

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2870101413		
法人名	社会福祉法人鶯園		
事業所名	グループホーム御影		
所在地	神戸市東灘区御影石町1-2-18		
自己評価作成日	平成23年2月15日	評価結果市町村受理日	平成23年5月24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)】

・併設特養や法人各施設との連携 車椅子使用者等重度しても対応出来る設備や体制(併設施設の機械浴、医療連携等)がある 今年度は、法人内に在宅療養支援診療所を設置したことにより、嘱託医の確保、併設特養の看護師の毎朝・夕の申し送り体制(週4日は巡回)に。

※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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-8-102		
訪問調査日	平成23年3月1日		

【第三者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)】

高齢化が進む中で、利用者と共に清掃の自治会活動への参加や、婦人会が行っているふれあい喫茶にも利用者の状況に合わせて参加を継続している。書道・語り部・歌など地域のボランティアの方の来訪も継続し交流の機会を持っている。職員は理念に添った、利用者の尊厳を大切に、家庭や地域の中でその人らしい自立した生活が送れるように支援している。更に、加齢に伴い徐々に自分で思いや意向が表明できなくなり、不安な毎日を過される利用者とは日々密に関わる中で、表情や行動から利用者の立場に立って考え、把握するようにしている。また、言葉かけを行うことで利用者の思いや意向を引き出すようにも取り組んでいる。

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		

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	目指す姿や大切にしている思い、具体的な行動の一部を法人統一の理念(MIND)として掲げている。入職時に説明、配布、各ユニットでの保管によりいつでも確認出来る様にし、日々の規範としている。	「人間としての尊厳を持って、家庭や地域の中でその人らしい自立した生活が送れるように支える。」の理念を基に、ケアの実践に活かしやすいマインドとして、利用者・家族・職員への浸透を図っている。新人研修や各種委員会でマインドについて振り返りを行い理念の実現に向けて取り組んでいる。	地域密着型サービスとしての役割を踏まえ、地域や利用者のニーズ、事業所の状況変化などに合わせた現状に合った理念となるよう、定期的に理念についても振り返りを行い、更なるサービスの質向上を期待する。
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	自治会掃除や婦人会が行うふれあい喫茶への参加、地域の方の書道ボランティア、自治会や民生委員より地域の行事の紹介はあるが、もっと積極的に関わっていく余地はある。	高齢化が進む中で、2週間に1回、利用者と共に清掃の自治会活動への参加を継続している。婦人会が行っているふれあい喫茶にも利用者の状況に合わせて参加を継続している。書道・語り部・歌など地域のボランティアの方の来訪も継続し交流の機会を持っている。同建物内の施設の行事へ参加し、施設の利用者・地域の住民との交流を行っている。	
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	近隣は若い家族をターゲットとした建て売り住宅が多く、新しく地域に入ったこと、認知症の理解に乏しい…と、自治会でも接し方を考えている状況。今後も自治会や地域包括支援センター等と協力して良策を模索する。		
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	委員も驚くほど会議への参加率が高く、毎回活発に意見交換がされている。職員と家族、それぞれの役割で利用者を支えているとしている。	年6回運営推進会議を実施している。民生委員、自治会長、地域包括支援センター職員、ご利用者家族、大学の先生参加のもと、事業所の状況報告や地域からの情報提供、参加メンバーの質疑応答、地域で暮らす認知症の方の相談など活発に行われている。出された意見や要望・情報は話し合いや検討を行い運営に反映させサービスの質の向上に役立っている。	

自己	第三者	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	本人だけでなく保健師や福祉事務所が関わっていた方の利用については、開始前から時間を設けたり契約立ち会いを依頼するなど区役所の担当と連絡を取った。また、集団指導や監査などで啓発をいただいている。	困難事例があれば市や保健所・福祉事務所など関係機関に契約時より関わってもらうなど、普段から行政担当者との連絡を密にもち問題解決に向け一緒に取り組んでいる。	
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	「身体拘束廃止委員会」を月に1~2度定例開催。どのようなことが身体拘束にあたるのか、やむを得ず行う場合の同意文書の必要性等を全職員が勉強会で学び、「安全のため」と希望する家族への説明も行い、しないケアに取り組んでいる。	毎年定期的に研修を実施している。身体拘束廃止委員会では身体拘束をしないケアの実践について話し合いが行われている。委員会は月に1~2回実施し身体拘束をしないケアについて知識と理解を深めている。	
7	(6)	○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	毎年市の指導もあり高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。今年は監査でこれまでの状況聞き取りもあった。掲げている理念との共通認識でもあり、身体拘束廃止と併せて日々意識して介護にあたっている。	市が行う高齢者虐待防止法関連の指導を受け理解を深めている。毎年行われる定期的な研修では今年度は、ストレスを取り上げ虐待防止について行い、虐待を未然に防ぐ取り組みを行っている。	今後も研修を継続し全職員で共通認識を行い、日々のケアの中で職員同士で注意をしあえる関係を築けるような取り組みが望ましい。
8	(7)	○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	実際活用している方が数名あり署名等手続きの依頼は行うも、後見人選任までの流れを知っている職員は多くない。制度についての研修参加や、運営革新会議での講演を考えている。	現在、制度利用中の利用者がおられる。利用者が制度を適切に活用できるように権利擁護について研修に参加し、知識と理解を深めている。	
9	(8)	○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	入居前には契約・重要事項説明を行っている。実際に利用を開始しないと分からないことは随時に、また、運営推進会議を活用して質疑応答や報告の機会を設けている。	契約前に見学に来てもらい、利用の意向があれば、契約書・重要事項説明書などを手渡ししている。契約時には、管理者が内容を時間をかけて丁寧に説明するようにしている。	利用者の立場に立ち将来のことを含めて疑問を引き出し、契約時より利用者・家族が十分な納得と理解ができるような取り組みが望ましい。

自己	第三者	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	(9)	○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	運営推進会議や面会時、電話等、随時うかがっている。意見箱を設置し匿名での受付も。苦情・クレームは真摯に受け止め記録に残し、併設特養とも連絡して解決する体制を作っている。	家族は、運営推進会議の出席で家族同士の交流ができ、家族からの意見や要望の提案がある。面会時には、職員より利用者の状況を伝えるようにしており、職員から話しかけ状況を伝えることで家族から意見や要望を聴取するよう取り組んでいる。また、電話連絡も随時行い利用者の状況を理解してもらい、意見や要望を出しやすいようにしている。毎月家族レポートをカレンダー形式で文面と写真を使い利用者の日々の生活が家族にわかりやすいように報告している。出された意見や要望・不満や要望などは記録として残し、検討を行い運営に反映させるよう取り組んでいる。	
11	(10)	○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	各ユニットで、ユニットリーダーと管理者で、管理者は併設特養との合同主任会議で、と、毎月数回ミーティングを持ち、縦横に意見交換をしている。	フロアミーティング(週1回)の中で各職員からの意見を聴取し、リーダーミーティングで集約、併設施設との合同主任会議を毎月持ち検討・意見交換を行い運営に反映させるよう取り組んでいる。職員から直接管理者に意見や提案を言いやすい雰囲気作りも行っている。	
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	管理者は、併設特養施設長や運営者に事業状況を日常的に相談・連絡・報告を行い、条件見直しや様子が気になる等個別に面談をすることも。資格取得による昇級やリーダー登用、知識を深めるように研修に参加させることもしている。		
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	新入職者には既存の職員がOJTをし、生の介護を勉強する。外部研修に随時派遣し、参加した職員から各委員会(感染症対策、事故防止、身体拘束廃止)主催でポイントを押さえた内部勉強会を実施。		

自己 者 第 三	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
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	区内グループホーム連絡会を隔月で開催し、地域包括支援センター職員も交えての情報交換の場を持っている。勉強会の案内や市の指導内容の確認等持ち寄った意見を率直に交わし、情報はホーム職員に連絡・報告している。		
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	面接や見学に来所いただいた時の対応をなるべく同じ職員がし、少しでも顔馴染みとなり話しやすい関係づくりをしている。実際にホームを見学して雰囲気をもてもらうこともしている。		
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	入居申請の有無に関わらず、電話相談やホーム見学の段階からお困りごと等うかがっている。本人の前では言いにくいことは家族だけで話を聞く環境を作る工夫も。		
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	繰り返す様々な行動障害対応を助けて欲しいと家族からの相談が多い。家族の思いを傾聴し、後、担当ケアマネージャーの聞き取りや通所介護の現場へ足を運ぶ等して状況を把握。協議の上でサービスを決定している。		
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	必要な介護・支援を行うことは不可欠だがそれだけに、愚痴や希望等思いを表出しながら安心した生活が出来る信頼が生まれる関係づくりを意識している。		
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	職員は家族に成り得ない旨、家族にも職員にも伝えている。本人の症状進行から複雑な心境の家族もあるが、パイプ役となり共に支える姿勢を維持していく。今年は正月を自宅で家族と過ごす方や外食を楽しむといった例が数件あった。		

自己	第三者	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
20	(11)	○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	入居前に「くらしの情報シート」を記入依頼して本人のあゆみや馴染みのものを把握。日常会話の話題にして回想したり、面会時に役立てる等活用している。	利用開始前の状況を「くらしの情報シート」から把握する他、利用者の普段の会話の中から利用者の馴染みの人や場所を把握し関係継続を支援している。利用者の馴染みの人の面会があればゆったりと面会できるように支援している。また、同法人の施設の馴染みの人との行き来もできるように支援し関係継続を支援している。	
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	個別、全体の関わりから関係を把握。ユニットという小さいが社会の中での暮らしで、共通の話題で花を咲かせたり、不安を吐露できる時間・環境の確保、共感といった共同生活仲間の心の支援を心掛けているが、レベルの差があり難しい現実あり。		
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	解約後「大変かわいがっていただき、出来れば(ホームに)帰りたかったかった。」と訃報を受けて別れの場に立ち会った例、前利用者家族より別の方の相談があり入居に至った例あり。		
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	(12)	○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	危険や衛生上問題が無い範囲では自由に過ごせるように支援している。信頼関係を作って本人の思いを率直に尋ねたり、仕草や様子で行動を読めるように観察の目を養う努力もしている。	加齢に伴い徐々に自分で思いや意向が表明できなくなり、不安な毎日を過される利用者と日々密に関わる中で、表情や行動から利用者の立場に立って考え、把握するようにしている。また、言葉かけを行うことで利用者の思いや意向を引き出すようにも取り組んでいる。	
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	家族記入の「くらしの情報シート」や面会時の会話等で情報把握している。が、情報はまちまちで、親の若い頃等分からないことが多い現実はあるが、繰り返されるキーワード等ここでの生活から新たな発見があり家族と共有することも。		

自己	第三者	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	パターンシートを作成し、24時間体制で健康面(水分摂取・摂食量、排泄面、血圧や温測定値)からと時間を追った観察記録を残すことで、状況把握をしている。		
26	(13)	○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	日々記入したパターンシートや特記をピックアップした個別カレンダーを用い、月に1回以上フロアミーティングを行ってのモニタリング、改善策の検討を行い、それを元に、随時介護計画を作成。	「暮らしの情報シート」を利用者家族に記載してもらい、その情報を基にアセスメントを行い、利用開始後2週間程度でプラン・ケア内容手順書を作成している。ケア内容手順書で変更が生じるようであれば、モニタリングを行いケースカンファレンスでプランの見直しを行っている。	
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	ローテーション勤務のため、新たな介護方法や伝達事項が漏れないように、また、全職員が情報を共用出来るように「連絡ノート」を活用している。提案や意見の記入も出来、より良い方法を見つける手段でもある。		
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	重度化によって住み替え(特養入所や九州在住の息子様宅近くの病院への転院)をした方がよいのではと、関係機関や併設施設と調整した例がある。		
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	自治会、民生員、地域包括支援センターから地域行事の案内やボランティアの紹介があり、行事参加や、書道、囲碁、語り部、昼食介助、お話相手などの支援を得ている。		
30	(14)	○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	往診や通院と形態はそれぞれだが、皆様定期的に診察を受けている。日常的に医療連携体制として看護師や医師に相談をし、専門医の診断を仰いだ方が良い場合や急変時には随時受診もしている。	利用者・家族の意向により希望のかかりつけ医への受診・往診を受けることができるように支援している。利用者・家族の状況に応じて職員が受診支援するようにしている。家族が受診支援する場合には、医療機関に普段の心身の状況が分かるように書面を作成し家族に渡してもらっている。併設施設の看護師や医師に適宜相談を受けることができる体制も整えている。	

自己	第三者	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	併設の特養と医療連携体制として協働。日常的に健康に関して相談し、24時間のオンコール対応やケガの処置等の支援を受けている。 今年度は毎朝・夕に申し送りをし、週4日は巡回してもらう体制にした。		
32	(15)	○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。	入院時には主治医の紹介状や介護面の情報を提供、治療方針説明に立ち会う。病院側や家族とは不定期だが連絡を取って経過の把握をし、スムーズな退院受け入れ体制を整えるようにしている。	緊急入院が必要な場合に使用する利用者情報提供書を常に作成しており、入院時には医療機関に速やかに情報提供し適切な医療を受けることができるようにしている。入院中は面会に行き馴染みの関係継続を行い、家族への医療機関からの説明に同席し経過を把握し、早期に退院ができるように支援している。	
33	(16)	○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	医療連携体制を構築時、併せて策定した「重度化した場合における対応に関する指針」を入居契約時に説明している。体調不安な状況になると医療処置可能な病院を選ばれることが多く、ホームでの終末期や看取りの事例はまだ無い。 特養申請の手続きも随時行う。	「重度化した場合における対応に関する指針」を作成し介護が必要で重度化した場合は、希望により事業所に対応するが、医療が必要な場合、希望する場合には施設や医療機関への移行など選択してもらうようにしている。契約時より指針について説明し同意を得るほか、利用者の状況・段階に応じて利用者・家族との段階に応じた話し合いを持っている。職員へは、利用者の状況の変化に応じて状況説明・話し合いを行うようにし統一した方針で取り組むようにしている。	
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	マニュアルを各ユニットに備え、折りに触れて確認を促している。また、看護師から対応講習の機会も設定。しかし、実体験無い職員が多い為、訓練・講習の回数を増やす意向。		
35	(17)	○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	入職時に設備説明を。また、併設施設と合同で年2回は消防訓練を実施。これ以外でも必要と考え災害対策委員会を設置し、近隣GHの訓練や地域の防災訓練参加・見学もした。夜勤専門者対象のものを計画中。	施設全体合同で年2回行われる消防避難訓練を実施している。建物内すべてオール電化にされ、消火施設の設備も整えている。非常災害時に使用する連絡網を作成している。職員の意見もあり夜勤専門対象者の消防避難誘導訓練の実施を計画している。	

自己 者 第 三	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	(18) ○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	人格尊重や個人情報保護に関しては契約内容の一つとして念書を交わしている。認知症の理解や人生の先輩であること、プライバシーに配慮することなど、理念・MIN Dとも併せて、人としての質や専門性を磨く意識、対応を常に心掛けている。	理念・マインドに掲げられている、利用者の尊厳やプライバシーを大切にされた言葉かけや対応を心掛けている。	
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	本人の思いや希望を尋ねることは基本と考えている。短く分かり易く伝える、耳元でゆっくり話す、選択肢を設ける等、利用者の状況に合わせたコミュニケーション方法の工夫もしている。		
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	希望を尋ねることはしているが、理解力や決定力の低下がある方へは職員が誘導することとなる。勤務体系で望みに沿えない場合や、本人の気分がのらないといったタイミングが難しい場合はよくある。		
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	毎朝の衣類選び、お化粧やひげ剃りの支援等それぞれに行う。また、髪をとかす手伝いをしながらや鏡に映った姿を共に見て理美容の日程を相談したりも。		
40	(19) ○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	併設特養の厨房食が基本。鍋やタッパで届けてもらい、盛りつけや後片付けをユニットで行う。重度化により準備や片付け出来る方は減った。 頻度に差はあるが、昼食やおやつ作りをそれぞれのフロアで計画、実施。	併設施設の厨房で調理されたものの提供を受け、利用者の希望や身体状況により盛り付けや配膳を職員と共に行っている。月3日は定期的に利用者の希望を聞き、季節の食材を取り入れ、買い物から調理までを利用者と共に食事作りを行っている。併設施設の厨房では、利用者の嚥下・咀嚼状態に合わせた形態の提供を受けることができる。	
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	栄養士による献立で栄養バランスや季節感を考慮。それぞれの口腔や嚥下等身体機能に応じた食事形態や食器を提供。栄養補助剤を活用している方もある。 水分・食事摂取量は個別に記録し、少ない場合は時間をみて勧めたり、主治医に補食の相談をすることもある。		

自己 者 第 三	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
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	食後や就寝前の口腔ケアや義歯管理手伝い、会話や食事時の不調発見を日常的に行っている。協力歯科医の確保をし、不調者をつなぐことや定期往診の支援もしている。		
43	(20) ○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	パターンシートにより、排泄リズムを把握、適したオムツ類の選別・使用、下剤調節に関して看護師や医師に相談等、個別に支援。以前は尿バルーン留置者も居た。個室内にトイレが設置してあることからプライベートの確保も出来ている。	利用者の排泄パターン・状況を把握し一人ひとりに合わせた排せつ用具の使用や誘導・声かけを検討し、羞恥心や不安への配慮をした支援を行っている。医師や看護師に相談できる体制が整っているため下剤の使用やバルーン装着者のケアも行ったことがある。	
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	一日の水分量や排便、散歩や運動を把握している。毎日牛乳を使用した飲み物を用意し、ラジオ体操をし、少ない方へは腹部マッサージや、ウォシュレット活用の働きかけもしている。 医療従事者による下剤や浣腸使用でコントロールも。		
45	(21) ○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	二人介助が仏様な方や併設施設の機械浴使用者は調整から曜日固定としているが、各ユニットで毎日湯を張り、その日に入りたい方を募っている。体調で入浴が負担になる場合は清拭をしたり、水虫予防・改善で足浴を手伝う方もある。	利用者に入浴の希望をその日その日に聞き、希望に沿った入浴ができるように支援している。併設施設の機械浴の利用や、事業所浴室での二人介助での入浴など、利用者一人ひとりの身体状況に応じた入浴の支援を行っている。	
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	昼夜逆転の方はない。これまでの生活習慣として睡眠時間が短い、足元を温めないと眠れないといったことは家族から情報収集しそれぞれ工夫。時間が分からない、昼寝が必要等心身機能低下は専門性知識を深めるとともに個別対応する。		
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	服用の重要性を意識し、薬表を保管し確認している。誤薬が無いよう支援し、薬変更直後の様子観察・報告と、健康管理の手伝いをしている。 ジェネリック薬に関してや副作用等、まだまだ勉強することは多い。		

自己 者 第 三	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
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	折り紙、写真集を眺める、囲碁など個別に楽しみがある方は継続支援の方向。書道、ペン字、生け花、野菜作り、カレンダー作りなど、ボランティアや職員の働きかけも一部あり。 個別ケアの難しさ、重要さを日々実感。		
49	(22) ○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	シルバーカー使用者や段差がある戸外での歩行は不安な方多いが、ユニットを越えて独歩に支障が無い方数名で外出する機会を設けるようにしている。 家族の協力により外出されるケースも増えた。	屋外での歩行が困難な方が増えてきている。自立して歩行可能な方には、外出の機会を多く持てるように支援している。外食や温泉・買い物など少人数で出かけたり、誕生日には、個別の希望に沿った外出支援を行っている。	
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	金銭管理は子供に任せていると割り切った方、小銭は持っていないと不安な方、「無くなった、盗られた」と探すことを繰り返している方、つけておくとサインをされる方、様々。家族と相談して管理方法を決めて支援している。		
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	電話は、本人の申し出からかけたり、かかってきたものを取り次ぐこと、FAX活用等支援をしている。年賀状や日常の手紙のやりとり、電子メール(写真の添付)で状況お知らせをしている例も。		
52	(23) ○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	光、音、匂い、温度・湿度等快適に過ごせるように配慮している。天気がスッキリしない日は「寒い」「夜？」と混乱しないように声掛けも意識している。活動の一つであるフラワーアレンジメントで季節の花を愛でたり、カレンダー作りで時期を感じる工夫をしている。	各フロアーは季節の花や観葉植物・利用者手作りの作品を飾り季節感や生活感が感じられる共用空間に、テーブル・ソファを置き家庭的なぬくもりを感じさせる。室内の広い空間はエアコン調整や換気が行き届き、加湿器の設置、温湿度計によるチェックを行ない温度・湿度の管理も行き届いている。	

自己 者 第 三	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
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	テーブル席、ソファ空間等意識して居場所作りをしている。「私の席」意識や、景色を眺めたり一人でゆっくりする空間等、その時々で活用されている。		
54	(24) ○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	慣れ親しんだ調度品の持ち込み、または、新たな自室作りと、家族も交えて個々に相談している。目印になるものや写真・飾りで彩りを添えられたりとの部屋も似通っておらず、利用者も「自分の部屋、家」の意識が高い。	居室に本人や家族の希望に添った馴染の物や思い出の品を持ち込み個性のある部屋作りが出来ており、利用者一人ひとりがゆったりと落ち着ける環境である。室内にトイレ・洗面台がありプライバシーに配慮したケアが行われている。居室ドアは好みの目印をつけ、混乱を防ぐよう配慮している。	
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	ユニットごとに印象の異なる家具を置きいつもの空間か否か感じてもらえるようにしたり、手すり取り付け、畳の敷き込みなどハード面の工夫をし、福祉用具や本人の目印などの導入もしている。		