

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1階)

事業所番号	2791100106		
法人名	社会福祉法人 寺田萬寿会		
事業所名	グループホーム まんじゅ		
所在地	大阪府岸和田市 南上町2丁目5番6号		
自己評価作成日	平成31年9月1日	評価結果市町村受理日	平成31年11月27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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	平成31年10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)】

入居前から家族、入居者に来所して頂き見学をして施設設備について納得して頂くようにしている。入居契約時には家族、入居者の生活の意向を聞き、入居者が充実した生活が送れるように配慮している。入居後も入居者の状態に合わせてサービスが提供できるように職員一人一人が介護を行っている。また運営主体が病院で、近隣にある為、日頃から状態の観察を行い密に医療と介護の連携を取り、内科は勿論の事高齢者に多い皮膚疾患や眼科の受診などが速やかに行えるように適切に対応している。

【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)】

事業母体は、地域に広く貢献するために大正12年に創立「寺田萬寿病院」で、当事業所は平成19年10月開設されて満12年目となる。地域住民への認知度や評価も高く、利用者は近隣住民が多く、開設時から入居している人も健在である。地域交流も盛んに行われて市民の馴染みも深く、信頼関係が構築されている。病院が隣接し、系列の福祉施設もあって利用者・家族も安心して信頼している。利用者は安心して生活しており、穏やかな表情や笑顔が見られる。家族との関係も良好で、「家族の話をよく聞いてくれる。本人の様子の報告がよくある。」と評価が高い。全職員が常勤であり、コミュニケーションも良好で離職率も少なく、また、研修制度が整備され、研究発表も行い、常に向上心を持って研鑽し、福祉サービス向上に取り組んでいる。

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 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している (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

[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	平成19年オープン当初に職員が話し合い決めた理念を掲げ、新入社員・中途採用職員に、管理者よりオリエンテーションにて内容を周知している。	事業所理念を玄関・事務所・フリースペース(会議室)に掲示して周知している。利用者・家族には入居時に理念を説明し、職員も会議などで確認している。理念に沿って、散歩時に「行ってらっしゃい・ただいま・お帰りなさい」の声をかけ合い、近所の人とも挨拶を交わっている。	
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	近隣グラウンドの水やり当番を担っている。回覧板配布、小地域ネットワーク、町内清掃、町内の盆踊りに参加している。町内の自治会に参加し、古紙は毎月第4日曜日に出しリサイクル運動にも貢献している。	日常的に、近隣の植栽の水やり、新聞・ダンボールのリサイクル運動に参加し、春・秋の町内清掃・ゴミ拾いを行っている。自治会に加入し、盆踊りやだんじり祭り、町内会館での体操や毎月のなごみカフェにも参加している。毎年園児が訪問して歌やおどりを披露し、利用者から手造り作品を渡している。小学校の秋の音楽祭に参加し、年賀状の交換も行うなど、地域との交流は盛んである。	
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	玄関先には認知症の専門機関であることを示したシンボルマークを貼付し、オレンジリングを携帯し、いつでも相談をお受けできることを示している。また、依頼があれば認知症・介護保険の説明を随時している。	/	/
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回、入居者、家族、市担当者、民生委員、町会長、知見者、管理者で推進会議を開き、運営状況、行事報告、入居者の生活状況などを話し合い、火災時における地域の協力を得られる様呼びかけている。	会議は、偶数月第3木曜に開催し、内2回はデイサービスセンター・小規模多機能施設と合同で行っている。利用者・家族・市担当者・地域代表者・町内会長・地域代表・管理者が参加し事業所の活動や実績報告などを行い、家族から緊急避難通報や車椅子の使用などの意見を受け、地域から行事情報などを受けて、活発に意見交換している。昨年台風被害も踏まえ、災害時の危機感の共有と、近隣への協力依頼を行っている。	外部評価結果は玄関に置いて開示しているが、運営推進会議でも開示し、家族にも送付して理解促進を図ることが望まれる。
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取り組んでいる	運営推進会議では市担当者との情報交換、社会福祉協議会は日常生活支援事業を通じて協力体制を築いている。	社会福祉協議会とは、日常生活支援事業を通じて協力体制を築いており、介護保険制度などの勉強会や、福祉部会での情報交換を行っている。市の介護保険課とは、更新申請代行などで連携し、包括支援センターは身近の系列施設内にあるので、常に情報交換している。2か月毎に、介護相談員2名の訪問を受け入れている。	

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
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「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	玄関、窓は夜間を除き解錠している、サイドレールなどの拘束もしないことを宣言し、ご家族にもご説明している。また、年1回身体拘束研修を開催し、職員全員が理解できるようにしている。マニュアルを作成し、職員がいつでも回覧できるようにしている。また、毎月身体拘束廃止委員会の会議を行っている。	身体拘束廃止対策マニュアル・指針を作成し、毎月のリーダー会議で、身体拘束のないケアについて検討や勉強をしている。事業所入り口の階段は危ないため施錠しているが、1階や事業所の外に出かける時は、職員と一緒にエレベーターで移動している。管理者・ケアマネジャーが、職員の言葉かけやスピーチロックに気配りし、改善している。	
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	管理者は虐待が見過ごされることがないように介護相談員の巡回を依頼し入居者の声を聴いてもらうようにしている。朝礼時の申し送りや入居者への直接的な声かけを通して、日々のケアの把握に努めている。		
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	職員は年1回以上研修会に参加し相談を受けられる体制をとっている。また社会福祉協議会の日常生活支援事業や成年後見人制度や任意後見人制度を利用している。		
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	在宅サービス機関、ご本人・ご家族の意向や入居希望に至る経緯をお聞きし信頼関係を築くことから初め、まずは見学に来て頂き納得した上で難しい言葉は避け、十分な理解を得た上での契約を心がけている。		
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	運営推進会議に入居者とその家族に参加して頂き、小さな要望でも真摯に受け止め、意見を職員で共有し運営に反映されるように月に一度職員会議で話し合っている。	家族の面会時に、利用者ができることの情報を得て、書道や編み物をしていた人には、コピー用紙で写経・ひらがな・数字など書いてもらい、新たに編み物を始めた人もいる。家族の面会時に、利用者の日常生活の様子も詳細に伝え、3か月に1回「まんじゅたより」を出して、家族の意見や要望を聞いている。	

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
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	事業所の運営、大事な決定事項や要望についての毎月のミーティングを通して、職員から管理者、管理者から職員とその都度話し合いをしている。	毎月テーマを決めて職員ミーティングを行って、意見や提案を聞いており、利用者の転倒やインフルエンザ対策など、ケアに関する内容が多い。職員の役割担当制があり、居室・散歩・行事・広報・物品・食事・研修などの担当者からの意見もある。年2回職員の個別面談を行い、ステップアップを図ったり相談にも乗っている。	
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	管理者は随時職員よりの相談を行なっている。また勤務時間の変更など可能な調整は日頃から行っている。環境面では職員が身体をのばせるようにフリースペースに畳を用意している。個人目標管理シートを用い、職員個々が目標の達成に向けて努力する事で向上心UPにつなげている。		
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	認知症等の外部研修に積極的に参加させている。また参加した職員は伝達講習を行ったり、報告書を職員全員が回覧している。また定期的に内部研修を開催しレベル向上に努めている。		
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	岸和田市介護保険事業連絡会(施設部会)に加入し交流を行なっている。		
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	入居前にご本人様とお会いさせていただき、お話しをお伺いさせていただいている。また、入居前には、ご本人にホームを見学して頂くことをお勧めしている。		

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
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	ご家族様よりゆっくりと話を伺い、ご本人の状態や性格等について把握するようにしている。また施設のケアの方針、援助内容についてご家族と十分に話し合い、いつでも相談出来る関係づくりに努めている。		
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	聞き取りを十分にし、課題分析をしっかり行い、必要としている支援を見極めるようにしている。また新聞購読、訪問美容などインフォーマルサービスの利用も行っている。		
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	現在までの生活の履歴を知り、共同生活の中で自ら役割を見つけていけるような環境、場面(洗濯物をたたむ)を設定している。(場所)お帰りただいまがゆきかう家になるように努力している。		
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	オムツなど持参して頂いたり、行事への参加を呼びかけている。また遠方のご家族には、まんじゅだより(広報誌)にて、行事・活動の写真を通して様子をお知らせしている。		
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	今まで利用していた当施設サービス事業所に行き来出来る様になっている。町内カフェの参加や、町内活動に参加する事で地域との関係を残せるように努めている。	利用者の友人や地域の人が家族と一緒に時々訪問している。家族と墓参りに行く利用者や、デイケアセンターの知り合いに会いに行く人の支援をしている。町内会館のなごみカフェに月1回参加して顔馴染みになり、また2か月毎に訪問する介護相談員と親しく会話している。	

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
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	馴染みの席を決め隣席の利用者と普段と変わらずに過ごせるよう配慮している。その日の気分により席移動をする時には、他者との関わりに気をつけて見守り、必要なら席の移動を行っている。		
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	入院になった場合は、お見舞いや面会を通じ、現在の状況を把握し、必要であればご本人・ご家族に助言を行っている。		
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	新聞購読や好きなテレビ番組の観賞等、今までの暮らしに合わせた提供が出来る様に希望や意向を確認している。計画作成担当者は、介護計画の交付時に、随時日頃の生活状況や要望の確認を行なうようにしている。	フェイスシート(利用者台帳)やアセスメントシート(ケアチェック表)で利用者の想いを把握し、職員間で共有している。利用者の表情・しぐさを良く見ながら声かけして、希望や意向を推察している。100歳を超えた人が、昔の習慣を継続して新聞を読んだり、また散歩・買い物・外食などに関する意向に沿って支援している。	
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	家族や本人と話し合う機会を常に意識づけ、面会時にその人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を傾聴し、より良いサービスの提供ができるよう努めている。		
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	支援経過やケア表を記入し、全ての職員がその人がその日どのように過ごしたか、また、その人それぞれの役割を通じ心身状態に変わりないかなど現状の把握に努めている。		

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)	○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	計画作成担当者及び担当者は、家族や知人の面会時や電話連絡をして情報収集し、また看護師・主治医との連携を通し、健康面をも含めたケアのあり方についてモニタリングとカンファレンスを行い、介護計画に反映している。	家族の意向は面会時や電話連絡で聴きとり、定期的なモニタリングとケアカンファレンス・支援経過記録などを介護計画に反映している。現在の利用者の状況を家族に伝え、介護計画の内容を丁寧に説明して了解を得ている。担当者会議記録も利用者毎にファイルし、職員が何時でも閲覧して情報共有できるようにしている。	
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	支援経過やケア表を記入しその人がその日どのように過ごしたか把握できるようにし、リーダー間・一般職員間申送りノートを活用し職員間で情報を共有し介護計画に反映して、きめ細かい介護ができるようにしている。		
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	同法人の地域密着事業は認知症デイサービスがあり、事業所間での交流や行事、また職員の応援体制を築き、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。		
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	馴染みのある生活を送れるように、地域の歯科医院、病院、地域会館を利用できるように支援している。また、新たな地域資源はないか職員間で話し合いをしている。		
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	同法人の診察を希望される方については、訪問診療及び定期、臨時受診できるように支援している。法人以外のかかりつけ医を希望される場合はご家族様にお申し渡した診察後の内容を伝達して頂いている。	利用者・家族の同意を得て、利用者全員が、すぐ近くの運営母体病院の医師をかかりつけ医とし、月1回内科往診を受け、家族同伴で随時受診もしている。歯科は希望者が随時往診を受けている。循環器系医療を家族同伴で受けている利用者もあり、利用者の状況をメモ書きで受診先に伝え、家族から受診結果を報告してもらって連携している。	

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
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	職員は朝礼・日勤報告を通じ看護師である管理者に各種情報や気づきを相談・報告し、適切な指示を受けられるようにしている。また、随時相談を行なっている。		
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	病院や医院の地域連携室の職員や病棟の師長などと病状の情報を得るようにし、受け入れ体制を準備し早期退院出来る様に支援している。また日頃より顔なじみの関係を築いている。		
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	重度化や終末期についての方針を文書で説明し同意を得ている。また終末期の方についてご家族と話し合い、ご家族・ご本人の意向を尊重し、地域連携室・医師との連携を図りできるかぎり希望に添えるよう支援をしている。	「重度化した場合における対応の指針」を作成し、入居時に、事業所における対応を利用者・家族に説明して同意書を得ている。重度化した場合は再度対応を説明し、家族の同意を得て、ほとんどはすぐ近くの母体病院で終末を迎えている。24時間オンコールの医療連携体制を取っているが、事業所での看取り経験はまだない。	できるだけ家庭で終末を迎えるようにとの政府の要請があり、終の棲家としてグループホームで看取ってほしいとの、家族の要望も増えると思われる。今後、看取りに関するマニュアルや手順書を作成し、研修などで職員に周知してスキルアップし、事業所での看取りを検討することを期待する。
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	AEDの設置場所、使用方法の研修を行い緊急時の対応できるようにしている。また急変時のマニュアル(心臓マッサージ、人口呼吸など)を作成し、年1回講習を行い全ての職員が初期対応できるようにしている。		
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	災害時の避難通路は入職時に説明及火災訓練時に確認し災害について意識づけをしている。また、近接の同法人の病院より応援体制を築いている。	災害対策マニュアルを作成し、1階のデイサービスセンターと合同で、消防署の委託機関の立ち合いの下、昼間・夜間を想定して、年2回消防避難訓練を実施している。緊急連絡網を整備し、災害時には、直ぐ近くの母体病院や近くに住む職員が駆け付ける体制になっている。水は事業所内に3日分備蓄し、食料は母体病院に十分備蓄している。	

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
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	玄関先に季節の花や野菜を植えている。共用空間では湿度や温度にも気を使い湿度50～60%、温度22～28℃になるように努めている。テレビは生活場面に合わせ、つけたり、消したりしている。	個人情報保護と接遇のマニュアルを作成し、職員が持ち回りで行う研修などで職員に周知している。利用者を子ども扱いない、入浴時はタオルで隠す、ケア前に声かけする、大声で排泄に関することを言わない、などに留意している。不適切な対応があった場合は、場を外して、管理者・ケアマネジャー・リーダーが注意して是正している。	
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	廊下に畳台を置いたり、通常の席以外で独りになったり、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(空間)の工夫をしている。		
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	使い慣れた、ベッドやテレビまた家具などを持参していただき、本人になじみのある空間を作るよう努めている。また仏壇や化粧できる机なども持ち込んでもらって本人が居心地よく過ごせるようにしている。		
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	廊下には手すりを設置し、扉のノブは車椅子で開けやすいよう工夫している。転倒のリスクのある方は身体拘束するのではなく、家族と相談し離床センサーの設置して安全に自由に暮らせるように努めている。		
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	お茶を入れてもらったり、おかずの盛付け、テーブル拭き、おやつ作りに参加して頂いている。外食を企画したり、仕出し弁当では食べたい物を聞き、希望に添えるようにしている。	3食とも母体病院で調理し、各ユニットで再加熱・盛り付けして提供している。病院の管理栄養士が工夫して、色々な季節食や誕生日・クリスマス(テイクアウトの寿司)などのイベント食もある。年に数回、お焼きなどの手づくりおやつも楽しんでいる。年2回、家族も参加して、寿司店で外食している。利用者はできることを行い、職員も同席して同じ物を摂って、和やかに食事している。	

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
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	病院の管理栄養士が栄養管理を行なっている。またケア表に、食事量・水分量の記録し把握している。食事量の少ない人には栄養補助食品や、水分量の少ない人にはジュースなど本人の嗜好の飲み物を提供している。		
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	毎食前には、手洗い、嗽、毎食後に歯磨きを実施している。また就寝前は入歯を洗浄しポリドントなど入歯専用洗浄剤を使用し口臭予防や衛生保持に努めている。		
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	初回の利用者については、2時間毎に排泄の有無、量を調べ、適切なトイレ誘導のパターンやパットやオムツの種類を検討し、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。	日中はおむつ使用の利用者はおらず、リハビリパンツ使用者には、個々の排泄パターンを把握して、適時トイレに誘導して、自立排泄を支援している。特に排泄後は体を清潔にするよう留意している。夜間は、おむつ交換、トイレ誘導、ポータブル使用など、個々の状態に沿った支援をしている。適切な排泄支援によって、車椅子だった人が歩いてトイレへ行ったり、失禁の回数・量が改善した人がいる。	
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	水分摂取を促し、リハビリ体操や散歩による適度な運動、入浴時に腹部マッサージをしたり、便秘を防ぐように取り組んでいる。また、便秘が続く場合は看護師に腹部の状態を診てもらっている。		
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	順番に一人一人声をかけてその希望に沿うように努めている。入浴の際、歌を歌ったり昔の話を聞いたりリラックスできるように努めている。また季節に応じた入浴剤を使用し季節を感じて頂いている。	月・木・土曜日の週3回、2階の個浴には午前、1階の大浴場には午後に入浴している。大浴場では、利用者3名に職員2人で対応しており、気の合った者同士がゆったりと楽しんでいる。大浴場内には機械浴もあり、重度の敷人が利用している。季節のしょうぶ湯・ゆず湯や、森林浴などの入浴剤も楽しんでいる。	

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
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	昼寝などの習慣がある方に関しては昼寝をしていただいたり、夜は就寝時間は特に定めておらず、利用者個々に合わせている。また快適に睡眠が取れるよう室温調整に気をつけている。		
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	個人別に処方箋を綴じて管理し、職員誰もが理解できるようにしている。薬の仕分け、内容について配薬担当者が随時確認できるよう、配薬カップに一包化数、臨時薬の表示を明確にしている。		
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	ご本人の生活歴をご家族にお聞きして、個別の書道・絵画・編み物・ちぎり絵・塗り絵などできるように支援している。また作品は壁に飾りやりがいがあるように取り組んでいる。		
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	散歩を行ない気分転換して頂いている。またごみ捨てや回覧板の配布など外出を兼ねた役割を作っている。要望があれば買物も同行している。また、ご家族の協力を得て、土日、年末年始など外出・外泊できるように支援している。	事業所周辺や近くの母体病院まで、重度の利用者も含めて、毎週散歩に出かけており、気候と天気の良い日は、多めに出かけるよう努めている。2階のベランダで、水やりやお茶などをして外気に当たっている。花見や初詣で遠出し、春と秋に遠足として買い物や食事に行っている。家族と一緒に、墓参り・自宅・外食に行く人もいる。	
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	お金がないと不安になる方は小額の金銭は個人に管理して頂いている。また、別に預り金を頂いており、買物の時に本人が支払えるよう支援している。		

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
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	手紙を書くことはもちろんのこと、事業所の電話及び公衆電話(病院)よりいつでも電話してもらえるようにしている。また携帯電話(個人)の持ち込みにより随時電話できるようにしている。		
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	玄関先に季節の花を植えている。共用空間では湿度や温度にも気を使い湿度50~60%、温度22~28℃になるように努めている。テレビは生活場面に合わせ、つけたり、消したりしている。	共用空間の換気には特に留意し、朝夕に掃除する時に窓を開けて空気を入れ替えている。臭いにも気を付け、トイレに芳香剤を置いたりしている。2階のベランダには、3人がけベンチ2つとプランターが置かれ、外気浴・水やり・お茶などができる。リビングの壁面は、利用者との共同の作品で季節を醸し出している。トイレ前の床に大きな緑のマークを貼って、わかりやすくしている。	
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	廊下に畳台を置いたり、通常の席以外で独りになったり、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(空間)の工夫をしている。		
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	使い慣れた、ベッドやテレビまた家具などを持参していただき、本人になじみのある空間を作るよう努めている。また仏壇や化粧できる机なども持ち込んでもらって本人が居心地よく過ごせるようにしている。	1階の居室は、デイサービスセンターと併設のためやや狭く、2階はやや広いが、いずれも入口に色々な花飾りをしてわかりやすくしている。居室にはエアコン・カーテン・壁ラックを設置し、ベッドはレンタルで、利用者が馴染みの家具や置物などを持ち込んで、心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	廊下には手すりを設置し、扉のノブは車椅子で開けやすいよう工夫している。転倒のリスクのある方は身体拘束するのではなく、家族と相談し離床センサーの設置して安全に自由に暮らせるように努めている。		