

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	2190400024		
法人名	メディカル・ケア・サービス東海株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム長間		
所在地	岐阜県羽島市中上町長間1617		
自己評価作成日	平成23年 7月11日	評価結果市町村受理日	平成23年 8月17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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2190400024&SCD=320&PCD=21
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成23年 8月 3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)】

日常の中で、日課が出来ると、生活のリズムも作りやすいと考えていますので、一人ひとりに無理なくやって頂ける事を、日課として行って頂いております。「できた」「やれた」と体感して頂き、利用者様の自信に繋がるケアを日頃から、意識して行っております。また、感謝の気持ちを前面に出すことを理念としています。職員間、来客の方に対し、気持ちのよい挨拶を、ホーム全体が明るくなる雰囲気作りにも努めています。
ホームの平均介護度が4.2という事もあり、外出支援が難しい面もありますが、少しずつ外出出来る機会を設けたり、全員で食事を作ったり、季節に合わせたレクを行っております。

【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)】

新たな管理者が着任して4ヶ月が経過した。平均介護度が4を超え、様々な支援に支障が出てきてはいるが、今できる最善のケアを目指して、管理者・職員のチームワークは抜群である。
利用者の思いや意向の変化を記入する「気付きノート」が作成されており、介護計画の見直し時に有効に活用されていた。また、9名中6名は車いす利用者であるが、食事時も休憩中も、あるいは居室に戻っても、決して車いすのままにせず椅子等に座り替えてもらっている。限られた職員配置の中ではあるが、「利用者本位」の方針の徹底を強く感じることができた。
着任早々、ホーム理念の見直し・改定を行ったり、会議方法の変更や入浴支援の改善に着手する等、動きは活発である。若い管理者の率いる「長間」の今後に注目したい。

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 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)	○ 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、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	MCS全体の理念を基に、ホーム理念を掲げ、ホーム運営をしています。毎日、理念を唱和し、理念に基づいたケアを実践するように、共有しています。	新たな管理者を迎え、ホーム独自の理念を再構築した。「利用者本位」、「感謝」、「地域との連携」を3本柱とし、高齢化、重度化する利用者へのケアの指針としている。	
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	なじみの方をホームにお招きし、地域と事業所がかけ離れた存在にならないようにしております。「子ども110の家」という事もあり、小学生がホームに来て下さったり、散歩に出ると、近所の方と利用者様がお話する機会もあります。	地域への浸透は深く、地域の一員としての認知を受けている。道に迷った来訪者を、地域の住民がホームまで道案内してくれたこともあった。	
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	運営推進会議や、避難訓練などを通し、認知症の方は、どんな場面で手助けが必要か、地域の方に協力して頂けなければ出来ない事をお伝えさせて頂いています。		
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	外部からの意見は、一番理解しやすいものであると意識していますので、意見については、随時対応しています。行政の方からも、何気ない挨拶から始まると助言を頂き、外へ出た時には、意識して行っています。	2ヶ月に1度の運営推進会議が開催されている。ホームからの報告事項が中心ではあるが、出席者の意見交換も行われている。	「目標達成計画」の進捗管理(モニタリング)を議題に取り入れたり、メンバーに「知見者」を加える等、会議の活性化策は数多い。
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	必ず毎月お話しをし、ホームの現状をお伝えしています。イベント時にも、参加して下さる事が、実際に見て頂けていることは、事業所としても有り難い事です。今後も、良好な関係作りに努めていきます。	市・高齢福祉課担当者の介護事業に対する意識・認識が高く、様々な機会をとらえてホームとの接触が図られている。スプリンクラーの設置等、防災の手続きでもお世話になっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	常日頃から、身体拘束に繋がらないケアを意識して行っています。玄関は、いつでも開放できる状態であり、臨機応変に対応しております。外気浴や、花の水やりなど、外に出る機会をプランにも組み込み、閉鎖的にならないようにしています。	9名の利用者のうち、6名が車いすを利用している。しかし、食事の時も、休憩の時も、居室に帰っても、車いすのままの利用者は誰一人としていなかった。限られた職員配置ではあるが、こまめな移乗支援が行われていた。	
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	研修を定期的に行っています。また、利用者様の状況に合わせ、ケアの方法についても、会議やカンファレンスを通して話し合いを行っています。現在、虐待が見過ごされている・行っている状況はありません。		

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	細かい部分までの研修は出来ていない状態です。今後、権利擁護についての研修も行い、知識向上に努めます。		
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	行っております。説明のみで終わらず、事業所で出来る事、出来ない事を明確にしています。また、ご家族の協力が必要である事も伝えていきます。充分御理解、納得して頂いてから契約をしています。		
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	反映させています。年に一回、アンケートの実施をし、玄関には意見箱を設置し、意見・要望を回収しています。これらから、指摘事項に関して、改善できるように取り組んでいます。	毎回のことではあるが、家族アンケートによる満足度は高い。やや指数の落ちた項目(生き生きとした表情、外出支援)もあるが、管理者は原因(重度化)を理解しており、利用者・家族の不満につながる可能性は低い。	
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	毎月のミーティングはもちろんの事、日頃の申し送り等を通して、職員の意見を取り入れて適時対応しております。職員の気付きを大切に、申し送りノートを活用し、反映させています。	管理者は効率的な会議運営を目的として、月に1回のミーティングの進め方を変更した。事前に職員意見を集め、その中から課題を抽出して会議に臨んでいる。時間的にも有効が増した会議となった。	
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	努めています。自己評価を実施しており、個々の努力、実績を評価しています。それと同時に、今後、取り組んでいくべき点も指導しています。実績・経験等で、給与改定をしております。		
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	進めています。外部研修に対しては、積極的な参加を促しております。最近では、食事や褥瘡の研修に参加しています。また、無資格者には、仕事をしながら資格を取得できる支援も行っております。		
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	取り組んでいます。市内で、複数事業所研修が開催されており、参加することで、同業者との交流が来ています。		

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	努めています。本人様の話しから、私たちに何を求めているかを汲み取り、安心できる関係づくりをしています。生活状況が大きく変化しないように、意識して、傾聴させて頂いています。		
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	入居を検討された経緯を聞かせて頂き、事業所として出来る事をお伝えし、共に本人様を支えていくことが出来る、関係作りに努めています。		
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	努めています。事業所として対応出来るかどうか見極め、状況によっては、他のサービスの紹介も行っております。		
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	築いています。選択できる状況を意図的に作ったり、趣味を大切に頂ける支援をしています。日常生活なので、掃除、洗濯、食事など、利用者様を巻き込んだケアを意識して行っています。		
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	築いています。家族様が来て頂けるように、イベントを組んだりして、本人と家族の時間を大切にしています。		
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	努めています。会話の中から、行った事のある場所を知り、外出したり、昔所属していたクラブの方がボランティアに来られる事があります。馴染みの関係が途切れないように、今後も情報を共有し、その人らしく生活できる支援をしていきます。	ホームへの入居前、施設を利用していた利用者がおり、職員とともに施設を訪問した。当時担当していた施設職員とも会うことができ、有意義な一日となった。	
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	努めています。落ち着いて過ごして頂ける場所へ行って頂いたり、何かの活動を一人でやるのではなく、少人数でやって頂けるように環境設定しています。		

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	退居になってしまった方に対しては、他の施設の情報をお伝えしたり、退居されている方に対しては、電話で近況を伺っています。		
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	努めています。利用者様に選択して頂ける声掛けをしています。意思疎通が難しい方に対しては、表情などから汲み取るように心がけています。	利用者個々に「気付きノート」が作られており、担当職員を中心に多くの気づき書き込まれていた。会話のない利用者が、「音楽に合わせて口を動かす」等、細かな点にも着目した記述があった。	左欄の事例の利用者について、次の介護計画の見直し時には、「毎日歌を歌ってもらう」プランが取り上げられていた。気づきと介護計画の連結は、秀逸な取り組み。
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	本人様、家族様から、今までの生活を聞き、継続して行える事は、ホームでも行って頂けるように努めています。琴が好きな方、お酒が好きな方に対しては、関係機関から意見を求め、実現できるよう取り組んでいます。		
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	努めています。状況に合わせて、身体に負担が掛からないように生活して頂いております。アセスメントを通し、出来ること、支援しなければならない事を明確にし、ケアをしています。		
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	作成しています。身体の変化に対応する事はもちろんの事、本人様の趣味や、出来る事も取り入れています。支援を始める前には、家族様、医師からの意見も取り入れています。	ケアの中で得た情報を、介護計画に反映させようとの強い意識が感じられる。定期的の見直し時には、「気付きノート」が有効に利用されていた。ただ、意向の変化を察知して、介護計画を見直した例は見られなかった。	その人らしさを支援する個別ケアの原点は、利用者の思いや意向をいかに具現化するかにある。結果として計画の変更に至らずとも、情報を得た時には見直しが求められる。
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	介護記録、ケア日報に記入しております。職員間で共有出来る状態になっており、早急に対応すべき内容は、申し送りノートも活用しています。今後も、対応に遅れがない様に、情報共有をしていきます。		
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	取り組んでいます。家族様から「こんなことできたの。」と、新たな一面を見て頂けたり、家族様からの要望に対し、出来る事はさせて頂いています。		

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	スーパーへ買物へ出かけたり、喫茶店へ行ったりと、地域の一員であるという事を大切にしています。自分の好きな物を選んで頂き、生活に楽しみが持てる支援をしています。		
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	支援しています。入居前から関わりがある医師がいた方は、継続して主治医になって頂いています。状況に応じて、家族様が医療機関へ受診に行ってください事もあります。	2ヶ所の病院が主治医としてホームと連携している。それぞれの主治医が毎週1回、合計月(4週)に8回の往診があり、高齢化、重度化が進行するホームにとっては万全の支援体制である。	
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	支援しています。看護師にその都度、報告し対応しております。医療面で対応できる部分は、どんな事が相談し、適時対応しています。		
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。	努めています。週に一回は、面会へ行き、看護師に病院での様子を尋ねています。退院後に適切な対応が出来るように、職員間でも、情報の共有はしております。		
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	家族様、主治医、看護師と、早い段階で話しをして対応しております。事業所で出来る事を、明確にし、方向性を共有しております。	家族の中には、最期までホームでのケアを望む声もあるが、最終的には主治医の判断(意向)によることとなっている。家族との意見の相違をきたすことのないよう、早めの意見調整を行っている。	
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	行っています。消防士より、救急法を学ぶ機会を設けたり、吸引ノズルの使用の仕方等を設け、実践できるように研修を行っています。		
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	年二回避難訓練を実施しております。特に夜間は、一人で通報から避難まで行わなければいけないので、消防士からも助言を頂き、避難方法を立てています。また、地域の方にも参加して頂いて、協力して頂けるように声をかけています。	避難訓練を実施するにあたり、地域に案内したところ、地域から班長さんの参加があった。今後は、さらに多くの地域住民の参加を呼び掛けていく方針である。	

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	対応しています。利用者様という前に、目上の方であるという事を忘れず、関わっています。また、介助をさせて頂く中で、自尊心を傷つけない声掛けをするようにしています。	プライバシーへの配慮が過剰であったり、利用者個人のわがままを安易に受け入れることによって、職員の本来の業務が阻害されることのないよう、その時々には細かな配慮を持って臨んでいる。	
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	利用者様に選択できる質問をするように心がけています。飲み物などは、そのときの気分もあるので、利用者様に決定して頂いています。		
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	大まかな流れは立てていますが、利用者様の要望にあわせた動きをしています。直ぐに対応出来ない場合は、説明させて頂き、時間を確保し、対応させて頂いています。		
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	お化粧される利用者様がみえ、本人様の意向で、お洒落をされています。また、衣類の選択もして頂き、場合によっては、職員と一緒にさせて頂いています。		
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	させて頂いています。包丁を使用し調理をしたり、キッチンバサミを使って頂いて、参加して頂いています。また、片付けも、洗ったり、拭いたり、出来る事を出来る範囲でやって頂いています。	3名の食事介助が必要な利用者があり、職員が同時に自身の食事を摂ることは難しい。当日は見る事ができなかったが、包丁を使ったりして調理の手助けをする利用者もいる。	
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	支援しています。水分に関しては、ゼリーを職員で作り、食べて頂いて補うこともあります。食べる量に関しても、無理なく取って頂いています。		
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	させて頂いています。毎食後、本人様に出る範囲やって頂き、職員で介助させて頂いています。ケアマネが、歯科衛生士の資格を持っている為、適時確認して頂いています。		

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	行っています。出来る限り、トイレでの排泄を促しています。利用者様にあわせ、二人介助で、安全に行っております。また、排泄チェックを用い、声かけをさせて頂いています。	トイレでの排泄を基本としている。利用者から排泄の意思が伝えられると、職員が二人がかりで車いすへ移乗させ、トイレへ誘導していた。	
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	水分をしっかり摂って頂き、繊維質の物を多く食べて頂いたり、毎日手作り、ヨーグルトを食べて頂いています。また、ラジオ体操や、少しでも身体を動かして頂く時間を設けています。		
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	入浴日の指定はしていません。その日入りた方に入って頂き、毎日支援させて頂いています。また、汚れがある時は、適時、シャワーにて介助させて頂いています。	入浴介助に時間を要するため、1日あたり3名程度の利用者が入浴している。平均すれば3日に1回の入浴機会ではあるが、風呂好きの利用者はいつでも入浴が可能である。	
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	支援しています。リビングや居室へ、本人様の状況、要望に合わせて対応しています。車椅子の方に対して、徐圧の為に、適時休んで頂いています。		
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	常に職員が薬について確認できるように、処方箋をリビングに置いています。また、薬の変更があった場合は、申し送り全員が把握し、確実に服薬して頂いています。		
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	支援しています。毎日継続して、行える事をやって頂いています。居室のモップかけ、食事の方付け、毎週の晩酌など、個別で好きなことをやって頂いています。		
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	支援しています。外でお茶を飲んだり、散歩、花の水やりをして頂き外に出て頂いています。また、気分転換で外に出る事もあります。買物へ行きたい等の要望があった時は、対応し、その都度対応出来る状態にしています。今後も、家族様にも協力して頂きたいと考えています。	重度化が進み、利用者全員での外出はほとんど不可能な状態となっている。個人的に希望があったり、その時に状態の良い利用者が連れ立って外出している。満開のひまわり畑の見学に続き、花火大会が予定されている。	遠出外出や全員レク等、職員の側には強い実施希望がある。しかし、平均介護度4.0の現状を考慮すれば、個別に支援できるプログラムを選択して実践することが肝要であろう。

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	現金は、ホームの金庫で管理させて頂いていますが、外の自販機でジュースを買って頂いたり、買物の際、支払いをして頂く機会を作っています。		
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	支援しています。電話はいつでも使用出来る状態にしています。手紙のやりとりまでは出来ていませんが、今後、年賀状や暑中お見舞いなど書いて頂く機会を設けたいと考えています。		
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	玄関には、花を植え、裏の畑には、野菜を育てています。ホーム全体が、落ち着いた雰囲気になるように環境設定しています。また、壁面には、季節に合わせて飾りつけをし、利用者様に季節感を味わう事ができるようにしています。	廊下のガラス越しに家庭菜園が見える。利用者が野菜作りを手伝うことはできなくなってしまったが、職員の手によって夏野菜が順調に育っていた。利用者はそれを目で楽しみ、調査員に野菜の名前をひとつ残らず教えてくれた。	
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	ソファを設置し、思い思いの場所で過ごして頂けるようにしています。利用者様同士の関係構築の為に、スタッフ交え、会話するように心がけています。		
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	馴染みの物を持ってきて構いませんと声を掛けさせて頂いていますが、必要最低限の物が部屋に置いてあるという状態です。本人様の要望に合わせて、今後に対応していきたいと考えています。	特段に持ち込み量の多い居室はなかった。容体が急変し、病院で亡くなられた元利用者(カラオケの先生)の遺品となったカラオケテープが、他の利用者の部屋に残されていた。利用者は、先生の帰りを待っている。	
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	居室、トイレ、風呂場に関しては、壁紙や写真で、把握して頂ける状態にさせて頂いています。日頃の行動から、迷われる所を把握し、行動に合わせて付き添いにて対応させて頂いております。		