

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	2295100131		
法人名	(株)ケアクオリティ		
事業所名	グループホーム シェリー		
所在地	静岡県焼津市上新田856-1		
自己評価作成日	令和元年 10 月 25日	評価結果市町村受理日	令和2年 1月 29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	http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会		
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階		
訪問調査日	令和元年 12月 11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)】

利用者様個々に合った個別支援を提供できるように努めています。
利用者様の持っている力を引出し活用できる自立支援にもこころがけています。
食事についても利用者様一人ひとりに見合った形態にての対応を行い同じものを提供できるようにしています。
好みを確認して手作りの食事提供を行っています。
ご家族とのコミュニケーションも大切に電話・メール等ご家族の都合に合わせた形にて連絡が取れるように努めています。ご家族が気軽に職員に話かけられるような雰囲気作りにもこころがけています。

【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)】

ホームの周りは住宅地であり、農家の田んぼや畑などに囲まれ、ゆったりと生活が送れるような環境である。ホーム設立後17年目になるが、廊下、共用空間、居室は大変広く明るく過ごしやすくなっており、家族が宿泊しても落ち着いて過ごすことができる。居間には手作りの作品で季節感が感じられる。運営推進会議では地域の方が多数参加され、ホームに対しても意見を頂いたり、地域の防災訓練、地域の行事などにも参加して常に協力体制を築いている。加えて町内会への加入により地域の方々と交流もあり、触れ合う機会も多い。

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	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			

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
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	会社の経営理念とホームの運営理念・目標を朝の申し送りで日々復唱することにより共有し実践につなげるようにしています。	会社の「ともに生きる ともに歩む」という理念を基にホームでは「いたわりの心」を筆頭に5つの項目を作成している。朝の申し送り時、カンファレンス時に理念を職員全体で共有している。	
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	地域の商店を利用し日々の食料品他必需品の購入を行っています。近隣の店のイベントの際にはホームの敷地を駐車場として提供する等交流を図っています。	近隣のお茶屋さんのイベントに出掛けたり、近所の農家から野菜や果物を頂くなどの交流がある。地域の祭りではホームを休憩所に提供したり、小学校の運動会の招待状を子どもたちが持ってきたり、また、町内会にも加入し地域の人たちと触れ合う機会が多い。	
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	誰でも気軽に訪ねてきていただけるように努めています。ご相談や見学等はいつでもお受けできる旨を民生委員さんたちに話して地域の人たちに伝えていただくようにしています。		
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	2ヶ月に毎に利用者様と職員の生活・行動状況・ホームの取組状況の報告を行い質問等について意見交換を行い参考にさせてもらいながらサービスの向上に努めています。	運営推進会議に地域の代表者、民生員、地域包括支援センター職員、町内会長などが参加され、ホームの活動報告また事故報告を行い、意見交換が行われている。	地域の人たちは多数参加しているが、家族の参加がなかった。事業所の取り組みや利用者の状況の説明などホームの理解をしていただくためにも参加が期待される。
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	運営推進会議に町内会長や近隣者・各組の民生委員さんたちに参加して頂き利用者様たちに対する取組やサービス内容を伝え災害時に対する協力の申し出や協力を仰ぐお願いをしています。	ホームのお便りや報告書は定期的を送っている。市からアンケートがあり回答をしたり、介護認定の件では連絡、相談もして連携を深めている。	
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	3ヶ月毎にチェック表を職員に配布し集計し委員会により拘束についての確認をおこないながら委員会にて課題・目標を決め取り組み評価を行なっています。	ホームの玄関に施錠はしていないが、ユニットの出入口は死角になってしまうので、チャイムを設置している。利用者が散歩に出掛ける時は、単独で玄関から出掛けている。見守り方法は、利用者のその日の状態を把握して自由な暮らしを支えている。	
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	身体拘束同様に3ヶ月毎チェック表にて確認を行い拘束が虐待に繋がらないように注意し防止に努めています。マニュアルにて再確認もしています。		

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	利用者様の中で数名が成年後見人制度を利用されているので制度について理解できるように研修を設け学ぶ機会を作っています。		
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	契約前の見学時口頭にて説明し契約時には改めて詳しく説明しています。疑問点に関してはいつでも承るようにお伝えしご理解と納得を図るように努めています。		
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	プラン説明は面談にて行いご家族からの意見要望を承るようにしています。面会時には職員に気軽に声をかけていただけるような雰囲気作りをこころがけています。	3ヶ月毎、家族にホームに来ていただき、意見や思いを話してもらっている。利用者家族等(娘、嫁、兄弟)の立場で気軽に意見が言えるような雰囲気を作っている。	
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	出勤・退出時には声掛けをし気軽に話かけられる雰囲気作りに努めています。事務所の扉をオープンにしいつでも意見や提案を伝えることができるように努めています。現場の声を聴き反映するようにもしています。	管理者は常に職員の声に耳を傾け、健康状態、職場環境、また労働条件の対応をしている。また、資格取得の支援をすることで、職員が向上心を持って働けるようにしている。会社の部長が度々ホームを訪れ職員の意見を聞いている。	
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	職員一人ひとりが向上心をもちやりがいのある職場作をこころがけています。職員同志がお互い良い所を認め合い相乗効果により良い職場環境が築けるように努めています。		
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	毎月カンファレンスの後には認知研修を実施し認知症状の確認の内部研修を行い外部研修参加への参加も促し意識向上を目指すようにしています。		
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	市開催のグループホーム連絡会への参加や地域の介護支援専門員の連絡会へ参加し交流を図るようにはしています。		

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
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	入居前にはご家族のホーム見学をしていただきご家族が困っていること要望の確認を行いご本人からの要望もお聞きして安心して入居して頂けるように努めています。		
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	見学・入居相談時家族の困りごとや入居後はどのような生活を送って欲しいか等の要望をお聞きし対応できる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	ご家族の要望を踏まえた上で利用者様が必要とされている支援を提供するようにしています。今までと同様の生活状態が維持できるようなサービスを行っています。		
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	出来ることを見出し家事(洗濯物干しやたたみお茶わん拭き等)手伝いをやっていたり役割分担を決めて生きがいを感ずる生活を送っていただけるようにしています。		
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	ご家族には日々生活を報告し話し合いにより介護方針を決めています。許す限り外出や病院の付き添いなどお願いして利用者様を共に支えていくようにしています。		
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	入居される前の知人や近所の方たちや親戚の方たちが面会来て下さっています。お帰りの時にはまた来て下さる様に声掛けをしています。お墓参りや家への外出もお願いしています。	地域で行っているミニデイサービスに毎月担当者が迎えに来て通っていたが、転倒し歩行器を使用するようになってから現在は中止している。また墓参り(息子の命日)などは家族の協力で行っている。	
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	利用者様たちの関係が良好に働くように時にはテーブルの配置換えを行ったり話が弾むように会話に加わったりしています。		

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
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	契約終了に際してもいつでも相談して下さいとの声掛けや他施設に移られた時には様子を見に伺うようにしています。又は様子をお聞きする連絡を入れるように努めています。		
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	モニタリングにて生活状態を把握しアセスメントを行いカンファレンスにて問題点を職員間で話し合い利用者様本位になるように検討しプランに繁榮するようにしています。	意志確認書で利用者の思いなど把握している。今後どのように暮らしていきたいか、また終末期は自宅、グループホーム、病院でなどの意向を聞いている。経済的なこともあるので、ご家族の意向で特別養護老人ホームへの移動などの話も出ているが、利用者にとって最良な方法を検討している。	
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	事前面談等にて生活歴や暮らし方をお聞きし今までの生活環境が維持できるサービスの提供に努めています。		
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	日々の心身状態は「ごきげんいかが」を利用者様一人ひとり記入することにより把握できてます。有する力を引出し出来ることを見出すようにも努めています。		
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	計画作成は職員の意見交換を行い看護師や主治医の意見も反映させて作成しています。ご家族には作成前に連絡をとり意向を伺い添った介護ができるように心がけています。	計画作成担当者は、担当職員から日頃のケアでのモニタリングの結果を聞き、今後の課題を話し合い、カンファレンス時に職員全員で意見交換して共有している。計画作成後は利用者、家族の確認をしている。	
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	ケース記録を詳細に記入するように伝え食事量・バイタル等は「ごきげんいかが」に記入し日々の申し送りにて情報共有しながら実践や介護計画に活かしています。		
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	食事に関しては利用者様の状況に応じ形態の変更を行ったり好物の提供を行うなど柔軟な支援を行っています。家族の受診対応が難しい時なども主治医以外の受診対応も行っています。		

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
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	近隣の方々や推進会議の場を借りて協力を仰ぎ利用者様たちがホームにて安全に安心して生活できるように支援しています。		
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、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	主治医と連携を図りながら必要に応じて他の医療機関にも受診を行っています。体調が思わしくなく受診が難しい利用者様には月1度往診を行ってもらい定期健診も半年毎に行っています。	入所時に、内科は施設協力医に変更するようお願いをしている。地元の医師のため、受診している方も多い。依頼すれば訪問診療にも来てもらえる。受診は、ホームで行っている。他の科の場合は家族にお願いしている。	
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	週1度同系列会社より看護師が来て利用者様の健康状態をみてくれています。医療連携ノートを活用し看護師連携をとっています。オンコールも受け付けてくれるのでいつでも連絡が取れる状態になっています。		
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、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。	入院時はこちらでの生活状況をサマリーにて送り時間が許す限り病院に行き病院での状況把握にも努めています。地域連携室の相談員と連絡を取り合い受入れ体制等についても早めの連絡を取り合うようにしています。		
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	入居契約時に説明して承諾書を頂くようにしています。入居年数が長くなった場合や身体状況に変化が生じた場合などもある為定期的に説明を行い新たに承諾書をいただきます。看取りも主治医と連携し看取りになった段階にて承諾書類をいただくようになっています。	入所時に、看取りの承諾書をいただき説明を行っている。必要時はその都度、家族と相談をして再度承諾書もいただいている。医師からの説明はしていないが、ホーム側から説明をしている。看護師にはいつでも連絡が取れる体制は整えている。	説明は随時行っているが、医師との話し合いができれば家族も今以上に安心されるのではないかと期待するので、検討を期待する。
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	急変時や事故発生時のマニュアルが設けてあり定期的にホーム内研修を行い周知するようにしています。事故が発生した時には防止対策に基づき事故対策評価表を実施記入しています。		
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	災害に対する訓練は市からの年2回と消防署向けの2回と1年に4回は行っています。ホーム内研修としてもマニュアルの再確認を行い推進会議にて火災時は近隣の協力をお願いし災害時には協力体制を申し出しています。	地域の防災訓練にも利用者、職員が参加している。ホーム内の訓練も年4回行っており、消防署にも協力してもらっている。非常食の備蓄もできている。	

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
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	入居時に個人情報の提供に関する承諾書をいただいておりますが利用者様のプライバシーには気を配っています。 利用者様個々に合った声掛けや対応に努めています。	利用者ひとり一人の状態に合わせて、言葉かけを行っており利用者理解ができています。コミュニケーションの難しい方に関しても本人と目を合わせ、声を掛けるようにしています。	
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	利用者様のもっている力を引出し活用していけるようにこころがけています。 食べたい物や欲しいものを確認するなど自己決定ができるような声掛けを行っています。		
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、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	重度化に伴い介護量が増えている為職員側の時間帯の介護が増えているが自立が可能な利用者様に関してはペースを尊重し希望に添った介護を行っています。		
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	髪の長さはご家族の希望等を尊重し理髪店に伝えその人にあつた長さにしていきます。 希望により美容師にお願いしている利用者様もいます。		
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	利用者様個々に合った食事形態にして同じもの提供できるようにしています。 好みを聞き好きなものを食べていただいています。片付けを一緒におしゃべりしながら行っています。	担当者が利用者の希望に沿って、献立を考え作っている。近所の方から頂いた野菜や冷蔵庫の材料で工夫している。職員も利用者と共に食事を摂り和やかな時間を過ごしている。片付けもできる方で一緒に行っている。	
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	個々に合った分量や栄養バランスには気を配っています。摂取量の少ない利用者様には栄養補助食品を提供しています。 「ごきげんいかが」にて食事量・水分量を把握するようにしています。		
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	1日3回食後には口腔ケアをリビングにて行うようにしています。出来るところまでやっていただき仕上げは職員が手助けをしています。 口臭がひどくならないように殺菌作用のあるお茶		

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	排泄は出来るだけトイレにてしていただけるようにしています。オムツも常用するのではなく夜間だけにし日中はリハパン対応を行っている利用者様もいます。夜間もトイレ誘導にて排泄できるようにこころがけています。	日中は、できるだけトイレでの排泄を心がけており100歳の方もトイレに行っている。布パンツで(パット使用の方もあり)自分で行く方が5名程いるが見守りはしている。夜間はおむつ使用の方もいる。	
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	起き掛けの白湯や牛乳・ヨーグルトの提供をできるだけ自然排便を促すようにしています。排便チェック表を日々確認し排便間隔により薬の調節を行っています。		
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ず、個々にそった支援をしている	自立にて入浴可能な利用者様にはゆっくり入浴できるように配慮していますがほとんどの利用者様は介助が必要で中には個浴が難しくなっている利用者様もいます。週2回の入浴が可能なように個々にそった支援を行っています。	1階の方は3名づつ午後からの入浴を行っている。ほぼ全介助が必要な状態で2人で対応している。2階の方は自分で入れる方が午前中に入浴している。見守りが必要な方は介助をしている。入浴日でなくても希望があれば入浴できるようにしている。	
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	夜間の睡眠が確保できるように日中は状態に合わせての運動等を行っていただいています。自室にて好きなテレビやDVDを観ながらベットに横になり休まれたりしています。		
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	身体的に必要な薬の提供は行っていますが副作用にも十分に配慮しています。主治医と連携をとりながら状態に合わせての薬提供を行っています。薬服用は減らしていくように心掛けています。		
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	役割分担を決め生きがいを持って生活できるようにしています。食事が楽しみなるように利用者様の好きなものを把握し順に提供したりパン食が良い利用者様にはパン食を提供しています。		
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支援している	外出支援は車の関係もあり全員同時というのは無理がありますが利用者様ごとに買い物に行ったりしています。季節を感じられる外出は何回かに分けて行っています。外出が難しくなっている利用者様には外気に触れられるように散歩等行い対応しています。	外食や外出に出かけている。ホームの日用品などの購入時には一緒に買いに行き、本人の欲しい物などはその時に買うこともある。自身の運動のためにと散歩時は近所を回ったり、ホームから駐車場まで3周程散歩される方もいる。	

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	必要経費にては立替金にて対応をしています。利用者様がお金をもって職員と一緒に買い物に行ったり職員に欲しい物を頼み買ってきもらったりしています。		
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	毎年親戚に年賀状を書くのを楽しみにしている利用者様やお孫さんの誕生祝いに葉書を出したいと言われる利用者様には葉書を用意しています。電話も要望があれば自由に掛けられる支援は行っています。		
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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	花壇には四季の草花が植えられ四季が感じられるようになっています。掲示物にて季節感が感じられるように工夫しています。居室の温度調節には気を配り利用者様が快適に過ごされるようにこころがけています。	家族が植えた花や野菜に、今までは利用者が水やりや草取をしていたが、段々できなくなってきた。居間には、職員と利用者が作成した季節感のある作品が壁に飾ってある。窓も大きく部屋全体が明るく、過ごしやすい場所になっている。	
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・廊下にはソファを配置し好きなテレビやDVDを観たりしています。玄関先のベンチで日光浴をされている様子を見かけることもあります。		
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	利用者様の好きなものを居室内に持ち込んでいただき心地よく過ごしていただけるようにしています。家族がいつお泊り頂いてもよいのでご家族用の布団を持ちこまれているご家族もいます。	自宅で使っていた、机やいす、たんす、テレビなどを持参している。居室に家族が泊まることもできるようになっており、その際一緒にソファに座ってテレビを見たいと持参されることもある。その方にあつた部屋作りがされている。	
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	夜間トイレ帰りに居室を間違えられる利用者様もいるので各居室に名前を表示したりトイレの位置が分かるように誘導の印をつけたりしています。		