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	推進会議等を活用し地域住民には災害の際応援をお願いしています。避難マニュアルを元に日中・夜間を想定し訓練を行っています。	年2回、参加可能な利用者と一緒に避難訓練を実施している。消防署の立会いもあり、意見やアドバイスを貰っている。また、災害を想定して各居室内に車椅子設置している。	地域の人の参加・協力を期待します。
<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	「敬意を払った言動を心がける」ということを常に職員に伝えています。振り返りや反省を踏まえつつ、各人の尊重とプライバシーの確保に努めています。	丁寧な言葉での会話やトイレ誘導時の大きな声かけ、入室時のノック、一対一での入浴支援等、利用者を尊重しプライバシーに配慮した言葉かけや対応に取り組んでいる。	

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
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	なるべく多くの会話を通じて、本人の思いを引き出せるよう努めています。意思決定が困難である方には、多くの選択肢の提示により可能な限り本人の意思に近づいた決定を目指します。		
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	ホーム内での基本的な1日の流れは決まっていますが、個人の意思を第一に尊重し、支援しています。		
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	各居室には洗面台が設置され、好きな化粧品等、自由に使用していただいています。2カ月に1度、理容師に来てもらうほか、理美容を希望される方には行っていただけるよう家族と調整させていただきます。		
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	野菜の下ごしらえや、お菓子作りを職員と一緒にしていただくこともあります。準備や片づけは困難な方であっても、食前のテーブル拭きを手伝っていただく等、何らかの形で参加していただく工夫をしています。	事業所の菜園で採れた野菜を加えたり、誕生日にお菓子作りを利用者と一緒に行ったりするなど、食事が楽しくなる様に支援している。職員も利用者と同じテーブルで同じ物を楽しく会話しながら食している。また、行事食を提供したり、家族と外食を楽しんだりしている。	
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	法人内の管理栄養士のアドバイスの下、食事・水分が摂取していただけるよう工夫しています。味の趣向にも配慮し、単なる栄養の摂取ではなく楽しめる食事にはしています。		
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	月1回の歯科衛生士の指導の下、毎食後の口腔ケアは、各人の状態に合わせて行っています。		
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	職員が各入居者の排泄パターンを把握し、声かけやトイレ誘導することで、極力、失敗のない排泄を目指しています。同時に、安易におしめ等に頼るのではなく、可能な限りトイレでの自然な形での排泄が行えるよう支援します。	日々排泄表をチェックし、各利用者の排泄パターンを把握している。日中は基本トイレ誘導、夜間はポータブル等、各利用者に合わせて対応している。水分摂取を促すことで、定期的に排便できるようになった人もいます。また、オシメを見直すことで、コスト削減にも繋がっている。	

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
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	毎日の運動と十分な水分摂取、野菜を多く使った食事の提供により、便秘を予防します。それでも便秘気味な時は、医師、看護師と連携をとり下剤の調整や坐薬を使用し早期解消を目指しています。		
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	基本的な1週間の流れはありますが、その時その時の入居者の状況に合わせ、対応しています。	週2～3回、一日を通して入浴支援している。利用者が希望すれば、毎日でも入浴可能である。また、利用者の状態に合わせて日時・曜日等の変更も可能であり、季節にはゆず湯を楽しんでいる。	
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	夜間の快眠の実現を目指し、必要とあらば医療とも相談し、各人にあつた支援を行います。また、体調や体力を考慮し、日中帯においても各人にあつた休息をとっていただいています。		
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	医師、薬剤師の指導の下、入居者の疾病や服用している薬の目的や副作用を理解し状態の変化等がないか観察しています。		
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	それぞれの力に合わせて、役割を持っていただき必要とされていると感じていただけるよう関わりを持っています。また、今まで楽しまれていたことは継続できるようサポートしています。		
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	本人の好みや希望をご家族にお伝えし、希望が叶えられるよう努めています。家族で対応が難しい方は職員が対応しております。	日常的に野菜の収穫や水やりをしたり、洗濯物を干したり、事業所周辺を散歩したりするなど、利用者の希望に合わせて支援している。また、家族と一緒に墓参りや外食に出かける利用者もいる。	
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	家族との相談、同意を踏まえて現金の所持を希望されているご利用者につきましては、現金を所持していただいています。		
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	ご希望があればご家族の方々等への電話の取次ぎを致します。ご自身で電話を持たれている方もいます。希望された方はいらっしゃいませんが、手紙のやり取りも勿論支援させていただきます。		



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
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	共用の空間は、職員によって温度や輝度の調節を行っています。	ホール内は広く清潔感があり、温度・湿度とも適切に管理され、利用者が快適に暮らせる空間が広がっている。また、家庭的で生活感漂う居心地良い共用空間となっている。	
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	座席の場所を決めて安心して席に着けることができます。疲れた時はソファーに座ってもらったり、お部屋に帰り本を読んだり、昼寝をしていただいています。また、気候の良いときは裏庭で散歩・日光浴をしていただいています。		
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	各居室は、それぞれ馴染みの品や思い出の品、趣味の品等、自由に設置していただいて、自分自身の空間として利用していただいています。	馴染みの仏壇や家族写真、好みの漫画やぬいぐるみ等が持ち込まれており、各利用者の趣味・嗜好に配慮しながら、各自の生活スタイルに合わせた居住空間となっている。	
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	バリアフリー・手すりの設置等、安全に配慮した造りとなっています。また、必要であれば誘導標識を作成する等の工夫をしています。		