

# 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 25 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 25年 5月 10日	評価結果市町村受理日	平成 25年 7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援しています。認知症になってもその方の尊厳が何一つ失われないよう、認知症ケアに力を入れ、入居者の方が不安なく落ち着いて生活できるよう適切な声掛けや接し方を徹底しています。何でも手を出してしまうのではなく介護場面一つ一つにも手を出しすぎず見守りの対応をし、食事の準備や洗濯物たたみなど家事にも極力参加をしていただき、自立を引き出すケアを行っています。レクリエーション活動も豊富で、個人・集団レクに分け、各個人が興味・関心のあるものでその方に適した取り組みを提供しています。近隣には公園や商業施設が点在し、気分転換に気軽に外出し、楽しみ作りにも力を入れています。

※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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=2775201003-00&amp;PrefCd=27&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=2775201003-00&amp;PrefCd=27&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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 25年 6月 20日		

【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)】

「保健・医療・介護・福祉のネットワーク」をスローガンにしたなにわ保健生活協同組合が運営する、開設8年目の1ユニット9名のグループホームです。閑静な住宅街の一角に位置し、建物の1階がグループホームで、2階には組合事務所とガーデニングスペースとなっており、家庭菜園をしています。職員は、明るくアットホームな雰囲気笑顔の絶えない生活の支援をしています。利用者の自立支援への取り組みとして、「急がず、ゆっくりと生活ペースを大切にしながら見守り、できることはしていただく」を目標に、排泄の自立に向けても支援しています。管理者は区内で初めてできたグループホームということもあり、地域の方に認知症の理解を得るための役割として講座を開催する等の取り組みを行っています。現在、園芸・傾聴・歌体操等、多くのボランティアの方が来訪しており、サービスの向上に努めています。職員は、管理者の指導を受けながら熱い思いに対して共感・共有をし、「助け合いの精神」を持って実践につなげています。

## 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)	○	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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。 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、利用者が住み慣れた地域で安心して、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。	法人理念の基、「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ています。また今年、法人ケア方針として8つの方針を立てて実践に務めています。方針は、職員が具体的なケアを通して実践できるよう職員で検討し、見直しを行っています。今後、事業所理念は、利用者・家族・職員が日常的に目につく場所へ掲示する予定です。	

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
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	地域の方々がお花やイチゴの苗などを持ってきてくださったり、散歩や近隣スーパーでの買い物中に立ち話をする関係もできています。近隣中学校の職場体験の受け入れを毎年行い、地域の夏祭りなどにも参加しています。	園芸ボランティアが、2階の家庭菜園でトマト・きゅうり等の野菜や果物を苗から植えて育てており、1階のホームまで届けてくれる等、四季折々を楽しむことができ、地域の方との交流の場となっています。近所の公園等へ散歩中に、近隣の方から挨拶をしてもらうなど、交流の機会があります。町内会主催の夏祭りに参加したり、連合会の祭りのお神輿や踊りがホームにも立ち寄るなど、地域との交流が進んでいます。近隣の中学校の職場体験、ヘルパーの実習、大学生のインターンシップ等も受け入れています。	
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き、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。 認知症サポーター講座の取り組みは少し頓挫してしまっていますが、認知症に関する学習会を年に1回開催し、地域の組合員の方にも呼びかけを行っています。		

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	<p><b>○運営推進会議を活かした取り組み</b>            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>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。</p> <p>会議では、ホームでのケアの状況を報告するとともに、昔、ご自身が義父の認知症ケアに携わった経験を近隣住人の方からアドバイスを受け、サービス向上に活かした経験もあります。報告だけでなく、活発な議論が交わされており中身は充実したものになっていますが、開催回数増に関しては、あまり改善がありません。</p>	<p>運営推進会議は、地域包括支援センター職員、町会長、民生委員、家族、職員がメンバーとなり、年3回開催しています。町会長の協力は大きく、活発な議論を交わしています。事業所からは、利用者の生活状況、ケア内容、一日の楽しみ作り、職員教育、地域交流等を報告し、活動内容の評価をしています。避難訓練については、会議メンバーより、地域住民の参加方法等についての意見や要望・助言が積極的に出されています。また、家族も出席しており、意見・要望を聞いています。</p>	<p>今後は、運営推進会議は概ね2ヵ月に1回、概ね年6回以上開催することが求められます。</p>
5	4	<p><b>○市町村との連携</b>            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</p>	<p>地域包括支援センターの職員の方々とは、区内のグループホームの交流会や施設ケアマネ会などで意見を定期的に交換をしています。6月には近隣ケアマネージャーを対象にしたホーム見学会も実施します。</p> <p>4月に骨折事例があり、区役所担当者と連携をとる機会がありました。</p>	<p>市担当者とは都度連絡を取っています。また、区の担当者には事故報告を行っています。区内の3事業所が定期的に開催する、「グループホーム連絡会議」は、ケアマネージャーを中心に参加しており、地域包括支援センター職員とも、連携を図っています。また、区のケアマネージャー会議にも参加し、アンケートで挙げた事業所の相互見学希望を受け入れる等、交流を図っています。</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><b>○身体拘束をしないケアの実践</b></p> <p>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>医療福祉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。</p> <p>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。</p> <p>夜間、良眠を促せるように、薬に頼るのではなく、日中の過ごし方を改善するなどして対応しています。</p> <p>ご家族の了承は得て、センサー対応を行っている入居者の方がおります。</p>	<p>身体拘束指針を掲げています。玄関の入り口は、日中手動にしており、自由に開閉することができます。人の出入りを感知するとリビングにランプがつき、職員が気付けるよう工夫しています。管理者は、職員の言葉遣いや利用者への接し方として「ケア方針」や「びろうじゅスタッフの心得」の中に明記し、傾聴や気分転換等について、職員が共感・共有し、実践につながるよう取り組んでいます。</p>	
7		<p><b>○虐待の防止の徹底</b></p> <p>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>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ジメントにも力を注いでいます。昨年度は虐待防止に関する研修にも参加することができました。</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
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	ケアにおける自立支援は、日常の様々な場面で実践をしています。 23年度は日常生活自立支援事業や成年後見制度の研修会に参加できましたが、24年度は参加できていないため、1年に一回は必ず参加し伝達講習を行い、日々の活動に活かしていく必要があります。		
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。 ホームの運営に関する意見交換をする場としての家族会は一度行えたり、その後は開催できていないのが現状です。	玄関には、意見箱を設置しています。家族会は年1回実施し、意見や要望を運営に反映しています。家族の面会は多く、その都度意見や要望を聞く機会があります。	

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
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>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。1ヶ月に1回の職員会議や入居者カンファレンス、職員の個別相談により、思いや意見を聞く機会を設けています。</p>	<p>職員会議は、毎月定期的を開催しており、人事や新人研修、ケアの質について、キャプテン制度、行事、レクリエーション、職員体制、利用者の特記事項等、活発な意見が出て検討しています。会議録は、参加できなかった職員にも回覧しています。「食事」「清掃」「安全」等のグループに分かれ、職員は、各グループのキャプテンとして、積極的に役割を果たしています。</p>	
12		<p>○就業環境の整備</p> <p>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>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。</p>		
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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>法人内での定期的な学習会の開催や他事業所も含めて横断的な事例検討会を実施しています。</p> <p>職員教育という面では、新入職員研修をマニュアル化し、教育担当をつけて指導を徹底する形が出来ました。個別ケアマニュアルで、新入職員の指導の進捗状況を確認できる仕組みを作り、新入職員のペースを大切にすすめていくことができます。</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
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	医療福祉生協間で、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ています。都島区内でのグループホーム連絡会が発足し、定期的に意見交換会を行なっています。また施設ケアマネ連絡会や在宅ケアマネ連絡会にも出席し、現状の報告と意見交換を行なっています。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、少しでも早く統一したケアを行えるようケアの中から得た情報の共有方法を工夫しています。		
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。		



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
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。		
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、洗濯物たたみ等家事一般に関して、お手伝いのできる方には極力、手伝っていただける対応に努めています。家事一般に参加できる方も増えており、皆で協力しながら、共同生活を成り立たせています。		
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。毎日来られるご家族も複数いらっしゃいます。毎日、夕方入浴のお手伝いに来てくださるご家族もあります。ホームの行事にもご家族に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。		

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
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	面会時間等も設けず、お仕事帰りに息子様やお孫さんにも気軽によっていただけのように配慮をしています。	入居する以前から通う美容院や、かかりつけの医療機関からリハビリの先生に来てもらう等、馴染みの関係がとぎれないよう支援しています。年賀状や手紙を職員と一緒に書き、知人・友人に出す等、関係の継続を大切にしています。	
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、認知症からくるコミュニケーション能力の低下を補えるよう職員が間に入り適切な橋渡しをすることで、良好な関係を築け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
<b>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</b>					
23	9	<p><b>○思いや意向の把握</b> 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</p>	<p>一人ひとりの暮らし方の希望や趣味・興味・関心のあるものを詳細に情報収集し、ケアに活かしています。個別レクリエーションシートも活用し、その方に適した取り組みを提案しています。また、一人ひとりの興味・関心ある話題を会話に取り入れ、喜怒哀楽を表現できるように支援しています。一日の中で少しの時間でも良いので、笑顔になれる場面を増やしていきたいという信念のもとケアを行っています。</p>	<p>職員は、利用者の声や表情、対話を通して一人ひとりの思いや意向の把握に努めています。日々の生活の中から気づいたことは、申し送りノートや管理日報等に記載しています。アセスメントシートには、利用者や家族の意向を記載しています。個別の趣味であるレクリエーションは、一覧表にしてダイニングに記載し、職員間で共有しています。元商店を経営していた方には、電卓や伝票類の紙を用意すると落ち着かれる等、個別の対応をしています。</p>	<p>毎日の関わりの中で気づいたこと等、職員間で共有できるような記録作りが期待されます。</p>
24		<p><b>○これまでの暮らしの把握</b> 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</p>	<p>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。 ケアになるべくご家族にも関わっていただくようにし、ホームに入居される前の生活でホーム入居後も継続できることがあれば実践できるように配慮しています。</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
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	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、現状を報告するとともに、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。具体的な目標を定め、実際のケアに活かす介護計画になるよう工夫をしています。	定期的な評価会議は、家族、担当職員、ケアマネジャー、管理者が参加し、6か月に1回必要に応じて随時見直しを行っています。会議では、介護計画に沿ってケアした経緯を説明し、利用者・家族の意向を聞き、次の計画に反映しています。モニタリングは6か月に1回、必要に応じて随時行っています。チームで行っています。	

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
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、排泄チェック表、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。目標計画に挙げた気づきのノート作りは進んでいません。介護記録のPC入力化も進んでいません。		
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	医療福祉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、皮膚科の往診、アロマセラピーの実践等、外部の資源の活用も継続して行なっています。		
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。ペットショップに出かけたり、近隣レストランにおやつを食べに行く機会も増えました。地域から引き続き、園芸や小物作り等のボランティアのケアに参加されています。		

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
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、整形外科や心療内科等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。	法人クリニックの内科往診は2週間に1回あり、訪問看護は週に1回受けています。入居以前からかかりつけの医療機関へは、いつでも受診できるよう配慮しています。最近、利用者の希望で、従前から利用している訪問リハビリや眼科、皮膚科の先生の往診があり、個別に対応しています。	
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い、特変があればすぐに連絡をとる体制をとっています。		
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。		

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	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>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、ご家族からも協力を引き出す努力をしています。</p>	<p>終末期ケアの指針を定めており、看取り介護について、具体的支援のマニュアルを作成しています。入居時には、利用者や家族に向けて丁寧に説明し、同意書を得ています。以前に看取りを経験した事例があります。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>定期的に、救命救急講習を受講していましたが、ここ一年ほど実践できていません。職員1名時・複数時に分けて、マニュアルを作成し、年2回の避難訓練時等で定期的にシミュレーションをする機会を作っています。</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
35	13	<p>○災害対策</p> <p>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</p>	<p>年に2回の消防署職員立会いのもとの避難訓練の実施と消火訓練の実施を行なっています。</p> <p>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定期的に行なっています。また火災予防の意識を常に職員が持つように指導をしています。</p> <p>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うまでは至っておりません。</p>	<p>夜勤帯と日勤帯の職員体制に合わせて、緊急時対応マニュアルを作成し、消防訓練は年2回実施しています。</p> <p>「火災を起こさないために・緊急時対応訓練」「火災を起こさないために・通報訓練」を標語として、消防署立会いのもと行っています。地域住民による消防避難訓練の参加については、運営推進会議で話し合い、検討しています。食料の備蓄はキッチンの上部や、事務室等に設置しています。</p>	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	<p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>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っています。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。</p>	<p>外部研修には順番に参加し、研修後2、3日以内には報告書を提出し、全職員に回覧しています。「個人情報保護の正しい理解と適切な個人情報の活用」「接遇マナースキルアップ研修」等に参加し、職員間で共有しています。「認知症ケアシート・行動指針」を用いて細部にわたり、管理者は指導を行っています。言葉遣いや利用者への接し方は、普段からお互いに注意し合い、利用者への誇りやプライバシーに対応しています。</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
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。言葉による意思表示だけでなく、表情の変化や些細な身体の動きなどもよく観察し、意思がくみ取れるよう配慮しています。		
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。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	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。少しでもおいしくたくさん食べていただけるよう、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。おやつ作りも時々行ない、入居者の方とともにたこ焼きやサンドウィッチ作りなども行います。食事の盛り付けや後片付け、食器拭き等、お手伝いいただける方にはなるべく手伝っていただき、毎日楽しく過ごしています。	昼・夕の食事は、法人の配食センターから届けられます。ホームでは、味噌汁つくりをレクリエーションの一環として捉えており、利用者と共に作っています。利用者は、野菜を切ったり、盛り付けや食器洗い、片付け等を行っています。朝食はホーム夜勤職員が担当し、週に4日はパン、週3日は米飯となっています。食事のキャプテンが、利用者の希望等を聞き、おやつ作り、外食、出前、夕食作り等、食事を楽しむ企画や雰囲気づくりについて工夫しています。食事中は、職員も利用者と一緒に同じ物を食べており、利用者も談笑しながら食事を楽しめるよう、配慮しています。	
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	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。飲み込みの状態等に合わせ、軟食・刻み・ペースト食、とろみ食等柔軟に対応し、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	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、職員各自が認識し、痛みや違和感などあれば訪問歯科を利用し、早期の治療に努めています。口腔内の清潔保持と病気との関連性に意識をおき、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	トイレでの排泄を基本にし、Pトイレなども積極的に活用し、便座に座り排泄をする感覚を大切にしています。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。ホームに入ること、排尿の失敗が減り、大きく機能が回復した方も複数おられます。自尊心への配慮や失敗をしたときの不安感を与えない適切な対応にも力を入れています。	排泄記録表を作成し、利用者一人ひとりのパターンを活かして、トイレでの排泄を目指しています。入居時にオムツ対応の利用者がリハビリパンツ等に移行する等、排泄の自立に向けた支援は成功事例も多く、ホームとして力をいれています。管理者や職員は、特別なこととは思わず、排泄パターンや習慣を把握し、トイレへの誘導や声かけについて工夫しています。	
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	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。 ご家族の支援の下、毎日就寝前に入浴をされる方もおり、家族とともに入居者の方を支える協力体制が出来ています。	入浴は、毎日午後から夕方までを入浴時間として設定し、1日に3名ずつ、平均週3回入浴しています。就寝前に入浴または、シャワー浴を希望する利用者には、毎日家族が対応しています。入浴を好まない利用者へはタイミングを図って、別日に入浴または清拭を行っています。季節の菖蒲湯、ゆず湯等も実施しています。	
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。 昼間、外出をしたり、活動的に過ごすことで、夜間、良眠できる一日の流れを作っています。		
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。服薬の種類や量の変更後しばらくは、状態の変化を皆で詳細に情報交換していきます。		

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、職員は何が出来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	週に4日、午前中は買い物や散歩に出掛けていますが、職員数からも限られた人数しかできていません。近隣に商業施設や公園が豊富にあり、2～3グループに分かれ出かけたたり、おやつを食べに出かけたりもします。ご家族はよく来所され、どこかに一緒に出かけたり、近隣を散歩したり、気軽に外出できる体制作りはできています。 計画的に月に1～2回少し遠出をするような機会を作っています。	買い物については週4日、近隣のスーパーへ出かけています。利用者1名に対し、職員1名と実習生やボランティアが同行する場合があります。外気浴として、毎日午後から散歩等に出かけています。桜の季節には、毎日近所の公園等へ出かけています。年に数回は、車でおやつやサンドイッチを持って、少し離れた公園などに出かけることもあります。	

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	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、また手元には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て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。		
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	1階のため、窓から良い景色がみられるわけではなく、少しでも気持ちが安らぐようにリビングの窓からは、隣接する住宅との塀を活用したプランターに花をかざり、季節を感じる工夫をしています。 リビングの棚には、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階の花壇やプランターで育てた花や苺などを1階に下ろし、植物にふれあう機会などを作っています。	リビングには、レクリエーションや行事で撮影した笑顔溢れる利用者の写真を飾り、利用者がホームで居心地良く過ごす様子が写真からも伝わるよう、工夫しています。レクリエーションは、個別・集団に分けて実施し、編み物、小型ピアノを演奏する利用者、電卓をたたく利用者など、利用者一人ひとりに応じた支援を行っています。	

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
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	玄関前にソファを配置し、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。 席位置への配慮は充分行っており、お互いに落ち着いて過ごすことのできる環境整備に努めています。		
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	各自居室にはベッド・ソファ・タンス・机・鏡台・趣味の小型ピアノなど、馴染みの家具をお持ちいただいています。自宅の居室をそのまま再現したような方もおり、居室によって雰囲気は異なります。	エアコン、クローゼット、洗面台はホームで用意しており、それ以外は持ち込み自由となっています。各自居室には、ベッド、布団、箆筒、鏡台、小型ピアノ、家族との思い出の写真等、利用者一人ひとりの馴染みの家具等を持参しています。	
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	導線も長くなく、混乱を招かないシンプルなつくりになっており、貼紙や色分けなどで、居室やトイレの場所がわかりやすい工夫もしています。		