

### 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	4372700874		
法人名	株式会社南阿蘇ケアサービス		
事業所名	グループホームみなみ阿蘇		
所在地	熊本県阿蘇郡南阿蘇村久石2721-2		
自己評価作成日	平成24年10月1日	評価結果市町村受理日	平成25年4月26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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/43/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/43/index.php</a>
----------	---

【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25年3月15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)】

阿蘇五岳を一望できる立地にあり、山の景色や大自然から季節を感じられる場所に位置し、利用者にとっても住みなれた阿蘇山をいつも目にする事で安心感を持って頂けている。弊社事業所全体で、看取りを視野に入れた事前指示書について学び、利用者の思いに沿える様に家族、主治医、職員が共通の認識の下、ケアや精神的な寄り添いをと心がけている。今年度は認知症の実務者研修や指導者研修、各痰吸引の研修と職員のスキルのレベルアップにも力を入れている。

【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)】

\*現在、2ユニットのグループホームの他、サービス付き高齢者向け住宅・デイサービスセンター・ホームヘルプサービスを事業展開し、新たに有料老人ホームも現在建設中で、高齢者の「その人らしい尊厳ある暮らし」の実現をめざし、基本理念を6項目の「運営方針」でさらに具体化し、職員全員で項目毎に解釈を深め、ケアに反映できるよう取り組んでいる。\*管理者は、職員がチャレンジする機会と学ぶ機会を多く設け、職員育成に積極的に取り組んでおり、東北大震災後のボランティア活動支援にもいち早く職員を派遣し、貴重な多くの体験をした職員が育ち、今後もますますの発展が期待できるホームである。\*ホームからは、阿蘇の大自然・四季の移り変わりを満喫でき、入居者は、昔から見慣れているとはいえ、雄大な景色を眺めながら、職員の優しい言葉づかいと対応を受け、ゆったりと穏やかに暮らしている様子が伺えた。

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「個人の尊重」「人生の先輩として敬愛」理念、運営方針を常に意識した言葉、態度で、ケアする人、される人、ではなく尊厳を持った人と人とのつながりを大事にしている	理念をより具体化し、行動指針となる6項目の運営方針を作成。管理者は、職員一人一人にアンケート形式で、項目毎に「どのように解釈しているか」「ケアの中でどのように実践していくか」などの意見提出を求めている。それらを管理者の思いを込めてとりまとめ文章化し、勉強会等を行っており、全職員が理念への理解を深め、共有して安心の介護に繋げている。	
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	地域消防団への参加、区の掃除への参加。秋祭りを広く地域に開放し、近隣の方も祭りを楽しみにされるような恒例行事になりつつある。九州北部豪雨の際、支援物資を避難場所に配ったり避難先として、当事業所の交流室を開放	ホームが開催する秋祭り・もち投げ等の行事には近隣の方たちを招待して多くの参加を得、地域の消防団活動や清掃活動、球技大会等に参加するなど、地域の一員としての活動が行われている。また、保育園児の訪問や小中学生の体験学習を受け入れ、ボランティアの訪問の他、婦人会からタオルをいただいたり、地域の方から野菜をもらう等の交流も行われている。今後は、地域の方へ認知症の勉強会を行なうなど、地元へ貢献する活動に力を入れていきたいと考えている。	
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	小中学生のサマーキャンプ、福祉体験学習の受け入れや、認知症やターミナルケアへの取り組みの勉強会に地域住民の参加もあった		
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	行事報告、行事予定、研修報告、ヒヤリハット、事故報告をし意見交換も行っている。その内容は議事録として残し、家族へは通信紙とともに送り、職員には会議の場で伝達し、改善点などの助言をケアや運営に活かしている	運営推進会議は、区長・民生委員・老人会長・村介護保険担当者・地域包括支援センター・家族等をメンバーに2ヶ月に1回開催。入居者の状況報告やホームの活動報告の後、意見交換を行っている。委員からは、「火災時は風向きや水路の位置を考え、〇〇方面に逃げた方がいい」など、地元ならではのアドバイスを多く得ている。また、それぞれの立場でホームの様子や方針などをPRしており、ホームの応援団的存在となっている。	

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
5	(4)	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	推進会議に地域の有識者、家族代表と共に包括支援センター担当者、今年から、役場介護保険担当者の参加もあり「利用者の男女別、年齢、介護度などの情報も知りたい」と関心を示して頂いている。今後も情報交換し連携を取っていききたい	運営推進会議には、村担当者・包括担当者が出席。日頃から、介護保険や権利擁護に関する情報を得たり、困難事例についてアドバイスを得たり、役場にパンフレットを置きに行ったりと、協力的な関係ができています。	
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	「拘束」について学び、日中は施錠せず、センサーや見守りの中、庭に出たり、ホーム間を自由に、行き来出来るようにしている。ベッド柵によるブロック、言葉による動きへの抑制も拘束に繋がると会議や申し送り意識付けをしている。	身体拘束は行わず、転倒リスクの高い方は、家族の承諾を得てセンサーを取り付けたり、ベッドを使わずにマットにする等の工夫が見られた。尚、基本は職員の気配り・目配りであると意識付けを行い、入居者の安全配慮に努めている。	
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	外部の研修で学ぶ機会があり、職員がストレスを溜め込まないよう、自主勉強会でメンタルヘルスについて学ぶ機会があった		
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	研修で学んだり、併設事業所の方の事例で後見人制度へと繋げる経緯、他職種との連携を会議で情報として学ぶ機会があった		
9		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	利用開始の時に十分な説明を行い、改定(介護報酬等)の時は具体的にわかりやすい文書を配布、面会時にも説明を行った		
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	運営推進会議の家族代表が会議の中で意見を出してくれたり、家族会でゆっくり話す機会のあるときに意見要望を聞くことが出来るが全部の家族とはいえないのでコミュニケーションをもっととって行きたい	年1～2回家族会を開催し、食事やレクリエーションを楽しみ、歓談でコミュニケーションを図っている。また、日頃から家族の面会が多く、ホームでの状況説明の際に要望等尋ねたり、遠方でなかなか来れない家族には電話で話をしているが、ホームへの意見・要望等はほとんど出て来ない状況である。	「家族会」で家族だけの意見交換の場を作ったり、(家族の自主組織としての)家族会の立ち上げを検討されるのも良いと思われる。

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
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	ほかの部署との合同職員会議、月会議への参加、個別の面談で話す機会を作っている	正職員のみ合同職員会議で課題や情報を共有し、各部署に持ち帰って全体の意思統一を図っている。会議では、毎月職員の意見で目標を設定し、見直しを行い、翌月に繋げている。また、職員の意見や提案は、その都度ホーム長や主任に伝えることができる環境で、利用者のための提案はまず実施した後、再検討することとしている。	
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	内外の研修へ積極的に参加、介護職のスキルアップも推奨している。休憩時間の確保にも取り組み、リフレッシュできる職員の環境についても考慮している		
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	ホームヘルパー受講、実務者研修、指導者研修、喀痰吸引の研修に積極的に参加、レベルアップを目指している		
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	九州北部豪雨の際、熊本県グループホーム協会の方々と協働してボランティア活動、物資の支援と連携を図った		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用者の話を傾聴し、それまで使っていたサービスからの情報、ケアマネ、主治医から情報を取り、本人の気持ちを深く理解しようとしている		
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	家族との話し合いの中で、いろいろな話が出来る関係を早期に築く。特に介護ストレスを抱えている家族も居るので話をしっかり聞く。自宅訪問でリラックスした中で話を聞く機会もあった		
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	ケアマネ、他事業所、主治医との連携を図り、何が今必要かを考えている。検討した結果、医療の必要性の強い方が入所ではなく入院となった事例もあった		

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	ホームでは、嫁世代、孫世代の職員が折り返し、利用者の方から昔ながらの保存食や行事について、若い世代へと伝承して貰ったりしている		
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	眼科、皮膚科、婦人科受診を職員と共に受診支援してもらったり不安な時には寄り添い、精神的な支えとなって頂いている		
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	家族はもとより、なじみの方との面会も可能にしている。個人情報に関する問題も家族に確認を取るなどして対応している。息子さんの結婚式に参加、親族、新しい家族との交流の場があり職員も参列、感動の場面に立ち会った	空家となっている入居者の自宅に風を通しに出かけたり、家族の訪問時には、二人だけでホームの食事が食べられるよう環境づくりをしたり、また、母親である入居者が一人息子の結婚式に参列できるよう、ホーム長と主任が同行したこともある等、一人一人の状況に応じ、馴染みの人や場との関係継続支援に努めている。	
21		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	気の合う方とゆっくり話せる場所(ソファ、たたみ間)の提供。日々の申し送りの場でも、関係性を話し合い、ケアに活かしている		
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	他施設に行かれた方への面会は年数が経ち、減ってはきている。面会に行っても忘れられていることもある。推進会議委員の家族代表の方、利用者の方はお亡くなりになったが息子さんは継続して推進会議に自らも参加に意欲を持ってもらっている		
<b>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</b>					
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	希望や想いを聞くように心がけている。高齢、重度化で「きつい、寝ときたい」活動低下な方も多く、やりがい、生きがいを考えるのが難しい	マンツーマンでの入浴中は、職員が相談事を持ちかけたり、入居者がリラックスして本音を話してくれることも多い状況になっている。また、個別に部屋を訪問して話をしたり、入居者が思いを伝えやすい空間作りに努め、入居者の表情を見ながら、ゆっくりと待つケアで意思を汲み取るよう心がけている。	
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	フェイスシートに記入、追加の記入もある。生活歴、家族からの情報を職員間で共有し、会話の糸口にしたり好まれる環境を話し合ったりしている		

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
25		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	ケース記録に記録を残すようにしている。行動はもとより「利用者の考えられる想い」の欄を作り、利用者の気持ちをアセスメントできるよう取り組み始めた。文章にするのがなかなか難しいのか、まだ記入が少ないのが現状である		
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	ケース記録には「本人の考えられる想い」の欄を作り、本人の想いを常に考えて記録に残すようにしている。申し送り等で出た事案は会議や担当者会議で検討しケアプランに反映させるようにしている	家庭訪問し、本人・家族の状況や背景・要望等を把握し、主治医・職員の意見を踏まえてケアプランを作成している。支援経過を「本人の行動・訴え」「考えられる本人の思い」「対応」に整理して記載し、3ヶ月ごとのモニタリングに反映させ、半年ごとにサービス内容を見直すことで、現状に即したプランとしている。	「考えられる本人の思い」への観察や気づきが増え、さらにケアの質の向上に役立つと思われる。
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	看取りの状態になられた方がいて、医師の指示、助言や家族の意向を早急に取り、看取りケアプラン作成し家族、職員が戸惑いがない様サービス計画を立てた		
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	記録様式を改定、検討することで、職員のアセスメント力を強化する取り組みを行った		
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	車椅子使用の方の「帰ってみたい」の想いに即応した外出支援。近隣の特養の特殊浴槽を借りての週一の入浴支援。パンの訪問販売、老人会の誘いと地域で暮らしていると感じる場面がある		
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	定期的に受診、往診で対応し、変化ある時は早めに主治医に相談、指示をいただいている。眼科、皮膚科、婦人科、整形外科と必要に応じ専門医への受診にも対応している	かかりつけ医は入居者の希望に添い、従来の医療機関を継続しており、多くの方が月1～2回往診を受けている。通院される方には基本的に職員が同行し、検査等重要な際は家族同行も依頼している。協力医はホームの目の前にあり、かかりつけ医も24時間連絡可能。各医療機関とも連携を密にし、適切な医療受診に努めている。	
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	北、南ホーム、デイサービスの看護職の連携で経管栄養の方への医療サービスが滞らない支援が出来ている		

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
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。	看護サマリー等の情報を共有し、入居者が同じケアが受けられるよう細部にわたって連携をとれるようにしている		
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	事前指示書を説明、配布し入居者、家族の望む最期の迎え方に寄り添うため、主治医の協力も仰ぎ取り組んでいる	入居者が意思疎通ができなくなった時に備え、最期をどこで迎えたいのか、治療・処置等への要望を記載した「事前指示書」を、全入居者に記載してもらっており、毎年話し合い、相談して意思の確認を行っている。看護師は北ホーム3名、南ホーム2名を配置し、看取りについての職員研修も行っている。本人・家族の希望があり、家族・主治医の協力が得られれば、看取りまで行う方針で取り組んでいる。	
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	地域の消防署に依頼し実践的な救急救命研修を実施。回数が少ないため、今後、機会が増やせる様にしたい		
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	避難場所を取り決め確認できている。区長や民生委員にも有事の際の協力を要請している。また、避難訓練の実施(年2回、昼夜想定)、緊急連絡網の作成、缶詰、米、水、防災マントなどの備蓄を行なっている	避難訓練・通報訓練を年2回実施。内1回は消防署の協力を得、夜間想定のもと実施している。スプリンクラー設置済み。長崎のグループホーム火災を機に、加湿器の夜間使用を止め、乾燥機は2時間おきにチェックし、たこ足配線を止めるなど、火災防止の再点検を実施している。また、運営推進会議を通じ、区長・民生委員等近隣住民の協力も要請している。	消防署職員を運営推進会議に招待し、グループホームや認知症の特性等に理解を深めてもらうことで、訓練にも役立つと思われる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入居者を人生の先輩として敬愛する気持ちを大切にしている。トイレや入浴の声掛けについてはプライバシーを損ねない言葉かけや対応を心掛けている。付き合いの長い入居者に対して、心がけを忘れることはある。	目上の人を敬う気持ちを大切にされた接遇研修を行い、職員の意識向上を図っている。敬語での話し方や丁寧な対応に配慮し、トイレや入浴時の言葉掛けや隠語の使用、部屋に入る際はノックをして入室の目的を告げるなど、何気ない事から再点検を実施。誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について、日々確認し留意している。	

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
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	普段より気軽に話せる雰囲気作りをして、本人の思いを聞いて希望に添えるようにしている。また、誕生日に食べたい物等を尋ね自己決定してもらう機会を作っている。		
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	入浴や食事時間は、職員の都合になりがちである。職員の都合が優先することがないよう心がけている		
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	入浴前に洋服を選んでもらう、鏡の前で髪を整えてもらう、洋服をチェックしてもらうよう努めている。全ての方ができているわけではない		
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	食事は一緒に同じ空間でするようにしている。また、お菓子作りをする、味見をしてもらう、皿洗い、皿拭きなどを一緒にするよう努めている。全ての方に出来ているわけではない	管理栄養士が献立を作成。南ホームで2棟分を一緒に調理している。入居者も、さといもの皮を剥いたり炒めたり、盛りつけ・茶碗拭きなど、それぞれできることを一緒に行っている。職員はやさしく会話しながら介護・見守りを行い、同じ食事を摂っていた。時には玄関先にテーブルを出して食事をしたり、温泉に行って食事をする等、目先を変えた楽しい食事も行っている。	
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	管理栄養士によるメニューにより栄養バランスのとれた食事を提供できている。水分、食事共に入居者の体調や能力などに合わせ形状を変え食べてもらえるよう工夫している。		
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	職員は口腔ケアの重要性を理解しており、食後のケアを行っている。歯ブラシやスポンジ、舌苔用ブラシなど個々に合ったもので対応している。食前には口腔体操や歌うことにより誤嚥予防につとめている		
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	排泄チェック表をもとに、個々に合わせた対応をしている。可能な限りののパンツを使用してもらえよう援助している。また、入居者から発せられるサインを職員間で共有し対応している。	排尿チェック表を基に、表情・動作を見逃さずトイレの誘導を行い、失敗の軽減に努めている。立ち上がってズボンをさわったらトイレのサインなど、全員で共有し、一人一人に応じた対応に努めている。紙パンツ使用で入居された方が、布パンツでパット使用に改善された事例もあり、自立に向けた支援が行われている。	

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
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	管理栄養士による食物繊維が多くバランスの取れたメニューを取り入れている。水分補給の徹底、乳製品を飲んでもらうなどの工夫をしている。主治医に相談し緩下剤を使用しコントロールしている。		
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	入居者の入りたい日や時間を尊重している。無理強いせず、トイレ後や気分転換後に誘うような工夫を行なっている。本人からの入浴希望が少ないため、職員側で体調や精神状況等をみて対応している。職員都合にならないよう注意必要	南ホームは一日おき、介護度の高い北ホームでは、週2～3回の入浴が目安であるが、希望すれば毎日の入浴も可能。体調によって清拭・足浴に変更したり、近くの温泉に出かけ入浴を楽しむなどや、季節によっては菖蒲湯等の行事風呂や入浴剤を利用し、気分を変えて入浴を楽しむ工夫も実施されている。	
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	休息については本人の状態をみて対応している。夜間の睡眠については、主治医と相談しその方にあった薬の処方をしてもらっている。また、なかなか眠れない方には一緒にテレビを見る、話をするなどの工夫をしている。		
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	薬手帳の活用や一覧表を作成することにより、病気や薬に対する理解をするよう努めている。変更があった場合はもう仕送りや記録をすることで周知している。		
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	以前はできていたことが、認知症の進行や加齢に伴い出来なくなっているのが現状。今できることを見直す必要あり。		
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	天候や本人の気分に応じて近隣へ散歩に行く機会をつくっている	天気の良い日はホーム周辺を散歩したり、隣接するサービス付き高齢者住宅の地域交流室の喫茶室にお茶を飲みに行ったり、近くのパン屋さんや物産館に出かけたりと気分転換を図っている。また、温泉や桜の花見・植木市・いちご狩りなどへ、お弁当持参で出かけることもあり、楽しい外出支援の機会が多く作られている。	

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
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	お金を使う機会がほとんどないのが現状。必要なものは家族の許可をもらい、預かり金(小遣い)より支払っている(小遣い帳に記録している)。		
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	家族の協力のもと、定期的に電話してもらい会話してもらっている。家族との会話を非常に楽しみにしている		
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	室内照明(白熱灯)や自然光により生活空間が心地よくなるよう工夫している。刺激に対しては個々によって快不快が異なるため、その都度対応している。室内からは季節の花や木があるため、季節の移ろいを感じてもらえることができる	落ち着いた静かな雰囲気のある北ホーム、天井が高く、明るく開放感のある南ホーム。いずれのホームも木がふんだんに使われ、リビングからは雄大な阿蘇の景色を臨むことができる。ホワイトボードにおひな様の絵を描いて季節感を出したり、「草萌ゆる」の書道作品を掲示して、春の到来を知らせる等、ゆったりと穏やかな居心地の環境となっている。	
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(2~4人掛)や個々に合った椅子を用意している。それぞれが思い思いに利用できるよう設置場所などを工夫している		
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	馴染みのある家具や調度品を使用してもらっている。また、思い出の品や、写真などを飾り、愛着を持ってもらえるよう工夫している。また、テレビやラジオを楽しみにしている。また、テレビやラジオを楽しみにしている。また、テレビやラジオを楽しみにしている。また、テレビやラジオを楽しみにしている。また、テレビやラジオを楽しみにしている。	それぞれに整理ダンス、衣装掛け、テレビ、鏡台などを配置し、壁には家族の写真やカレンダー・お誕生日のメッセージカード・壁飾りなどが貼られ、一人一人居心地の良い自分の部屋となっていた。	
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	入居者が動きやすい環境づくりを心がけている。必要に応じて、表札や目印になる物を設置している。		

### 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	4372700874		
法人名	株式会社南阿蘇ケアサービス		
事業所名	グループホームみなみ阿蘇		
所在地	熊本県阿蘇郡南阿蘇村久石2721-2		
自己評価作成日	平成25年3月1日	評価結果市町村受理日	平成25年4月26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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/43/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/43/index.php</a>
----------	---

【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25年3月15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)】

阿蘇五岳を一望できる立地にあり、山の景色や大自然から季節を感じられる場所に位置し、利用者にとっても住みなれた阿蘇山をいつも目にする事で安心感を持って頂けている。弊社事業所全体で、看取りを視野に入れた事前指示書について学び、利用者の思いに沿える様に家族、主治医、職員が共通の認識の下、ケアや精神的な寄り添いをと心がけている。今年度は認知症の実務者研修や指導者研修、各痰吸引の研修と職員のスキルのレベルアップにも力を入れている。

【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)】

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎朝の申し送りの後に出勤者全員で読み上げ日々の業務に当たっている。又、新人の職員から現任の職員まで共有が出来るようアンケートを取り、それを基に文章化し共有化に努めている。		
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	以前は、地域の清掃活動や敬老会に参加をしていたが認知症の進行や身体レベルの低下に伴い出来なくなっている。外出の機会を多く取り入れ散歩や受診時等に地域の方や知人の方と会われた際は交流の場となるよう心掛けている。		
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	小中学生のサマーキャンプ、職場体験事業を受け入れ、認知症について理解を深めてもらえるよう努めている。秋祭りには、地元住民の方にボランティアを募り参加して頂く事でグループホームへの理解に繋がるよう努めている。		
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	毎回、行事の報告・予定、事故報告・ヒヤリハットについて説明し意見を頂いている。そこで出た改善点や助言は、現場で行かせるよう心掛けている。		
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	運営推進会議には、毎回出席して頂きホームの現状を説明している。担当者の方からも地域の情報を頂いたり、サービスの導入が必要と思われる方の相談等でスムーズに対応できるよう関係作りに努めている。		
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	センサー等を取り入れる場合は家族への説明を十分行っている。職員は、行動を制限するためのセンサーではないことを理解し、併せて不穏等の原因となることに目を向け改善するようにしている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	外部研修で学ぶ機会があり、復面書や研修報告会において全職員に通達している。		

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
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	外部研修で学ぶ機会があり、復面書や研修報告会において全職員に通達している。併設事業所において後見人制度を利用される事例があり、経緯、他職種連携を学ぶ機会となった。		
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	サービス利用開始時には、料金や事前指示書に関して具体的に説明している。介護報酬の改定に伴う利用料の変更がある時は、文書の配布と併せて個別に説明している。		
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	運営推進会議の家族代表の方の意見やケアプラン説明時において要望意見を聴くように心掛けているが、遠方で面会の少ない家族等の対応がまだ不十分である。		
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	各部署の職員会議、合同の会議に出席して職員の意見を聴くように心掛けている。		
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	内外での研修へ積極的に参加を促し職員のスキルアップに繋げている。休憩時間の確保にも取り組み、リフレッシュできる環境作りについても考慮している。		
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	ホームヘルパー受講、実務者研修、指導者研修、喀痰吸引の研修等、積極的に参加を促し職員のレベルアップを目指している。		
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	九州北部豪雨の際に熊本県グループホーム協会の方々と協働してボランティア活動、物資の支援と連携を図った。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用者の話を傾聴し、これまでのサービスの利用状況等の情報を出来るだけ多く収集し、本人の混乱が最小限となるよう心掛けている。入居後にわかる情報も職員間で共有するよう努めている。		
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	情報を聞き取る際には、環境、思いを話せる雰囲気作りに気を付けている。入居後面会時に色々と新しい情報を得られることが多いので、その都度職員間の情報の共有に努めている。		
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	入居の希望がある場合は、主治医、ケアマネジャーと連携を取り、その人に必要なものは何か検討している。医療の必要性が高い方が入院となった事例もあった。		
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	グループホームという家庭的な雰囲気の中で、本人の残された力を発揮でき、協力しながら共に生活しているという気持ちを忘れないように心掛けている。		
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	家族と協力し本人の生活を支えていくということを入居の段階で説明している。入居後は、病院受診の付き添いや、定期的な外出外泊を家族と相談しながら行い利用者の精神的な安定となるよう協力して頂いている。		
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	家族や昔からの友人知人の方の面会を受け入れている。これまでの関係を続けてもらうためには、家族の協力が不可欠だが、家族の様々な思いがあり敬老会等への参加が難しい状況にもなっている。		
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	利用者同士のトラブルを未然に防ぐよう心掛け、共に生活する仲間として関わり合えるよう常に気をつけている。ホールや皆が集う場所、食堂の座る位置等も考慮している。		

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	長期の入院に伴う退居の際には、家族本人の不安に目を向け、ホームとしての協力体制などを説明し不安感の解消に努めている。		
<b>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</b>					
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	生活の中に本人に選択して頂く機会を提供できるよう気を付けている。思いや希望を伝えられない方には、家族に話を聞き本人の希望や意向に近い生活を提供できるよう気を付けているが難しくなっている現状がある。		
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	生活歴、生活習慣の把握は、本人家族から情報を収集している。又これまでのサービスの利用があればサービス事業所に利用時の状況等を聞いてホームでの生活に活かせるよう努めている。		
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	生活の中で気付いたことは、ケース記録に残しているがケアプランに繋げられるよう努めている。		
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	家族からの情報や意見を取り入れられるよう関係の構築に努めている。ケース記録の充実でアセスメントがしやすくなっているがケース検討の会議の時に職員からの意見をもっと引き出せるように工夫を考えている。		
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	記録の記入方法に個人差があるのが現状ではあるが、その中でも職員間の情報の共有は日々の申し送り、会議において出来ている。		
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	柔軟な支援、サービスの多機能化まで行えているかはわからないが、自宅への外出支援、家族の宿泊、食事の提供など細かなニーズには対応出来ている。		

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	色々なボランティアの受け入れや、秋祭りなどでの地域住民の方の協力をして頂き生活に楽しみが持てるよう支援している。		
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	これまでのかかりつけ医で継続できるように支援している。定期的な受診や早期の受診でかかりつけ医との連携を取っている。専門医への受診が必要と思われる場合は、家族と相談協力し受診に繋げている。		
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	少しの異常でもすぐに看護師へ報告する環境が出来ている。別ユニットの看護師との連携も取りながら適切な看護は提供出来ている。		
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。	スムーズに入院の対応が出来るようにサマリーを作成している。入院後も面会に行ったり家族と連絡を取りながら状態の把握に努めている。		
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	事前指示書を導入し本人家族の望む最期の迎え方を職員、家族、主治医と連携して共有している。導入して間もないため戸惑われる家族も中にはおられる。		
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	地域の消防署に依頼し、実践的な救急救命訓練を実施したが今後は、回数を増やし実践力の向上に努めて行く。		
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	定期的な訓練と避難場所の取り決め、地域の方々への有事の際の協力、缶詰などの備蓄は出来ているが、実際の夜間での訓練がなされていないので不安な部分もある。		

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	運営方針にもあるように人生の先輩としての敬愛の念を持ちケアにあたっている。プライドを傷つけないような声掛けや対応を統一している。		
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	生活の中で小さなことでも本人が選択できるような機会を提供するよう気掛けている。日々の会話の中からも希望や思いを耳にしたらそれに沿えるように努めている。		
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	業務優先ではなく生活優先となるよう心掛けている。散歩や食事の時間などに柔軟に対応するように努めている。		
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	職員と一緒に洋服を買いに出かけて気に入ったものを買って頂いている。外出時や行事の時には身だしなみにも気を付けている。		
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	決まった献立があるがその中でも一緒に調理したり、献立の説明をして楽しみとなるよう心掛けている。皿洗いの時間になると自ら手伝いをされる方もおられ作ることから方付けまで一緒に行っている。		
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	管理栄養士によるメニューになり栄養バランスの取れた献立となっている。食事が低下された方には盛り付けや形態の工夫をしている。水分もお茶だけでなく色んな飲み物を提供し十分な量が摂取できるよう対応している。		
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	口腔ケアの重要性は認識しており、食前の口腔体操、食後の口腔ケアを実践している。さくら歯科の協力もあり清潔の保持に努めている。		

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	利用者個人に合ったパット類を使用し失禁があった際も不快感を最小限になるよう努めている。現在排尿パターンを把握しトイレでの排泄となるよう努力している。		
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	食物繊維の取れた食事の提供と運動のバランスを考えて自然な排便を心掛けている。排泄チェックを行い下剤の調整を行って無理のない排便コントロールに努めている。		
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	限られた入浴の時間で利用者の希望を聞きながら対応している。拒否のある方には声掛けを工夫したり散歩の後に声掛けを行ったり工夫している。温泉への外出を設けている。		
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	活動と休息のバランスを考えながら適度に日中も休息の時間を設けている。一人で過ごす時間も大切に生活パターンや習慣を尊重している。		
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	薬手帳の活用、利用者ごとの内服薬の一覧表を配り対応している。確実な服薬確認のために飲み込まれるまで見守りを行っている。		
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	個人個人に合った役割をお願いしている。認知症の進行や身体レベルの低下に伴ない一部の利用者の方しか行えていない状況もあり、出来ることの見直しが必要となっている。		
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に支援している	自宅の事が心配になられた方と一緒に自宅へ外出したり、家族と協力して墓参り、盆正月の自宅への外泊外出の機会を提供している。ホーム内だけの生活とならないよう温泉や植木市、花見等の外出の行事も提供している。		

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
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	外出の時にジュースやお菓子を自分で買われたり、管理が困難な方にはホームで立て替え、支払いを一緒に行うなどの工夫を行っている。		
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	家族からの贈り物のお礼の電話や「家に電話をしてほしい」との希望があればすぐに対応している。		
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	各居室な共有のスペースには季節の草花を飾り季節感を感じられる工夫をしている。利用者の方が作られたちぎり絵などの展示スペースを作りやる気を引き出す工夫も行っている。食堂の窓からは、阿蘇の山々が見え季節の移ろいを感じてもらうことが出来る。		
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	ソファや椅子をホールや廊下、畳の間に設置している。共有の空間では、利用者の中でそれぞれの定位置があり職員もそれに気を配っている。		
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	季節感のある居室の空間作りを目標にするなど各居室の担当を決め、利用者の方と話し合いながらレイアウトを決めている。お位牌を持って来られている方には、毎朝、仏飯の提供をしたり、家族の写真を飾られたりと居心地の良い環境作りに努めている。		
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	居室の入り口やトイレには目印を付けてスムーズに動ける様工夫している。廊下の途中には椅子を設置し休憩場所やコミュニケーションの場所となっている。		