

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	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27年02月28日	評価結果市町村受理日	

※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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部
所在地	熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38
訪問調査日	平成27年3月28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、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、月1回の行事を実施しています。入居者・家族・地域の方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”しゅんなめじょ”を立ち上げ、1～2ヶ月に1回、15～20分ほどの寸劇を入居・球磨で講演をしています。

【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)】

周りを田園に囲まれた静かな環境の下、近くには人吉警察署やコンビニもあり、安全な環境の中に事業所があります。法人は「えがお人吉」の他に、他地域にディサービスを共用したグループホームや小規模多機能型居宅介護を持ち、その中で劇団を立ち上げて認知症の啓発活動に取り組むなどの地域貢献に向けた取り組みが行われています。また居住環境は、平屋の建物で吹き抜けの天井からは優しい光が差し込み、家庭的な雰囲気の中で利用者と職員が共同作業が容易にできるような台所や居間のスペースが確保され、日当たりがよいウッドデッキや中庭では物干しや園芸を一緒に楽しめる安全なエリアもあります。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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 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
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。	一期一会が理念となっており、毎朝管理者とともに職員は理念を復唱しています。また新人職員については、入職時に施設長から法人全体の理念教育もあります。	理念が玄関やパンフレットに理念が明記されていないようです。今後、利用者や家族も参画した実践につなげていくために、玄関等に理念を掲示されることで、更により良い実践に繋がると考えます。
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	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。	町内会に入会し、赤い羽根活動や清掃活動に参加しており、地域の消防団員が参加した避難訓練が行われています。また利用者が近所を散歩をして地域とのふれあいを大切にしており、地域の敬老会や夏祭りにも昨年は参加しています。さらに法人全体で劇団を設立して、要望がある時は地域に出向いて認知症の啓発活動も行っています。	近隣の人々や子供達が気軽に立ち寄る機会は少ないようです。今後は事業所自体が真に地域の一員になれるように、小学校や中学校のボランティアを受け入れたり、近所の方が気軽に立ち寄れる身近なよろず相談所になれることを期待します。またホームページの作成やパンフレットの再検証も必要と考えます。
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	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に沿って話し合いを行っている。	委員は民生委員(町内会長兼任)・家族代表・行政職員で構成され、2か月に一度開催されており、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ています。またAEDを地域の人にも活用してもらう為に回覧板で周知が行われています。しかし運営推進会議が事業報告に留まる傾向にあるようで、事業所が持つ機能が地域に十分還元されていないようです。	運営会議の欠席者が多い事や家族代表の参加が少ないことから、案内状の内容の検討を行うと共に、包括支援センターや近所にある警察署、学識経験者等の参加がある事で、より魅力的な運営推進会議になることを期待します。
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。	介護保険の手続きや報告物は市に持参して現状報告が行われ、今回の介護保険の改正に伴う研修に参加したり、運営推進会議で市の意見も聞き取る努力をしています。また福祉課保護係とも連携をして、利用者の生活調整も行っています。	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ことから、市担当者をホームの行事に招待するなど、より親密な連携を期待したいところです。また苦情相談窓口が市になっていることから、事業所独自の窓口を設置して、家族にも対応を開示することで、さらにより良い関係が構築されると思われ
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	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。	重度の利用者に対しては、大きな体動に対応するために居室に畳を敷き、日中は玄関に鍵をかけない等の具体的な対策が行われています。また身体拘束に関する契約書や一般的なマニュアルもあり、権利擁護に関する研修会への参加やリネン庫に「ちょっと待って」等、抑止的な言葉を使わないように張り紙や虐待防止の苑内研修も行われています。	
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逃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。		

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	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。		
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。	今年度は半数の入れ替わりがある中、毎月の請求書には事業所に対する意見欄を設け、近況を伝える手紙と写真等を添え送信するなどの努力が見られます。また家族会の総会の議事録も欠席者に届けています。しかし、面会者が少ないこともあり、設置している意見箱はあまり活用されていないようです。	意見箱を活用するためにも家族から出された意見や投函された意見をまとめ、どのように対処したかを掲示したり、全利用者の家族に報告するなどの工夫が見られる事を期待したいところです。
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。	ケアに関する事はカンファレンス等で検討し、月1回、各事業所のリーダー会議において施設長に通されており、必要時にはその都度改善が行われています。また月に1回の研修で外部研修希望募集を行う他にも、職員の意識向上のために、施設長による個人面談も年に2回行われています。	
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	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。		

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
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。		
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。	行きつけの美容室にいける利用者もごくわずかな状況にありますが、初詣で青井神社に詣でたり、人吉城や桜運動公園などヘドライブには出かけています。	今後は出身地や卒業した小学校、墓参りなどを車窓から眺めるなど、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、更に支援に努めていかれることを期待します。
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、耳が遠く話が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。		

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	退去後の、本人・家族にあたり、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。		
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。	以前家事を行っていた方には、料理の下ごしらえや洗濯物たたみなども本人の意思を大切に役割を継続できる支援が行われています。また本人が望む事を誕生月に行ったり、「配偶者の位牌を持ってきた」と希望がでた利用者には、家族と話しあって調整し、可能な限り本人の意向に沿うよう努力しています。	
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	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。		
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。	病院や施設から転居する利用者が多いことから、転居元の情報提供書や事業所独自のアセスメントシートを使用して情報を収集し、結果に基づき、介護支援専門員が担当職員や本人、家族と情報を共有しながら計画書を作成しています。また3か月に1回はモニタリングを面会時や電話で行い、半年後にはモニタリングの結果や計画書を家族に郵送しています。さらに医療との連携では、病院とオンラインを通して毎日状況を報告し、医師から指示を受けるほかにも、入院時は対象病院に情報提供やカンファレンスに参加しています。また転居においても対象施設に情報提供が行われています。	今後は、転居先でも自分らしく安定した生活を継続していただけるように、直接転居元を訪問して申し送りを行うことで、更により良いチームケアに繋がると考えられます。
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	ケアプランの実践状況、日々の様子、気づきなどを個別記録に記入し、申し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。		

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	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	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。	病院や施設から転居した利用者が多いことから、往診可能な事業所の協力医療機関を受診する比率が高くなっています。また日常の健康管理や異常時の発見のために、3月中旬からアイバットを利用して、協力医療機関に情報を発信して日常の健康管理を行う等、状態に応じてタイムリーな支援が行われています。	利用者の平均年齢は89歳と高齢の方が多く入居されていることから、今後は訪問歯科等の検討も望まれます。またアイバットを有効に利用するための工夫を期待します。
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」等を明記しており、「看取り介護に関する家族の同意書」を取り交わし、看護師を中心に家族の負担も考慮しながら可能な限りの支援に取り組んでいます。	重要事項説明書や運営規定に看取りケアに関する記述がないことから、文面に追記するなどの工夫を行うことで、方針やケアの方向性が地域の関係者や本人・家族に浸透すると思われます。
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	急変時対応に関しては、常に施設内で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もらっている。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。	スプリンクラー、消火器、避難誘導灯、非常灯、火災自動通報装置、防火カーテン、顔認識のセンサー、手動式天井開閉装置があり、地域の消防団も参加して年2回の避難訓練も行われています。また避難通路確保のために、中庭の一部は経路部分は舗装が行われています。	消防訓練だけでなく、夜間の地震や水害の訓練や事業所駐車場以外の安全な避難場所の確保も必要と考えます。また近くに水路や山があることから、万が一に備えて食品や水の備蓄を行うことで、災害にも対応できると考えられます。

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
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。	入職時に新人研修が行われ、なじみの言葉や尊敬語で接する事を施設長から指導が行われています。また事業所では接遇研修が行われ、リネン庫に「10の言葉つかい」が貼られています。また職員は排泄や入浴、居室での生活においてはドアを必ず閉める等、プライバシーの確保を行っています。	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ように言葉かけでなく、対応も事業所独自のマニュアルが整備されていくことを期待します。
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している	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、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、支援を行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。	献立は料理本を参考に職員が週毎に作成し、ローテーションで職員が食事づくりに取り組んでいます。利用者の嗜好は、食事中に職員が同じものを同じテーブルに着座して把握したり、情報提供書、残菜量などから把握し、体重や体調を見ながら食形態に変化をつけています。また可能な限り自己摂取を促し、状況を見ながら適宜食事介助が行われています。食事中は、テレビを消して童謡や歌謡曲など利用者が好む歌がBGMとして流れ、静かな雰囲気です。食事が行われており、コーヒーなどの嗜好品も希望に応じて提供されています。さらに食材は隣家の畑を借りて野菜を作ったり、近所から野菜をもらうばかりでなく、料理の内容によっては利用者も食材の買い出しや胡麻すりなどに参加し、季節料理やベランダで食事を楽しむ機会もあります。	今後は重複疾患が多い利用者のためにも、定期的に専門家による献立の検証も必要と考えます。
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	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。		

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	日常チェック表やその時の状態を見てケアや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。	「日常チェック表」で排泄パターンを把握し、申し送りやカンファレンスで状態を話し合い、おむつ使用量の軽減に努めており、ほとんどの利用者が紙パンツを使用している中、布パンツに移行できる利用者も出てきています。また夜間は、ポータブルトイレを利用できない利用者に対しては、紙おむつとパットの併用で、濡れていたら取り替えるなど不快感解消に努めています。	
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てしまわずに、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。	オール電化で浴室内の暖房や涼風など季節に応じた調整が可能となっており、浴室の床は段差のない構造で脱衣室との段差は2cm以下となっています。また浴槽はゆったりしたスペースで、利用者は週に2回程度、午後から入浴を行い、身体状態に応じて清拭も実施されています。	しょうぶ湯・ゆず湯等、季節の行事浴だけでなく、温泉地帯の利点を生かして温泉浴や入浴後のマッサージ、足浴なども検討して、入浴を楽しむ支援も必要と考えます。また脱衣所に軟膏が常設されていることから、入浴時間以外は内服薬と同様に管理・保管できることを期待します。
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。		
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に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。	利用者の全体的なレベル低下のため、遠出の外出の機会が少なくなっているものの、近所への買物や桜の花見には出かけており、その様子は「家族へのお便り」で写真と共に報告されています。また利用者の希望に沿って散歩が個別に行われ、その際に、ご近所から花や野菜をいただくこともあります。	今後は屋外散歩や花見などの外出の際に、家族やボランティアを含めた社会資源の活用も検討の余地があると思われます。

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
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。	建物は平屋で食堂と兼用の居間は十分な広さが確保されており、開閉可能な吹き抜けの天井からは、穏やかな光が入り、フロアには加湿器も設置されています。利用者は1日のほとんどを居間で過ごし、対面式のキッチンで食事を作る職員の様子を見たり、一緒に料理の下ごしらえを行ったりハビリやレクリエーションも楽しんでいます。またキッチンは利用者と職員が共同作業ができるように作業スペースを広く確保し、シンクの高さも85cmと高齢者が作業しやすい高さになっています。加えて廊下や居間は冬場は床暖房で寒さ対策が行われており、洗面所は冬季の凍結防止のための機器も設置してあります。さらに利用者が作成した作品や壁面飾り、大きな文字で印刷されたカレンダー、テーブルには鉢花が置かれており、季節感がわかる工夫が行われています。	
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。	居室は東南にあり、陽当たりが良く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、個性が出ています。壁には利用者の作品や家族の写真が飾られ、使い慣れた整理ダンスやテレビが持ち込まれている部屋もあり、心身の状態に合わせて量を入れた部屋もあります。また居室の入り口には、職員手作りのメッセージカードが飾られており、居室を間違わないように、さりげない工夫が行われています。	
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」「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。		