

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	4391500164		
法人名	社会福祉法人 光総会		
事業所名	グループホーム やすらぎ		
所在地	熊本県天草市五和町御領6447番地		
自己評価作成日	令和元年12月30日	評価結果市町村受理日	令和2年3月31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	https://www.kai gokensaku.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	令和2年3月4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)】

家庭的で落ち着いた雰囲気と、医療・介護・社会生活的側面を重視し、利用者様の生活の質の向上に勤め、個人生活の把握を努力を実施。個人生活に必要な社会生活を拡大発展させるため医療・介護面の確認と記録を行い、安定した場合、外出が行えるようにしたい。特にご利用者様の把握は、昼間カンファレンス(医療・介護・社会生活)と分け、各利用者様の事を毎回話し合う検討会を行い、T式カードで職員が担当各利用者様に必要な介護上の気づきを記入、具体的ケアを実施。そして、各委員会活動で①主任②事故ヒヤリ等③虐待身体拘束予防等④認知症変化確認等⑤服薬管理等⑥月行事等、⑦OJT職能向上等の各委員会を各職員が対応、施設長が調整し、他に施設内研修をテキスト等や世間の動向などから実施して対応している。

【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)】

五和町御領の町中に、グループホーム・小規模多機能ホーム・医院・保育園が同一敷地内にあり、地域の福祉・医療に貢献している。ホームは開設11年を迎えるが、入居時の本人・家族への重要事項説明の中で「運営推進会議」への出席を依頼し、毎回参加を得ている。その他に月一回、家族参観日を設け昼食を共にする事で、途切れない面会に繋げている。職員教育にも力を入れており、7つの委員会活動を通して、医療・介護・社会生活(暮らし)を全面的に支援する体制が整えられている。個々の暮らしの全てにおいて多様な記録用紙があり、毎日記載してケアに反映し、介護度を下げないよう努力している。

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、生き生きと働いている (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している (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	新設時からしばらくしてGH特有の介護の要素をまとめ大別して、コンセプトに準じて理念作成をその時の職員と実施した。内容は的確に認知症介護の内容を網羅してバランスを考えていると思う。平成31年1月の施設内研修と強化月間としての全職員による再確認を実施。	開設時、全職員で作成した4つの理念がある。家庭的な環境の中で、利用者が穏やかな時間を過ごせるよう、それぞれの生活のペースを守り、安全に日々の暮らしを楽しんでもらえる支援を心掛けている。家族に対しては、入居時に「理念」について説明しており、入居後の安心と信頼関係構築に努めている。	
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	運営推進会議時の適切な協力が得れそうな方々の参加をお願いしており、参加がある。月行事委員会にて地域の恒例行事への参加をしないとけないが、担当の職員と遂行能力が伸びていない。	地域行事である鬼火焼き(どんどや)・秋宵祭り・御領秋祭り等に参加しており、見学の際は地域ボランティアから車椅子を押す等の協力を得ている。一階の「御領ふれあいホーム」は地域住民の活動の場として活用されている。	
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	現在は地域の方よりご家族に職員より介護についての説明や対応を家族参観日として会食会時や運営推進会議時に説明する事がある。		
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	GHと小規模多機能型施設の合同運営推進会議を開いており、事業所ごとに違ったサービス評価があるので説明や実施を行っている。	運営推進会議は、老人会長(2名)・民生委員・駐在所・家族・医師・保育園長・地域包括・行政で構成され、2か月に一度開催されている。会議では、毎回各委員からそれぞれの立場で、質問や意見が出されており、運営に活かされている。	
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	主に市役所の方との相談は必要に応じておこなっている。が、北地域包括はあまり協力的ではないと思う。	毎回、運営推進会議に市担当の出席があり、毎月の利用状況がわかる書類や、「事故報告書」を提出している。行政の集団指導には管理者が参加し、情報を得ているが、不明の点があればファックスで質問する等、協力関係が築かれている。	

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
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	身体拘束・虐待予防委員会の取り組みより、職員確認用様式2枚、利用者様用の確認様式2枚と施設での不適切な対応について1枚を毎月実施している。ただ、現在不穏が始まれば危険なご利用者様1名おり、階段壁側からの徘徊や職員の抑止効かず、危険かつ他の利用者様への対応できず、また、特定の職員気付かない徘徊、があり意識した対応改善がみられない可能性あり、	「身体拘束・虐待予防委員会」を毎月実施している。ヒヤリハット報告・事故対応・苦情対応等は、運営推進会議でも報告し、情報をオープンにしている。職員は、「身体拘束を行わないためのチェックシート」と「自己点検シート」を活用して定期的に自己のケアを振り返り、拘束のないケアに取り組んでいる。	
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	毎月の虐待・身体拘束予防活動に追加して、年間の施設内研修計画に身体拘束や虐待防止の内容を含み実施する様にしている。		
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	年間の研修計画にあり、年に一度の施設内研修ができるようにしている。		
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	毎回契約書と重要事項を説明者が全文読み上げて契約をしている。パンフレットもそのつど説明をしている。理解が必要そうな部分は付け加えて説明する様にしている。		
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	感染予防の為、面会を中止している時期を除いて、毎月各ご利用者様家族を交代に家族参観として施設の食事へ誘い、利用者様と食事して頂き、アンケートにも答えて頂いている。	家族は毎回順番で運営推進会議へ出席しているとともに、毎月、家族参観日を設け、食事をしながらの歓談の後、アンケートで家族の意見や要望を聞いている。また、随時の面会時には本人の暮らしぶりを伝え、信頼関係を築く努力をしている。	
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	職員会議を出来るだけ毎月中に開き、申し送りや不備や調整事項を確認対応している。	管理者は、積極的に職員と関わりを持ち、多角的視野で職員を見ている。各種委員会を設置して職員の能力を引き出し、意見や提案を検討して運営に反映させている。施設内研修では、「認知症介護の理解と工夫」や「職業技能向上の理解と工夫」等を取り上げ、職員のケアの質の向上に取り組んでいる。	
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	就業規則を作成し、強化月間等にて対応をしている。労務管理は担当職員に対応をして頂き、その都度調整が出来る様にしている。		

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
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	常勤になる職員へは、初任者訓練を例外なく記入頂いている。そして、各常勤者へは○JT職能向上委員会より毎月1名職員の対応を各様式などより分析調整対応、出来る様にしている。		
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	現在の所、当施設の職員の能力向上に集中しており、類似事業所との関係を親密にする事からくるリスクに対して充分に対応できると判断出来次第交流を図りたいと考えている。		
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	施設利用開始時は出来るだけ施設長にて安心して利用開始が出来るように申し送りや暫定ケアプラン等で説明と対応が出来る様にしている。		
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	契約時から本人や各施設の方々、家族との話を聴く機会を大いに役立て、介護支援計画などに反映出来、かつ、実施して効果があるように工夫している。が、多少は各職員の個人の実力差が出る事もあると思われる。		
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	インテーク時よりすでに介護支援計画を頭に想像しながら、かつ、快適に生活するのに必要な事をメモなどを取り本人との話を聴きながら、その時の必要とそれからの必要を考えて相談支援をしている。		
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	利用者様によっては洗濯物を畳んだり、茶碗を洗ったり、他の利用者様との話に参加して頂いたりとお互いの共同生活としての作業と関係づくりが出来る様に支援している。		
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	定期的に家族との交流を図る会食会とアンケート調査を実施している。また、書類等のやり取りにて施設に来ていただく事もある。家族への連絡などが過剰にならない様に気を付ける。		
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	本人の話を基にパーソンセンターとケアとしての生活史や本人の分析表を作成し、入所された順番に作成し、介護に役立てるようにしている。	地域の老人会との交流があり、相互訪問で馴染みの関係作りを支援している。家族の協力で月一回程度、自宅へ帰る利用者や、正月・お盆を自宅で過ごす人もある。	

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
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	利用者様同士の相性や好き嫌いを無理強制的に支援せず、自然に相性の良い方との席の調整や対応を心掛ける様にしている。		
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	近隣施設の時は時折顔を見に行き対応をしている職員がいる。特に配慮が必要とされた事はあまりないが、合いに行くと喜ばれる事が多い。		
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	出来るだけ本人の希望を聴き、快適で安心の出来る対応するが、自宅での生活を望まれる言葉が出る場合は、周囲の関わる人の言動が作用する場合もあり、どこまで本心で言われているのか、また、実際の自宅生活での困難さと危険についての説明をする場合の本人の不安を増長させる可能性などの配慮も含め適切に検討する様にしている。家族や本人と安全と安心、心地よさの支援が整えば、施設は自宅の様に思えてこなくてはならないのではないかと思う時もある。	個々の入居者について、生活歴・フェイスシート・介護アセスメント・健康管理・一日の日課・介護計画のモニタリング等、あらゆる角度から客観的に観察し、記録に残している。その結果、利用者の深い部分を理解できているか、職員が深く関わる意識が求められているか、日々のケアの中で、単なるおしゃべりで終わってしまわないよう、思いや暮らし方の希望を把握できるよう努めている。	
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	利用時前の類似協力施設でのインフォームドコンセントや調整の工夫や対応について十分な話をし、当施設では個人の深い理解と出来るだけ短期間において親密で信頼のできる関係への活用を考えて生活史と本人理解を勤める様式の記入と活用を施設長が呼びかけ、認知症変化確認委員会が対応調整出来る様にしている。		
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	各職員にて個人記録や個人の通院申し送りを記入している。また、業務日誌に1日の雰囲気の入力を必ずするようにしている。また、常勤者必須訓練事項の初任者訓練様式記入時に必ず1名の利用者様の様子毎日記入する様にしており、常勤者が1人1人の過ごし方の把握が出来る訓練を充分に行っている。		

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	個人記録と検討会議やTカード対応にて介護計画の調整や介護計画外での対応等を施設独自の開発様式等を記入活用して対応している。モニタリングや評価として、介護アセスメントを作成し介護主任を筆頭に記入してもらい介護支援専門員も調整施設の実力に応じたケアプランが作成できるようにしている。	利用者一人ひとりが、その人らしい暮らしを継続できるよう医療・介護・社会参加の支援を深める為、毎日会議を開いている。会議録にモニタリング・アセスメント・ケースワーク・Tカード(短期個別改善対応表)等を記録し、共有して介護計画を改善する仕組みとなっている。7つの委員会活動結果と医師・利用者・家族が出席する担当者会議での意向の確認をもとに介護計画を作成し、同意を得ている。	
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	個人記録や通院申し送りファイル、各委員会活動内容、Tカード、検討会議等の様式に記録して介護計画や更には各職員の個人の職業能力支援等に役立てている。		
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	Tカードや不適切な対応について、また、個人記録にある介護支援計画の目標等に関するモニタリングなどま、ヒヤリ、事故報告と分析対応について等の記入や改善によりケアプランに乗らない総合的な物や個別的なサービスの調整がされている時もある。		
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	月行事委員会としての地域の催しの参加などがあるが、各職員が地域で利用者様を支える為の資源がどこまであるかはわからない、社会福祉協議会などにボランティアの方がいると聴き連絡するが、人が割り当てられており出来なかったり、その時その時の利用者様の状態と地域の適切な協力の出来る団体との連絡などに苦労する所も多い。		
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	毎週係り付け医へ通院介助と申し送りを行い処方箋にて薬を貰ったり、リハビリしたり、体調不良時の短期入院対応や治療なども行って頂き助かっているが、連携医院の通院申し送りに医療関係者からの記録が乏しい。	全利用者が、法人医療機関をかかりつけ医としている。受診に際して、診察・理学療法・薬処方・特別変化状況・申し送りノートの一覧表を利用者情報として医師に示しており、適切な健康管理と医療受診の支援が行われている。	
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	連携医院との職員会議に関する申し送りファイルをつくりシステムの説明を行っているが、時々対応できていない時があるので、常時調整を行いたい。連携施設の対応責任者が適切に決めてあると助かる。		

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
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。	入退院に関しては連携が良く取れておりスムーズかつ不備は少ないが、本来なら施設が把握しておく事もある様に思える。		
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	終末期や重度期の対応について、手違いやトラブルでの訴訟問題などリスクに備えた準備はまだできていない。職員や家族の調整する所や技術に関しては研修の環境さえ整えば出来そうに思えるが、施設を巻き込みかねない状態に関して責任の取れる調整が必要に思える。	重要事項説明書では「看取りに関する指針」が示され、医師・看護師・職員が連携し、家族の同意を得て看取り介護を行う事としている。管理者は、人生の一番最期は感覚が鋭くなっているとして、その人の死に立ち向かう思いを真剣に受け止めたいと考えている。家族に対しても表面的な事は言わず、心のケアが重要だと捉えている。	利用者の高齢化が進んでいる現状の中で自己評価に記載されている課題について、早い段階で検討を進めていかれることを期待したい。
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	救急救命に関する研修を年間研修計画にのせて実施しており、年間に火災通報消火避難訓練を実施しているが、本当に災害にあった場合の状況は熊本地震の時に見られた状況に似てくると思われ、係わる人の人間性や能力、信念などによる被害結果があるように思える。		
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	夜間火災避難訓練は未実施、水害避難訓練計画は作成したが、未実施である。さらにミサイルや台風や地震の災害対策訓練が必要に思えるが、タイミングや規模を工夫して実施したい。	非常災害に関する防災計画と、洪水・土石流避難計画を作成している。昼間の火災訓練は実施しているが、夜間は職員が1人(別に併設の小規模多機能ホームに1人)という現状があり、実施には至っていない。職員連絡網は整備している。ホームが2階にあるため、エレベーターは使えず、職員2名が利用者を担いでの避難になると考えている。	将来的には、スロープ式(すべり台)設置も視野に入れているとの事で、具体的な実現に向けて取り組み、訓練が実施される事を期待したい。
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	身体拘束・虐待予防予防委員会や年間の研修計画に個人のプライバシーや尊重についてふれている。また、声掛けに関しては、命令しない、怒らない等、利用者様に配慮した声掛けをする様に回覧させ、確認の印鑑を貰っている。	利用者の居室はその人の「家」であるという捉え方で、入室する時のノックは必ず行うようにしている。入浴や排せつ時の声かけは、羞恥心に配慮し利用者の尊厳を傷つけないよう心掛けている。	
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	特別に悪い対応をしている様な事は無いし、本人への抑制的な話し方や対応を避けているが、個人の希望や決定を支援出来るかはより具体的な工夫を知る必要があると思われる。		

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
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	昼間などに穏やかな時間が作られている事も多く、利用者様に応じた支援がしてある様にも思える。初任者訓練にて一人の利用者様を意識させ、介護が出来る様にしているので、それを著しく乱さない限りは調整しながらの支援が出来ていると思われる。		
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	女性のご利用者様は特に利用開始時に身だしなみの希望があった方もおり、その様な方や、一般的に考え、家族の希望や要望、本人の希望や要望により近い形での支援を心がけられるように介護支援計画等を作ったりしている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の携帯についての申し送りは最近は行っていたが、嗜好についての対応は乏しかったのではないと思われる。ただ、食事はよくご利用者様は食べられていると思われる。	食事は、併設の病院の厨房で調理されたものが提供されている。食器は、家族から使い慣れた物を持ってきてもらい、自宅での食事の延長のような雰囲気、落ち着いて食べられる工夫が見られた。食事介助は、食材の説明をしながら食べる姿勢にも気配りし、あせらず、利用者本位のケアを心掛けている。又、毎月一回、家族と一緒に食事を共にする機会を設けており、利用者、家族双方の楽しみとなっている。	
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	体重の測定を毎月連携医と行っている。IBM値の変動も測定する様にする。カロリーの少ない方は医療や介護支援専門員と調整して、カロリーメイト等を定期的にとって頂ける様にしている方もいる。		
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	口腔ケアは毎日食後行う様にしている。歯科医師による訪問ケアを行って頂いている方もいる。		
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	自立可能な方についての排泄支援は、無理に自立を妨げない様に排泄付き添いの支援を継続して行っている。	各居室にトイレがあり、全員が自室のトイレを使っている。自立の人もいるが、リハビリパンツとパット使用の人については、本人の様子で察知し、トイレ誘導している。自分でできる事は、自立を妨げないよう見守りに対応している。夜間は、ポータブルトイレがいいという利用者があり、本人の意思を尊重している。	

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
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	水分補給については、①朝起②朝食前③朝食後④10時⑤昼食前⑥昼食後⑦15時⑧16時 ⑨夕食前⑩夕食後に250ccほどの湯のみで行う様になっている。そして、声掛けもいるかいらないか聴かないで、準備して配る支援をする。飲まれない時の声掛けの工夫もする事。		
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	週に2回から3回の入浴とまた、出来ない時の代替支援をする様になってい。個々の入浴の希望を再度確認してみたり対応についての調整工夫をしたいと思う。	管理者は、職員に対して、利用者が気持ちよく入浴ができるような対応を求めている。拒否の場合は、そのままにしておかず衣類の着替え・清拭・足湯等の入浴代替支援が行われており、無理強いしない柔軟な対応で清潔保持にも気配りしている。	
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	就寝時間は皆同じではなく、火曜日の夜の音楽番組を見たりする支援を行っている。夜間帯にての対応を介護アセスメントや認知症変化委員会での簡略まとめにも記入して皆で支援や調整が出来る様にしている。		
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	服薬確認委員会にて対応をしている。個人の服薬管理について曜日を決めて確認する様にしている。変更時は特記して職員会議時に報告できるようにしてある。薬の効果等に関しては処方時の用紙に記入有確認出来る様になっている。		
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	嗜好調査を定期的実施する様にしているが、それを大いに活用して把握して工夫して対応出来ているか確認が必要と思われる。月行事委員会活動にて新しい取り組みについての記入欄を設けて活動を推奨しているが、いまだ活発に実施できていない。		
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	不穏対応が目立ち、不穏な方が勝手に外へ出られて職員が付き添って対応した事があったが、その日の希望によつての柔軟な対応は難しい。危機管理と対応できる職員と同時に瞬時に行う事は難しいと思うが、近場などは時々散歩したりなどがあったと思う。	月行事委員会の中で、外出計画も話し合われており、花見や天草マラソン大会・トライアスロン見学等が予定され、実践している。秋宵祭りや御領秋祭り見学もあるが、年に数回の事であり、利用者の希望に沿った支援は十分でないように思われた。日常的にはリハビリの為、隣接の医院に出かけており、外の空気に触れ、気分転換の機会となっている。	時には個別対応で、職員とゆっくりホーム周辺の街中散歩等が出来れば、外出の楽しみに繋げられるのではないかとと思われる。

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
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	最近個人でお金を使う希望が乏しくなったと思われるが、必要ならば対応できるようにしている。		
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	電話があれば話せる様にしている。年賀状などは渡すようにしているが、今年は年賀状を出すまでに至っていない。		
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	空気清浄機を取り付け、施設内感染予防に取り組んだり、音楽や雰囲気の記録などを配慮した支援を意識する様にしている。出来るだけ利用者様が穏やかに過ごされることについての支援を心がけて指導をしたりしている。	リビングには、いくつかのテーブルの間にソファがあり、テレビを観てくつろぐ利用者の姿が見られた。大きな窓からの光は明るく、キッチンからは食器を洗う音が聞こえ、生活感がある。壁には天草の海や夕日を撮った額入り写真が幾つも掛けてあり、落ちついた雰囲気が感じられた。	
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	空間に限りがあるが、一人になれる場所がある。心地良い様に工夫すると良いかもしれない。		
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	居室の整頓を毎月担当の職員にて実施するようになっている。整頓の仕方や美的なセンスに個性的な違いや常識的な配慮が必要な場合も考えられる。	ベッドではなく、畳の上にマットレスが敷かれ、その上に寝具を置いてある部屋が幾つかある。各居室にトイレと洗面台が設置しており、自分の部屋として自由に過ごせる空間である。全体的に持ち込品は少ないように思われた。	部屋の隅におむつ類がそのまま置かれた部屋がいくつかあり、部屋の整理整頓の為にも収納の工夫が望まれる。
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	施設内にて施設内を散歩される方もおり、家事や洗濯等の手伝いなどをされる方もいる。取り合いやトラブルにならない様に支援できるように配慮する事伝えてある。		