

## 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	2274200373	
法人名	有限会社ホスピタルサービス	
事業所名	グループホーム清水三保の家 1号館	
所在地	静岡県静岡市清水区三保3503-74	
自己評価作成日	平成22年8月31日	評価結果市町村受理日 平成22年10月28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 [igo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=22742](http://igo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=22742)

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社システムデザイン研究所	
所在地	静岡県静岡市駿河区馬渕2-14-36-402	
訪問調査日	平成22年9月10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)】

施設は特別な場所ではなく、入居者の住まいであることが第一であり、一人一人が好きな事を自分なりのペースで過ごせるよう支援しています。毎日の散歩は隣接した公園へ行くのが日課で、入居者の楽しみとなっています。季節の花が咲き、四季を感じることができる環境に恵まれています。入居者ができる家事は役割を持っていただいてますが、本人の意思を尊重してやっていただいています。また計算・漢字ドリル等の脳トレや手芸、塗り絵等もリハビリと捉えながらも、本人の意思に任せています。入居者にとって楽しみや励みとなることの提案をし、その後は本人の様子を見て、また本人の意思を把握しながらの支援を心がけ、「一人一人のペースで」を大切にしています。

## 【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)】

四季を感じ、ご近所づきあいをするといった「一般の家庭で住む」あたりまえの感覚を大切にしている。したがって、事業所外の行事や散歩のほか、外部の方(家族を含む)の訪問を歓迎している。また、管理者ならびに職員の聞きとりでは、2つの秀でている点を受け止めた。ひとつは「現状を受け入れがたい家族の気持ちを察しながら、状態を理解してもらえるように努め、家族との関係の継続や回復に取り組んでいる」ことである。実際に夫婦関係や親戚関係が収まった例もある。2つめは、「利用者が手伝って欲しいことでも、本人の役に立つことかを考え、時には励ましの言葉や共感の言葉を交え、手伝わないという選択肢をもてる技能の高い職員が多い」ことである。それは介護福祉士が年々増え現在8名、本年ケアマネ受験者が4名いることからも向上心が伝わる。

## 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、信頼関係ができる (参考項目:9,10,19)	1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 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)	<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)	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 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)	1. 大いに増えている <input type="radio"/> 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)	<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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 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	1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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	1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 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、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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	「利用者の家」であるという事を念頭におき、家庭的な環境作りを心がけています。入居者それぞれの人間性を尊重した環境や生活支援ができるよう職員一堂で取り組んでいます。	日々の朝礼で再確認の時間をつくっている。また、年1回振り返りと翌年の目標設定の機会をもち、目標が理念につながるものかについて管理者は確認している。	
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	毎日の散歩では地域の方と顔なじみになり、挨拶を交わしたり話しかけられたりしています。地区の夏祭りには毎年参加しています。	独居または高齢者夫婦の世帯が増え、民生委員を通じた要請は少なくない。また、地区会長からは防災に関係した働きかけがあり、地域からのニーズの高まりに応え、貢献していきたいと管理者は考えている。	
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	地域貢献とまではいかないが、散歩の途中で知人に声を掛けられても本人が誰かわからない時、地元の知人の方に本人が思い出す手がかりを見つけ出すため間に入り支援をしています。		
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	会議の中で事業所の近況報告を毎回報告しています。取り組んでいる状況、困難内容等も報告し地域の皆様に意見や助言をいただき、更に話し合い活かしています。	議事録は入念に記録されている。また、身近な課題を参加している専門家(ケアマネや精神保健福祉士など)が解決の材料を導き安心させてくれた例や救急対応のローブレなど、大変充実した内容であることが議事録から確認できる。	
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に取り組んでいる	生活保護の入居者が多い事もあり、特に生活支援課の担当者との連絡は頻繁です。市から入居希望者の紹介時に満床の場合は同グループ内の他事業所を案内する連携もとっています。	郵送で済むようなケースでも出来る限り直接届け、話をする機会をついている。また、包括主催の地域講座の講師を務める際には事業所のPRにも努めている。	
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	本部より規程の課程で身体拘束についての講義を受け、レポートを出すことにより職員の理解を深めています。 日中は玄関を開錠しています。	身体拘束排除ゼロ宣言をしている。本部で開催する年間研修や市主催の研修などの参加のほか、標準化を図る目的でユニットリーダーを中心に所内講話を繰り返している。	
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の虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	本部より規程の課程で高齢者虐待防止についての講義を受け、レポートを出すことにより職員の理解を深め虐待防止に努めています。		

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
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	自立支援医療受給者、権利擁護、成年後見制度の利用者が数名おり支援しています。成年後見制度については運営推進会議で数回議題に上げ、成年後見人の方に講義をしていただき学ぶ機会も設けています。		
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	契約の締結時は重要事項説明書、個人情報の取り扱いについて説明を利用者、ご家族に説明し、不明な点がない尋ね、確認したうえで署名をいただいている。		
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	運営推進会議の中で家族に意見、要望を求めています。後日、本部と確認、検討の結果、回答は個別に連絡しています。また1階玄関ホールに意見箱を設置しています。	1ヶ月に1度、市の介護相談員の訪問があり、利用者や家族の話を聞いてもらっている。外の人との関わりが利用者にも職員にもよい刺激になり、かつ運営に活きる情報をもらっている。	
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	毎月職員会議を実施し、意見や提案を発言する機会を設けています。意見や提案があれば不在の職員の意見も集約し再度話し合い検討したうえで反映させています。また会議内容は本部へに書類で報告しています。	管理者は職員のケアサービスの改善向上に関する提案をすみやかに採用し、実践している(例. トイレの温タオルを旧い炊飯器の再利用で補うことなど)。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	給与水準は徐々に改善されていますが、各自がやりがいを感じ向上心を持って働くようには整備されていません。		
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	代表者は管理者、職員の力量把握まではできていませんが、基本的な事は法人内で研修を実施。外部の研修については事業所に届いた案内について管理者から照会があり、学習の機会を提案しています。		
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	近隣の同業者と運営推進会議の出席の交流をしています。包括支援センター地域の同業者のケアマネが不定期に集まり勉強会、交流会に参加しています。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 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	家族が同席しない場所で、本人から以前の暮らしの様子や不安に思っていることを聞く時間を設け、見守りながらさりげない声掛けをして気持ちの把握に努めています。		
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	本人が同席しない場所で、家族に入居に至った経緯を聞き、困ったこと、不安に思っていることを話す時間を設けています。		
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	入居前の様子から、まず最初に必要な支援を優先し、その後は入居後の生活の様子を見ながら見極め、支援策を組み立てています。		
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	本人の意思を尊重したうえで家事の役割を担い一緒に参加することで、支援に対する気兼ねが軽減され積極性も生まれています。		
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	本人と家族のかかわり方に対する両者の気持ちを把握しながら、よい関係を支援できるよう両者に様子や気持ちを連絡しています。家族に病院受診の付き添いを依頼することもあります。		
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	散歩途中で声を掛けられた知人が思い出せなかつた時は名前や住まいを尋ね、家族にも協力を依頼し支援しています。	現状を受け入れがたい家族の気持ちを察しながら、現状を理解してもらえるように努め、家族との関係継続や回復支援に取り組んでいる。	
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	利用者同士の人間関係を把握し、穏やかに過ごせるよう碁並べ、トランプ、脳トレドリルを交流しながら楽しめるよう声掛けし支援している。		

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
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	退居後に入所した施設へ面会に行ったり、同グループの遠方施設に転院した家族へ、本人の様子を電話連絡する等支援しています。		
<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	入居前の暮らしの様子を聞き本人の希望を受け止め、できる限り意向に沿うよう努めています。共同生活の中で困難な事柄については本人と話しながら決めています。	家族と職員の関係に親密さが増りにつれ様々な情報が入ることもあり、入所時にアセスメント記録に日々情報を加えている。利用者からの情報については、業務日誌または介護記録、重要なことは詳細記録に記載し、一元化されている。	
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	入居前の様子についての資料があれば目を通しているが、職員一人一人が直接本人と話をして、職員間で本人とのやりとりの内容を情報交換し把握に努めることを大切にしています。		
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	それぞれの生活パターンを踏まえ、本人との会話や観察する中で心身状態を把握し、気持ちの変化に気づくように努めています。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族との会話等から意向を把握したうえで課題、ケアについて検討しています。本人とは個別に話しをする時間を設け本音を言えるよう配慮しています。	モニタリングは担当を決めてはいるが実際はフロア単位で全職員で対応している。またその情報は、各フロア毎の計画作成担当者に集まるようにしている。	
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	特に普段と違う様子、発言については個別に記録した上で職員間で情報を共有できるよう、申し送りノートに記録し、更に最新の情報、様子を口頭で申し送りしています。		
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、その時々に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	本人の心身状態の変化により、日々生活パターンが変わったり、希望が変化したりすることについては職員が理解できており、その都度対応に努めています。また追加支援の必要がないかの把握にも努めています。		

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
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	地域の催し事にも参加し、季節感を味わう機会を提供し、本人の力を使い社会と触れ合うよう支援しています。		
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	入居前の専門医とも今後の受診について相談しています。本人、家族の希望を踏まえたうえでかかりつけ医を決めています。かかりつけ医には身体状況だけでなく普段の暮らしの様子を報告しています。	基本は家族だが、都合がつかない場合は職員が受診支援をしている。家族の場合は聞き取りをした上で、詳細記録の中に医療記録を記載し、情報の共有化ならびに緊急時の対応の標準化に努めている。	
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	週に1回看護師が入居者一人ひとりを回り傾聴の時間を設け心身状態の確認を行っています。看護職員は個人記録、申し送りノート、介護職員の口頭での申し送りから入居者の状態を把握したうえで対面し支援しています。		
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。	治療の経過や本人の様子を把握する為に担当医、看護師から日数の経過に伴い話を聞くようになっています。家族の協力が得られない場合は施設への連絡を病院に依頼しています。		
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	入居時、医療連携加算について説明し終末期については同グループの他施設を含めて可能な対応についても説明しています。早い段階での話し合いは家族や本人からあればできていますが具体的には本人を含まず家族との話し合いにとどまっています。	契約時にできることできないことを家族に説明している。関連機関に療養型があるため、希望があれば移っていただくことも可能である。また、看取りの希望があれば対応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ます	救急法の訓練を行い、また実際にあった急変時の対応を職員全員に報告したうえで、改善点等を検討し次に生かせるよう職員間で話し合いを行っています。		
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	夜間の想定でも訓練を行っています。火災、地震、津波訓練を行い地域の実施に合わせての取り組みもしています。地域での訓練はまだ職員のみですが参加しています。消防署員の指導を受け協力は得られています。	年2回想定を替え取り組んでいる。うち1回は消防署の協力を得て、実務を丁寧に指導してもらっている。また、消火器の取り扱いやタンカーの組み立てなど具体的な方法について訓練と研修を繰り返している。	

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 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	一人ひとりの性格を把握したうえでプライバシーに配慮した場所での言葉かけを心がけています。本人のツボをおさえた対応や言葉かけについての過去事例を職員間で話し合い共有しています。	利用者が手伝って欲しいことでも、本人の役に立つことかを考え、時には励ましの言葉や共感の言葉を交え、手伝わないという選択肢をもてる技能の高い職員が多い。	
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	本人と一緒に話ができる場所と時間を作り、本音を言いやすいようにしています。できるだけ希望に沿うように、現実的な段階を踏む提案も含め最終的には本人が決定できるように働きかけています。		
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	毎日の散歩の途中や居室に訪問した時にそれぞれの心身状況の把握に努めています。本人の希望を受け止め添うよう支援していますが健康を損なわない過ごし方も提案しています。		
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	衣類や小物の持ち物から本人の趣向を把握したうえで言葉かけを行い、希望に添えるよう家族に支援を依頼したり買物の付き添いをしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎週水曜日に入居者の希望を取り入れたメニューを提供しています。配膳、下膳は自立が可能な方にはお願いしています。食器拭き、テーブル拭きは入居者が担当しています。簡単な野菜の下処理も参加しています。	1ヶ月に1度、嗜好調査を実施し、希望に副ったものをつくるようにしている。歯のない方、食事療法が必要な方には個別対応をしている。湯飲みとお箸は自分の好みのものを使っている。	
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	体質による制限を把握し、代替食材での提供を支援しています。咀嚼力にも配慮し刻み食、糖尿病の方にはカロリー軽減の対応をしています。お茶、コーヒー、麦茶と味覚の違う水分の提供を数回に分け提供しています。		
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	自立の方、見守りが必要な方には声掛けを行い、介助が必要な方には本人の負担にならないようトイレのタイミングに合わせて便がきを勧める等の配慮をしています。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
				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	排泄のサイクルの把握に努め、失敗を減らせるよう、本人の意思を尊重した声掛けを行っています。リハビリハンツから布ハンツへの移行も試みていますが、本人の不安や習慣から実現できていません。	排尿ナエツク表に便は赤で記入し、双方記録している。総体のパターン把握から、散歩、昼食、夕食、就寝前に定期的に尋ねるようになっている。利用者の意思を尊重し、希望がなければ誘導してはいないが、失禁もほとんどない。	
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	便秘を理由にメニューを決める事はしていませんが水分を多く摂るように提供したり、体操を勧めています。トイレ臀部、腹部をマッサージしたり、必要に応じ医師と相談しながら、薬の量の調整もしています。		
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	水、日曜日は入浴がなく、昼食後の時間とフロアで決めていますが、その都度本人の希望を聞き意思を尊重しています。本人の様子を観察してタイミングを見計らい順番を決めています。	浴室の空調設備が元備されていないものの、共用空間と浴室との温度差をなくす工夫を常に行っている。入浴での楽しみは特に用意していないが、清潔保持には留意している。また、仲間同士で入ることを楽しみにする利用者もいる。	
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	居室で一人でいる時間を大切にし、見守り程度の対応としています。就寝時間や昼寝は本人の習慣を尊重しながら隣室への影響に配慮した支援をしています。また夏冬期エアコンで室温調整の支援もしています。		
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	職員の担当入居者についてはある程度理解できていますが、全体は薬管理担当者に任せていることもあり担当以外の入居者について、また薬の副作用については勉強不足を感じています。		
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	個別に入居前の暮らしぶりや嗜好品について話をきき把握に努め、役割や楽しみとして取り入れられるよう勧めたり提供しています。また気分転換となるよう今までやらなかった事も勧めて試しています。		
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	隣接公園への散歩は日課となり距離やコースは本人の希望をその都度尊重しながら決めています。散歩以外に玄関前のベンチで過ごすことも可能な限り自由に支援しています。家族支援は一部に限られますが買い物、受診、お墓参り等 協力いただいている。	日々の散歩のほか、新年は三保神社に初詣、春は花見、夏は祭りなど、季節を感じられる場所に出向いている。また、行きつけの美容院の送迎などもしている。	

自己 外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価	
			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	管理できる方は小額所持されています。嗜好品の買い物を職員に依頼され買い物代行を行ったり、受診の際、本人が嗜好品を買い物、支払いをすることもあり支援しています。		
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	本人から要望があれば電話できるよう支援しています。手紙の投函を依頼される方がいるので、その都度対応しています。手紙の受信があれば本人に渡し、必要なら家族へ連絡し協力の依頼もしています。		
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	廊下に大きな日めくりを、ホールには月の呼び名を掲示、季節の花を飾り季節感を出すようにしています。居室にはなじみの物を置くよう支援し、季節や時間により室温を調整しています。	利用者と職員とつくった作品が飾られ、特に季節が感じられる掲示物は穏やかな気持ちになる。利用者の人間関係を考慮し、テーブルやソファーの位置について工夫している。	体感での空調管理に十分対応しているが、今後は共用空間に温度計・湿度計を設置し、さらなる管理を期待する。
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で過ごせるような居場所の工夫をしている	気の合った入居者同士で居室の行き来がありトラブルにならないよう見守っています。居室に独りでいる時はそっとしておきます。ソファは自由に座れ、思い思いで過ごされています。		
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	家具の配直や好みのもの、なしみのものを活かせるよう本人、家族と相談しながら決めています。また、生活していく中で本人の行動や身体機能の状況に応じ改善が必要な場合は本人、家族に相談し変更するよう支援しています。	防火カーテンは彩度が低いピンク色で優しい。趣味のもの(例えば、書道)が壁に飾られ、好みの調度品(例、書棚と好みの書籍)があり、お掃除も行き届いている。	
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	一人ひとりの状況に応じ建物の構造上足りない部分は代替の支援で安全に移動ができるよう工夫しています。掲示物はわかりやすく、個別の対応もし、声掛けにて補足しています。		