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	4390100883		
法人名	医療法人 祐基会		
事業所名	グループホーム悠祐		
所在地	熊本県熊本市中央区水前寺4丁目7番15号		
自己評価作成日	令和2年2月1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	http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 あすなる福祉サービス評価機構		
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205		
訪問調査日	令和2年2月26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)】

①当法人の母体は帯山中央病院の為、日常の健康管理から急変時の対応まで連携がスムーズである。帯山中央病院、悠心病院、長野歯科の定期的な往診により、異常の早期発見など、各医療機関との連携も充実している。
 ②個人の意思を尊重した家庭的な雰囲気の中で掃除や洗濯物たたみ出来る家事は職員と一緒にやる。地域行事も積極的に参加し地域交流を図っている。 ③認知症の進行を遅らせ予防する効果があるとされる臨床美術を取り入れ、作品づくりの楽しさや五感への刺激とリラックスできるコミュニケーションによって脳の活性化を図る。

【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)】

開設して8年、管理者の変更等職員の入れ替えとともに、入居者も重度化等により入れ替わりが進んだホームがあるが、最高齢98歳という現状に、管理者は今後を見据え改善意欲をもって職員の意見を収集しながら新たなホーム作りに邁進している。業務変更、改善が入居者との時間を充実させ、限られた時間として“今”できる事を家族の協力も得ながら支援している。地域密着型事業所として、入居者が地域の一人としての生活が課題として、次のステップに向けサロン参加等模索されており、今後の展開に大いに期待したいホームである。母体が病院であり、24時間の医療との連携は家族の安心感になり、家族からの親へ向けた手紙等工夫しながら家族との強固な関係性を築き上げている。地域への貢献も視野した地域への発信が、今後のホーム運営に反映されるものと大いに期待したい。

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 ↓該当する項目に○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、活き活きと働いている (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

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	各フロアーに事業所理念を掲示し、毎日朝礼時に全員で唱和している。ケアを実践する判断基準は、理念にあることを共通認識として理解している。	開設当初からの理念である“安心と尊厳ある生活・残存能力の発揮と維持・家族や大切な人との交流による地域社会の一員としての生活”を各フロアーでの掲示及び朝礼時等の唱和により意識向上を図っている。毎月のミーティングや運営推進会議の中で理念を想起させながら話し合いを行うとともに、職員は半年毎に目標を立て、1次評価・最終評価等意欲や向上心を持ったケアに努めている。地域密着型として、入居者が地域の一員としての生活を課題としている。		団地やアパートが多いという立地面から外に向かった活動は難しく、“地域社会の一員として…の理念の実践を課題としている。新年度に当たり、全職員で原点に立ち、理念の見直しを検討されることが望まれる。
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	ボランティアを招いて交流を深めている。地域の座談会、研修会など地域行事には積極的に参加している。	自治会に加入し、回覧板の受け渡しや近隣の商店を利用している。住民座談会で自治会の問題点や、災害時の対応等地域にある施設として貢献も視野に話し合う等管理者が出かけながら啓発に努めている。老人会や子ども会などにアプローチし、まずこの地域を知ることから再スタートすることや、地域への外出や買い物支援が難しくなる中で、地域の力を借りながら地域に広げた活動を行いたいとしている		管理者は、小学校の給食に呼ばれたり、キッズサポーター養成講座に参画している。入居されても、地域の生き生きサロンに参加できるよう模索し、小学校との相互交流等コンタクトを取る意向もあり、地域情報をリサーチし、交流ができるよう期待したい。
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	運営推進会議にて自治会長、老人会長、民生委員、ご家族の方々に施設内での認知症ケアの取組みを説明し理解を得ている。			
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	2ヶ月に1度の運営推進会議の中で、運営状況や入居者の健康状態、活動内容など報告し意見交換を行っている。介護職員も出来る限り参加し、他の介護職員とも情報共有しながらサービス向上に努めている。	定例化した運営推進会議は入居者の現状報告や身体的拘束適正化検討委員会として拘束の基本的理解を深め、意見交換・質疑応答を行っている。参加委員からの適切な意見や提案も出されており、ホーム側も検討している。(例としてボランティア受け入れに対する意見等等)また、クリスマス会や誕生会などのイベント視覚を通して開示し、職員も出された意見を共有している。		自治会長や、民生委員、老人会長、地域包括支援センターやご家族等充実した民バー構成のもと、1時間の中で積極的な話し合いがおこなわれている。今後も、テーマを提示した話し合いを検討していただきたい。更に意見が出されるものと大いに期待される。

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
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	2ヶ月に1度介護相談員の訪問にて意見交換を行いケアに反映させている。必要時は行政機関への報告、連絡、相談を実施。	行政開催の研修会や地域包括支援センター主催の会合参加、熊本市のポイント制度を利用したボランティアの受入、介護相談員制度の利用などを行っている。行政からの入居相談や施設見学等も受入れ、不明な点等相談しながら解決する体制である。	
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「介護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	新入職時に必ず身体拘束に関する勉強会を行っている。施設会議でも身体拘束についての勉強会を実施し理解を深めている。	身体拘束排除に向けた理念と方針、マニュアルを作成し、法人での委員会とともにホームとしても研修や適正化委員会を開き、意識を強化させている。2階の入居者の外出傾向の高さにより、ゴミ出しと一緒に出かけたり、ゆっくりと話をする時間を設けているが、職員体制によっては施錠を行うこともあり、家族及び運営推進会議の中で説明している。また、職員の言葉遣いには、管理者により個別に指導している。	
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	施設会議にて虐待防止に関する勉強会を実施し理解を深めている。入居者に対しての言葉使いが適切であるかを職員間で確認注意し合っている。		
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	日常生活支援事業や成年後見人制度について学習し、ご家族からの相談依頼に対応している。		
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	問い合わせ後、施設見学とサービス内容や料金説明を行う。入居決定後に再度書面にて説明し同意を得て契約締結。変更や改定時も同様である。		

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
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	ご家族の運営推進会議参加時、ケアプランの話し合い時、面会時、行事参加時に意見、要望を確認し施設会議にて職員間の情報共有を図っている。	家族との交流会としてクリスマス会を開催し、意見交換とともに入居者への気持ちを手紙にしたためてもらい、家族の大事にされている親への思いをホームとしても受け止め支援している。家族の訪問時要望等を収集し、毎月ホームから写真を送付する事で家族との関係継続や再構築に繋げている。家族に呼びかけ、一緒に花壇作りへの取り組みが検討中であり、理念に掲げる家族や大切な人との交流が実現されるものと期待したい。	
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	月1回の施設会議や面談時に職員の意見、要望を聞きながらサービス向上に努めている。面談以外でも職員の相談を聞く機会をもうけ問題点や課題の把握に努めている。	管理者は日々の中で意見等を聞き取りする等良し悪しに関わらず意見等を出して欲しいとしている。毎月の施設会議(ホーム全体)は業務変更・改善に向け話し合い、今回の評価も全員で取り組む等意識の高さが表れている。新型コロナウイルス対策としての必要品等適切な意見が出され、職員の環境の一つとして、働きやすい環境が入居者の表情にも表れている。	
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	組織の活性化と人材育成の為、法人内で人事考課制度が導入されている。各職員の目標、実施、評価を確認し、個々の向上心に繋がるよう資格取得や研修会参加の働きかけを行っている。		
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	法人内研修や外部研修の機会を作っている。毎年法人内研修の研究発表会に参加し、日々のケアの振り返りや知識、技術の向上に努めている。		
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	地域密着型サービス連絡会に入会しており、積極的に情報収集や研修会に参加している。地域包括支援センター主催の懇談会に参加し、他事業所との情報交換やネットワークづくりに努めている。		

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
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	入居前の面談時に本人、家族、関係機関より情報収集し状況把握を行い、職員間での情報共有を図りながら円滑なサービス提供に努めている。		
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	入居前の面談時に本人、家族、関係機関より情報収集し状況把握を行い、職員間での情報共有を図りながら、家族の思いに寄り添えるよう努めている。		
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	本人、家族の状況や要望を確認し必要な支援を検討。本人の心身状況に合わせ、専門医や他のサービス支援についても説明している。		
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	本人の意向を尊重した上で洗濯物たたみ、お盆拭き等の家事は職員と一緒に、出来ないところを手伝うなど、共同生活の一員として本人の出来る事を活かしながら支援している。		
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	定期的な電話や面会時に、入居者の健康状態や施設での様子をお伝えしている。受診時の付き添いや行事の参加を働きかけ、共に支えあう関係作りに努めている。		
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	本人の生活歴、生活背景を出来る限り把握し、家族と共に社会参加のつながりを保てるように支援している。家族、友人の面会時は、居室にて過ごして頂き交流を深めていける様に努めている。	入居者個々の背景を把握し、家族との関係性に視点を置き、今だからこそ短時間でも外出してほしいとしている。年末年始の予定を家族に聞き取り、家族との外出や正月の外泊等家族の協力を得ている。また友人の面会等もある。	
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	入居者同士の相性を考慮し、席の配置などを検討している。日中活動やレクリエーションを通して入居者同士がコミュニケーションを図れる様支援している。		

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	入院による退去時は、病院に訪問状態確認し、家族やNSと情報交換共有し、必要に応じて相談に応じよう努めている。		
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	日常支援の中で本人の表情や言葉を観察し、本人の意向に沿うような支援に努めている。困難な場合は家族に聞き取りを行い把握、職員間の共有に努めている。	認知症としてばかりに捉われず、本人の思いを察してケアを行うことを旨としている。「テレビや歌の番組を見たい」の声によりビデオとして残したり、「家に帰りたい」には家族に代弁している。発語困難な方には表情・行動から推察する等観察力や気づきをケアに反映させている。	
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	生活歴を本人、家族から情報収集し、これまでの暮らしを尊重する支援に努めている。その人らしい生活が送れる様に、定期的なアセスメントの見直しも行う。		
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	日常の過ごし方を各種記録を通して把握し、個別に応じた支援に努めている。ミーティング等で心身状況の再確認と情報共有を図っている。		
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	本人、家族の希望を踏まえた上で、職員からの意見や工夫を反映しながら介護計画を作成している。3ヶ月ごとのモニタリングを実施し、必要に応じて追加変更を行っている。	ユニット毎に毎月ケアカンファレンスを行い、3ヶ月毎のモニタリングにより継続の可否を見極め、変更の無い場合には半年毎に再作成している。プラン見直しの前に家族に電話等で聞き取りしており、家族の思いが反映されたプランである。また、病状によっては入院時期を検討し、家族と話し合い看取りケア用のプランに変更する等現状に即したプランを作成している。	
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	食事、排泄、入浴、水分等を個別に記録し、日々の様子や状態変化の観察に努めている。書面や口頭で申し送りを行い情報共有、ケアの統一に努めている。		

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
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	個々の要望に応じて訪問マッサージ、理美容、福祉タクシー等のサービスを取り入れ柔軟に対応している。		
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	地域行事への参加、他事業所との交流、ボランティアの受け入れ等、地域住民との関係性を深めながら楽しく交流出来る様に支援している。		
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	本人、家族の希望を大切に、専門医(内科、精神科、歯科)の往診や必要な情報を提供している。選択できる環境の中で、医療機関との連携を密に行い相談、調整を行っている。	本人・家族の意向を優先し、訪問診療への切り替えを希望される場合には、母体医療機関へ移行している。現在、受診へ出向く方もおられるが、ユニットごとに月1回の訪問診療と、他のユニットの診療日であっても、状況によっては入居者の状態を見てもらい相談を行うなど必要な医療支援を受けている。整形外科等専門医への受診は家族が受診を支援している。	
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	母体が病院の為、24時間の連絡体制が確立されている。入居者の状態変化時は報告、相談し健康管理や医療支援につなげている。		
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。	入居者が入院した際は、病院や家族との情報交換を密に行い、早期退院に向け支援している。定期的な面会にて状態を把握し退院やホームでの生活が円滑に行く様に対応している。		

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
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	契約時に重度化した場合における指針、急変事や終末期における医療等に対する意思確認書にて説明と同意を得ている。重度化した場合は、状況に合わせて家族、関係機関と早期に協議している。	入居時に重度化した場合の指針や急変・終末期支援に関わる意思確認書をもとに説明し、同意書を交わしている。同時に訪問診療について説明し、契約書を交わしている。同意書については家族の気持ちの変化に応じ、その都度確認しながら必要と思われる時点で担当医からの説明が行われている。重度化に伴いベッド中心の生活になられた方もおられ、昼夜逆転を防ぎ、日中はラジオを流したり職員が寄り添い歌や会話をしながら過ごすなど夜間の安眠に繋いでいる。	看取りは医療処置のない方を目安に応じている。終末期ケアの勉強会も実施しており、今後も体制を整えながら最良の支援が期待される。
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	急変事の連絡体制は確立されており、施設会議にて定期的に緊急時の対応について確認している。		
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	ホーム内で年2回の避難訓練を実施しており、担当者が消防署へ実施報告書を提出し、改善点があれば指導を受ける。飲料水、食料等の災害備蓄品を整備し、管理者が地域の防災訓練にも参加している	年2回の火災避難訓練は、訓練ごとに目標を立て、昼夜を想定して実施している。緊急連絡網は職員移動に合わせてその都度書き換えを行っている。備蓄品を2階ユニットから1階倉庫に移し、物品がわかりやすいように収納し、自主点検表をもとに毎日安全チェックを実施している。	自然災害については先の熊本地震が教訓となっており、今後も机上訓練等により夜間帯も安心したケアができるよう期待したい。地域の高齢者一人暮らしなどの受入等地域の座談会の中で話し合いを繰り返し、地域への還元の一つとして期待したい。
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	本人の生活歴を把握した上で、尊厳のある声掛け、対応に努めている。丁寧な言葉遣いを意識しながら、馴れ合いにならない様に注意している。	ホームの運営理念に“尊厳のある生活”を掲げ、まずは入居者との関係性を作り、そのうえで話し方においても個別に対応するようにしている。ユニット間の職員移動は極力避け、1～2年1名程度とし馴染みの関係性を大切にしながらも、幼児語や馴れ合いの言葉に注意を払い、固定観念にとられないよう気を配っている。	
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	本人が意思表示できる環境を心がけ、飲水時、飲み物の種類を増やし選択肢を増やしたり、入居者が好みの服を選べるように支援している。		

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
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	塗り絵や歌、読書等、個々の趣味や特技を活かして、楽しみを見出せるように支援している。就寝や起床時間も本人の体調や希望に添えるようにしている。		
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	衣類をできる限り本人に選んで頂き、外出時や行事の際に化粧をするなど、身だしなみに気を配り支援している。2ヶ月に1度訪問美容を取り入れている。		
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	入居者と職員と一緒に食事をしており、アットホームな環境づくりに工夫している。食後は、お盆拭きやテーブル拭き等の手伝いをして頂き、意欲の向上に努めている。	食材は献立表に合わせ業者により配達となっており、専任者を中心に職員も調理に関わっている。こぼしがちの方も自力摂取にて最後まで食べられ、使ったエプロンをテーブル上にたたまれる方もおられる。2階ユニットでは全員揃っての挨拶から食事をスタートしている。食事が楽しみなものになるよう、時にはハンバーガーやチキンなどをテイクアウトしたり、行事に合わせて地域から寿司を配達してもらうなど工夫を凝らしている。職員の中には自身で釣りあげた魚を持参し、ホームで入居者に見てもらうことで、食への会話の幅を広げている。	
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	食事量、水分量のチェックと定期的に体重測定を行い栄養状態を把握している。入居者の状態に合わせて栄養補助食品や、トロミ使用、刻み、ミキサー、ムース、ペースト食等の食事形態を工夫している。		
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	食後は出来る方は本人にて磨いていただく。介助の方はスポンジブラシ等にて介助している。毎週訪問歯科を利用し治療やメンテナンスを受けている。		

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	排泄チェック表を活用して排泄パターンを把握し、個々の能力にあった排泄介助に努めている。昼夜別にオムツ、パットの使い分けをしている。	個別のチェック表を活用し、訴えや時間をみて声掛けや誘導を行っている。中には自立された方もおられ、職員は見守りにて自立の延長を支援している。病院などからの入居者にはオムツを外し、リハビリパンツへ変更している。夜間帯にポータブルトイレを利用する方も、本人がトイレへ行きたい時は誘導し、夜起こして欲しくないと希望されれば思いを尊重し、眠りを妨げないようにしている。	
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	排便チェック表を活用して、個々の排便パターンを把握し乳製品やオリゴ糖、十分な水分摂取勧め必要時は医師の指示下、下剤コントロールを行っている。毎朝の牛乳摂取や体操、腹部マッサージにて便秘予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回を目安に入浴実施。その日の体調や気分状況を見極めながら、無理強いはせず声掛け等を工夫。通常は職員1名にて入浴支援しているが、浴槽の出入りや起立保持が困難な方の場合は2人介助にて安全確保に努めている。	入浴は週2回を目安にしているが、冬場は週1～2、夏場は週2回程本人の入りたいとの気持ちに合わせて支援している。また、体力的な面からも厳しい状況に、シャワー浴や足浴で支援することもあり、2名介助で対応したり、ベッド中心の生活になられた方へは、月1回の入浴と日々の清拭で対応している。	今後は更に入浴が困難になることが予想されるが、2名介助で入浴を支援されおり、今後も、入浴の回数においては入浴できる状況か否かを検討したうえで、支援いただきたい。
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	本人の意思を尊重しその日の体調や状況を見て休息の促しや支援・介助を行っている。夜間の良眠につながるよう日中活動等にて適度な運動を行っていたい。		

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
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	個人カルテに服薬情報の一覧もあり、職員全員が確認、把握出来る様に勤めている。内服薬が変わる際は、薬の情報を職員と共有し記録、観察、異常時報告を行っている。誤薬防止の為、常に職員2人で確認し服薬介助を行っている。		
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	生活歴を確認し、本人の特技、好きなことの把握に努め家事やレクリエーションに活かせるように支援している。年に数回は出前を取ったり気分転換を図っている。		
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	年末年始、家族へ声かけし外出外泊の促しをしている。法人の春祭り参加や近くのお店への買い物時は入居者に声かけし一緒に出かけるなどの支援を行っている。	入居者自ら外出の希望を口にされることが少なくなっており、本年度は出かけるのではなく地域から来てもらう取組を進めている。パンの移動販売や傾聴ボランティアの来所は継続されており、行ける方が制限されるが地域の生き生きサロンへ参加を打診している。家族の協力による受診の際の外出や盆・正月の帰省などが支援されている。	入居者は外出の希望は出されない様子であり、入居者の外出したいとの思いを引き出し、行ける時期に支援いただきたい。買い物支援を検討することで次のステップにすることや、家族に呼びかけ、花壇作りに取り組む事等の意向もあり、外気浴に触れる機会が多くなることと期待したい。
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	金銭管理については、「金銭出納管理委託契約書」締結の上で実施しており、外出時の買い物の際に自分で支払いが出来る様に支援している。		
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	本人、家族の希望時に職員が介入し電話のやり取りができるよう支援している。手紙や贈り物が届いた時は、お礼の電話や手紙を書いて頂くなど関係性を大切にしている。		

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
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	手作りカレンダーや塗り絵など季節に合わせた作品を入居者と職員が一緒につくり、作品を施設内に掲示し季節を感じて頂ける様工夫している。	毎月入居者と作成したカレンダーや塗り絵が飾られた共有空間は、職員も環境の一つとしてアットホームな雰囲気を作られ、和やかに過ごされている。現在、1階和室を入居者や職員の作品の展示スペースとして検討されており、塗り絵や臨床美術の作品等が更に訪問者にも楽しみに繋がることと期待したい。	
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	入居者同士の相性や状況に合わせてテーブル、席の配置など工夫している。入居者は自由に居室、リビングの行き来をしており、居室にて気の合った者同士で会話もしている。		
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	居室には今まで使われていたもの、使い慣れた家具や寝具を持ち込んで頂き安心して過ごせる様に配慮している。家族の写真や臨床美術の作品、誕生日カード等も居室内に掲示している。	入居時に本人が使い慣れた品の持ち込みを依頼している。テレビやタンス、鏡台やソファなどが置かれているが、経年とともに入居者の状況から不要になったものもあり、家族と相談し持ち帰りを依頼している。掲示物は本人・家族と一緒に飾りつけ、家族が遠方であれば職員が中心になり家具のレイアウトや飾りつけを行っている。電動ベッドの高さが入居者に合っているかどうか、方向は適切かなど検討が行われている。	
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	廊下には不要な物を置かず、広々と歩きやすい環境を保っている。手すりの設置や居室、浴槽、トイレには表示を工夫し出来る限り自立した生活を送れる様に支援している。		