

### 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	1272201748		
法人名	株式会社 マザアス		
事業所名	マザアスホーム だんらん柏・酒井根		
所在地	〒277-0053 千葉県柏市酒井根21-6		
自己評価作成日	平成 26 年 1 月 27 日	評価結果市町村受理日	平成26年3月10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.kaijokensaku.jp/127/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/127/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10番15号		
訪問調査日	平成 26 年 2 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)】**

開設10年を迎え、その当時からのご入居者も1/3を縮めている状態で、皆様、お元気に過ごしていただいています。できないことが増えてきたり、意欲低下がみえたりと試行錯誤することはありますが、新しく入居された方々との交流も良い刺激になったりと、毎日過ごしています。1階、2階とのご入居者の状態の違いはありますが、一緒にイベント参加や外出することもあり、「だんらん柏・酒井根」として活動しています。年1回実施していますご家族とのバス旅行も好評をいただいています。また、季節を肌で感じていただけるようピクニックや四季折々の行事を毎日の生活に取り入れるよう努めています。また、職員に対しては、月1回の勉強会を開催し、スキルアップにつなげています。お一人お一人のご希望を取り入れたサービスと、残存機能を生かした生活を提供してまいりたいと考えます。

**【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)】**

施設の目標は「職員のスキルアップ」「残存機能を生かした生活」などとして、利用者が元気に過ごせるように支援の質の向上に努めている。職員は、本部が行う7回の研修と施設が独自に毎月実施している研修に参加して能力を高めるとともに、今年度は更に、年間計画で介護技術のレベルアップとして、職員の一人ひとりが、褥瘡防止などの具体的な課題を明確にして対応方法を学びながら支援に活かしている。また、残存機能を生かして、トイレに歩いていく、食事の際に手を使うなど、利用者の意欲を維持しながら必要に応じて支援している。職員の努力していることは、施設が10年を迎え、33%の利用者が元気に生活をしていることで立証されており、家族からも満足度の高い回答が寄せられている。

**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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らさせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	「地域との交流を図り、気兼ねなく暮らせる第二の我が家」の理念の下、その人らしく安心して暮らせるよう支援します。各ユニットそれぞれの方針もあり、「今をどう過ごすか」ということを常に考えています。	目標を、「職員のスキルアップ」「残存能力を生かした生活」などとしている。職員の一人ひとりが、褥瘡防止などの具体的な課題を明確にして対応方法を学びながら質の向上に努めている。	
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	自治会に加入しており、清掃活動・文化祭での出品等参加しています。また、隣の幼稚園との交流もあり、お遊戯会のご招待を受け皆様喜ばれています。	自治会のクリーン作戦に参加してゴミ拾いの手伝い、文化祭に絵やアートセラピーの作品を出品、幼稚園との運動会やひな祭りなど相互に訪問している。地域との連携は一段と緊密になっていることが窺われる。	
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	柏市内の専門学校の実習生を受け入れています。		
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	年6回の運営推進会議を開催しています。町会長の出席もあり、町会での催しや取り組みの話も聞く機会があります。	運営推進会議は、家族、町会長、行政が参加して6回開催の見込みである。施設から状況の報告をして、家族からの質問で退去の理由を説明している。行政からは、インフルエンザの予防など情報を得て対応を話し合っている。	
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	市役所の協力の下、グループホーム連絡会を立ち上げ、交流会や研修会を行っています。職員には参加を促し、可能な限り勤務調整をします。年一回のふれあいコンサートには市内すべてのGHご入居者、職員が集まります。	グループホーム連絡会の研修が行われ、「事例検討会」に参加して、施設が体験した「ターミナルケアについて」の事例を発表するなど、地域の施設との交流を深めている。	
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	管理者には、高齢者権利擁護専門課程受講終了としています。又、毎年、職員にも基礎過程の参加を促し受講しています。2011年度より玄関の施錠解除をしています。	行政の「高齢者権利擁護推進研修」に参加して、「認知症の人の意思決定と権利擁護」について施設の研修で全員に説明して周知を図っている。言葉使いでは「ちょっと待ってね」など気を付けるように留意している。	
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	事業所独自の勉強会を開いています。また、アンケートの実施などで自分自身を見つめなおす機会を設けています。		

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	現在、成年後見人制度利用の方がいます。		
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	施設見学時には、管理者もしくは職員が立会い、疑問点、不安に感じられることなどにお答えしています。契約時にも再度、納得が得られるよう説明しています。		
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	苦情相談ボックスを設置していますが、今までのご利用はありません。家族懇談会の開催や面会時に相談を含めた意見交換をしています。	家族会は5回開催して、利用者の状況、外部評価の内容など説明している。行事の際にアンケートで家族から、「バス旅行の利用者の負担を少なくしてほしい」などの意見があり、今後の課題として改善をしている。	
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	毎月ミーティングを行い、意見交換の場としています。また、必要に応じて臨時のミーティングを行うこともあります。	ミーティングで、介護拒否の場合の対応について、声掛けを一つひとつ利用者が納得するように確認して行うなど話し合っており、職員の意見を基に必要に応じて支援している。	施設独自の研修計画により毎月実施する予定であるが、一部開催できないところがある。今後計画通り行い、支援のレベルが更に向上することを期待する。
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	常勤職員は年2回、事業所独自のチャレンジシートに目標課題を記入し、目標の設定・達成を上司と確認する機会を設けています。非常勤職員にも面談を行い、目標をみつけ向上心がもてるよう努めています。		
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	事業所内の研修には参加を促し、外部研修には受講希望者を募り、勤務時間の調整をしています。酒井根独自の勉強会を立ち上げ、各自のスキルアップに役立てばと考えています。		
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	柏市グループホーム連絡会において、研修会や職員交流会を開催し参加を促しています。また、法人内での研修会を行い交流しています。		

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	本人やご家族の抱えている不安や困っていること要望などを聴き、受け止める努力をしています。入所前には必要に応じ、数回の面談を行い不安の軽減や信頼関係を築くよう努力しています。		
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	入所前や入所時、また面会時にはご家族の心配事、要望などを納得されるまで聴く体制をとっています。		
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	入居時のアセスメントを元に、本人や家族の要望を聴き、必要に応じて主治医、本部職員に相談し対応しています。		
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	毎日の生活の中で一人一人のできることを引き出し、役割をもっていただいています。		
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	状態の変化や様子などを、面会時や必要に応じて電話で伝え、よりよい対応を考えています。又、家族会などで様子を見ていただく機会を作っています。		
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	馴染みの物や写真を居室におき、安心して暮らせるよう支援しています。又、ご本人の要望に応じ家族の理解と了解を得て外出しています。個別の外出対応にも応じています。	以前の友達に来て一緒に食事や、都内の催しなどに出かけて楽しんでいる。行きつけの理容師のところへ整容に出かけたり、生け花のボランティアの方が毎月来て一緒に活けるなど、馴染みの関係を継続している。	
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	入居者同士が関われるよう席の配置を考慮しています。リビング内でも孤立することないよう雰囲気作りに努めています。		

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
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	事業所内では、継続的な関わりが必要な利用者や家族には、退所後も相談や支援に努めています。		
<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	入居時に本人、家族の意向を把握し、職員間で共有しています。また、伝えられない方には、望んでいるだろうと思われることを家族・職員と検討しています。カンファレンスを行い、職員からの意見を出し合っています。	アセスメントで23項目について、認知では仕事のことが気になり繰り返し話すなど、状況を詳細に把握している。更に「ICFシート」で7項目に分析、「私のできること・私ができないことシート」3点などにより適切に対応している。	
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	生活歴や暮らし方、生活環境、サービス利用状況の把握ができるよう入居までにアセスメントシートの記入をお願いしています。また、見学時にお話を伺うこともあります		
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	毎朝のバイタルチェックや介護記録の記入、申し送りにて状況把握に努めています。		
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	担当者とともに記入したアセスメントシートを元に、ミーティングやカンファレンス時に意見交換しています。その中で、本人・家族・医師に話を聞いてサービス計画書を作成します。	介護計画作成の際は、「サービス計画(短期計画)」を暫定として、食事ではコロッケを好むなど支援の留意点をまとめている。カンファレンスで職員のトイレ誘導方法などの意見を取り入れて内容を見直している。	
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	個別の介護サービス経過記録に日々の様子やケアの実践、気づきを記入し、申し送りにて職員間で共有しています。また、介護計画の見直しにも反映しています。		
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	通院が必要な方の通院介助、マッサージ、美容の手配をします。体調変化により対応の変更など職員間で話し合い、グループ内のほかの事業所に相談することもあります。		

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
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	必要に応じてボランティアの協力を得ています。地域の文化祭や幼稚園の行事にも参加しています。		
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	施設の協力医に月2回の往診があります。本人、家族の希望で入所前の主治医に受診している方については、受診支援を行っています。また、認知症専門医、歯科医の往診が受けられます。	殆どの利用者は協力医療機関をかかりつけ医としている。月2回の定期往診があり、歯科は週1回、認知症専門医は月1回の往診がある。また従来のかかりつけ医への受診は家族対応が原則であるが、無理なときは職員が代行している	
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	主治医・看護師・薬剤師との連携がとれており、グループ内を巡回してくれる看護師に相談できる体制をとっています。		
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、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。	病院関係者、本人、家族と十分な話し合いと情報交換に努め、退院に備えています。		
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	状態の変化が生じた場合、家族・主治医・職員で幾度も話し合いを持ち、納得のいく方針を共有しています。終末期や医療が必要になると協力医療機関と連携し最後の生活が満足いくものとなるよう対応しています。	早い段階で重度化や終末期について方針を示して話し合いを行っている。重度化した場合は主治医を含めたカンファレンスをその都度行い、主治医より家族への病状説明がある。そして医療処置が必要になる時点まで出来る限り施設にて生活を継続できるよう支援している。	
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	応急処置の研修会に参加したり、事故発生時の初期対応ができるようミーティング等で話し合いをしています。		
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	年2回の避難訓練を実施しています。近隣への協力体制については、入居者の配置図を町会長に提出しています。また、夜間は隣の小規模多機能施設と協力することになっています。	スプリンクラー・火災目動通報装置を設置している。年2回消防署の指導のもとで避難訓練を実施し、会議時に避難誘導・避難経路・避難場所の職員周知を図っている。また災害時に備えて食糧・水・介護用品・簡易便器等を3日分備蓄している。	夜間想定避難訓練を実施する取組を期待したい。特に2階の利用者の避難訓練を、隣接した同経営の小規模多機能事業所或いは地域の協力を得ながら実施する取組を期待している。

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
<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	プライバシー保護の研修は、新人研修から継続的に続けています。言葉かけに関しては、人生の先輩として敬う気持ちを持ち、注意するよう指導しています。	プライバシー保護や利用者を尊重した言葉遣い・対応方法について、会議時に「虐待の芽チェックリスト」を活用して継続して学び実践している。特に威圧的な言葉、友達言葉に注意し、職員同士確認し合い、利用者対応に努めている。	
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	入居者との会話の中から思いを感じ取り、表現できるよう支援しています。		
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し、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	入居者の希望にあわせて、一人一人のペースを尊重するようにしています。		
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	本人の希望や好みを尊重し、その人らしい装いができるよう支援しています。外出時には、お化粧をするようにしています。		
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	職員が献立を考へることがほとんどです。献立は、季節に合った行事食を取り入れるようにしています。重度化が進んでいますので、一緒に準備、片づけをする機会が少なくなっていますが、できるだけ残存能力を生かすよう努めています。	献立は職員が中心になって決め、季節にあった楽しくおいしい食事を提供している。海草・根菜・豆類等便秘を考慮した食材を取り入れている。そして布製ランチョンマットをお盆に代え、外食風にして利用者の食欲増進と喜びを得ている。	
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	食事形態を一人一人にあわせたキザミ・ミキサーなどの状態にし提供しています。水分は、1200ccから1500ccを目安にしています。		
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	毎食後、歯磨きやうがいの声掛けをし、必要な方には介助しています。また、歯科衛生士による研修会にも参加しています。		

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
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	一人一人にあった排泄介助を考えています。それぞれのパターンをつかみ、声掛け・誘導・介助と必要な支援を心がけています。	水分摂取量・排泄チェック表を参考に一人ひとりの排泄パターンを確認している。排泄の間隔・食後・表情の変化・仕草等を把握し、さりげない声掛けでトイレ誘導し、脱オムツ・脱パットに取組み、自立に向けた支援を行っている。	
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	食事量・水分量のチェックと排便確認を行っています。便秘予防のために食材の工夫や、薬剤の調整を行います。		
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	できるだけ希望に添えるよう努めていますが、体力的なことも考慮し、入浴できるよう支援しています。	毎日入浴の準備をしている。そして週2～3回入浴している。入浴前に体調確認をし、体調不良の時は足浴・清拭に変更している。入浴拒否には無理強いせず、複数の声掛け、風呂と言わない声掛け等工夫しながら支援している。	
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	一人一人の睡眠パターンを把握し、状況に応じて対応しています。夜間、不安な状態にあるときには、時間の許す限り付き添い関わるように努めています。		
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	それぞれの服薬中の薬を把握し、わからないときには薬剤師に尋ねるようにしています。特に薬の変更や臨時薬があるときには記録等に残し確認するようにしています。		
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	できることの継続に努めています。また、外食・外出・買い物など気分転換を図るよう努めています。		
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	毎日の散歩を希望されている方には職員が付き添い、出かけています。また、イベントとして、ピクニックやお買い物、ご家族と一緒にバス旅行も計画、実施しています。車椅子利用の方が多いためグループに分けて出かけることが多いです。	毎日数人ずつ職員付き添いで散歩している。ピクニックに出かけるときには車いすの方も数回に分けて参加しており、利用者の生活の幅を広げ身体機能低下防止に結びつける支援をしている。また家族対応で墓参り・祝いの会に出かけたりしている。	

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
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	本人の希望に応じて家族と相談の上、買い物に出かけます。		
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	本人の希望時に、電話や手紙のやり取りの支援を行います。		
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	各居室は、起床時に部屋の換気をおこなひ、毎日の掃除には、入居者に声をかけともに行うこともあります。リビングやテラスには花を飾り、廊下には皆さんの作品や、イベント時の写真を飾り、心地よく過ごせるよう心がけています。	リビングは明るく清潔で、壁には利用者の作成した季節の花が飾ってある。居室入口には利用者・家族で作ったタイルのネームプレートが掛けられ、廊下壁面には利用者が描いたアクリル画・書道・造花・折り紙・刺し子・イベント写真等すき間なく飾られ、優しく暖かい空間となっている。	
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	リビングでは入居者同士が話などをして過ごせるよう席の配置をしています。ソファや椅子などその時の気分や体調により過ごせるよう工夫しています。		
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	居室内は、備え付けのベッド・タンス以外は持ち込み自由となっています。馴染みの家具、調度品などを置いていただき安心して過ごしいただけるよう努めています。	居室内に鏡台・テレビ・飾り棚・家族の写真等が持ち込まれ、居心地良い住み慣れた居住環境を作り出している。そして各室エアコンが設置されており、利用者が快適で安全に過ごせるような居室となっている。	
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	トイレにはプレートをつけ、引き戸で開閉のしやすいドアにしています。居室には、写真や表札をつけています。		