

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要(事業所記入)】			
事業所番号	4390300475		
法人名	株式会社 えがお		
事業所名	グループホーム えがお人吉		
所在地	人吉市西間下町字花切 1028-4		
自己評価作成日	平成26年3月2日	評価結果市町村受理日	平成26年4月7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.kaigokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人ワークショップ「いふ」
所在地	熊本県熊本市水前寺6丁目41—5
訪問調査日	平成26年3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)】

近隣住民の方や、運営推進会議構成員、家族会員の方に参加して頂き、意見や指摘等を活かし防災意識を高める努力をしています。また、今年よりAEDを設置し内部研修等で使用方法の講習会を開催しました。運営推進会議でもそのことを報告し、今後回覧板などを利用し事業所にAEDがあることを地域の方に知って頂こうと思っております。また、入居者の誕生日には、他入居・スタッフとで誕生会を実施し、昼のおやつにはスタッフ手作りのケーキを出したり、月1回の行事を実施しています。入居者・家族・地域とのつながりを大事にし、楽しみや喜びを感じて過ごして頂けるよう支援しています。その他の活動としては、認知症啓発運動の劇団”しゅんなめじよ”を立ち上げ、1～2ヶ月に1回、15～20分ほどの寸劇を入吉・球磨で公演をしています。

【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)】

人吉市郊外の、新興住宅と地元住宅の間に位置する民家風平屋建てのホーム「えがお人吉」。設立時から、「町内会」に入会し「地域交流会」を開催。近隣への挨拶を欠かさず、ホームに設置する「AED」の活用を働きかける等、地域の一員としての理解を求める努力が見られた。利用者には、回想療法・音楽療法・足浴療法等を取り入れ、筋力低下や咀嚼能力低下の予防等に取り組んでいる。運営推進委員は、避難訓練や、ホーム行事の「敬老会」に参加し、利用者に関心を持ってもらえるような「伝統建築踊り」を披露して、その由来を話したり、公民館の定例会や、地域のデイサロンへの参加を促す等、協力的である。

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広がったり深まり、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	
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	理念に、地域とのかかわりとありますが、地域交流会等実施するも参加者が少なく決まった方しか来られません。今後も地域交流会は実施しつつ地域の行事に参加したり、運営推進会議等で意見交換していきたいです。	「一期一会」の精神を理解し、「その一瞬を大切に」という理念を毎朝、申し送り時に唱和している。この理念を踏まえて「支え合い・気づき・安心と安全」を心掛け、利用者が意欲と自信を持って生活できるように、「介護目標」に沿った支援が行われている。	
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	地域の町内会総会に参加し地域の行事等の把握はしていますが参加までは至っていませんが、寄付金や奉仕活動には協力しています。当施設で収穫したジャガイモやショウガを近所の方へ配りました。	設立時、地域の公民館でホーム設立の趣旨を説明し、町内会に入会して、地域の一員である事の理解を得ている。同時に、「地域交流会」を定期的に開催し、近隣への参加を呼び掛けているが、参加者が少ないのが現状である。気軽に立ち寄って欲しいとの思いで今年度は、畑で収穫した野菜類を近隣住民に届ける等、小さなことから地域との交流を図る努力が見られた。	
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	消防訓練時には、近所の方に声をかけ参加していただいている。現在、あさぎり町にある本社のスタッフと合同で劇団を結成し1～2か月に一度認知症啓発の寸劇の公演を行っている。		
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	2ヶ月に1回開催し、町内会長・町内会副会長・民生員、老人会会長代理、地域代表者、家族代表のかたに参加していただきパワーポイント等で、利用者の状況、サービスの状況の報告を行いその日の議題沿って話し合いを行っている。	委員は、町内会長・副会長(民生委員兼務)・婦人会代表・地域住民・家族代表・行政職員で構成され、2か月に一度開催されている。パワーポイントで、ホームでの生活状況や、行事報告を行った後、活発な意見が出されている。「AED」を地域の人にも活用してもらう為、回覧板で周知を図りたいというホーム側からの要望に応じて、委員からチラシを作り、ホームの行事等と一緒に回覧したらどうかという提案等が出され、運営の活かされている。	推進会議で、運営に活かせるような意見や提案が多く出されているので、その一つ一つを職員と話し合い、委員の協力を得ながら、施設として積極的に取り組む事も良いと思われる。
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に取り組んでいる	運営推進会議に出席していただき意見を運営に生かすようにしている。	相談事や、困り事は本社を通しており、ホームと行政の関わりは、運営推進会議への出席にとどまっているのが現状である。地域包括との連携は、ケアマネが必要に応じて交流を図っている。	地域密着型サービスにとって、市との連携は不可欠のものである。市担当者をホームの行事に招待したり、介護保険の手続きや報告物は持参して現状報告をするなど、日頃から密な連絡を取り合う工夫が必要と思われる。

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
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「介護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	ケアカンファレンスや申し送り後にミニカンファレンスを行い、具体策を職員で話し合っている。時には家族の方へ説明をし理解をしていただき協力を要請したりしている。	介護度の高い利用者が多く、転倒の危険性がある為、家族の了承を得て、「衝撃吸収マット」の導入や夜間巡回を多くし、見守りの強化に努めている。身体拘束の弊害については、研修で周知を図っており、「ちょっと待って」等、抑止的な言葉については、再検討を行っている。	
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	研修に参加したスタッフが内部研修で伝達講習を行いみんなで共有、周知徹底をしている。入浴時、更衣時に特変があると管理者・ナースに報告してくれる。		
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支援している	研修や資料等で勉強している。		
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	入居前に契約書等の説明をし理解・納得のうえ、署名・捺印を頂いている。退居時は、説明・同意を得て解約している。一度、退居時の説明不足により家族様の不安をあおってしまい苦情があった。すぐに、謝罪をし再度説明にて和解する。		
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	4月の家族会総会で意見交換の場を設けている。面会時には近況報告を行っている。評価表にて家族様の満足度や意向を確認し作成にいかしている。	年一回「家族総会」を開催しており、利用者・家族・職員が食事を共にしながら、忌憚のない意見が出されるように親睦が図られている。「ホームにお任せします」という家族が多い中、一年間の暮らしぶりをDVDで紹介し、「できることはさせて欲しい」という要望や「出来なかったことができるようになった」という感想が出されるなど、家族との信頼関係が構築され、成果が見られている。	
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	月一回、各事業所のリーダー会議やカンファレンスへの参加や半年に1回個人面談をし、職員と一緒に課題に取り組んでいる。	日常ケアの気付きは、申し送りノートに記載しており、おむつはずしの状況や強い入浴拒否の人への対応等についてミーティングで話し合われている。利用者のレベル低下に伴って全体での行動が難しくなっており、月一回のケアカンファレンスでは、「個別ケア」を増やしたいという意見も出されている。又、半年に一度職員の「個人面談」を行い、自己評価と管理者評価を基に職員の意向や思いを確認し、業務への意欲向上に繋げている。	

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
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	その時の勤務態度や、調子を見て個々に面談を実施。その他、30項目の自己評価を半年に1度実施し。その後面接をし要望や、悩みを聞きながら働きやすい環境づくりに努めている。		
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	外部研修への参加や、月に1度の内部研修での伝達講習や講師を依頼し研修を行っている。リーダー会議の度、内部研修内容を話し合い、必要に応じた研修を行っている。		
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	GH連絡会人吉球磨連絡会を通じて、他施設との交流や勉強会を行っている。		
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	本人や家族の意見を聞き、プロフィール・要望を尋ねスタッフ全員が情報を共有し、入居者との信頼関係を築けるよう努めている。		
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	見学時に家族の想いや要望を聞き、信頼関係を築くよう努めている。		
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	家族様の意見や利用者の生活歴などの情報を把握したうえで、その方に合った支援や提供を行っている。		
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	毎日の生活の中で昔遊びや、家事等教えて頂きまスタッフと一緒にすることで満足していただけるよう努力している。		

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
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	毎月のお便りでの近況報告や、面会時に近況の説明や家族の想いなどを聞いている。かかりつけ医以外の受診の方は家族に協力を得、受診をお願いしている。		
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	家族の協力のもと、行きつけの美容師の方に来て頂いたり、友人の面会を快く受け入れている。	行き付けだった美容室からの来訪や、馴染みの友人の訪問は快く迎え入れ、再訪を促している。自宅に帰ってみたいという思いにも即、対応し、墓参りに連れて行きたいという家族の要望も可能な限り支援しているが、全体的なレベル低下に伴い、十分な馴染みの人や地域との関係継続は難しくなっている。	
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	常に利用者全体に目を配り、耳が遠く話を通じない時や話が苦手な方の所には定期的にスタッフが中に入り伝えたり話しかけたりしている。		
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	退去後の、本人・家族にあったり、訪問時には悩みや相談に耳を傾け安心されるような声かけを心がけている。		
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	利用者の希望や意向に傾聴したり、家族様の面会時などの反応や言葉を観察し、月1回のカンファレンスや申し送り後に検討している。	3月行事のひな壇飾りを見て、「孫に買ってやりたい」という利用者の思いを家族に伝え、電話で話して貰うことで、本人の思いに沿う支援が見られた。また、意思表示が困難な利用者が外を眺めているのを見て、外に出たいのではないかと察知しベランダに誘い出す等、細やかな気づきでの対応が行われている。	
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	訪問調査・家族の情報や、家族に書いて頂いた本人のプロフィール等から活用できる内容はプランに導入し、その後のホームでの生活で変化に対応できるよう努力している。		
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	その日の状態を、日常チェック表や申し送りなどで把握したり、日々のレクリエーションやリハビリから変化の判断を行っている。		

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
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	月1回のケアカンファレンスやミニカンファレンス等の情報をスタッフが共有、ケアプランに基づき、モニタリングをケアマネと担当者が実施。家族に満足度の評価をして頂いたあとサービス計画を立案し、サービス担当者会議で説明と同意を頂いている。	入居前、ケアマネが訪問して生活歴・病歴（服薬状況）や入居後、どのような暮らしをしたいか等、本人・家族から聞き取り、暫定プランを作成。入居後、状態を見ながら、カンファレンスを行い、個別に職員の気付きや、認知症・介護度を考慮したケアプランが作られている。毎月モニタリングを行うことで、早い段階で状態の変化に応じた対応が出来ている。また、3か月に一度「介護支援経過表」を基に目標達成度等を評価し、家族の意見を取り入れながら、利用者本位のケアプラン作成に取り組んでいる。	
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	ケアプランの実践状況、日々の様子、気づき等を個別記録に記入し、送り送りや申し送りノート、受診記録等の情報を共有し解決状況や修正の必要性を話し合い、見直しを行っている。		
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	現在認知症対応型共同生活介護のサービスのみ行っているが、その中でも本人や家族の状況や希望に応じて訪問診療を導入している。		
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	市役所等行政機関の広報誌や地域の行事告知の回覧板を活用し情報を収集して入居者が地域行事に参加できるように支援している。		
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	主治医との連携を重視し、家族と協力しながら受診介助を実践している。また本人の身体状況や認知に進行に合わせた他科受診を家族と協力のもと確実にに行っている。受診記録や受診内容をスタッフと共有し、ケアが充実できるよう取り組んでいる。	入居前のかかりつけ医を継続している利用者と、協力医療機関の利用者がある。かかりつけ医への受診は家族が同行しているが、家族の都合によってはホームで対応している。協力医療機関への受診は、看護師でもあるケアマネが付き添い、医師への状態報告で適切な診療に繋げている。家族付き添いの場合は、「情報提供書」を家族に渡し、本人の状態を把握した上での受診が行われている。	

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
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	夜勤者より毎朝の申し送りを受け、日中の入居者の状況を把握し、個別性を考えながら精神状況、身体状況の情報収集をし、看護職に報告後、相談している。入居者の些細な変化も見逃さず、ミニカンファ等でケアを検討している。		
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。	入退院の際、利用者及びその家族に安心感を与えるためにも納得いくまでカンファレンスを開催している。入院時では業務の許す範囲内での面会、また早期退院に向けて入院先病院SWとの情報交換を密に行っている。		
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	入居契約時に本人・家族へ事業所の指針を明確にし説明を行っている。またスタッフに介護習熟がある部分においては経験者が習熟度の低いスタッフの指導及び相談を受ける体制を整え同じ方向を向いた支援ができるよう取り組んでいる。	入居時に、「重度化した場合と看取りに関する指針」で、「医療体制の理解・急変時の対応・医療機関や家族との24時間連絡体制の確保」等を説明している。看取り状態になったと判断されたら、「看取り介護に関する家族の同意書」を取り交わし、看護師を中心に主治医との連携を密にとりながら、家族の精神的な負担を考慮して、可能な限りの支援に取り組んでいる。	
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	今年よりAEDを設置し事業所内の内部研修で外部より講師を依頼し講習会を実施。急変時対応に関しては、常に施設内の見えるところに緊急連絡網を掲示し周知徹底している。		
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回の消防避難訓練を行い、防災意識の向上に取り組んでいる。実施時には地域住民に協力をお願いしたり、運営推進会議のメンバーに入っていたりしている。夜間実施時、昼とは違う顔が見えその方の声掛けや対応方法見直すことができた。	年2回、消防署立ち合いのもと、避難訓練を行っている。市役所職員が消防団員であることや、地域住民・運営推進委員の参加も得て、防災意識を高めている。また、夜間訓練は午後7時から実施し、利用者が各居室にいる状態で、スムーズに避難させる訓練となっている。消防署直通の火災報知器や、スプリンクラーの設置、職員連絡網も整備されている。	

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	一人一人に合わせた言葉使いや態度に気を付け、排泄時、入浴時は本人の了承を得ながら支援している。	その人に合わせた方言での声掛けや、トーンに気を配っている。失禁時の対応については、前もって着替えを用意したり、他職員に声掛けし、本人をそのままにしておかない配慮が見られた。また、家族会で、1年間の暮らしぶりを紹介しており、その「DVD」が欲しいという家族には、本人登場場面の部分をまとめた物を新たに作っており、細かな点にもプライバシーの確保に努めている。		
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	日頃より、入居者の話に耳を傾け意思の確認を行ったり、自己決定の難しい方には家族に代弁者になって頂き、できるだけ意向に沿えるよう努力している。			
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	その方のペースに合わせた起床の支援や食事の時間を設けたりしている。日々の表情や動きなどに留意しその方に合った声のかけ方、支援を行ったいる。			
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	入居者の自立度に合わせ、整容・洗面衣類の洗濯などの支援を行っている。月1回、理容師の訪問を計画し本人の希望を聞き理髪を行っている。			
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	季節に合った旬な食べ物や年中行事を取り入れた献立を考えたり、食事の下処理を手伝って頂いている。	メニューは調理担当職員が週毎に作成し、調理は、職員がローテーションで取り組んでいる。利用者の嗜好は、基本情報で把握し、メニューに反映。食事中は、テレビを消して童謡の「BGM」が流れる中、ほとんどの人が自力でゆっくり食べており、静かな雰囲気である。職員も利用者の間に入り、同じ物を食べながら、利用者の食べこぼしや、残っている惣菜を勧める等、利用者が自力で食べる事への優しい気遣いが見られた。レベル低下で、外食ができにくくなっており、ホームで、お好み焼きやホットケーキを焼いたり、「鍋」を囲む等して食事の楽しさを提供している。		

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
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	1日1500kcal、水分1500ccを目標に食事作り、摂取支援を行っている。一人一人の状態や嚥下状態に合わせた刻みや軟食、トロミなどその方に合った形態で提供している。摂取時は自力摂取困難者には補助具等を使用している。		
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	日常チェック表にて毎食後の口腔ケアの確認をし、歯磨き後は磨き残しがないか確認している。夜間は義歯洗浄剤を使用し口腔内の清潔に努めている。		
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	日常チェック表やその時の状態を見てケアカンファレンスや申し送り後のミニカンファで話し合い、夜間のポータブルトイレの使用や日中の布パンツへの変更等判断している。	昼間は布パンツで、自立の人もあるが、ほとんどの利用者が、紙パンツを使用。「日常チェック表」の活用で排泄パターンを把握し、申し送りやミニカンファレンスで個々の状態を話し合い、おむつ使用量の軽減に努めている。夜間は、紙おむつとパットの併用で、濡れていたら就寝中でも取り替え、不快感解消に努めている。	
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	日常チェック表での水分量や食事摂取量を把握し、トイレでの腹部マッサージやウォシュレットでの肛門付近の刺激、朝からの牛乳や昼食時のヨーグルト摂取を実施している。それでも困難な方には医師の指示のもと薬物療法を導入している。		
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	入浴時間は午後からと決めている。日常チェック表や申し送りで体調を把握し、入浴者は再度午後からバイタルチェックを実施し本人の体調や希望を考慮しながら入浴の支援をしている。日曜日は勤務体制不十分にてできていない。	入浴時間は午後からで、一日4～5人の入浴となっている。浴室には「乾燥肌用クリーム」が個別に準備されており、入浴後のマッサージを実施し、心地よさに繋げている。また、しょうぶ湯・ゆず湯等、季節の行事浴を取り入れ、入浴を楽しむ支援が行われている。	
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	食後は、ソファやリクライニングチェアを利用して頂き音楽やDVDを視聴していただいたり、和室で休んで頂いている。夜間は、居室の温度調節や湯たんぽ等利用している。		

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
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	内服薬の変更や、副作用をスタッフ全員が共有できるよう、申し送り時や服薬一覧表のファイル・申し送りノートを使用し周知してもらっている。		
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	その日の、気分や状態に考慮しながら、洗濯物干し、洗濯物たたみ、料理の下ごしらえの手伝いをして頂いている。月一回の行事を計画し初詣、花見を実施している。		
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	前年度の目標達成計画で1週間に1回は外出できるよう支援すると目標を立てたが昨年の11月以降体調の変化や拒否などからほとんど実施できていない。11月以降は受診時の外出や行事での外出、月に1～2回数人の散歩となっている。	レベル低下で、遠出の外出の機会が少なくなってきたが、桜・菖蒲・つつじの花見には出かけており、その様子は毎月「家族へのお便り」で写真と共に報告されている。日常的には、利用者の希望に沿って外気浴を兼ねた散歩が個別に行われている。	
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	預り金を家族に依頼し、ホームで管理している。生活諸費や受診代に使用しているが、利用者からの買い物の希望をされる方はいない。		
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	家族の手紙の返信を、その日の調子を見ながら書いて頂いたり、電話の希望があるときや誕生日などで贈り物をされてこられた家族と電話できるよう支援している。		
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	スタッフ同士の声の大きさやこえかえ、様々な音に配慮し、利用者に不快感を与えないよう気をつけている。テーブルや壁には季節に合った花や飾りつけを心がけている。	木造りの高い天井から、穏やかな光が入り、フロアには加湿器が設置されている。リビング中央のテレビの前にソファが置かれ、左右に二つのテーブルがあり、利用者のくつろぐ姿が見られた。室内は、我が家感覚で、スリッパや室内履きを使用せず、全員が滑り止め付き靴下を着用しており、転倒防止には、職員が手引きで誘導している。壁には、大型カレンダーと時計が掛けられ、曜日や時間の確認用としても活用されている。	

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
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	入居者の表情や状態をみて、和室やソファ、リクライニングチェア等希望に応じ、移動や誘導の支援を行っている。		
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	居室には、使い慣れたものを使用して頂き、本人の希望に合った場所や安全面を考慮し配置している。	どの部屋も陽当たりが良く、明るい雰囲気。各部屋の壁とカーテンの色は優しいパステルカラーでそれぞれ異なった色を使い、個性を出している。壁には、利用者の作品の折り紙お雛様や、節分のお面が貼られていた。使い慣れた整理ダンスが置かれた部屋やテレビ持ち込みの部屋もあり、心地良く過ごせる落ち着いた居室となっている。	
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	手を挿入できる六角テーブルの配置や、和室以外のバリアフリー、廊下の手すり工夫している。。トイレは「便所」とプレートで明記し車椅子でもゆっくり入れるスペースになっている。		