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	2775201003		
法人名	なにわ保健生活協同組合		
事業所名	びろうじゅ高倉		
所在地	大阪市都島区高倉町2丁目3－4		
自己評価作成日	平成　23年　3月　7日	評価結果市町村受理日	平成　23年　5月　26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/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2775201003&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　4月　18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)】

医療生協が運営するグループホームで医療・保健・介護のネットワークで入居者の生活を支えています。認知症ケアに特に力を入れており、適切な声かけや対応で入居者が混乱することなく安心して生活できるケアを実践しています。レクリエーション活動も豊富で、各入居者ごとに個別の活動の提供を行い、興味・関心のある取り組みをすることにより、楽しみ・生きがいのある生活作りを行なっています。地域からも歌体操や手芸・園芸・傾聴ボランティアの方が来られ、職員・家人・地域住民皆で力を合わせ、入居者の方の生活を支えています。

【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)】

長年地域に根ざした医療生協が、5年前に設立した1ユニット9名のホームです。この5年間で、運営推進会議を通じて、地域行事への参加、ボランティアの協力なども得られるようになり交流が広がりました。「一人ひとりの生活スタイルを尊重したもう一つの我が家」「自立という個人の意思を活かした生活の場」を目指し、利用者の持つ力を引き出し、自己選択できるような言葉かけや喜怒哀楽の感情が表出できるような場面を提供しています。日課としている午前中の体操、個別レクリエーションにも力を入れています。担当職員制を取り、利用者一人ひとりの暮らしへの希望を詳細に聴き取り、ケアに活かし、定期的に利用者・家族と共に評価会議を実施し、目標や計画の見直しを行っています。また、拘束のない自由な暮らしを提供しようと、日中玄関は開錠しています。週に4回は近隣スーパーへ買い物に出かけ、おやつ作りや園芸、利用者のペースを大切にしながら楽しみに繋がるような支援をしています。

V．サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々の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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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	「認知症によって自立した生活が困難になった方々に対して、安心と尊厳のある生活を営むことを支援するために、認知症についての正しい理解及び介護サービスについての専門的な知識と技術を持つ職員によって一人ひとりの状況と希望に合わせた介護サービスを提供していきます。 集団の中の一人ではなく、個々を大切にし、家庭的な雰囲気の中でなじみのある人間関係を形成し、認知症により低下する能力にも不安を感じることのないよう、さりげなくかつ温かいサポートにより毎日が実りある生活になるよう支援をします。 また、個々の生活歴を大切にし、個々に適した取り組みを提案し、残された機能の能力低下防止に努めます。」をホームの理念として掲げ、利用者が安心して、その人らしい生活を続けられるよう家族・組合員・地域住民とともに支えています。	長年の地域に根ざした保健生活協同組合の方針である「住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしていただく」が、ホームの理念に引き継がれています。職員は家族や地域住民とともに理念を具現化した取り組みを日常のケアの中で実践し、利用者を支えています。管理者は、職員の入職時には理念を説明し、利用者一人ひとりの尊厳ある生活を守る視点から、言葉遣いや対応について教育をしています。また、職員との面談時にも理念を振り返るようにしています。	

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
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	ホームは、町内会にも加入し、回覧をまわす関係作りができています。 地域からも、歌体操や手芸・園芸のボランティアを通して、ケアに参加していただいており、孤立することなく、入居者の生活を職員・ご家族・地域住民・生協の組合員皆で支えています。	地域のごみ拾いも参加していましたが、現在は、町内の回覧をまわす関係を続けています。地域の関わりの成果として、中学生の職場体験の受け入れや花見や夏祭りなどに参加しています。日常的には、近隣スーパーへの買い物や散歩など、地域との関わりが継続できるように働きかけています。	
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	地域の方にお集まりいただく、運営推進会議では、ホームの状況を説明するとともに、認知症ケアについての学習を兼ねる内容になるよう工夫をしています。 地域の組合員の方や近隣中学校の生徒を対象に認知症サポーター講座を開催するなどの取り組みも行なっています。		

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
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	運営推進会議には、家族・町会長、民生委員、地域包括支援センターの職員が参加し、年3～4 回開催しています。会議では、ホームでのケアの状況を報告するとともに、参加者の方からアドバイスを受け、サービス向上に活かしています。職員とは違った角度から、新鮮な意見を出してくださり、積極的にケアに取り入れています。開催回数増に関しては、あまり改善がなく、毎回の会議参加者数もあまり増加していないのが現状です。	運営推進会議の規程、規約を作成し、町会長、地域包括支援センターの職員、民生委員、家族の参加により開催しています。町会長や民生委員より地域のさまざまな情報がもたらされ、外出の場や地域の行事へ参加が広がりました。レクリエーションやおやつ作りのアイデアなども会議で出され、日常のケアに活かしています。規程では、2ヵ月に1回の開催が謳われていますが、定例化されていない状況です。	今後の課題として、2ヵ月に1回の会議の開催が求められます。年間計画を立てた上で、日時等をきめ、定例化してはいかがでしょうか。
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	地域包括支援センター職員とは、情報交換や学習会、ボランティア活動等を通して、日頃から交流を図り、市の機関とも連携・相談をしながら、サービスの向上に取り組んでいます。	日頃から積極的に情報交換を行っています。地域包括支援センターと協力し、認知症サポーターの養成に取り組んでいます。4月から地域包括支援センターの区割りが変更になり、事故報告なども含めて整理されているところです。	

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
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	医療生協の身体拘束ゼロ指針を基本に、事業所としての方針を掲げ、職員に周知徹底を図っています。 日常のケアで判断に迷う場面が出てきても、入居者にとって何が最善なのかを常に考え、判断できる力を皆がもてるよう指導をしています。日中は、玄関は施錠せず、さりげない対応で安全に配慮するように努めています。	身体拘束ゼロ指針を掲げています。日中は自動扉のロックを解除し、手動で開錠できるようにしています。管理者、職員は身体拘束の弊害を理解し、利用者への過度なスピーチロックや行動制限をしないようにしています。夜間の行動を落ち着かせるための服薬による方法を、日中の散歩や眠前の個別対応により、服薬しなくても入眠できるよう取り組みました。	
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注意を払い、防止に努めている	虐待が見逃されないように、情報をオープンにするホームの姿勢と、虐待が起るのは職員の精神状態に起因するところに着目し、職員のストレスマネージメントにも力を注いでいます。虐待防止法を皆で学ぶなどの機会は、依然もつことができていないのが現状です。		
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	ケアにおいての自立支援は、日常の様々な場面で実践をできていますが、成年後見制度等を皆で実際に学ぶ機会はもつことが出来ていない状況が続いています。		

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
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	入居相談から面談・契約・入居まで段階を踏み、ご利用者、ご家族が不安なく入居できるよう丁寧な説明に努めています。重要事項説明書や契約書は管理者から一文ずつ丁寧に説明をし、必ず疑問点がないか確認し、納得の上で契約書を作成するようにしています。		
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	管理者が窓口になり、苦情相談に応じ、意見箱も設置しています。出された意見は家族会や運営推進会議でも報告しています。	家族会の食事会などを通して、日頃のホームへの要望や意見を聞く機会を設けており、さまざまな要望が出されます。体調に合わせた食事形態の工夫、居室の掃除の徹底、補聴器の電池点検など、日常ケアへの要望や意見を聞くこともあり、実践へと繋いでいます。	
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	2 ヶ月に一回職員会議を開催し、情報交換を行い、日々のケアを見直しています。年に2回程度、職員面談を実施し、各自が考えていることを管理者と個別に話し合える機会を設けています。	管理者は日頃から職員とのコミュニケーションを図り、職員が意見を出しやすい関係を構築しています。会議の場や職員のアンケート、年2回の個別面談により、思いや意見を聞く機会を設けています。利用者の受け入れについても管理者と職員が話し合い決定しています。	

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		**○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	理事会等にも、事業所報告書を通じて、各事業所の状況が把握できる仕組みになっています。個別の状況に関しては、管理者より理事会に報告され、アドバイス等も得ています。		
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	法人内では、認知症ケアやリスク管理において個人の力量を高める取り組みを計画的に実施しています。 職員教育という面では、新入職の職員に対して、マニュアルに沿って計画的な教育を行なっていく仕組みが出来ました。在職中の職員に対しても、そのマニュアルを活用していけるよう現在検討をしています。		
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	医療生協間で、交流が活発にできており。お互いの施設の見学や勉強会や学習会を開催しています。 またグループホーム協議会に加入し、総会等にも参加し、交流しています。		

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
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・入居当初は特に不安が強まり、認知症の進行にも影響する為、常に職員が一名そばで対応できる体制を作っています。ケアの中から得た情報は職員間で共有し、統一したケアを提供し、少しでも早くホームの生活になれていただけるよう配慮をしています。		
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	ご家族から、入居に至った経緯、現在困られている状況など詳細な情報を収集し、職員側からもケアについて積極的に質問し、ご家族とともに良いケアを作り上げていく姿勢を重視しています。ご利用者とともにご家族の精神面もケアしていることを忘れないことを職員には徹底しています。		
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	本当にグループホームを利用することがご本人に適しているのかを相談員が見極め、必要であれば医療生協の地域ネットワークを活用し、他サービスの利用も視野に入れた相談を行なっています。		

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
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	ホームで行なわれる食事の準備や掃除、洗濯物畳等家事一般に関して、必ず入居者の方が中心になって取り組み、職員は補助的な役割で一緒に作業を行ないます。 ひとつの作業に関しても、各自の能力に応じて、役割を持ち、皆で集団生活を成り立たせるよう職員は工夫をしています。		
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	職員だけでは、良いケアは到底行えず、ご家族にも極力ホームをのぞいていただき、ケアへの参加をお願いしています。ホームの行事にもご家族もなるべく参加をしていただき、交流を深める機会を作っています。		
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	ご家族を通して、お手紙や郵便物を本人に届けていただいたり、昔の写真などをなるべく持ってきていただいて、自分の存在を再確認していただき、一人ではない安心感を感じていただける対応に努めています。	入居前から利用している美容院や喫茶店へ家族や職員と一緒に出かけています。利用者の自宅近くの公園に出かけ、昔馴染みの人と出会うこともあります。職員が一緒に年賀状を書くなど、馴染みの人との繋がりを継続できるように支援をしています。	

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
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	日中はなるべくリビングで、皆でレクリエーションをしたり、家事をしたり、活動的に過ごしていただいています。その中でも、席位置に配慮したり、ひとつの作業でも工程に分けてひとりひとり役割を持ってもらい、孤立せずに皆でひとつの作業や作品を完成する工夫をしています。		
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	退居されてからも、ご自宅や入院先へ伺い、関係を保つとともに、必要であれば、他サービスの情報を提供し、医療生協のネットワークを活かし、スムーズに次のサービスを利用できるよう支援をしています。		

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
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	毎日のケアを通して得られた入居者の思いや考え、意向等の新たな気づきを記録し、整理し、申し送り、介護計画や一ヶ月目標シート、個人別レクリエーションシートにまとめ、楽しみのある生活作りに役立てています。	一人ひとりの暮らし方の希望や趣味について、詳細に情報収集し記録に残しています。「ケアに対する要望・注意点の項目」の欄を設け「ご飯よりはパンが好き」「お化粧やマニュキュアをぬる」「編み物が得意」「ピアノや英語を趣味」「電車が好き」など記録しています。全ての職員が利用者の思いや意向を把握できるように、台所にも掲示し、常に確認できるようにしています。「レクリエーションシート」もその１つです。発語の少ない利用者に対してはできるだけ声をかけ、発語を引き出し意向の把握に努めています。また、一人ひとりの興味・関心ある話題を会話に取り入れ、喜怒哀楽を表出できるように支援しています。	
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	アセスメントシートを活用し、ご本人・ご家族からこれまでの生活の情報を収集し、ケアに活かしています。 また誕生日会では、ご家族にも参加していただいて、お若い頃のお話やどのような生活を送ってこられたのかなどをお聞きする機会も作っています。		

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
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	注意深い観察力を職員全員が身につけることで、普段との変化を見逃さず気づき、すぐに対応します。今ご本人が何を望まれているのかを常に考え、ご本人にとってプラスになることを提案し、提供します。活動を行なう時は、極力ご本人の力を引き出しながら、取組むことをケアの基本にしています。		
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	おおむね半年に１回のペースでご家族と担当職員、管理者で評価会議を行い、ご家族には現状を知っていただくとともに、ケアに対する希望や要望を出していただき、次の計画に反映させています。	利用者一人ひとりに担当職員が決まっており、家族、ケアマネジャーと一緒に定期的に評価会議を実施しています。会議では、家族や利用者の思いや意向を聞き、計画に反映しています。日々のケアについても目標に沿って5段階評価を実施しています。目標は身近で評価しやすいように「１日１回は手押し車で歩行する」など、具体的な目標を掲げています。	

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
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	ケアの実践内容とそれに対する入居者の状態の変化を、個別介護記録に記録し、バイタルチェック表、管理日誌等とともに入居者個々の状態を詳細に把握するようにしています。また申し送りノートを活用し、入居者個々の情報を皆で共有し、実践や介護計画の見直しに活かしています。日常の介護記録には、どれだけ介護計画に沿って対応できたか、またケアの提供により入居者各自がどれほど満足できていたかを評価する欄を作り 5 段階評価を行っています。		
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、その時々に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	医療生協のネットワーク以外で、訪問理容や訪問リハビリの活用等、外部の資源の活用もいくつかは行なえています。まだ敷地を広げる工事は行えておらず共用型のデイサービスは実施出来ていません。		

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	近隣には公園や買い物をする場所があり、天気のよい日はなるべく出かける機会を作っています。近隣幼稚園との交流は、まだ積極的に行なえていません。緊急時支援に関しては、消防署等とも連携を密にし、安全で・安心して生活を送ることのできる環境作りに努めています。		
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	法人クリニックのドクターによる隔週の往診と1週間に1回の看護師の訪問により、体調面をフォローするとともに、診療科目によっては、入居以前からのかかりつけ医療機関に引き続き受診できるよう配慮しています。	医療生協のクリニックの往診や、これまでかかりつけの医療機関である整形・精神科・歯科など、希望を大切に継続受診できるようにしています。夜間の対応については、医療連携加算を取っており、看護師への相談体制が整っています。	
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	法人内のクリニックの看護師長や連携している訪問看護ステーションの看護師が週に一回訪問し、入居者の状態把握に努め、安全で健康な生活を支えています。ホーム職員もポイントを押さえて医療職の職員に情報を伝えることができるよう、日頃から普段との変化を適切に見極めることのできる注意深い観察力を養う訓練をしています。		

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
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	提携病院に入院を依頼することが多く、受診や入院の際には、必ずホームの職員が病院とご家族の間に入り、情報交換・手続きを行い、スムーズな対応を心がけています。退院の際は、地域連携室の担当の方ともカンファレンスを行い、スムーズにホームでの生活に戻れるよう支援をしています。		
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	終末期のケアにおける指針を定め、契約時に実際にそのような状態になった時の対応を説明し、同意を頂いています。また実際に、そのような状況になった時に再度詳細にわたって説明をします。チームで取組む必要性を理解いただき、ドクター・看護師・介護職員・家族それぞれの役割を明確にして、ご家族が果たすべき役割での協力を引き出す努力をしています。	終末期の対応については、入居時に指針を説明しています。入居後も必要に応じて、利用者や家族の希望に応じて話し合いを行っています。看取りのケアでは、同法人の医療生協クリニックとの連携を図ることができ、夜間のコール体制も整い、職員も安心して利用者や家族の支援をすることができます。	
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	定期的に、救命救急講習を受講しています。職員１名時・複数時に分けて、マニュアルを作成し、ホーム内でも定期的にシュミレーションをする機会を作っています。		

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
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	年に 2 回の消防署職員立会いのもとでの避難訓練の実施と消火訓練の実施を行なっています。 どのような順序で声をかけ、避難をよりスムーズに行なうかを詳細にわたってシュミレーションを行なっています。 地域会議では、実際に災害時、地域の方に協力を願えるようお願いをしていますが、避難訓練を地域の方とともに行なうなどの取り組みは実施できていません。	災害時発生マニュアルを作成し、年２回の避難訓練を実施しています。ホームの延べ面積の基準から、スプリンクラーは法的には設置不要ですが、安全面と家族や利用者の安心に繋がるよう設置を予定しています。非常災害時用の備蓄として、缶パン、レトルト食品などの準備をしています。	今後は更に、利用者や地域住民の参加のもと、年間を通じた消防避難訓練を計画し、実施されてはいかがでしょうか。
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	言葉遣いや話の内容など、自尊心に配慮した対応を徹底しています。 新人教育でも、認知症ケアシートと行動指針を使い、細部にわたって徹底した教育を行ない、管理者との面談で定期的にチェックをしています。入居者各自、今何を望んでいて、入居者にとってプラスになることは何かを常に考えて動くことのできる職員に成長するよう教育をしています。	日々の支援の中で、利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを損なわないように、丁寧な言葉遣いを心がけています。言葉をかける時も、可能な限り利用者が自ら表現し、選択できるような言葉かけを行っています。常に、家族ならどのような対応をされるかを推測し、対応しています。	

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
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	びろうじゅ行動指針や認知症ケアマニュアルを活用し、声かけひとつにおいても提案の形で持っていき、最終的には入居者ご本人が決定できるように配慮しています。		
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	大まかな一日の流れはありますが、入浴や食事時間も柔軟に対応しています。レクリエーション等の取り組みも個人レクリストを活用し、興味・関心を持たれるものを提案し、参加意欲を高め、一日がより実りあるものになるよう配慮をしています。入居者各自が一日どれほどいきいきと生活を出来たか 5 段階評価をする取り組みも行なっています。		
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	服装はお家から家人にお好みのものを持ってきていただいています。 服の汚れやしわにも等にも充分注意をはらい、職員全員が統一したレベルの観察力を身につけられるよう指導しています。		

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
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	基本的に食事は一から作るのではなく、配食センターからタッパに入った状態で運ばれてくるので、盛り付けとおみそ汁作りを皆で役割分担して行ないます。 週に一日は、皆で献立を決め、買い物から実際に調理まで、職員と入居者の方皆で行います。食事の後片付けも入居者の方と手分けして行います。 なるべく多くの入居者の方に参加していただけるよう各自の能力に応じて役割を決めて行なっています。	食事は、法人の配食センターを利用し、味噌汁はホームで手づくりしています。管理者は利用者の摂取量や嗜好品を把握し、センターへ要望を出しています。野菜が苦手な利用者にはジュースにして摂取できるよう工夫し、苦手な食材がある場合も他のものに変えるなどの対応をしています。週に1回は、ホームで食材の購入から調理と食事の過程を楽しんでいます。また、おやつはできるだけ手づくりをしています。テーブルに果物や生クリームを並べ、職員と利用者が会話をしながら、楽しくパフェなど、おやつを作ることもあります。	
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	栄養バランスに関しては、管理栄養士の作成した食事メニューに基づいて提供できています。水分量も、詳細にチェックし、一日の目標水分量に近づけるよう好みの飲み物を各自用意するなど配慮しています。		

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
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、全員居室内で口腔ケアを行っています。基本は歯ブラシを使ってのブラッシングで、難しい方はスポンジブラシや口腔ケアシートを使って口腔内の清潔に努めています。口腔ケアの重要性を、歯科衛生士から指導を受け、病気との関連性を認識し、誤嚥性肺炎等の防止に努めています。		
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	ポータブルトイレの活用やパットもなるべく皮膚に負担がないもので、本人にとってもパットをつけている感覚があまりないような軽失禁タイプのものを活用するようにしています。 その為にも、適切なタイミングでのトイレ誘導と本人の些細な意思表示を見逃さない観察力を大切にし、便座に座り、排泄をする習慣を大切にしています。	トイレでの排泄を基本にしています。排泄パターンを把握し、夜間もできるだけトイレへ誘導しています。おむつの種類も利用者・家族と検討し、不快感を与えないように一人ひとりにあったものを提供しようと取り組んでいます。定期的な誘導をすることで、便・尿失禁が見られなくなった利用者もいます。	
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	排便のチェックから、まず本人の排便リズムを適切に把握しています。 そこから、便秘の兆候が見られたら、水分量を増やしたり、運動・マッサージなどを行い、排便の促しをしています。		

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
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	基本的には、午後から夕食前までの時間を入浴時間としていますが、本人の希望があれば就寝前等にも入浴していただける体制を組んでいます。 現在、各自１週間に３回程度の入浴の機会を確保しています。	浴槽はリフト付きで、車いすの方でも安心して入浴することができます。週に3回、入浴を確保していますが、どの曜日でも入浴は可能です。利用者の希望により、職員体制を整え眠前の入浴も支援しています。入浴を好まない利用者に対しては、家族の協力も得て、タイミングを図り、入浴を促がしています。	
46		**○安眠や休息の支援** 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	なじみのベッドや寝具を持ってきていただき、環境を整えることと、就寝前も安心して眠ることのできる声かけや対応に配慮しています。		
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	職員は、医療機関から提供される薬剤情報をもとに、基本情報を把握しています。服薬は毎食後、小分けして手渡しし、飲み終えるのを確認のうえ、チェック欄にサインをすることで、抜け落ちを防いでいます。		

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
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	買い物や料理作り、洗濯物たたみ等の家事も皆で役割分担し取組んでいます。できることはなるべく入居者の方にやっていただくスタンスを基本に役割をふっています。レクリエーション活動も豊富で、個人別レクリエーションシートを活用し、個々に適した取り組みを提案・提供するように努めています。外出の機会も定期的に作りながら、一日がより楽しく・いきがいを持つことの出来る実りのあるものにする為に、職員は何ができるかを常に考えて行動しています。		
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	午前中は買い物や散歩に出掛けることが多く、個別には、外出の希望に比較的こたえることができていますが、全員が外出できるわけではなく、地域の方にもご協力を頂いて、もっと多くの入居者に外出の機会を持ってもらえたらと思います。ご家族はよく来所され、どこかに一緒に出かけたり、お茶を飲みにいかれたりされており、気軽に外出できる体制作りはできています。 月に１～２回、車を使って外出する機会を作っています。	週に４日買い物日を決めており、職員と一緒に２～３名の利用者が出かけています。また、家族の協力も得ながら、利用者の希望に応じて喫茶店や外食など出かける機会を作っています。外出を好まない利用者にも車での外出などを促し、できるだけ気分転換できるように働きかけています。管理者や職員は、外出後の利用者の表情が活き活きすることを実感しており、できるだけ外に出る機会を作りたいと考えています。	

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
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	お金の管理は、職員側で行っているのが現状です。しかし、お預かりのお金から好きなものを購入できるように、また手元にない不安感をなくすために、安心できる声かけを工夫し、職員間で対応を統一しています。		
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	電話はいつでも好きなところにかけられるようにしていますが、番号を押したりは職員が補助をするようにしています。		

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
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	廊下やリビングの壁には、入居者の方の写真や季節に応じた歌の歌詞などが貼られています。2 階花壇で育った草花が飾られ、限られたスペースの中でも、癒しの雰囲気作りに努めています。リビングの棚には盛りだくさんのレクリエーション道具があり、生活感のある家庭的な雰囲気になっています。	ホームは住宅街にあり、食堂を兼ねたリビングからは、隣接する住宅との塀を活用したプランターの花が視界に入り、季節を感じる工夫がされています。廊下は広く車いすの往来が可能で、安全に移動できるように手摺を設置しています。リビングの隅には、利用者の趣味や興味を引き出すように、編み物やさまざまなゲーム、本などが置いてあり、自由に手に取ることができます。2階の法人事務所の隣に花壇があり、ボランティアの協力を得ながら、水やりを行い、苺を育てるなど、園芸を楽しんでいる利用者がいます。花をリビングに飾り、園芸に参加できない利用者にも楽しんでもらえるよう取り組んでいます。	
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	玄関前に椅子を配置したり、ソファーを置いたり、少し他者と距離をおきたいときに活用できるスペース作りも行なっています。		

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
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	入居時に、なるべくご自宅のお部屋と雰囲気を変えないよう、なじみのものを多く持ち込んでいただけるようにしています。昔から使用されていたたんすや棚、趣味の本や手作り手芸品、またご家族との写真や思い出の品に囲まれ、皆さん落ち着いて、安心して生活をされています。	居室内には洗面台・物入れがあり、ベッド・ソファー・タンス・机・鏡台・趣味の小型ピアノなど、馴染みの家具が希望に応じて自由に持ち込まれています。壁には、家族の写真や賞状、孫からの手紙、手作りの作品など思い出の品が貼ってあり、温かな雰囲気を醸しだしています。また、家族の協力を得ながら、季節に応じた写真や掲示物なども定期的に交換されています。	
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	混乱を招かないよう、シンプルでわかりやすい表現で自立を助けています。貼紙や色分けなどで、居室やトイレの場所がわかる工夫もしています。		