

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	4372800716		
法人名	有限会社 せせらぎ		
事業所名	グループホームせせらぎ		
所在地	熊本県上益城郡甲佐町白旗986		
自己評価作成日	平成28年8月8日	評価結果市町村受理日	平成28年11月4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.kai.gokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【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28年9月2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)】

できるだけご本人の思いに応え、最期の時まで、ご家族と一緒に、ご本人の生活を支えて行きたいと思っています。看取りに関しては、ご家族・病院と連携を図り、ご本人が最期まで安心して過ごせるように、チーム一丸となって日々のケアについて考えています。より質の高いケアを提供できるように、個別の教育計画を掲げ、朝の申し送り、ミーティング、研修会等を通して、認知症ケアについての学びを深めているところです。昔ながらの家屋が持つ力を職員が十分に活かし、ご利用者の力を引き出せるように、地域住民の方、実習生の方々よりお力をお借りして様々な視点から、学ぶ機会を頂いています。震災時は避難所生活を経験し、まだ復興の途中ではありますが、この震災で地域との繋がりを改めて感じる事が出来ました。今後もこれまで同様、地域の中で、地域福祉の拠点となるように、努力し続けたいと考えています。

【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)】

昔ながらの家屋を活用した民家改修型グループホームとして、家庭の介護が実践されているホームである。職員研修に力を入れており、全職員が認知症ケアの技術を学んでいる。特に、4月の「熊本地震」では入居者の「命を守る」という使命感で職員が一致団結して、地域の協力も得ながら非日常の困難に立ち向かっている事が伺えた。四季折々の自然が感じられるこの地にホームを開設して16年を経た今、代表の地道な努力の積み重ねにより、地域住民に受け入れられ、行政からも頼りにされる存在であり、今後、益々高齢者福祉の拠点として期待が持てる施設である。

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、安心して暮らしている (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	理念は、地域密着型サービスの意義をふまえた内容となっており、毎週月曜日の朝の送り時に、理念の唱和を行い、事例を通して理念を振り返り、共有することができている。	「家庭的介護」を念頭に、残された能力を引き出し、自立支援とその人らしい生活ができるよう個人を尊重する事、楽しい時は一緒に楽しみ、悲しい時は一緒に悲しんで、受け入れ共感する事、更に、安全で安楽な暮らしを確保する事、などを理念とし、地域の中で普通の生活ができるよう自然体での日常が営まれている。	
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	朝夕の挨拶はもとより、区役、老人会、地区の旅行、地区行事への参加、地元の中学生の実習受け入れ、地域と協力しウォークラリーの開催等を行っている。梅ちぎりや七夕、餅つきなど地域の方の協力により開催できている。	4月の「熊本地震」発生後、地域の消防団がいち早くホームの利用者を布団ごと運び出し、避難させてくれており、ホームが地域の一員として日常的な交流が出来ていることが伺えた。	
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	地域の学校の福祉体験や実習など積極的に受け入れている。老人会での認知症に関する講座や体操、認知症サポーター養成講座など、認知症の方が住み良い社会にするための提言は積極的に行うことができている。		
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践、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	運営推進会議の度に、詳しくサービス内容について報告し、評価に対する取り組みも、地域からご意見頂きながら、より良い方向へ改善できるように、努力することができている。	会議は、地域福祉推進員・前老人会長・地域住民・行政・地域包括支援センター・実習生等が参加して、2か月に一度開催されている。地震後の会議では、参加者全員がそれぞれの立場で、地震時の状況を出し合い、住民同志の助け合いや励ましで「地域力」が発揮された事が再認識されている。	各委員から、多くの反省点も出されており、今後それ等に知恵を出し合って取り組む事で、今後の推進会議は益々有益なものになると思われる。更に家族の参加も期待したい。
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取り組んでいる	運営推進会議の際に、活動内容など詳しく報告している。書類面で分からない場合は、役場にお尋ねし、ご指導頂いている。震災後の地域福祉の維持、発展を図るため、これまで以上に、行政との連携を図っていく。	地域包括からの依頼で、月刊「オレンジ通信」に、代表が認知症への理解や地域福祉全般についての記事を掲載し、情報発信している。これは甲佐町全戸に配布されており、現在も継続中である。	今回の地震の体験を踏まえて、地域福祉の維持発展の為に「ホームの役割」としてどう関わっていくのか、更なる活躍が期待される。

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
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	身体拘束とは何か、研修会等行っている。基本的に深夜(21時～6時)以外は鍵をかけない。転倒の危険が高い方でも、和室を活用したりし、環境の調整により、身体拘束を行わないケアに取り組むことができている。	年一回、法人内研修で、どんな事が拘束になるのか、又、拘束による弊害等について学んでいる。重度の方も可能な限り動いて貰ったり、言葉による抑制に注意を払う等を意識して取り組む姿勢が伺えた。	
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	虐待防止についても、研修会行い、虐待の芽となりえる不適切なケアから勉強している。また宿直体制を取ることで、夜勤者の精神的な負担感の軽減にも繋がっている。利用者中心のケアを念頭に置き、ミーティングを通して、その都度自分たちのケアを振り返る機会を設けている。		
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	管理者・リーダークラスの研修はあるが、全職員が理解できているとは言えない。権利擁護に関する制度について、マニュアルや回覧によって周知を深めていきたい。		
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	入居の際には、重要事項や契約書等ゆっくり説明する時間を持っている。またアセスメントを兼ねて、不安や疑問点などお聞きすることができている。改定等は家族会、面会時に詳しく説明し、家族の理解・納得を図ることができている。		
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	年2回、家族会を開催し、運営に関する事など意見を頂いている。また、面会時に要望等を聞き、運営に反映させることが出来ている。今年度も、運営推進会議に家族、利用者の参加を依頼していく。	年2回、家族会を開催しており、バーベキューや鍋を囲んで、和気あいあいの中で意見を聞いている。家族アンケートでもホームに対する満足度は高く、意見や要望は出ていないようである。利用料金は持参する事となっているので、面会が少ない家族でも月1回は訪問があり、その際、本人の日常を伝え、ホームへの思いや願いを聞く機会としている。	
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	ミーティングでの職員の意見を、定期的開催される管理者・リーダー会議にて報告し、運営に関する意見を聞いて貰う機会がある。また、その意見を運営に反映してもらうこともできている。	より良いケアを目指して、代表が職員に求めるものや、意欲向上への期待は大きいと思われるが、職員は年度初めに「教育計画表」や「研修計画」を作成し、ミーティングを重ねて、ケアの統一とレベルアップが図られている。特に、地震発生時は全職員が、自発的にホームに駆けつけて利用者中心のケアに集中した事に、その成果が表れている事が実感できた。	

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
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	代表者である管理者と、現場のリーダーが定期的に面談を行い、意見や努力を聞いて貰える機会がある。また年度初めに、教育計画票に自分自身が勉強したいこと記入してもらい、出来るだけ本人の希望に沿った研修等に参加できるように工夫されている。		
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	法人内では、各職員の研修計画作成し、レベルに合わせて、新人・スタッフ・管理者研修を行っている。社内研修も定期的に行い、リーダークラスは新人スタッフへの講義など行えるように勉強している。		
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	熊本県地域密着型サービス連絡会の活動を通して、定例会・懇親会への参加、各事業所の見学会など行っている。開設者研修や、実践者研修の実習の受け入れなど行い、代表より相談・アドバイス等行い、継続してサポートを行っている。		
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	初期の面談時に、アセスメントを行い、本人・家族から、不安やどのように過ごしたいか等、要望を聞くことが出来ている。アセスメント用紙の記入を家族と一緒にしたりもしている。日頃の関わりの中で本人の想いを汲み取れるよう、現在アセスメントの取り直しを行っている。		
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	最初の段階での面談は傾聴を中心に行う。本人の現状とグループホームのケア、家族の思いとの間にギャップができないように努めている。また面会に来やすい雰囲気作りにも配慮している。		
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	ニーズに応じて、他の事業者や他のサービスを紹介することもある。地域外の場合、担当の地域包括支援センターを紹介している。ふれあいホームや、共用型のデイなど、ニーズに併せて柔軟に対応している。		
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	調理や、生け花、裁縫、掃除など、その方の力に合わせて一緒に行っている。利用者の方に教えて頂く事も多く、職員の中に「共に暮らす」という感覚は根付いている。		

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
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	家族面会時には、必ず付き添い、話をする時間をもつようになっている。状態の変化時にはその都度連絡している。散髪や自宅帰省など、家族によっては定期的に行われており、病院受診も、できるだけ、家族に同行してもらっている。		
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	馴染みの地域への買い物、外出支援で、慣れ親しんだ方々から声をかけてもらい、利用者だけでなく、職員も喜びを感じている。自宅への外出・外泊の支援も、家族と連携し行っている。	毎月、地元の「観音さん参り」に行く利用者や、老人会への参加、お盆に帰省する等、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援が行われている。	
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	グループでの回想法等行い、どんな事をされてきたのか、など話をしたりする。利用者同士でも自然と会話が弾むように、景色や、小物等準備し環境の調整行っている。		
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	共用型のデイを利用後、一旦他施設に行かれ、その後、グループホーム入所になった方もあり、ご家族の気持ちには配慮することが出来ている。また、グリーンケアの一環として、49日前後にご自宅を訪問し、家族の様子を聞くことができています。		
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	言葉の出にくくなった方、思いを伝えづらくなった方の思いに配慮することの出来るスタッフが多い。ミーティング等を通して、本人がどう思っているのか意見を出しあっている。	聞き取りが困難な利用者に対して、顔の表情や生活リズム等を根気よく観察・記録し、話しかける回数を増やす等に努めた結果、全職員が言葉にならない思いを聞き取ることが出来ており、本人の心の安定に繋げている。	
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	入居時のアセスメント以外にも、センター方式など活用し振り返るようにしている。利用者、家族との日頃の会話から、これまでの暮らしについてお聞きする機会は多く、それを日常のケアに活かすことが出来ている。		
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	一日の過ごし方等、家族に聞き、日常生活に活かすことが出来ている。できることできないことシートを活用し現状の把握に務め、毎日、バイタルチェックを行い、健康管理にも努めている。		

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
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	各担当でプランの評価、再アセスメントを行っている。朝の申送り時やプランの検討の際にできるだけ多く意見を出し合うようにしている。職員1人1人の細かい気付きや意見を反映させたプランの作成を行っていきたい。	入居時にケアマネや、家族からの情報を基に、暫定のケアプランを作成し、1か月を目安に日常の観察や記録から再アセスメントしている。本人・家族・職員の意見を反映させ、担当職員によるモニタリングを3か月・6か月毎に行い、プランを見直している。又、「ひも解きシート」や「センター方式」のアセスメントによって、本人の思いや意向を把握し、その人らしいプラン作成を心掛けている。	
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	記録に関しては、不十分で、たくさんの気づきや情報はあっても口頭で伝えてるだけで記録に残っておらず、ケアに反映されていない事が多い。スタッフの細かい気づきは多いので、意見の集約ができる環境を整えていく。		
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	ふれあいホーム等も行っており、緊急時の宿泊等、柔軟な対応を行っている。老人会や地域の敬老会参加の為の送迎、震災時の避難所での支援など、柔軟に対応することができている。		
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	買物やドライブなどその方の生活歴に合わせて支援するようにしている。季節の行事など、地域の方が主になって支援して下さることも多い。イベント時にはボランティア等活用できているが、まだ日常的には地域資源を活用できてない。		
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、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	基本的には入居以前から通っていた病院に通院するようにしているが、看取りの時期や、移動の負担、緊急時の対応など、状態に応じて協力医療機関に担当してもらっている。家族が通院介助される場合は、情報提供書作成し連携している。	病院受診は、家族付き添いが基本だが、状態変化や、家族の依頼があれば職員が同行している。看護師・准看護師の職員がおり、24時間対応が可能である為、適切な病状把握の上、かかりつけ医に情報提供を行い、利用者の健康管理に繋げている。	
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	グループホーム内に正看護師1名、准看護師2名勤務。24時間、何かあればすぐに状態報告し指示をもらっており、介護職の不安の軽減にもつながっている。		

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
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。	できるだけ早く退院できるよう、面会や電話連絡など密に行い状況確認している。せせらぎでできる重度ケアの範囲等説明し、退院後の対応について医師と話し合っている。また、看取りの際はよりこまめに情報交換行っており、日頃からの、関係づくりも積極的に行うことができている。		
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	重度化し看取りの必要性が生じた場合の指針を作成し家族に説明している。利用者の状態により、ケア会議を行い、家族の意向や本人の希望等、再確認し、一緒に話あう機会をもっている。家族の要望はもとより、本人の意向をしっかり汲み取れるよう、配慮していく。	「せせらぎ」独自の「入居者が重度化し看取りの必要性が生じた場合等における対応の指針」があり、入居前に家族に説明している。家族・医療スタッフ・職員がチームとなって質の高いケアを提供し、最後までその人らしく穏やかに生きられるような「終の住み処」としての役割を果たすべく、日々努力している事が伺えた。	
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	日常的に看護師より、緊急時の対応方法、観察、報告の仕方等指導してもらっている。急変や事故発生に備え、マニュアル等確認しておくよう指示している。今年度、救急救命蘇生法の研修を通して、さらに強化を図っていく。		
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	地域の方と一緒に、年2回避難訓練を実施し、協力体制を確認している。震災は地域の協力もあり、無事に避難できたが、今後は地区の自主防災組織を活用した訓練を、定期的に行っていく必要がある。	夜間想定での避難訓練では、地域住民の協力を得て、避難経路・消火器の場所確認と共に利用者をどう救出するか等が話し合われ、実践されている。地震発生直後から、全員で「白旗福祉ふれあいセンター」に一週間避難していた事も良い経験になっている。	避難所での体験が、更に今後の災害対策の取組みに活かされるものと期待したい。
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	朝の申し送り時、介護理念に沿って、自分たちのケアを振り返り、本人にとって、心地よい言葉かけ、対応が出来ているか定期的に確認することができている。	介護理念に基づいて、本人が嫌がる事はしない、無理強いはいしない、やる気が出るのを待つケアに徹し、利用者が安心して過ごせるよう信頼関係の構築に努めている。職員同志、利用者の事について話し合う時は親しみを込めて「ばあちゃん達」と言っているが、本人に直接語り掛ける場合は苗字で呼びかけており、一人ひとりの人格を尊重した対応が行われている。	
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	日常生活の中で、本人の思いを尊重し、自由に過ごしてもらっており、自己決定できるように配慮することが出来ている。		

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
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	基本的な1日の流れはあるが、柔軟に対応できるようにしている。要望に合わせ、外出等はできるだけ行っている。一人ひとりの希望に沿った支援、また要望を聞く姿勢が、より必要だと思われる。		
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	美容室は今まで通われていた場所に、家族が連れて行って下さったり、送迎を行ったりしている。外出時はお洒落をしてもらうが、日常的に衣類を選んだり、お洒落を楽しんでもらう、といった意識は不足している様に感じる。		
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	利用者の方に合わせて、下ごしらえ、皮むき、味見、台拭き、後片付けなど行っている。頂いた野菜や、畑で収穫した野菜を上手く活用して会話に活かしている。	決まった献立は無く、職員が旬の野菜など買い物に行き調達したものや、差し入れの野菜等を活用し、調理している。職員も同じ物を一緒に食べ、和気あいあいの家庭的な食事風景が見られた。訪問当日、利用者の誕生会があり、職員手作りのケーキで職員と利用者全員で祝う様子はアットホームで、本人の満足感が感じられた。	
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	入居1～2週間、退院後、状態の変化時に記録様式を変更し、状態の把握に努めている。食事にムラがある方は1日5～6食の意識でケアしている。状態に合わせて形態も柔軟に変化させている。		
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	利用者の方の状態に応じて、歯ブラシやスポンジを使用している。訪問歯科の利用も行っており、その都度ご指導頂いている。本人に出来る部分は積極的に行ってもらっている。		
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	できるだけ日中は、オムツ使用せず、布パンツで対応し、トイレでの排泄をすすめている。排便のタイミングが合わず、不快な思いをさせないように、排泄パターンの確認と検討を行っている。	入居後2週間位、入居者の表情・仕草等を観察・記録し、排泄パターンを把握。定期的なトイレ誘導に繋げている。日中は全員トイレでの排泄が出来ており、夜間もトイレ排泄を心掛け、おむつ使用軽減に努めている。	
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	ヨーグルトなどの乳製品や繊維質の食品など、意識して食べて頂き、食事や効能の勉強を行っている。また、入浴時の腹部マッサージや運動も取り入れ、できるだけお薬に頼らない支援を実施している。		

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
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	お風呂場・脱衣所が利用者にとって楽しめる環境になるように検討が必要。中・重度の方が多く、2人介助の方はどうしても職員の都合で入ってもらっている事が多い。個々に応じて、入眠前の足浴等もやっている。	入浴日、時間は決まっておらず、本人の生活歴や入浴習慣の継続で、夜間入浴にも応じている。終末期の利用者についても、看護師が付き添い可能な限り入浴してもらっており、「できない」ではなく「できる限りやろう」という考え方で、入浴支援に取り組んでいる。	
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	座席の状況や体調に合わせて自室やこたつに休んでもらっている。長時間の座席は避けてこまめに椅子や場所を変えるようにしている。眠れない時は一緒に添い寝したりしている。体調に合わせて柔軟に対応している。		
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	薬の作用、副作用、用法、用量については処方箋ファイルを閲覧している。薬箱にも処方箋を貼付し、間違いがないように準備の度に確認している。新しい薬は、効能・副作用等詳しく調べ申し送り確認を行っている。		
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	生活歴の把握はできているが、生活歴を生かしたケアが、毎日の役割かという点で十分ではない。重度の方に対しては会話や写真を通して楽しみにつなげており、日常的に本人の力を発揮できる様に、支援のあり方を検討している。		
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られるように支援している	買物や、散歩等希望があればできるだけ行っている。重度の方も外食、温泉等希望に沿って行くことができている。今後は、より家族やボランティアと協力して本人の希望に添えるようにしたい。	塚原古墳のコスモス・嘉島のひまわり・甲佐の鮎のやな場等に出かけている。また、年2回、施設内の消毒を行う際は家族にも呼びかけて近くの温泉に出かけており、職員にとってもリフレッシュの機会となっている。	
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	お金の管理は職員が行っているが、買物の際は自由に選んで買って貰うことが出来ている。		
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	本人希望時は家族にも承諾を得て、電話をかけて頂いている。お手紙など届いた際は代読している。電話をすること、手紙を書くことを、より日常的なものにしていきたい。		

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
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	震災後、縁側やこたつ間が使えない状況ではあるが、季節の花や、旬の野菜を飾ったりして、季節を感じて頂く工夫は出来ている。一日も早く通常のせせらぎにもどり、認知症の方が安心して過ごすことの出来る環境を作っていきたい。	段差のある玄関を入ると、古いミシンが置かれ、テーブルには季節の花や野菜がさりげなく飾られており、インテリアとなっている。テレビやソファが置かれたリビングに続いて台所があり、職員は調理しながら利用者を見守りつつ、会話を楽しんでいる。地震の影響で使える空間は半分となり、不自由を強いられているが、どんな困難な状況にあっても今、できる事をやろうという全職員のチームワークで、利用者は落ち着いた暮らしが出来ている。	
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	震災後、共用空間は限られているが、その中でも個々の特性や、体調に応じて、思い思いに過ごせるよう、配慮することが出来ている。		
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	震災後で、それぞれの居室もまだ使えない状況ではあるが、改修後はこれまでより、さらに安全で居心地良く過ごせるよう、本人、家族と共に居室作りを行っていききたい。	地震の為、訪問当日段階で使える居室は3部屋であった。一部屋に2~3人、廊下続きのデイサービスの部屋に5~6人が一緒に就寝。職員は「寝具を敷く、片付ける」が毎日の業務となっている。利用者から特に不満や苦情はなく、地震後かえって寄り添って寝る事に安心感があるようだ職員は感じているが、早い復興が待たれる。なお、現在は6部屋使える状況までになっている。	共用空間と居室が一日も早く改修されて、利用者個々が安住できる自分の部屋を確保できるまで、きめ細かな心身のケアに期待したい。
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	玄関には上がり框、和室には掘り炬燵があり、慣れ親しんだ日本家屋の造りを残すことで、できること、わかることを活かすことに繋がっている。また、畳の部屋で休んで貰ったり、出来る限り歩いてもらうことで、安全かつ、自立した生活を続ける事が出来ている。		