

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 平成 23 年度

事業所番号	2770901037		
法人名	医療法人祐生会		
事業所名	グループホームみどりヶ丘荘		
所在地	大阪府高槻市奈佐原4-7-1		
自己評価作成日	平成 23年 2月 1日	評価結果市町村受理日	平成 23年 4月 18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.osaka-fine-kohyo-c.jp/kaigosp/infomationPublic.do?JCD=2770901037&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター		
所在地	大阪市中央区中寺1丁目1-54 大阪社会福祉指導センター内		
訪問調査日	平成 23年 3月 16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)】

入居者本位で生活して頂く事を目標に、食事(食べたい時に)・入浴(入りたい時に)・排泄(行きたい時に)はもとより、その時々の一入居者の一人ひとりの思いをくみ取り、自己決定した事を尊重したケアを心がけています。また、生活活動範囲を広げていく事を目標に、入居者自身がホームから出ていく、行ってきます・いってらっしゃいと言える、ケアを実施しています。ホーム内の環境だけで過ごすのではなく、一人で外に散歩へ行ったり、併設施設の喫茶店へ行ったりと、自らの意思で行動する入居者の思いを尊重し、独自で作成したアセスメントを基に、日常生活におけるケアプラン・認知症専門ケアを導き出し、生き生きとその人らしく生活していける様に、家族・地域・職員の理解と協力、そして連携の基実施しています。

【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)】

母体法人が病院であり、老人保健施設横の畑だったところに併設して設立した1ユニット7名定員のグループホームです。管理者は認知症介護指導者でもあり、実践経験などから、利用者の認知症状の把握や分析を行い、対応方法などを検討し実際のケアに役立てています。また把握した内容などを専門医と共有するなど連携を図っています。ここ数年職員の異動はなく、職員全員が利用者の状態を把握し、共有認識を持ち、統一したケアを実践しています。職員も利用者の「できること」「できないこと」などを把握し、できないところを支援し、その人の尊厳を守り、「一人の人」として尊重したケアを目指しています。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	法人・ホーム理念を具体化した11項目の目標を構築し、自由に生き活きと、その人らしく生活してもらえる様に、日々の業務及び認知症介護に取り組んでいる。また11項目を受付上に貼り出し、職員の意識向上に努めている。	「ご利用者様がくつろげる環境作りとご利用者様の一人一人を理解する心と体のケア」をホームの理念として掲げ、その理念を具体的に実践するため、職員と一緒に考えた11項目の目標を定めています。また、定期研修などで共通認識を深めるなどし、目標達成に向けて日々のケアに取り組んでいます。	
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人として日常的に交流している	週に2回の買い物に出かけ、行きつけの店員と交流を図ったりしている。また季節に応じて、近隣の方と一緒に栽培(収穫)を行ったり、話しをしに来荘されたりして交流を図っている。毎週水曜日にパン屋が販売に来る事で、近隣の方との交流の場になっている。	ホーム敷地内にある畑を近所の方も手伝って野菜を栽培し収穫したり、珍しい食材があると差し入れをしてくれるなど利用者と地域の方との交流が盛んです。また、毎週水曜日には移動パン屋が来るなど、他者とのふれあいの場があります。管理者は地域の「認知症家族の会」に参加し、介護困難事例などのアドバイスなども行っています。	
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	高槻市の「認知症の人と家族を支える会」に参加し、アドバイスをしたりして認知症介護の理解を地域の人々に向けて活かすよう努めている。		

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
4	3	<p>○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</p>	<p>前回の運営推進会議で取り上げた検討事項等や外部評価から見出された内容についての取り組み・経過の報告を基に意見交換を行い、質・サービスの向上に努めている。</p>	<p>この1年で、運営推進会議実施に向けて取り組み、年6回の実施ができています。参加者の都合も聞き、日曜日に開催することもあり、幅広く意見を聞けるような工夫もしています。会議では、参加者からの意見で、「利用者の日常をより分かりやすく知りたい」との要望もあり、ビデオでホームでの暮らしぶりを上映するなどして、好評を得ています。</p>	
5	4	<p>○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</p>	<p>運営推進会議への参加を求め、アドバイス及び現状の理解を得てもらう様に努めている。また定期的に介護相談員が訪れている。</p>	<p>事故報告などがある場合は、迅速に対応し提出しています。また相談等行う場合も市の担当者と良好な関係を築いています。外部評価結果なども市の担当者に報告しています。</p>	

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	<p>○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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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</p>	<p>内部研修にて身体拘束についての伝達講習を行い、身体拘束に関する理解力の浸透に努めており、当ホームにおいて、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。玄関は自由に出入りをしてもらっている為、日中の施錠は一切行ってはいない。</p>	<p>ホームの玄関は手動で開閉でき、隣接する老人保健施設への通路も自由に行き来できるようになっています。利用者が単独で屋外に出て、庭掃除をしたり、洗濯物を干したりすることを継続して行えるよう支援しています。利用者の安全を第一に考えるとともに、自由な生活を提供するため、環境整備を行い、利用者それぞれの状況把握にも努めています。身体拘束禁止のマニュアルを作成し、研修などでも周知徹底しています。</p>	
7		<p>○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</p>	<p>地域包括支援センター職員の実施する高齢者虐待についての研修を通じて学ぶ機会を設け、ホーム内での出現を未然に防止している。</p>		
8		<p>○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</p>	<p>管理者から職員に対して、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けている。また入居者・家族には必要に応じて活用出来るように支援している。</p>		

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
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	ホーム側の単独判断で契約・解約を行わずに、契約書・重要事項説明書を用いて、項目ごとに説明を行い不安・疑問を解消しつつ、契約・解約は家族・入居者本人から同意を得て行っている。		
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	玄関に意見箱を設置したり、気軽に話せるように、面会時等はこちらから家族に話しかけたりしている。家族からの要望については、管理者に報告すると共に、職員とミーティングで話し合う場を設け反映させている。	意見箱の設置も行っていますが、家族の面会時に直接話をするのがほとんどで、希望や意向もその都度確認しています。正月に帰宅希望の利用者がおられ、身体状況を考慮して、職員全員で話し合い安心して外出、外泊ができるようにリハビリなども取り入れ、取り組んだ例もあります。	
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	概ね月に1回のミーティングや、通常業務時の顔合わせの時に、職員からの意見・提案を聞く機会を設け、意欲的に遂行出来る様に努めている。	職員の積極的な発言も多く、ミーティングなどで出た意見は皆で検討していきます。ケアの質の向上につなげています。また、管理者は現場の対応で職員が困り負担を感じている場合、利用者と職員双方に影響していると考え、即座に管理者と職員で話し合い、解決につなげています。	

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
12		<p>○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</p>	<p>意欲的に業務を遂行していける様に、職員個々の取り組み方を観察したり、直接本人に聞きながら、「出来ない」「わからない」事を把握し、スーパービジョン・コーチングを展開していく事で、バーンアウトを未然に防いでいる。 また職員の「出来る」自信から、更なる自己啓発に繋げる様に働きかけている。</p>		
13		<p>○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</p>	<p>管理者から職員へ認知症介護に関する内部研修を法人内で設け、介護現場における質の向上に努めている。また申し送り時等、管理者と1対1の場面でコミュニケーションを図りながら、入居者の個別ケアや認知症介護を学ぶ場を設けている。</p>		
14		<p>○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</p>	<p>管理者は、他の事業所と交流を図り、認知症介護における悩みや相談を受け、質の向上に向けた取り組みを行っている。</p>		

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	入居にあたり、リロケーションダメージの減少を図る為に、入居前から食事・談話・散歩等の参加を求め、入居者や職員との人間関係の確立、またホームの環境になじみながら、本人との関係を形成し、徐々に本人自身と会話する機会を作り、会話の中から本人の本心に気付くように努力している。		
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	相談から利用に至るまで、ホーム状況・環境・職員配置等、家族の不安や求めている事を相談できる時間を事前に設け、本質的な家族の意見を受け止めるように努めている。		
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	生活の中で必要とされている支援を会話の中で本人と家族の本心を聞きとり、必要に応じて他のサービス利用も検討する様にしている。		
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	その人自身を尊重する事で、受容し共感しながら喜怒哀楽を共にし合える関係を作り、円滑な共同生活が出来る様に努めている。		

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
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	運営推進会議及び家族面会時に、共に考え共感し、日々の状態を受容してもらう様に働きかけている。入居者・家族との絆が途切れぬように、入居者自身の思いを代弁したり、職員が仲介する事で関係を築いている。		
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	家族以外にも、地域の友人の来荘が見られる。また懇話会の誘い等で地域へ出かけたり、行きつけの美容院に送迎付きで、行き続けている。	以前同法人の老人保健施設に入所していた利用者は、自由に老人保健施設の喫茶コーナーに行き、顔見知りの利用者と団欒し、これまでの馴染みの関係を継続しています。また、入居前からの友人が迎えに来て、集会にも参加しています。行きつけの美容院にも継続して行けるよう、支援しています。	
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	日常生活内で、料理やそうじ、片付け等、入居者同士での関わり合い、お互いの得意分野・役割を日々の生活で構築していく支援に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	利用が終了しても、気軽に立ち寄ってもらったり、毎週日曜日にグループホームにお弁当を届けてくれたりと、継続的な関係作りを行なっている。		

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
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	日々の関わりや会話の中から、個々の希望・要望を把握し、シートに記載している。内面的な本人の意向を把握した上でのサービス提供に努めている。	個々の認知症の基本症状を把握し、日常の中での関わりを大切にしながら、継続したケアを提供し利用者の思いや意向を支援しています。ホーム独自のアセスメント様式を活用し、「思いを捉えるシート」により、職員の気づきやケアのヒント・アイデアに役立てています。	
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	新規入居時、本人・家族より情報をもらい、これまでの生活が継続出来る様に支援している。また変化しつつある日々の状況を観察し、必要に応じたケアの見直しを行っている。		
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	日常生活の中で、ADL・IADLの能力をアセスメントにて把握する様に努めている。		

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
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>毎日の生活の中で利用者個々の希望・要望を聴き、思いを察する。また出来る事・出来ない事、好きな事・嫌いな事をアセスメントし、その人らしく生活してもらえる様に、チームで話し合い、介護計画の作成を行っている。</p>	<p>定期的に介護保険の更新時には介護計画の見直しを行い、モニタリング、担当者会議により、その時に合ったサービス内容を検討し作成しています。利用者の状態の変化に伴い、その都度見直しをしています。家族、本人の意向も取り入れ、内容を確認後サイン、捺印をもらっています。4月から介護計画の様式を変更し、短期、長期目標の設定を明確にしていく予定です。</p>	<p>様式変更も実施予定で、今後は、短期、長期目標を明確にし、日々のサービス実施や目標達成をより把握するとともに、定期的な介護計画の見直しとして、少なくとも6か月に1回は、見直しを行ってはいかがでしょうか。</p>
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>日々の生活の中での利用者の状態観察を行い、状況に応じて、本人・家族と相談し見直し・変更を行っている。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>定期受診・通院等は家族の状況に応じて相談し、必要に応じて柔軟な支援が行える様に対応している。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人は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</p>	<p>民生委員・介護相談員やボランティアの方々、買い物先の店員等との交流を深めており、利用者の意向を必要に応じて、協力して支援する様に努めている。</p>		

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
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	本人・家族が希望しているかかりつけ医に継続的にかかる様に支援している。受診に際し家族同行としているが、緊急時・同行困難時は、職員が代行するようにしている。また、かかりつけ医に入居者の日々の身体・精神状況等の情報提供を行う等して、医療との連携確保に努めている。	これまでにかかりつけの医療機関を継続して受診し、家族の都合がつかない時は職員が受診介助しています。認知症専門医にもかかり、管理者が付き添い認知症状などの状況説明を行い、医師との連携も取れています。夜間は併設する老人保健施設の看護師との協力体制ができています。緊急の受け入れも可能な限りでき、利用者は安心感があります。	
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	体調不良時は看護職員と相談し、必要に応じて医療機関との連携を図っている。		
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	入院に際して、受け入れ病院に入居者の情報書を提示している。また管理者は、医師と病院相談員、家族との相談・連携を図りつつ、早期退院が出来る様に努めている。		

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
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	ターミナルケアに向けて、マニュアルや指針等については作成している。また入居者の状態に応じて可能な限りホームでの生活を希望される場合は、かかりつけ医・家族・ホームとの連携が図れる様に関わり続け、ホームで可能なターミナルケアについて説明を行っている。	入居時に、重度化や看取りの指針について説明をしています。また、常日頃から、主治医をはじめ関係者と話し合いを持つ機会を設けています。	
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	急変時や事故時に早期対応が出来る様にマニュアルを備え、応急処置に関しては内部研修で実践力を養っている。また看護師との連携を密にし、早期対応が出来る体制を整えている。		
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	消防署立ち合いの基、昼夜を想定しての避難訓練を年2回、入居者と共に実施している。また実施に当たり事前に自治会へ報告・協力をお願いしている。消防用設備等の設置については、法令改正概要を基に設置している。	法人施設との合同で、年2回消防署の協力のもと、昼夜を想定した避難訓練を実施しています。日頃から非常口の確認を行い、避難経路についてはホーム内で周知しています。水やビスケットなどの非常災害時の備蓄も用意されています。今後は土砂崩れ災害を想定し、地域との協力体制についても話し合っていく予定です。	

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
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	プライバシー保護についての勉強会を実施する等して、言葉使い・記録についてプライバシーを損ねないケアを徹底して行なっている。また、各種管理書類等においても、職員に守秘義務について理解を促し、徹底管理している。	入社時に契約書を取り、個人情報の保護についても周知徹底しています。プライバシー保護に関しても研修を行い「慣れ」と「狎れ」の違いを認識してもらい、「親しき仲にも礼儀あり」という意識をしっかりと持ってケアに臨んでいます。	
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	日常会話の中でも、自己決定出来る様な選択肢のある声かけを行い、入居者の思いを尊重し、支援している。		
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し、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	業務優先の考え方を廃止し、一人ひとりのペースで生活出来る様に、柔軟な支援を実施している。		
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	本人希望で行ってもらっているが、重ね着・季節に沿わない服装時は、本人の尊厳を保ちつつ援助している。また理容・美容に関しては、本人・家族の希望する店に行ってもらう様に働きかけている。本人が好む化粧品は、職員と一緒に買いに行く等して、使い慣れた化粧品を自ら購入し、使用している。		

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
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	買物・料理・盛付け・食事・片付けを一連の流れと考え、入居者と共に実施（IADLシートを基に提供）している。1週間に2回程買物へ出かけたり、好みの料理や得意料理など、入居者の一人ひとりの意見を尊重しつつ、バリエーション豊かに実施している。	職員は利用者と一緒に献立を考え一週間分のメニューを作成します。作成したメニューは法人の管理栄養士にもらい、コメントやアドバイスをもらって参考にしています。その日の広告を見て利用者の希望するメニューに変更したり、出前をとったりすることもあります。食材を切ることや調理、片付けなど、それぞれに合ったことを無理なく行ってもらっています。	
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	利用者個々の嗜好品を把握し提供し食事の楽しみを広げる支援を心がけている。水分補給も1日利用者個々の体重×30mlを目標に水分補給管理を行っている。また栄養状態の評価を毎週1回管理栄養士に行ってもらい、栄養バランスが偏らないように工夫している。		
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に、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	朝・昼食後はうがい・義歯洗浄を利用者個々で行う様に支援している。夕食後は、歯磨き・義歯洗浄と、個別に行う様に徹底し口腔内の清潔保持に努めている。		

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	必要時以外は紙パンツ・オムツの使用は控えている。また排泄動作において介助を要する場合であっても、残存能力を活かした介助を行い、トイレで排泄してもらう習慣に努めている。	失禁がある利用者でも、すぐに紙パンツではなく、できる限りその方の能力を勘案し、排泄の誘導や声かけにより配慮しています。また自分で紙パンツにするか、布パンツにするかを決めてもらう等、本人の意向を尊重しています。	
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	水分摂取の管理。食事では、食物繊維・乳酸菌を摂取する様に心がけている。また日中の散歩や体操等、体を動かす機会を設けている。		
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	曜日・時間を問わず、入浴したい時に自由に入浴してもらう様にしている。また必要に応じて本人同意のもと、介助(同姓)を行なうように心がけている。	日時を決めず、希望する時に自由に入浴してもらい、夜間の入浴も可能で1日2回入浴する利用者もいます。基本的には自分でできるところは行ってもらい、できないところのみを介助するようしています。2～3日入浴していない利用者にも声かけ、誘導により、無理強いすることなく入浴できています。	
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	就寝時間は利用者個々にまかせており、特に決めてはいない。援助が必要な利用者に関しては、傾眠や居眠りが見られた際声をかけて、居室で休んでもらう様に支援している。		

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
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	薬の説明書や職員で調べた内容を作成・管理して、職員各自で理解する様に徹底している。また内服忘れの防止の為に内服後チェックを行っている。薬変更時は、日々の状態観察を行ない、異変に気付けば早急に家族・かかりつけ医に連絡し、内服の指示をもらう。		
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	今までの生活歴を考慮しソーイング教室・書道教室への参加。また料理を作る・掃除をする・生け花をする・園芸作業をする等、個々の楽しみ事を支援している。		
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	利用者個々の得意分野・好みを把握し、買い物・散歩・喫茶店・外食等へ行く時間を設けており、希望に応じて、外出出来る様に支援している。 また、入居者の代弁から、家族の協力でも、外出(外食)や外泊を行ってもらっている。	日常的には自由にホームの出入りができるので、好きな時に屋外に出る利用者もいます。その日の利用者の状態に合わせて、職員が把握し一緒について出ることもあります。食材の買い物や外食等も頻繁にあり、利用者の家族も一緒に同行することがあります。家族が「外食に連れていきたいが、不安なので、職員に付いてきてほしい」との要望で、付き添った例もあります。	

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
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	自己管理困難で紛失の恐れがある方でも、本人・家族の希望であれば、同意を得て所持してもらっている。必要に応じて買い物等で、購入希望があれば職員付き添いで支払まで極力行えるように支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本院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している	希望に応じて電話をしてもらう様にはしている。また季節ごとに、家族宛に手紙を書く等の支援に取り組んでいる。		
52	19	○居心地のよい共有空間づくり 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	電気の明るさだけでなく、外光が照らされる工夫がされている。居間においては顔を見合われる座椅子・ソファを設置。また玄関からくつろいでいる姿が外部の人の目につかないようにパーテーションを設置している。和室には観音様を設置。生活感・季節感が味わえる様に、こたつを出したり、果物等を気軽に食べられる様にかごに入れて置いたり、施設環境ではなく、入居者個々がくつろげる環境を検討し設置している。	利用者の生活動線に合わせ、時計を掛け、その都度時間を確認し、生活リズムを整えていくような工夫をした支援を行っています。居間はテーブル、イス、ソファを置き、自由に思い思いの場所でくつろぐことができます。共有スペースの壁には、行事の写真や利用者の書道作品を貼っています。観音様を祭ることで毎朝手を合わせ、お供えのご飯とお茶を入れる役割や、カレンダーの日めくりを毎朝担当している利用者もいます。	

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
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	居間で過ごしてもらったり、顔を見合せながら会話出来るように椅子を設置したりと、思い思いに過ごしてもらえる様に工夫している。		
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	馴染みの物・好みの物・使い慣れたものを使用してもらい、居室を利用者・家族の思い思いに設置し利用してもらっている。また、本人に落ち着いて過ごせる様に、症状・障がいを把握した上で、本人同意の基、居室の環境を変更する場合もある。	ベッド、洗面台はホームの備え付けで、それ以外は自由に持ち込みをしています。椅子、テーブル、タンス、衣装ハンガーなど使い慣れたものを持参しています。部屋には家族写真や、仏壇、冷蔵庫も置かれ、個人の自由な生活を支援しています。部屋の入口には好みの暖簾がかかりそれぞれに個性になっています。ベッドからの離床時の際の立ち上がりで、転倒のリスクが高い利用者には、ベッド足元にテープを貼り、立ち位置などを印してあげることでもそこを意識し、転倒が減少したとの話もありました。	
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	オリジナルのアセスメントシートから、入居者の出来ること・わかる事を把握し、自立支援に向けた取り組みを実施している。		