

平成28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	社会福祉法人 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3-13			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	9 名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成29年2月19日	評価結果 市町村受理日		

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

当ホームは医学的管理の必要な方(透析・インシュリン等)の受け入れも以前から行っております。現在はインシュリン対応者1名のみとなっております。医療機関及び訪問看護ステーションとの綿密な連携から支援できることが強みと考えております。

【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4階		
訪問調査日	平成29年3月22日	評価機関 評価決定日	平成29年5月7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分あるいは、バスで、バス停「つつじが丘」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。認知症に加え、持病の医療依存度(透析、インシュリンなど)が高い場合も受け入れ、医療機関と連携した通院、食事管理などに対応しています。

<優れている点>

事業所理念に基づき、利用者本位、自立支援の実践に努めています。事務室に「心に問いかけよう」7項目を掲示し、自分(職員)本位での支援になっていないか、職員同士の情報提供・共有・交換など、分かりやすい言葉で表記し確認できるようになっています。「業務報告日誌」に業務及び考察・振り返りをする欄(当日勤務している全員分)を設け、職員は日々、記録を通して自らを振り返り、改善に努めると同時に、職員間で共有できる仕組みを作っています。年3～4回、施設長との面談時にも振り返りをしています。さらに職員は、「本が欲しい」「甘酒が飲みたい」といった本人の「今の思い」に耳を傾け、実行可能なことは速やかに対応しています。利用者が発した言動と裏腹な本音や、言葉で表現できない思いは推し量り、支援につなげていこうとしています。

<工夫点>

職員手作りの食事を提供しています。手作りの強みをいかし、利用者の好みのものや味つけなど、家庭の味を大切にしたメニューのほか、減塩食など健康面の配慮も丁寧に行っています。

【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	グループホーム 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させている。 (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。	理念の共有はされてはいるが、具現化されたケアの実践は個々の認識及び技量も伴うことから、完璧にとまでは至っていないと考える。定期的な振り返りが必要と思う。	事業所理念に基づき、利用者支援の実践に努めています。業務報告日誌に業務及び考察・振り返りをする欄を設け、職員は日々、記録を通して自らを振り返り、改善に努める仕組みを作っています。施設長との面談時にも振り返りを行っています。	
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。	17年目を迎えての事業所としての存在は認識されている。ただし、開所時の方々も世代等が変わり、以前のような関わりは薄れてきているとも感じている。ただし、町内会には入っていることから地域の情報等は招致している。	開設から17年目を迎えており、町内会の掃除当番が回ってきたり、募金協力の依頼があるなど、ごく普通の地域との関係を継続しています。折り紙や華道の地域ボランティアも定期的に訪問し、利用者と交流しています。	
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。	現在、地域における高齢者（認知症含む）への特別な取り組み等（勉強会など）は行われてはいないが、この周辺に高齢者関係の事業所もあり、個々への相談等はある。	/	/
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。	推進会議の会議内容もある程度慢性化している現状がある。今後はグループの支援を含めて新たな情報提供など関心を持って頂ける内容にしていきたいと考えている。	運営推進会議は、利用者、家族、町内会長、地域包括支援センター職員、設置法人理事の出席を得て行うこととなっています。28年度は、定期的な実施には至っていません。	会議を事業所のサービス向上に活かしていくために、おおよそ2ヶ月に1回の開催を再開されることが期待されます。
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取り組んでいる。	市とは概ね出来ていると考えている。ただし区においては他の区のサービス担当者等に比べ交流が薄く、協力関係には至っていないと考える。	利用者の担当ケースワーカーの訪問や随時の電話連絡など、連携を図りながら利用者支援に活かしています。グループホーム連絡会の青葉区・緑区のブロック会には担当職員の出席があり、情報を得たり意見交換をしています。	

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
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。	身体拘束三原則及び国が示している11項目の身体拘束内容並びに魔の三ロックと言われる事柄については説明等行っており、認知症高齢者への弊害に繋がることは理解している考える。	事業所は、市の「身体拘束をしないケア」のモデル事業所となっています。スピーチロック、薬、施錠など見えない拘束（行動制限）についても職員は理解をしています。利用者の状況を良く把握し、支援を通して拘束につながらない方向を常に考えています。	
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。	倫理(介護倫理)に基づき、日々の業務においては互いに虐待防止のための牽制を行い防止に努めている。また、通報義務についても説明を行っている。		
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に支援している。	現在、成年後見がついている利用者もあり、法定後見、任意後見というの説明もさせていただいている。また、利用者自らが自己選択、自己決定できるように配慮した支援を考えている。		
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。	十分に利用者・ご家族には事業内容の説明と先々までの支援体制を含めたお話をさせて頂いている。		
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。	定期的なアセスメント、モニタリングおよびご家族への日常生活上での報告やご希望等も拝聴するように心がけている。	家族からの意見は、主に面会時に聞いています。状況に応じて、設置法人の理事を交えて話し合う体制を整えています。外部の公的関係機関として区役所・県国民健康保険団体連合会のほか、第三者委員1名を設置しています。	

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。	職員会議等で出された意見については紳士に受け止め、今後への更なる職場環境の取り組みに活かしている。	夜勤者以外全員参加の職員会議で、意見や提案を受け、話し合うことで業務改善などに反映しています。施設長は、年3～4回職員面談をしているほか、現場に入ることによって日常的に相談に乗ったり、話しやすい環境をつくっています。	
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。	現状、職員の個々の技量等にも若干の違いもあり全てが一律とは言いがたい。人材確保も含め更なる努力が必要と考えている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	個々のスキルアップを図ることの重要性から職場ないでの勉強会は必要に応じて実施している。ただ、今後は一人でも多くの職員に外部研修も受講できるように取り組んでいきたい。		
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組みをしている。	交流機会等の場はあるものの、管理者自らも業務に専念することが多く、中々他の事業者との交流を深めていく機会は現状難しい。		
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。	認知症の状態にもよるが、本人の趣味嗜好や望む生活などをお聞きして、入居後の生活に繋げていけるようにしている。		

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。	事前訪問調査等を含め、ご家族としての入居者様への要望などを十分に聞き取りさせていただき、入居後も定期的な生活状況の報告等を含め、信頼関係を構築する努力は行っている。		
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。	ご家族からの情報及び関係機関からの情報提供に基づき、施設として当面支援すべき支援内容の整理と方向性を打ち出している。また、必要に応じての変更も適時行っている。		
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。	認知症ケアのあるべき姿（パーソンセンタードケア）のもとに、本人の意思を尊重し、互いの関係性が築かれるように配慮しながら取り組んでいる。		
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。	本人からみた家族、家族からみた入居者本人の在り方を十分に理解し、事業所含めた関係作りに努めている。		
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。	基本的には家族以外の方々の交流機会は自由に行っていただけよう配慮はしているが、現実的には難しさがある。またh、ご家族等にもお願ひし、外に出る機会を増やすことでの関係性を維持できるようにしている。	家族のほか、友人・知人の面会を歓迎しています。家族の協力を得て、定期的に自宅に帰ったり、墓参りに出かけています。利用者の入居年数が長くなり、事業所や職員が馴染みの場や人となっているケースもあります。	

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
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。	入居者同士が互いに支え合いながら生活の継続が行えるような配慮を心掛けながら支援を行っている。		
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。	現在も以前入居されていたご家族からも連絡等も頂いたりしている。		
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。	本人の今の思いに耳を傾けながら、無理強いをせず、時間を掛けて生活して頂けるように配慮している。	「本が欲しい」「甘酒が飲みたい」といった本人の今の思いに耳を傾け、ケース記録や業務日誌に記録し、実行可能なことは速やかに対応しています。利用者が発した言動とは裏腹な本音や、言葉で表現できない思いを職員は推し量っています。	
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。	事前相談等を含め、必要な情報収集を行っている。特に医療的な部分についてはしっかりとした情報整理を行い、当方の主治医にも連絡を入れ、指示などを頂いている。		
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。	認知症状の状態によっても異なる部分があるので、一人ひとりの24時間を通しての状態把握に努め、ゆっくりと、ゆったりとした時間の流れの中での生活を提供している。		

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
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。	基本的には職員による情報提供によるモニタリング、アセスメントを実施し、介護計画の作成に活かしている。	本人・家族の意向を反映したケアプランは、長期目標6ヶ月、短期は4ヶ月で設定しています。ケース検討を毎月行い、現状に則した支援に努めています。退院後など状況が大きく変化した場合は期間に関わらず見直しをしています。	
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。	日々の記録については、各員が責任をもって記載するようにしている。又自身の一日の振り返りを含めた内容も記載するようにお願いをしている。		
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。	グループ内には、病院（療養型）、老健、特養、サービス付高齢者住宅などもあるので、必要に応じて関係先と連携を図りながら取り組んでいる。		
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。	地域の実情から安全での暮らしは難しいと考える。今後の課題でもある。		
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、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。	必要な受診などは家族の意向を踏まえると共に、必要に応じた体制は構築されていると思う。常に24時間での医師の診察も受けられる状況になっている。	かかりつけ医は本人、家族が決めています。現在は全員が事業所の協力医に切り替えています。通院時は基本は家族対応ですが、状況に応じて職員が同行するなど、柔軟に対応しています。情報の伝達はケース記録や申し送りですべて全職員が共有できています。	

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。	訪問看護ステーションとの連携体制にて十分に取れていると思います。現在は週1回の定時訪問も含め、必要に応じての対応も可能な状況になっています。		
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、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。	入院、退院の体制は今の所大きな問題はないと考えています。医師との情報共有も出来ていると思います。		
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。	施設内での看取り対応は現在も行っております。また、状況に応じた医療機関との連携も図れていると思います。	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をしています。「終末期」と主治医の判断があった場合は、「看取り承諾書」で再度家族と話し合い、医師、訪問看護師、職員と情報を密にして方針を共有しています。	
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。	緊急対応（急変・事故等）は、手順に従い行われるようになっていきます。横の連絡も密に行われているので現状は特に大きな問題はないと考えています。		
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。	定時訓練等にての意識付に努めています。また、近隣住民の方々にも協力依頼も行っております。なお、グループ内からの緊急支援体制も出来ております。	消防署と連携をとり、年に2回、昼と夜を想定した避難訓練、消火器の使い方など、家主や近隣の人々の協力を得ながら行っています。災害時の備蓄は賞味期限を確認しながら5日分程度確保しています。	

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。	入居者個々のプライバシーについては十分に注意、配慮するよう心掛けています。個人情報の取り扱いにも注意をしております。	利用者個々の性格などに配慮し、目立たない言葉掛けや対応をしています。言葉掛けや内容が気になった時は、直後に振り返りを行うなど、日常的に互いに確認し合っています。小さなことの積み重ねを継続して行っています。	
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。	本人の意思を尊重する上での（選択・決定）支援を行うよう心掛けています。また、そのような働きかけを行っております。		
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。	その時の優先順位（本人）は何かをしっかりと把握し、無理のない生活支援を行うように取り組んでいます。		
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。	整容等には配慮し、季節感に応じた支援ができるよう行っております。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	個々の嗜好に応じた対応や、嚥下、咀嚼状況に応じた食形態の配慮も行い、経口摂取での楽しみが継続できるように支援しています。	職員の手作りの食事を提供しています。手作りの強みを活かし、好みのもので味つけなど、家庭の味を大切にしたいメニューにしています。行事食は利用者と相談をしながら決めていきます。出来る人は自主的に下膳などを行っています。	

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
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。	食事の摂取状況の把握や水分摂取量の把握を全職員が把握できるようにし、体調管理に反映できる取り組みを行っています。		
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。	起床時及び毎食後の口腔内の清潔保持に努めております。義歯の調整等も含めた支援を行っています。		
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向けた支援を行っている。	トイレ内にての排泄を基本として、個々の排泄状況を把握しながら無理のない支援をおこなっています。	排泄表により排泄の状況を確認し、パターンに応じたトイレでの排泄を大切にしています。一人ひとりできるところまで自身でもらいい、できないところを支援しています。排便の模型を作り、便秘対策、健康状態の把握に活かしています。	
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。	日々の排便状況をチェックリストを基に確認し、水分摂取状況などと併せて予防に取り組んでいます。また、必要に応じて医師と相談しながら支援を行っています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	一日おきの入浴を基本として実施しています。なお、本人の身体状況やその日の本人の希望によって無理のない範囲での入浴支援を行っています。適時、身体清拭等にての対応も実施しています。	週に3回入浴をしています。午前・午後を選んでもらい、希望に沿うようにしています。体調などを考慮しながら、できるだけ湯船で温まってもらうようにしています。好みの湯加減、入浴剤のほか、柚子湯、菖蒲湯など季節の風呂も楽しんでいます。	

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。	常に安定した睡眠確保が出来るよう、環境整備などを含めた支援を行っています。		
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。	職員各位が入居者の服薬内容を把握し、誤薬や落薬ミスが起きないように配慮し支援している。薬剤の形状も医師や薬剤師と相談しながら対応しています。		
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。	無理のない範囲での支援となっています。こちら側からの押し付けにならないように配慮も行っています。		
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。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。	身体機能（特に下肢筋力低下）の状態から考えると難しくなっており、家族の方々には定期的に外出の機会を設けていただけるように要望をしており、一時の楽しみを感じて頂けるように支援しています。	車イスの利用者も一緒に玄関先で外気浴をしたり、湯茶会を楽しむ機会があります。個別の外出は家族の協力を得て、通院の帰りに散歩がてら寄り道をしたり、外食などを楽しんでいます。	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、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。	基本的には所持や使うことの機会はなくなっています。記憶障害に伴う管理が難しく、かえって本人が混乱してしまうケースも見受けられます。		

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
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。	入居者ご本人に希望で直接電話をかけ、ご家族とお話しをされるケースもあります。		
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。	ハード面での環境改善は望めないのですが、ソフト面での支援内容を考え取り組んでいます。	季節を感じる展示物を心がけています。気になる臭いに気を遣い、換気のほか、時折アロマオイルを使っています。居間の机の配置などは利用者同士の関係性に配慮しており、楽しそうな話し声が聞こえています。廊下の突き当りに椅子を置き、一人の居場所も作っています。	
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。	ホーム内のスペースにゆとりのある空間がないので難しい面があります。		
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。	入居に際してはご本人が使用していた物品等を用意して頂いております。ただ、現在は前の方が置いて行かれた物を使用するケースもあります。特に他の施設から移られ、生活保護受給者、身寄りも無いような方は。	家族の写真やベッド、仏壇、使い込んだ鏡台など馴染みの品を置き、思い思い心地良い配置にしています。スイッチがひも式の、使い慣れた照明を使っている利用者もいます。	
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。	環境においては入居者の安全を優先し、その上で個々の力の発揮ができるよう配慮しています。		