

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	4391500024		
法人名	医療法人社団 孔和会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 あかね苑		
所在地	熊本県天草市久玉町5716-9		
自己評価作成日	平成29年2月20日	評価結果市町村受理日	平成29年4月14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.mhlw.go.jp/
----------	---

【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	熊本県熊本市中央区水前寺6丁目41-5
訪問調査日	平成29年3月9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)】

同敷地内に母体である病院との併設であることから、介護と医療の連携が密に行っており日常の健康管理から緊急時の対応も迅速である。そのため入居者はもちろんご家族の安心感と職員も心強さを感じている。また法人内での勉強会なども積極的に行っている。看取りの経験もあり最後まであかね苑を希望される方に対し馴染みの職員で対応しお見送りを行っている。そして月～土曜まで共用デイの利用がありその方々との交流で会話が弾んだり体操やレクを共に楽しめるよう努めている。

【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)】

海と山の自然に囲まれたあかね苑では、地域や家族に支えられて地域住民の一人としての生活が継続されている。心掛けている点として、天草弁に敬語を交えてのコミュニケーション・天草の旬の食材や郷土食による栄養管理・体調チェックや記録と医療連携を図った健康管理・地域行事への参加・地域支援事業や二階の介護事業所に訪れる地域の方々との交流・嫌な事、したくない事、窮屈な事のない、したい事をしてもらう支援等がみられた。職員は、人材育成を図る多様なプログラムの紹介と自分で申し出る仕組みを活かして、資格取得や質の高いケアを提供する為の研鑽を続けている。

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 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	職員の入居者様に対する想いを理念として、それを念頭に置き常に接するようにしている。また理念を目立つ場所に貼り意識づけしている。カンファの時には理念について話す場を設けている。	理念は、パンフレットやホームの数か所に掲示していて、カンファレンスや日々の気付きの中で、理念に沿った実践になっているかを確認し合う場が持たれている。住み慣れた場所で、家族や地域の人々、法人介護関連事業所などの連携を図りながら、地域の絆と今を大切にしたい安心・安全の支援が続けられている。	
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	地域の文化祭やどんど焼き、夏祭りへの参加と芋ほりなどを通じ交流している。あかね杯グランドゴルフ大会を開催し入居者様も参加し交流している。	ホームのパンフレットや広報誌あかね丸、母体法人のひだまり誌を、町内のふれあいセンターや小中校での回覧、母体病院の法人関連事業所の紹介コーナーに置いてグループホームを紹介している。同じ建物内の地域支援事業や小規模多機能ホームに訪れる方達との行き来等もあり、地域の人々との交流が図られている。	
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	運営推進会議を利用し地域の主軸となる方々に認知症についての理解や職員が参加した研修で勉強した事について話をしている。またキャラバンメイトとして地域に出掛け認知症サポーター養成講座も開いている。		
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	苑での日々の活動や取り組みについて報告している。また行事には一緒に参加をお願いしその場での意見や情報を頂いている。	グループホームと小規模多機能ホームの運営推進会議を同時に行い、事業所の状況報告の後に会を進行し、最後に行政からの意見が述べられている。会には、毎回理事長が出席し、ホーム運営の説明があり、津波等の災害時対応や2025年問題、地域包括ケアシステム下での在宅生活維持、消費税引き上げ延期、総合事業などについての提言があっている。委員からは、事業所の役割など解ってきたが、まだ地域には理解されていない部分もあり宣伝の必要があるなど、今までの取り組みを認めた上での意見等があり、地域の情報が提供されている。	議事録は、グループホームと小規模多機能ホームの区分けが明確でなくわかりにくいいため、読む人に配慮した記録に期待したい。

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
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	メールでのやり取りや電話を使って連絡や報告など行っている。また運営推進会議には包括支援センターの職員も参加を頂き助言や新たな情報など意見を貰っている。	運営推進会議に市担当課からの出席があり、グループホームや母体法人の介護関連事業所との連携や取り組みへの理解のもと、互いに新たな情報を交換する関係づくりが図られている。職員は、日頃から、市が開催する事業や行事に積極的に取り組んでおり、メールや電話で連絡を取り合う関係が築かれている。	
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	法人内で勉強会やマニュアルに沿ったケアに努めあらゆる場面においても身体拘束ゼロに取り組んでいる。玄関の施錠は防犯目的以外には行っていない。	マニュアルで決められたケアは基本的な事として、「その人が嫌がる事や窮屈に感じる事は拘束である」としている。管理者は、職員の体調管理に重きを置き、必要時はリフレッシュ休暇を薦める等、職員と利用者との良好な関係づくりに配慮している。言葉づかいは牛深弁の敬語で表現する事を進めていて、拘束にならない声かけが共有されている。	
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	法人内で勉強会やマニュアルに沿って意識づけしたり管理者は特に研修に参加しその内容についてカンファの時に事例を挙げて虐待の無い施設作りに取り組んでいる。		
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	法人内での勉強会に参加したり研修に出掛けて学んでいる。また法人内に社会福祉士がおり特に複雑かつ問題がある事例については相談できる体制である。		
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	入居時に契約書と重要事項説明を行い納得の上で署名捺印を頂いている。		
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	ご意見箱を設置し記載を促している。また家族会や面会に来られた時に要望等を聞き直ぐ対応できるものは直ぐ、理事長相談も近日常に対応できるようにしている。	家族会は年1回、運営推進会議と同日に開催し、家族の出席を多くする工夫をしている。サービス担当者会議時や費用請求時に広報誌と便りで入居者の状況を伝え、感情の行き違いによるリスクの回避を図っている。面会が少ない家族には了解を得て家庭訪問し、入居者の状況報告や運営について話し合いを持つ等、良好な関係づくりに努めている。訪問診療時は家族が同席し、健康管理や予測される状況に対応する指導や助言がされており、入居者と家族の安心が得られている。	

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
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	職員の意見はカンファにて主に聞き改善すべきところは翌日からでも行い、全員の意見を聞きながら行っている。	定期的な職員会議や随時の話し合いを持ち、「できる事は、直ぐや、決めた期日までに行う」とする取り決めがある。入居者の「暗か〜」の声は職員の提案となり、すぐに天井灯をつける等、管理者への権限移譲のもと、迅速な対応を図る体制がある。職員の要望や提案の7〜8割は話し合いで解決されることが多いとして、話し合いの重要性が認識されている。研修への希望参加や資格所得のサポート体制、リフレッシュ休暇制度などが設けられ、職員の満足度向上が図られている。	
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	毎月の管理者会議において実績報告は基より各事業所の職員の健康状態や職場環境について意見を出し合い。より良い環境での就業を目指している。		
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	研修案内は職員通用口に貼り出し行きたい研修があれば申し出るシステムを取っている。特に認知症に関係する研修には管理者からも積極的に研修参加を呼び掛けている。		
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	グループホーム連絡協議会の会合や研修に毎回参加し他施設の問題点や改善法など学び自施設に反映させている。		
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	入居前に事前訪問を行い要望・困り事について聞き取りをしたり、本人と会い信頼関係が築けるよう関係作りを行っている。		
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	入居前に事前訪問を行い要望・困り事について聞き取りをして家族の希望に添えるよう苑でも最大限の努力で信頼関係を築いている。		
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	本人・ご家族との面談にて、今何が問題で何を必要とされているか。その事情に合わせ他のサービス事業所を紹介したり、法人内のネットワーク会議に出しより良い支援に向けた意見を求めている。		

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
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	洗濯物たたみや園芸作業など職員と共に行い昔の思い出話や若い職員に知恵袋となって教示を頂く場を作っている。		
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	行事の度にご家族への参加を促したり、ご家族との外出など提案したりと共にいる時間を大切にするような働きかけをしている。		
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	自宅近くへのドライブや地域行事参加にて昔馴染みの方に遭うなどの機会づくりを行っている。	「天草は絆が強い」の地域特性が薄れてきていることが懸念される中、運営推進会議委員などの情報を参考にして、地域行事やすいせん公園、河津桜、菜の花、彼岸花見学に出かけて天草に生活している事を感じてもらっている。、家族の協力による外出や、家族等の協力を得て自宅を見に帰ったり墓参りに行くなど、入居者の要望に沿う努力が続けられている。	
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	席の配置や職員が間に入る事により利用者同士の支え合う事への橋渡しをしている。		
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	退去後も関係が続く事が多く近況など話したり、入院された場合面会に行くなどして関係が切れないよう、また相談にも乗っている。		
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	普段の暮らしの中でその人の行動や言動からどの様な事を望んで居られるかを察知しカンファなどでその人らしい生き方のお手伝い出来るよう検討している。	月1回のカンファレンスや日々のミーティングの他、入居者の思いが明確にでない時は話し合って検討する取決めのもと、「思いを大切にしましょう」「したいようにしてもらいましょう」を基本姿勢としている。家族には、アセスメント表に書かれていない職員の気付きも伝えていて、家族の「そう思う事もあった」などの情報共有のもと実践への了解を得ている。	
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	ご家族・知人・親戚の方々の面会などあった場合職員も会話の時間をもちこれまでの生活歴など聞きケアプランに生かせるよう努めている。		

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
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	これまでの生活習慣を大切にして継続して行えるよう環境を整えたり、残存能力を活かせる様な支援を提供出来るよう努めている。		
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	介護計画を作成した時点で担当者会議を開き家族や医師の意見や本人の意見と希望を聞き再度確認をしている。また変更が必要となったりした場合速やかに現状に即したプランへと変更している。	サービス担当者会議は、かかりつけ医の訪問診療日に計画され、家族や多職種による話し合いのもと、状況に即したケアプランとする取り組みがある。かかりつけ医からは、「記録をみると、入居者の変化が解る。気付くことがあったはずだ」等の指摘や予測される状況への指導があり、うまく表現できない入居者の今が良い状態で過ごせるよう、モニタリングやアセスメントをしてケアプランの作成をしている。	
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	経過記録用紙を用いて日々の様子を記録し職員間でその情報は共用している。また新たな事項が発生した場合プランの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	その時々ニーズの変化に対しては、法人の中に居る専門職に相談し助言や指導を仰ぎながら柔軟に対応できる体制を取っている。		
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	個々に合わせた資源を見つけ出向いて行ったり子供たちの訪問があれば共に楽しむ時間作りを応援したり生き生きと楽しい時間作りを支援している。		
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	ご本人・ご家族の了解、希望を聞いて納得を頂いてのかかりつけ医の受診となっており、受診前の情報提供と結果については電話や面会時に報告している。	入居者と家族に医療連携の実際を伝えていて、納得の上でのかかりつけ医変更と、必要時の協力病院の紹介があっている。専門医受診などは、かかりつけ医からの紹介状、専門医や協力医からの依頼状による医療連携が図られ、一人ひとりに適した医療提供の体制づくりが見られる。	

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
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	母体の看護師と施設の看護師で必要な情報は取れており必要に応じて受診へ繋げたり、適切な治療等受けられるよう連携している。		
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。	入院となった場合施設からサマリーを活用して貰うよう情報を提供したり、病室を見舞ったりして早期退院へのお手伝いをしている。		
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、事業所の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	入居時にも説明しているが、いざターミナルケアとなった場合ご家族の意向をじっくり聞く時間を作りどのような終末を希望されるか話し合い納得頂けるような支援に心掛けている。	入所時に、重症化に対応する指針や終末期支援を説明して、看取りの必要時は再度話し合っ方針を決めている。ホームの生活を出来る限り続けて、ホームでの自然な看取りを迎える方や、医療的ケアが必要になり医療機関に入院する方等、入居者と家族の状況に応じた看取り支援が続けられている。ホームでの終末期ケア時は、職員体制を手厚くする体制がある。	
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	急変や事故発生時に備え勉強会の実施や慌てず行動し緊急連絡等にてバックアップ体制が直ぐ取れる体制である。		
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回の訓練や避難場所の決定など災害に合わせた対策を立てている。また非常持ち出し袋の準備など災害に備えている。	昨年9名の死者を出したグループホームの災害事例を通して、ホームの津波・水害時の避難場所を変更する旨を消防署に報告し、運営推進会議の了解を得ている。年2回の訓練時は、災害時緊急連絡網の確認や消防署・消防団・運営推進会議委員の参加を得た合同訓練で避難方法を実践していて、具体的な安全対策が検討されている。ホームの玄関には、非常時持ち出し用と表示した大型リュックが置かれ、中身の定期点検を行っている。	

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
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	入居者様の生活パターンに合わせ早めの誘導や身振りの変化をキャッチし優しい言葉かけを心掛けている。	全ての入居者へ、トーンを落として、ゆっくり、耳元でささやく声かけをしている。加えて聴力や認知力が低下した入居者へはトイレを指さす等して、自己決定を促す支援しており、職員の都合で誘導しない事が共有されている。病棟実習後の新入ホーム職員へは、病院とグループホームではケアの場の違いがある事を伝えて、一人ひとりに合わせる支援の必要性が指導されている。	
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	言葉で伝わりにくい入居者様に対して筆談やジェスチャーを交えたりして自己決定を一番に支援している。		
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	天気や季節によって生活のリズムに変化がみられるため、何事も本人のその日の暮らし方を尊重し支援している。		
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	起床されてからまず洗面台にて洗顔・身だしなみが出来るよう支援している。		
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	食事は大きな楽しみの一つと考え、出来る事は是非行ってもらい職員と共に作る事を前提としている。	台所の前のフロアで、テーブル毎に職員を配置して食事介助が行われている。地域やカフェ利用者などから頂き物がある時は、メニューの追加や変更をして、天草の匂を感じる食事や行事食が提供されている。最後まで経口摂取を基本としていて、残食チェックや体重測定、訪問診療結果をもとに、献立や食事形態の変更をして、必要時は言語訓練士の協力を得ている。	職員検食簿は入居者目線での記入が少ないように思われた。身近にいる専門職としての記録を心掛け、栄養士や調理員に活用される検食となる事に期待したい。
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	栄養士の立てたメニューを基に提供しているが、摂取困難など有る場合其々に合った形状やメニューにして提供している。		
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	毎食後の口腔ケアと入歯洗浄を行い清潔保持に努めている。		

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	出来るだけトイレでの排泄を目指し誘導している。仕草などでも誘導のタイミングを図っている。	排泄パターンが共有され、必要時は夜間のみポータブルトイレを用いて、トイレでの排泄が支援されている。誘導時はその人に応じた小声やジェスチャーで示し、フロア近くのトイレへのさりげない誘導が行われている。	
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	個々に合わせた便秘予防に取り組んでいる。水分量・運動・腹部マッサージ・ドラッグ等		
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	大方の入浴頻度は決まっているが本人の希望や体調に合わせて柔軟に楽しんで貰っている。夜間入眠前の入浴も対応している。	浴槽につかる入浴を基本としていて、入居者の状態によって、リフト浴・2人介助・個浴の支援がある。清潔保持を図るため、ウォシュレットや夜間の陰部洗浄と午前・午後・夕食後の入浴対応が行われている。入浴は週2~3回の対応となっており、地域行事などの際は、入居者の了解を得て入浴時間の変更をしている。	
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	安眠や休息は好きな所で取ってもらうよう支援している。特に決めてはいない。		
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	職員は入居者様の慢性疾患病名を知り内服薬の服薬管理を行っている。		
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	趣味や興味のあることについて職員と共にいきいき気分転換等行っている。		
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支援している	地域行事への参加や季節の花を見学にドライブに出掛けたり天気の良い日には外出し気分転換等行うよう心掛けている。	毎日の地域情報が載ったホームメモ牛深やホームの年間行事予定、認知症カフェ、運営推進会議からの情報などをもとに計画的に、「今日は寝とく」の声も大切にしたい外出支援が行われている。ホームは眼前に漁港をみる地域資源に恵まれた中に立地していて、入居者の一言や天候を見て、随時の外出や散歩の支援がある。	

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
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	ご家族の希望で現金は施設でお預かりし、本人の希望があれば都度渡し自由に使って頂くようにしている。		
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	ご本人の希望やご家族からの電話があれば自由に話して貰っている。		
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	共用スペースにはもともと無かった障子など置いて自宅に似た和の分囲気を作り、昔懐かしい物を置いたり心む工夫をしている。	認知症カフェの窓や畳の間の障子をあげ、潮の香りや波音を楽しんだり、居室やトイレへの移動を自由にする等、居室とキッチンやリビングが近い、広くない空間を活かす工夫がある。壁とコーナー毎に入居者の作品やお雛様、ミシン等が動線を遮らないよう飾られ、苑庭や数か所に置かれた季節の花々からも職員の入居者への気配りが感じられた。	
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	ご本人の好きな場所にてゆっくりと過ごして頂くようソファー等を置いて対応している。		
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	自宅からの持ち込み家具や思い出の品々を居室に置いて居心地の良い居室作りに取り組んでいる。	家族の事情を鑑み、レイアウトや整理整頓は入居者と家族の了解のもと、担当職員が行う事が多い。入居者の状況に合わせて、備え付けのクローゼットの中の配置を確認し、ベッドや布団を置き、テーブル・筆筒・椅子等は移動と介助が受け易い配置となっている。居室ドアには柿などの樹木名と入居者の写真を貼った手作りのネームプレートがあり、自分の部屋を認識し易くする工夫が感じ取れた。	
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	各居室には樹木の名前と本人様の名前を目印に理解して頂いたりトイレなど解り易いよう表示している。		