

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	3107100923		
法人名	社会医療法人 明和会 医療福祉センター		
事業所名	グループホーム さくらはうす		
所在地	鳥取県鳥取市覚寺180		
自己評価作成日	平成21年7月13日	評価結果市町村受理日	平成21年9月10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.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=33690
----------	---

【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鳥取社会福祉評価機構		
所在地	鳥取県鳥取市湖山町北2丁目116番地		
訪問調査日	平成21年8月11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)】

マイペースを尊重された生活の中で、利用者をよく理解した職員と共にゆったりのんびりと過ごしている。認知症であってもそれを補う笑顔が施設にはあふれて、いつも笑い声が絶えない。最低でも月1回はケアプランの見直しをする職員の努力に支えられ、利用者一人一人の希望に合った外出支援や活動が実行されている。各自の興味や力に合わせた役割を担うことで生活のメリハリや利用者同士の助け合いの場面が生まれている。またご家族もとても理解があり、自宅訪問など家族ならではの援助で職員も助けられている。年々家族会への参加人数も多くなり全員で遠出もできている。年6回の運営推進会議の成果で、開設時に比べると地域の方との交流や情報交換などが質量共に格段に充実してきている。法人の母体である医療機関のバックアップもあり、家族や職員の安心になっている。

【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)】

職員は理念を良く理解しており、日々のミーティング等や連絡帳をとおして職員間で理念の履行状況や利用者の状況の把握等の情報を共有する仕組みが整っている。運営推進会議も二ヶ月に一回定期的に開催されており、法人全体のグループホームでの合同開催と個別での開催と交互に行なわれている。ご家族の意見も来訪時に積極的に聞いており、聞いた情報はセンター方式のシートや連絡帳に記録されて職員間で共有されている。食事作りは利用者の経験や知恵が活かされるような献立を作っており、箸や茶碗は個別のものを使っている。入浴はいつでも希望の時間に入浴できるようにしており、季節に応じてゆず湯等の工夫をして

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	利用者の尊厳や家庭的な環境の提供や地域とのつながり等、ミーティングや普段の意見交換の場で職員は理念を共有し実践に活かしている。端的にまとめた理念を玄関やスタッフルールの皆の目につきやすい所に掲示して日々より良いサービスの提供に取り組んでいる。	家庭的環境と地域住民との交流のもとで、安心と尊厳のある生活を理念として掲げている。理念は事務所やリビングの見やすい場所に掲示されており、この利用者は今幸せなんだろうか？と常に利用者の立場に立って考えるようにしており、日々理念を具体化できるようにしている。	
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	地域の方たちが来訪し、交流会を行ったり運動会の誘いや菖蒲の葉を持参してくださるなど、日常的な交流の機会は増えている。幼稚園児との交流は定着。グループホーム主催の行事にも地域の方の参加が増え、公民館祭りや運動会に利用者も参加、相互の交流が多い。町内会に加入し社協だよりなどで情報を得る一方、広報誌を配る時は利用者が職員と地域に出かけている。	地元自治会には開設当初から加入しており、地元の行事や催し物の情報は地域の方や地元民生委員、地区社協等から積極的に情報収集している。納涼祭や敬老会等の施設の行事にも地元の方々の参加もあり、地元主催の運動会には利用者が参加しており相互の交流は出来ている	
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	運営推進会議には地域代表の方が出席、活動報告、認知症への理解の説明、介護に関する相談を実施。介護の講演会も開き、家族や地域の方の参加があった。広報誌にも認知症に関する記事を掲載、地域に配布している。地域の方のボランティア受け入れを通して活動の場の提供と施設理解を深める機会となっている。		
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	年6回開催し、家族や地域の代表者の他、市担当者、医療関係者、ボランティアグループの代表者など多くの方の参加により、施設や介護、認知症に関する情報提供と意見交換が行われている。会議での情報や意見を施設の活動に活かし、地域の催しへの参加やボランティアの受け入れなど盛んになってきている。	グループホーム単独で年3回行い法人内のグループホーム合同で年3回実施している。合同での推進会議では外部講師に講演を依頼したり、単独での推進会議ではより身近な話題や改善策等が意見として出ており、開催形態によりそれぞれのメリットが出ている。	
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取り組んでいる	市担当者の運営推進会議への出席があり、施設状況の理解、情報の確保と協力関係につながっている。メールなどで入居者の動向などの報告や研修会などの情報提供があり、協力体制をとっている。また施設長が広く行政の窓口となり日頃から話し合いの機会ができています。年4回広報誌を市担当者へ届けている。	市の担当者には施設長がホームたよりを持って行っている。入退居の場合や大きな事故の場合には連絡をするようにしている。又市の担当者からも感染症等の情報がメールで寄せられており、互いに協力関係を築いている。	
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	身体拘束をしないケアに職員全員で取り組んでいる。日中は玄関に施錠せず、徘徊のある方には玄関に鈴をつけて外出された場合気づけるようにしている。外に出られても引き止めるのではなく本人の気持ちを尊重している。資料の回覧などで身体拘束をしないケアの学習に取り組んでいる。	毎年1回は身体拘束排除の研修又は伝達講習を受講しており、管理者及び職員はその弊害や利用者の尊厳が損なわれる事を理解している。利用者の見守りは職員間で情報を共有しており、絶えず所在の確認がされている。	
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	入居者を一番に考えた支援ができるよう職員間で話し合い、連携しながら虐待防止に努めている。法人内のコンプライアンス窓口を職員室に掲示し相談しやすい体制にしている。地域の方など外部との交流の場を増やし開放的な施設作りに努めている。		

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
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	成年後見制度に関する資料を回覧するなど知識、理解を深めている。現在制度の利用者はいないが以前は利用者が在籍し実践で理解を深める機会となっていた。ソーシャルワーカーが職員会議に出席し必要に応じて利用や相談ができる体制となっている。		
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	入居前に施設見学と共に管理者がご本人、家族に重要事項説明書をもとに説明し理解を得た上で契約している。契約時も項目ごとに十分に説明し、理解や納得を図っている。また制度の改正などで契約内容の変更があるときはその都度説明し理解していただいている。		
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	日頃から利用者、家族の来訪時に意見や要望を聞くように心がけ、その都度または会議の中でスタッフ間で話し合い、回答している。運営推進会議でも参加者から提案があり業務改善に反映させている。また要望の言いやすい関係作りにも努めている。ご意見箱を玄関に設置し、内外の苦情受付窓口の掲示、重要事項説明書への明示を行っている。	職員はご家族が意見や要望が言いにくいという事を理解しており、面会時や介護計画の説明時に積極的に話しかけ、安心して話しが出来る関係や環境を作るようにしており、ご家族の相談等は『相談援助記録』に記録されており職員間で情報の共有が図られている。	
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	二日に一回のミニミーティングや一ヶ月に一回のスタッフ会議で意見や提案を話し合っている。また、その都度意見があれば相談しあっている。連絡ノートを活用し情報や提案などを職員間で共有できるようにしている。	毎月のスタッフ会議や日々のミーティングで職員の意見を聞いている。新規の入居者の受け入れはスタッフ会議で決定している。職員間では『連絡ノート』を利用して、ご家族からの意見や気づき等の情報をすべての職員で共有するシステムができている。	
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	代表者は、平日ほぼ毎日来て管理者や職員と話しをする機会を設けている。その上で個々の意見や現状の把握に努め職場環境の改善に努めている。		
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	職員個々の経験や習熟度に応じた内外の研修参加を進め、自己啓発や段階的に役割を担っていくことで力量を増していけるような環境がある。		
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	日本認知症グループホーム協会に入会、相互研修には毎年参加し、他施設との交流や違った視点から介護のあり方を学ぶ場となっている。運営推進会議に他事業所の職員を招き講演会を開いた。広報誌は法人内のグループホーム共同で企画発行しており、その過程が職員間の交流や意見交換に役立っている。		

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
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	入居時に担当スタッフを決め、信頼関係を築きやすくしている。入居前に本人が施設で過ごせる機会をつくり不安を少しでも軽減できるように対応している。入居前に訪問調査を行い、情報収集や本人の様子をあらかじめ把握するように努めている。		
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	入居前にご本人と共に施設見学をしていただき、入居前の様子や生活層などを十分に聞き取ることで、困っていることの解決や要望の実現が入居後に円滑に図れるように努めている。入居してからも要望に変化がないか家族の話を傾聴し実行することで信頼される関係作りに努めている。		
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	入居前から利用者、家族と話し合い、意向を反映すると同時に新しい環境に慣れるための介護計画を作成し安心して入居が開始できるように努めている。またその段階で他のサービス利用が必要と判明した場合はソーシャルワーカーなどと連携をとりながら対応している。支援している。		
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	自立できるように声掛けを行い、共に活動することを通して信頼関係を築けるようにしている。その中で利用者の人生の先輩としてのアドバイスや知恵を職員が教えられている。利用者それぞれが知恵や教訓など人生で学んだことを生活の中に活かし支えあう関係作りに努めている。家事活動などを職員と一緒にいき、互いに助け合う関係作りにも努めている。		
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	利用者を中心に家族と職員で生活を支えることの大切さを家族に説明し連携を図っている。家族それぞれの思いを受け止め、家族と共に本人を支える信頼関係を築くよう努めている。その結果、面会や受診などの付き添い、外出など家族ならではのサポートを得ている。月一回利用者の様子を手紙で伝え、変化があれば電話などで連絡している。年2回の家族会で他の家族との交流の機会も持っている。		
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	信仰のある方には集まりに入居後も定期的に行けるように知人との連絡や仲介を行っている。利用者を取り巻く家族、知人の協力を得ながらできるだけ人間関係が継続するように支援している。家族知人の来訪を促すことやなじみの場所、理容店、外食など利用者の思いを聞きながら個々に合った支援に努めている。	入所前の人間関係やなじみの場所等はアセスメントシートに記入されており、職員は本人やご家族から聞いて把握している。なじみの理髪店に行ったり、宗教の集まりに行ったりと利用者が友人知人との交流が継続できるように支援している。	
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	職員は利用者同士の人間関係を把握した上で、自然な関係作りのために介入しすぎず見守りを行い、問題が大きくなりそうな場合は互いの思いを聞くようにしている。利用者個々の長所などを折りに触れて伝え、互いに尊敬できるような関係を作り、支えあい生活できる利用者同士の可能性を見出すことに努めている。利用者同士のかかわりが持ちやすい家具の配置など工夫している。		

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	退居後も隣接病院に入院中であればその方となじみの関係にあった利用者と共に見舞いに行き、双方の利用者の関係を断ち切らないように努めている。見舞い時には家族とも話す機会がある。法人内の病院に入院した場合は、ソーシャルワーカーや病棟職員を通して退居後の経過の把握もできている。		

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	日常生活の中で利用者と職員と一緒に過ごす時間を持ち、その言葉や表情、行動などから本人の思いを受けとめ支援につなげている。1か月に一度モニタリングを行い、偏りのないニーズの把握に努め、ケアプランとすることで周知を図り、思いを実現しやすくしている。できる限り本人から聞き取りを行うが、状態により困難であれば家族から情報提供を受けている。また本人の立場になって考えるように努めている。	利用者の意思が明確にならない場合が多いので、日々の会話や表情を観察してどのように暮らしたいかを把握するようにしている。利用者の若い頃のアルバムを見せてもらったり、生活歴を聞くことで本人の意向を理解するようにして職員全員で共有している。	
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	センター方式でアセスメントを行い、利用者本人や家族だけでなく、親戚、知人友人、関わりのあった福祉や医療の関係者などからのさまざまな情報を整理している。なじみのある場所に出かけたり、好きなあるいは得意な事物や趣味に関する活動や会話なども積極的に行い、なじみの暮らし方や生活環境などの把握に努めている。		
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	毎日の状況を記録に残し、申し送りや連絡ノートを使って職員間での情報共有ができるようにしている。日常生活の過ごし方の観察や本人の言動などから、現状を把握するようにしてミーティング時に職員間で情報交換と共有を図っている。職員は利用者一人ひとりができること、できないことを把握し変化に応じた対応に努めている。		
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、家族の思いを聞き、また生活の中の本人との会話や行動、表情などからモニタリングを行い、医療従事者や、ソーシャルワーカーなどの意見を取り入れた会議を行い、ケアプランを作成している。日々のミーティングで職員間の意見交換している。月一回または必要に応じてプランの見直しを行っている。	介護計画は毎月実施しているモニタリングや担当者会議での利用者及びご家族の要望、医師等の意見を取り入れた計画になっている。介護計画は毎月作成されており評価もその都度実施されている。利用者及びご家族へも作成の都度説明されている。	
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	フォーカス記録、各種チェックシート、医療情報記録に日々の変化本人家族の要望、実施したサービスなどをまとめ職員間で情報を共有し話し合っている。各記録を基に一ヶ月の変化をモニタリング表に記入し、ケアプランの見直しやサービス提供に活かしている。		
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	法人内の病院のソーシャルワーカーや作業療法士、管理栄養士、薬剤師などの専門職のアドバイスが受けやすい体制にある。退院後も回復するまで隣接病院のリハビリに通った例がある。隣接する協力病院と連携して専門的なアドバイスを受けながら支援している。夜間や緊急時に対して協力病院による柔軟な支援体制がある。		

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
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	地域の方が踊りやゲームを披露しに来てくださったりと間接的に介護予防事業に協力している。ボランティアの受け入れを行い、博物館や図書館の利用や公民館、小学校、幼稚園へも出かけ交流している。定期的にボランティアの来訪がある。民生委員の協力もあり、小学校の運動会や公民館祭りへの参加など地域と連携協力して支援している。		
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	隣接の協力病院の専門医が主治医となることを納得していただけるように説明している。なじみのあるかかりつけ医を希望される場合も支援を行っている。必要に応じて他の専門医の受診をする時も主治医に紹介状を依頼し連携を図っている。受診には家族の付き添いもあり家族から医師への相談の機会も設けている。	利用者の入居前のかかりつけ医及び受診状況はアセスメントで把握しており、外部の医療機関への受診は原則ご家族が介助することになっているがやむを得ない場合は職員も支援している。『医療情報』を作成し受診する医療機関に提供しており、受診後の医療情報のご家族、職員との共有も出来ている。	
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	日中は状況をよく知る担当看護師に状態変化があれば相談している。受診の判断やアドバイスなどを受けやすく、主治医との連携もとりやすい。受診の際もその看護師が立ち会い利用者も安心できている。適切な処置が受けられるようにしている。夜間緊急時は協力病院との連携で看護師の支援が受けられる体制になっている。		
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。	法人病院への入院時は利用者・家族、主治医、ソーシャルワーカー、職員が話し合い、病状にもよるが可能な限りグループホームでの生活ができるレベルまでの回復に向けて治療が行われている。入院後は病院職員からの情報提供を受け退院後もスムーズに日常生活に戻れるようにしている。退院時も家族、職員、病院関係者と話し合いが持たれている。他の医療機関への入院時も協力病院のソーシャルワーカーの支援が受けられる。		
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、事業所です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	利用者の重度化や終末期を法人全体で支援する体制を家族に説明し、理解を得ている。状態の変化に応じ家族、主治医、職員との面談が行われ、今後について話し合う機会がもたれている。退居となっても法人内で継続した支援が受けられるよう配慮している。家族が望めば医療ソーシャルワーカーが他施設への入所申請の支援も行っている。	終末期に対する施設の方針は入居時に重要事項説明書により説明されており、又必要な都度説明されている。終末期に対する職員研修も行われており、ご家族の希望も取り入れて法人の医療機関すべてで支援する体制となっている。	
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	緊急時には、医療スタッフの応援を要請する体制になっている。マニュアルを目につきやすいところに置いている。救急蘇生法や消防訓練や応急手当などの訓練も行っているが定期的に研修の機会を増やしていきたい。		
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	定期的に職員が避難訓練に参加し避難方法や災害時の対応を学んでいる。非常口の表示もしている。災害時のマニュアルが作成されている。スプリンクラー、自動通報装置、火災報知機、消火器が設置され、緊急時の連絡網も作成掲示している。	火災及び地震の発生を想定した避難訓練を消防署の支援を受けて年に2回行っており、非常災害時のマニュアルも整備されている。食料、飲料水、トイレ用品、毛布等の備蓄も準備されており、一時避難場所のご家族への周知も出来ている。	

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	入居者を尊重した言葉かけや対応をしている。トイレや風呂にカーテンを設置しプライバシーを確保している。日常的にプライバシー保護について職員間で話し合い、プライバシーの確保に努めている。ボランティアにも個人情報保護法の説明をしサインをもらっている。トイレ誘導ではさりげない声かけを心がけている。	利用者の尊厳は理念にも入っており、研修やミーティングでも話し合われている。利用者の方へは必ず「さん」づけで呼び、トイレ誘導等プライバシーにかかわることは耳元で話している。個人情報を持ち出しが禁止されており書損じの書類はシュレッダーで処理している。	
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	利用者の行きたい所、食べたい物の希望を聞き外出したり、買い物と一緒にいき、本人が好きな商品を決めるよう働きかけている。衣類、外出など利用者の希望を聞けるように具体的に示したり話しかけている。自己決定できやすいように分かりやすい言葉掛けに努めている。		
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	利用者の状態に合わせて職員と連携をとりながら希望に合った外出や趣味活動を支援している。トイレや食事で介護度の高い利用者が多いため時間にゆとりが持てていない現状もあるができる限り個々のペースに合わせた生活を支援している。意欲低下の見られる方にもその方の興味や得意分野を活用して、できる事できない事を全職員が話し合いながら支援している。		
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	外出する際などにおしゃれ着に着替え、化粧の手伝いを行い、おしゃれを楽しめるように支援している。衣類の好みなど利用者本人の希望を大切にしている。化粧やマニキュアの習慣のある方へは場面に応じた支援を行っている。なじみの美容院や隣接病院の理容室を本人の希望や体力に合わせて利用している。家族の協力の下、季節に合わせた服装ができるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	昼食作りは買い物から片付けまで利用者にあった作業を提供し皆が分担して参加できるように支援している。一緒に献立を考えたり、参加することで自分で作ったことへの満足感をもって食事できるようにしている。旬の食材を取り入れたり、誕生日はリクエストメニューにしたり職員も共に食べ楽しくスムーズに食事ができる工夫に努めている。茶碗や箸などはそれぞれ好みのものを使用している。外食や行事食を楽しむ機会も作っている。	食事のメニューはスタッフが立てて利用者に聞いてから決めている。調理、片付け、食事共に利用者とスタッフが一緒に行なっている。畑でかぼちゃやナス、トマト等の野菜を自家栽培して旬の食材を取入れている。外食も1～2ヶ月に1回は実施しており、利用者の誕生日には赤飯でお祝いをしている。	
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	全員の水分チェック表を記入し、特に水分が摂りにくい方には不足分を補うように一日の中で考えスポーツ飲料やお茶ゼリーなど好みに合った水分摂取を工夫している。食事は状態に合わせて刻むなどの工夫をして十分な栄養を確保している。栄養バランスとカロリーに配慮した献立を職員が考え、病院の栄養士からアドバイスをもらっている。		
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	毎食後に個々に合った口腔ケアを行っている。自力では困難な方には職員が介助を行い、口腔内にトラブルがある方には歯科受診を勧め、家族と連携をとりながら行っている。定期的に義歯洗浄を行っている。居室で自分で行っている方には口腔内のチェックが徹底できないことがあるので必要に応じて声かけを実施している。		

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
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	一人ひとりの排泄のパターンを把握し、必要な方にはトイレ誘導や声掛けをしている。リハビリやパッドの使用はその方にあった物を個別に検討し、補助的に利用しながら失禁で不快にならないようにしている。状態に合わせて紙パンツから布パンツに戻している。なるべくトイレで排泄できるように時間誘導を行っている。パッドの種類や誘導の時間帯など個々に合った対応の検討に努めている。	利用者ごとの生活リズムをつかみ毎日の食事量、水分量を把握して、決まった時間に排泄が出来るようにしている。利用者一人ひとりの排泄のサインを職員は共有しており、紙パンツから布パンツに出来るように支援している。失敗した場合にはさりげなくシャワー浴に誘い、清潔を保っている。	
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	チェック表や様子観察などで入居者の排便リズムを把握し、適度な運動や水分摂取を促したり、主治医と相談しながら下剤の調整や腹部マッサージを行っている。便秘傾向の方には食物繊維の多い食品やオリゴ糖やヨーグルトを取り入れている。個々に合った対応の検討に努めている。		
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	希望の時間や気分や体調の良い時間に入浴を実施している。市販の入浴剤の他、菖蒲湯やゆず湯、よもぎ湯などで季節感を演出しポスターで入浴意欲を促している。自立度の高い方には早めに声掛けし利用者本人が希望する時間にゆったりと入浴できるようにしている。概ね二、三日に一度の入浴パターンで実施しているが希望があれば柔軟に対応している。	入浴は午前、午後どちらでも利用者の希望に合わせて行なっている。ゆず湯やしょうぶ湯、入浴剤を使って入浴を楽しめるようにしており、女性の利用者には女性のスタッフが介助している。入浴拒否の利用者には好まれているスタッフが声かけをして入浴を促している。	
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	利用者の生活リズムに合わせて就寝や午睡を実施している。自分ではできない利用者には日中の活動量を見て休憩を促している。活動量に応じて午睡も促し取り入れている。室温の調節で夜間良眠に努めている。		
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	処方の変更があれば薬局から薬情報をもらい、職員間で周知している。服薬一覧表を作り、わかりやすくしている。薬に関する変更があれば連絡帳などで情報を共有できるようにしている。症状の変化に応じて医療従事者へ報告している。		
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	利用者の生活歴や趣味、楽しみごと、嗜好を理解し日常生活の中でできることを把握し、活動に取り入れ余暇の充実を図っている。家事の得意な女性には調理や裁縫、体力のある男性には電球の取替え作業やイベントの準備作業などそれぞれの能力や興味を活かした役割をとおしてやりがいを感じられるように支援している。ドライブ外出、外食と個々に合った支援に努めている。行事などで利用者全員で外食する機会もある。		
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	家族水入らずでの外出や外泊の相談を受け、支援している。また毎月のレクリエーションや年2回の家族会などで普段行けないレストランや観光施設などへも家族と共に出かけている。知人と外出したり、家族との外食、外出などしやすいように日頃から家族と話し合っている。日々、生活の中でも買い物、ドライブ、散歩、外食など出かける機会を作っている。	時々では有るが買物にはスーパーまで農道を歩いて行っており、ストレスの発散になっている。車が増車されたこともあり、花見やらっきょうの花見学等その時々季節にあった場所を選んで外出をしている。道の駅にも外食を目的に行っており、季節に合った五感を刺激する外出をこころがけている。	

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
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	家族と相談の上いくらお金を所持していただいている方もいる。買い物や自分の財布を持って行き財布からお金を払われる方もおられる。使途の把握に注意しながら所持、使用を支援しており、一人ひとりの能力に応じた支援となるように努めている。		
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	施設内に公衆電話が設置され、利用者や家族が自由に使える。希望があれば職員が電話の使用の介助を行っている。また手紙や年賀状を家族知人に書かれる利用者には職員が支援を行っている。遠方の家族や知人に電話や手紙ができるように支援を行うとともに喜ばれている。		
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	リビングの窓は広いが西向きなので西日や寒さ対策としてカーテンや空調で室温調整をしている。リビングは明るく調理のにおいや皆の会話を感じられる。季節がわかるように花を飾ったり壁面に季節の飾りやポスター類を貼っている。利用者の好きな本やCDがいつでも利用できるようにしている。脱衣所に洗濯機と乾燥機が置いてあるので入浴中使用が重なり音がうるさく感じられることがある。	リビングや浴室には温度計や湿度計を設置して温度、湿度の管理を行なっている。毎朝掃除する時には窓を開放して換気を行っており、リビング等必要などころには換気扇で換気を行なっている。共用空間には花を飾り季節感を感じさせている。トイレや居室の表示は大きく見やすいものにしている。	
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	ベンチが廊下があり、思い思いに過ごせる場所がある。ソファや椅子などを共用スペースに設置しゆっくり過ごせる場所を確保している。リビングの他にも和室や談話コーナー、廊下にソファやマッサージチェアの設置があり、過ごしやすい工夫をしている。		
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	自宅から昔使っていた仏壇や化粧箱、テレビなどなじみのあるものを持参されている方もいる。自作のぬり絵や家族の写真を飾るよう支援している。家族に相談しなじみの物を居室に置いたり、写真や花を飾っている。身体機能に応じてベッドやタンスの位置を工夫している。	居室の入口にのれんを飾ったり大きな手製の表示をつけて間違わないようにしている。居室の中には仏壇や利用者が20代の頃の写真、テレビ、時計等のなじみの物が持ち込まれており、壁には自作の作品が飾られている。居室はそれぞれが個性的にしつらえている	
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	トイレや浴室には大きな字の表示があり自分で行けるようにわかりやすくしている。廊下や浴室、トイレには手すりがある。危険のないよう不要なものは放置せず老人車も安全に使用できるようにしている。個々によってはベッドに手すりを取り付けたり、つかまり歩きがしやすいように家具の配置を工夫している。		