

1 自己評価

【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	2019年2月10日	評価結果市町村受理日	2019年5月17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.kaigokensaku.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区菟乃町2-2-14
訪問調査日	2019年2月21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)】

地域包括支援センターや主治医、他事業所と連携し、必要なサービス提供を心がけています。
--

【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)】

<p>①本人本位の日常支援・「人間としての尊厳保持」を軸に、「家族や地域」に護られながら「その人らしい暮らし」が送れるよう、「自尊心・羞恥心」に配慮し、ご本人のペースに寄り添った支援に取り組んでいる。 ②適度な刺激の演出・行事委員会による様々なプログラム(家族・地域参加の季節行事:夏祭り・スイカ割り・敬老会・ハロウィン他、日常レク:書道・カレンダー作り・季節飾り制作・ボウリング・園芸 他)、月3回の手作り昼食、誕生日外出、希望者による少人数外出 等。 ③サービス向上のための委員会活動 ・入居者の生活を豊かなもの(ケアの資質向上)とするため、8つの委員会を通じ運営に活かしている(家族通信委員会、新人対応委員会、ケアマネ委員会、事故検討委員会、身体拘束・虐待廃止委員会 他)。 ④事業所のスケールメリット・同一敷地内に「介護老人福祉施設」が併設されており、職員研修、医療面でのサポート、災害時における相互協力体制等が構築されている。</p>

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、振り返りを行っている。委員会設置し、定期的に勉強会開催、個々で個人・社会人としての質向上を意識している。	「個人が人間としての尊厳をも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」(理念)ため、各種委員会の情報も踏まえながら、全職員が日々のケアを振り返り、その実現に取り組んでいる。	
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	地域のだんじり巡回や子供会でハロウインの仮装、児童館からカレンダー寄贈等に来所、自治会掃除や地域包括と自治会主催の地域会館活用行事への参加、隣接特養やデイとの合同行事等。	近隣商店での交流、事業所行事への地域住民の参加、園児・児童とのふれあい、地域行事への参加(だんじり見学、自治会清掃等)、認知症カフェへの協同等、地域に根差した事業所運営となっている。	今後も、地域の方々の協力をいただきながら、地域における社会資源の一つとしての定着を目標に、事業所発信の積極的な活動を増やしていけることに大いに期待をします。
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	地域包括支援センター主催地域ケア会議に参加し、介護関係者だけでなく医師、歯科医師、民生委員、交番職員、コンビニスタッフ、高校PTA等多種多様な方と意見交換を。隣接特養と野菜販売場所提供に向けて話し合っている。		
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	フロアリーダー、計画作成担当者、管理者、隣接特養施設長等が出席し、状況報告や通達等を行う。また、家族の要望や委員のアドバイス等意見交換の場でもある。自治会長との交代があり、新たに関係が始まった。	入居者の現況及びユニットの状況を書面で開示し参加者で共有している。地域交流、看取りケアについて、安全面・衛生面、認知症の理解、防犯・詐欺対策等 多様なテーマについて意見交換等を行い、運営に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	県や市からは集団指導や監査などでの啓発、疥癬やインフルエンザ発症、結核治療後入居者の状況連絡を保護課とやりとりあり。区内のグループホーム連絡会議にて他事業所職員との実施状況等の連絡も行っている。	区のGH連絡会(市の職員も出席)に参加し、情報の共有、課題の検討等により運営に活かしている。また、地域包括支援センターとは「認知症ケア」「さわのいネットワーク(地域包括ケアシステム)」での連携がはかれている。	
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	「身体拘束・虐待廃止委員会」を月に1度定例開催。年度用資料を作成し、虐待発見時の通報義務、拘束をやむを得ず行う場合の条件や同意文書の作成手順等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。	「身体拘束廃止・虐待防止委員会」よりの情報も踏まえ日々のケアの振り返り・事例検討等により、入居者の望む暮らしを最優先に取り組んでいる。研修・勉強会も年に複数回実施し、「身体的拘束等の弊害」についても共有している。	
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外部・内部研修(市の映像活用、定期的に自己チェック、外部講師によるもの等)を設け、不適切なケアも含め認識のズレが無く互いに注意し統一ケアを。個々人でストレス管理をすることも意識させている。	研修・勉強会・事例検討等により「不適切なケア」のレベルからの払拭に取り組んでいる。職員のメンタルヘルスについても留意し、コミュニケーションを大切に、「孤立化」「バーンアウト」しないようはかっている。	

自己	者三	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
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	数年前に外部講師に講演を依頼したことがあるが、職員の入退職に伴い制度理解薄いスタッフが出ていることからまた機会を設けたい。制度活用者は1名(家族や弁護士)ある。	現在、権利擁護に関する制度を活用している方が1名おられる。職員は、制度活用が認知症高齢者への支援の一方策として有用であることは理解しており、状況に応じて情報提供等している。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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。	入居後に不具合が生じないよう事業所見学、体験(日中帯)、質疑応答、アセスメント等を行い、不安点・疑問点が無い状態にして契約を締結している。契約時には関連書類を丁寧に説明し、理解をいただいている(重度化・終末期への対応方針含)。	
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。意見は真摯に受け止め記録、GH全体周知した上、隣設特養とも連絡して解決する体制を作っている。	運営推進会議、行事参加時、来訪時、電話・メール、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見等は直ちに検討し、フィードバックするとともに運営に活かしている。	
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、管理者は隣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。	月例会議、ユニット会議(月2~4回)、個別面談、各種委員会での情報共有等により職員からの意見・提案を吸い上げる機会を設けている。上席者(管理者・リーダー)はあがった意見等を共有・検討し運営に活かしている。	
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	管理者は、隣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、知識を深めるよう研修に参加させることも。		
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	リーダーや各委員会より新入職者に認知症やMINDの説明をし、OJTで生の介護を勉強。理解度の把握、フォローする体制。外部研修も随時活用し、派遣した職員からや委員会(現在8委員会)主催で内部勉強会を実施。		
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	隔月の区内グループホーム・小規模多機能連絡会、地域包括支援センター主催で医師、歯科医師関係機関との交流の場を持っている。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。		

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
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作りをしている。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。家族が認知症になった不安や戸惑いは大きい。		
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	家族の思いを傾聴し、担当ケアマネージャーへの聞き取りや利用病院・施設へ足を運ぶ等でも状況を把握。協議の上でサービス導入を決定している。		
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・支援を行い安全で安心した生活をと考えている。が、一方の立場ではなく人生の先輩として敬い、日常会話や生活の中から出来ることを一緒に探し、希望や愚痴など思いを表出できるような信頼関係作りを意識している。		
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	本人の症状進行から複雑な心境の家族もあるが、来訪時や家族通信などで連絡し情報を共有しながら共に支える姿勢を維持している。入居前から介護に関わっていた隣人が、入居後もほぼ毎日顔を見に来所される事例もある。		
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	インテーク面接や入居前に記入依頼する「くらしの情報シート」から本人のあゆみや馴染みのものを把握。入居後は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。	家族との外出(食事・散歩・法要・通院等)・外泊(家族宅での)、友人・知人の訪問、季節のお便り投函や携帯電話での馴染みの方との会話等、今迄の生活感ができるだけ長く継続するよう支援している。	
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(座席の工夫など)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。		

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
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	特養や病院へ出かけた際、グループホームから住み替えをされた方があれば面会や関係者に状況を尋ねることをしている。街中でご家族とお会いしその後を伺った職員もある。		
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	(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。	入居者お一人おひとりとの係わり(会話、言動把握、表情・仕草等)の中から、ご本人の望む暮らしとなるよう、その思い・意向を汲み取っている。キャッチした情報は「連絡ノート」「パターンシート」や申送りにより共有している。	
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	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するが情報量はまちまちで、親の若い頃等分からないことが多いのが現実。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ある。		
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	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し現状や変化を把握。また、自分で訴えが出来ない方からは表情や動きからの予測もする。		
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	「パターンシート」や日々の様子、家族からの要望などを取り入れ担当cwと計画作成担当者を中心として定期的に行うカンファレンスを基に計画作成担当者が介護計画を作成、見直しをしている。	入居者の思い・意向、家族の要望(担当者会議に参加する場合有)に職員・医療従事者の意見を踏まえ、ご本人の「今」にとって有用性の高い介護計画を作成している。月数回のケアカンファレンス及びモニタリングにより、プランの見直し等に繋げている。	今後も「本人本位」の視点を介護計画の基軸とし、ご本人の「思い・ニーズ」の把握に努められ、本人を含めた関係者(チームワーク)で、その達成を目指すことに期待をします。
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	個別に24時間で記入できる「パターンシート」、全職員が気づきや新たなケア方法提案等の情報共有するための「連絡ノート」を活用している。入居で落ち着きを取り戻した方や心身状態低下で重度化する等個別の変化に対応を。		
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	心身状態にあった住処を家族や関係機関と模索している。重度化によって入退院を繰り返し病院内地域医療連携室と調整した例、特養の長期ショートや老健施設で空き待ちをされたり退所してそちらへ移られた例がある。		

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
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	自治会と地域包括支援センターからの地域行事の案内、ホームでの夏祭りに自治会から和太鼓を貸出しや当日のボランティア参加といったことがある。入所後も民生委員が面会に来訪してこともある。		
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、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よい場合や急変時には随時受診もしている。	協力医(内科)による往診(月2回)及び今までのかかりつけ医への通院(家族と協同)並びに急変時への対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。また、希望により歯科・皮膚科の往診も受けている。	
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	隣設の特養医務室と医療連携体制として協働。ナースボード(連絡記録物)を活用し、毎朝・夕に申し送りをする等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排便コントロール等の支援を受けている。		
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。病院側や家族と随時連絡を取ることと入院先へ訪ね経過の把握をし、スムーズな退院受け入れ体制を整えたり家族の意向に沿った住処探しをしている。	入院中は入居者の不安感軽減のため面会をおこない、家族とも情報を共有している。病院とは早期退院を基本に連携し、退院時には予後に不具合が生じないよう情報入手し、事業所での暮らしに活かしている。	
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	医療連携体制の下、「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。最期まで出来ることをと病院での医療処置を選ぶ方もあるがホームでの終末期や看取りの事例も増えている。医療者と家族と連絡を密にし、退去後は「かえりみかんファレンス」にて振り返る。	重度化・終末期の状況が生じた場合には、入居者ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者(本人・家族、医療関係者、事業所等)で相談・検討し取り組んでいる。この1年では3名の方を看取らせていただいた。	
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	マニュアルを各ユニットに備え活用できるようにしている。事故対策委員で事例設定しシミュレーション勉強会をしているが、経験年数の違いなどから実践力には差があるように思われる。		
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	年に数回設備説明をし、隣設施設と合同で年2回、単独で年に1回避難訓練を行っている。災害対策委員会では報道された事故の紹介や対策等を全職員へ注意、避難経路の環境整備等を行っている。1/17には小学校で行われた地域の防災行事を見学した。	併設事業所との合同及びホーム単体で通報・消防・避難訓練を実施している(年3回)。また、立地に応じた水害対策訓練もおこなっている。災害対策委員会より有事における行動留意事項等が提示され、職員はそれを確認している。	

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入職時念書を交わしている。認知症の理解や人生の先輩を敬うことやプライバシー確保等、不適切ケアの無いよう理念・MINDとも併せて人としての質や専門性を磨き対応することを意識している。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に十分配慮しながら、ご本人が今まで培ってこられた事柄(技能・趣味・習慣等)のうちできる部分をご本人の希望に応じて体現できるよう支援している(押し絵、ピアノ、家事全般等)。	
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や、言葉だけでなく行動からも希望をくみ取る意識で接している。		
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	居室で過ごすのが好きな方、一人過ごすのが好きな方、何かしないと落ち着かない方、それぞれの好みに合わせなるべく自由な時間を過ごすよう支援している。友人の面会や入居前からのコーラスクラブ活動へ外出される方あり。		
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、ひげ剃り支援、理美容の予約等行う。自分で化粧出来る方はかなり減ったが、他ゲストの着衣を褒めたり職員の身だしなみに関心を示されることはよくある。		
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	隣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。頻度は少ないが、昼食やおやつ作りをそれぞれのフロアで計画、実施。毎食、献立を話題に話を展開し、楽しい食事の時間も意識している。	手作り昼食の日(「0」のつく日:月3回)における献立作りから調理・盛付け、洗い物等を職員と一緒に会話を楽しみながら行っている。誕生日外食や出前、手作りおやつも喜んでおられる。嚥下状態や座位等も確認している。	食事に関してのプロセス(共同作業)を含め、「手作りの食事の提供」をする事で得られるケアの効果は大きいと察します。入居者にとっての「食の楽しみ」の継続に期待をします。
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	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、体重増減等身体機能に応じた食事形態や食器を提供。水分・食事摂取量は個別に記録し、少ない場合は間食を摂る等主治医や栄養士に相談しケア方法を検討している。		
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。		

自己	者三	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
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、見直しを個別に行う。個室内にトイレが設置してあることからプライベート空間の確保も出来ている。以前はバルーンカテーテル使用者であった。	入居者個々の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人に応じた方法(声掛けのタイミング・方法や同性介助等)でトイレでの排泄が行えるよう支援している。夜間帯はパッド交換の方もおられる。	
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有無を把握。毎朝のラジオ体操や館内散歩、個別には飲み物を工夫(乳酸菌飲料やオリゴ糖)等生活で出来る取組、医療従事者による下剤や浣腸使用でコントロール、スタマ増設者(数名有)の支援等様々。		
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ず、個々にそった支援をしている	二人介助や隣施設の機械浴使用者もあるが、各ユニットで毎日湯を張り数名ずつ利用されている。入った後は満足げだが、入るまでに気が乗らない方の思いと介護の必要性の板挟みになる事に苦慮することもある。	週2~3回の入浴を基本に、ゆったりゆっくりとした入浴時間となるよう支援している(2人介助、同性介助、好みのシャンプー・リンスの使用等)。入居者の状況により足浴も実施している。また、季節湯も喜んでおられる。	
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が、時間や昼か夜か分からない、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	薬の効用や服用の重要性を意識し薬表を保管。誤薬が無いようダブルチェックや名前を確認しての準備・服用の支援を。薬変更の場合は直後の様子観察・報告をし、医療従事者と共に健康管理の手伝いをしていく。		
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	週1回のレクリエーションを定例とし、個人の趣味やユニットでのアクティビティ、地域と地位包括主催の会館活動、隣接施設とのイチゴ狩りや焼き芋会参加等、ユニット、施設を越えて参加出来る機会を設けている。		
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るように支援している	個別に、家族の協力により散歩を日課とされる方数名。季節感を味わう花見や花見をしながらお弁当を撮るといったことも。外出しやすい季節をと思うと機会が減っている。	日々の散歩や買い物、喫茶外出、ベランダや庭園の草花への水やり等、日常から外気に触れる機会を設計している。家族と出かける季節の花見や小旅行、希望者による少人数でのドライブ等、適度な刺激となる非日常も演出している。	入居者のADLの低下や個々人の想いも違い、個別対応にも工夫と労力が求められることと察します。今後もご家族等の協力も含め、「利用者の思いに沿った外出支援」の継続に期待をしています。

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
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と様々。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	遠方のご姉妹から不定期だがかかってくるを取り次ぐ方ある。最近入居された数名は携帯電話をお持ちで、直接ご家族とやりとりされている。携帯電話使用は今後も増えるのではないだろうか。		
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に意識。ベランダで花や野菜を育てることやカレンダー作りで時期を感じる工夫もしている。	広く落ち着いた適度な採光の入るリビングフロア(「木」の風合いを感じれる)、憩いの時間を過ごせるピアノやソファスペースにベランダ、季節を感じれる飾りつけや「書」が貼付された壁面や屋上等、寛ぎの共用空間となっている。	
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	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、家族も交えて個々の部屋作りをしている。自ユニット、自室につくと「よかった帰ってきた」「ただいま」等、自分の家、部屋として安心して過ごしていると思われる。	使い慣れた馴染みの大切なもの(家具、テレビ、工芸品、家族写真、仏壇・位牌等)を持ち込み、居心地の良い居室となるよう支援している。ADLへの変化へも配慮(畳やソフトカーペットの活用等)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危険予測、予防を考えて配置。手すりや表札・目印をつけて確認が出来る工夫や、各居室にトイレを設置し気兼ねなく使用出来る設計もされている。		