

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット 1階2階共通)

事業所番号	2791900042		
法人名	医療法人 仁泉会		
事業所名	グループホーム花木		
所在地	大阪府大東市寺川 5丁目19-18		
自己評価作成日	平成31年11月28日	評価結果市町村受理日	平成32年2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	
----------	--

【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32年1月17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)】

法人内に2つの病院を所有する。医療連携体制が確立されおり往診、緊急入院時の救急搬送対応も容易である。非常勤専属看護師と施設長(准看護師)が共同で職員の日々の健康管理や看取りケアに於けるアドバイスを伝授している。介護職15名全員常勤で14名が介護福祉士である。常勤が90%、介護福祉士が80%である。ゆとりのあるケアの向上とモチベーションを高め利用者及び家族に安心と安全を提供している。毎日、手作りの脳トレ(計算問題・絵や数字合わせ等)を奨励し習慣づける事で脳の活性に努める。毎月季節に応じた壁紙を入居者と共に作成。掲示するまで季節を感じて頂く。隔月にはアレンジフラワー教室を開催し癒しを提供してもらう。美容セラピーでは生涯女性らしさを失わない様に考慮する。極力、寝たきりにならぬ様職員に指導する。

【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)】

当事業所の母体の医療法人仁泉会は、大東市に於いて2つの病院と介護老人保健施設(老健)、特別養護老人ホームの他、9カ所の福祉施設を運営していて、当事業所は医療連携が充実している。看護師が職員として配置され、系列の病院の医師と連携して利用者の健康管理を行っている。施設長も看護師で、日常的に利用者の健康に留意すると共に、リハビリを兼ねて積極的に体力、脳力の活用を図り、心身の老化を防止している。地域の障害者運動会への参加、ゆったりサロンでの地域交流、事業所内での体操、発声、脳トレなどに取り組んでいる。職員の質が高く、殆ど常勤で異動が極めて少なく、利用者の職員に対する信頼は厚く、家族にも安心感がある。職員同士や職員と利用者が一つの家族のように仲が良く、今後さらなる充実が期待される事業所である。

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ます (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広がったり深まり、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	「笑顔あふれる楽しい我が家」の理念と4つのスローガンを掲示。朝礼で唱和する。職員のモチベーションを高め理解を深め共有、共感し「もう一つの我が家 もう一つの家族」を意識付け実践に繋げている。	設立当時から一貫して「笑顔あふれる楽しい我が家」を理念とし、スローガンとして「いつも温かい愛情を態度で示そう・決して叱らず否定せず止めないようにしよう・今でもできることは手を出さずやってもらおう・地域の方との出会いを大切にしよう」の4項目を掲げ、職員は毎朝唱和して実践に励んでいる。	
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人として日常的に交流している。ボランティアを招く。身障者の運動会に参加する	寺川自治会に入会する。回覧板を回してもらい、地区の行事に参加できる物を選択し参加する。地域の高齢者のつどいやサロンに参加している。身障者運動会に参加したりボランティアさんを招きイベントをする。	自治会に加入し、地域の高齢者の集いサロンや身障者運動会に参加して地域の人達と交流している。事業所の祭りやクリスマス会には地域の人達や出入りの業者を家族と一緒に招待し、地域の一人としての交流を深めている。中学校の吹奏楽団、婦人会の踊り、三味線、太鼓の演奏などのボランティアの訪問を受け、利用者を楽しませている。	
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	寺川地区の「高齢者の集い」に出席し地域の方々と交流をもちながら苑での生活状況を話したり、地域の方の質疑に答えながら苑の生活を理解してもらう様にする。	/	/
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	行事活動報告及び利用者及び職員の現状報告をする。随時、認知症等の事例報告や、時期に応じた内容の勉強会をしている。家族と意見交換をする。議事録を周知している。情報共有に努める。地域の婦人会、自治会、子供会長等に参加してもらう。	2カ月毎に地域包括支援センター職員、自治会婦人会長、子供会会長、利用者、家族、施設長他介護スタッフ3名の総数20名以上の参加者で会議を開催している。会議では、事業所の現状報告、勉強会などを行い、参加者から意見、提案をもらっている。引き続き家族会を開き、茶菓を楽しみながら話し合いと親睦を行っている。	会議は2カ月毎に開催しているが、議事録の内容は、行事説明と今後の予定、研修などの記録に止まっていて、参加者からの意見や提案が記載されていない。議事録は関係者、家族にも配布すべきものであり、今後意見や提案も記録として残し、運営に反映させる事を期待する。
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取り組んでいる	地域包括センター・社会福祉協議会・市職員等が集まるケアマネ研究会に出席し情報交換及び連携を図る。運営面では疑問点があれば直接、行政の窓口に出向き理解し解決に繋げる。	市の高齢介護室と普段から連携をとって事業所の現況など報告し、疑問な事があれば直接窓口で指導を仰ぎ、運営に活かすようにしている。毎月市主催で行われるケアマネジャー研究会に参加し、他事業所やケアマネジャーと情報交換や連携を図るよう努めている。	

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
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	基本、身体拘束は禁止する。身体拘束委員会を発足し職員全員に理解してもらう。玄関の施錠については家族の意見と要望にて施行。やむなく拘束の必要時は家族の同意と書面にて同意を得る。	基本的には身体拘束はしないケアを心掛けているが、やむなく対象になる行為をする時は、理由、期間、代替方法の有無などを書いた文書を家族に提示し、了解を得た上で行っている。身体拘束委員会は3カ月毎にテーマを設けて開催し、その結果を2カ月毎に開催する企画会議で全職員に伝達研修している。	
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	高齢者虐待防止委員会を発足。職員同士で情報収集と意見交換をする。些細な事柄や皮膚状態も入浴時には特に観察及び報告を怠らず、都度その内容に応じて対応防止に努めている。		
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	研修等で学んだ事はスタッフ会議にて伝達、概ね認識している。現在は2名成年後見人を利用している。成年後見人との連携は密に保っている。		
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	入居時は十分な説明を行い理解・納得を得ている。疑問点の対応・料金変更等は都度家族に説明し同意を得る。解約時は出来る限り誠意を持って相談に応じアフターケアに努める。		
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	面会時は利用者様の様子を伝え介護記録を見て頂く。信頼関係を築ける様に努めている。意見箱を受付けに設ける。利用者様及び家族の意見や苦情を積極的に傾聴し、話しやすい場面作りを提供する。毎月個別担当者より手紙送り、理解と連携を保っている。	利用者の意見は普段の生活の中の対話から把握し、家族が訪問した時には、日報なども見せて、必ず利用者の普段の生活ぶりを報告し、希望などを聞いて運営に反映させている。訪問がなかったり少ない家族にも、利用者の生活ぶりなどを報告する文書を介護担当者が作成して、毎月の請求書に添えて送っている。	

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
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	各ユニット毎にリーダーを中心に会議をする。職員の意見と要望は前向きに取り入れる姿勢を保ち実践に繋げる。提案ノートを設け自由に書き込み各階リーダーがまとめ管理者に伝達する。適切なアドバイスをしたりスタッフで相談しながら実践に繋げている。	2カ月に1回のスタッフ会議前に、提案ノートに意見、提案を書いてもらい、ケアマネジャー、施設長が読み、その他の職員にも回覧して意見があれば書き込み、議題として取り上げて周知徹底を図っている。事業所全体の風通しが良く、意思統一が図られている。	
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	職員個々の仕事内容や実績等の現状報告する。職員同士が円満に働ける環境・条件の整備に努める。		
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	外部研修等は職位と能力に応じ段階的に参加を促している。研修時は勤務扱いとし交通費全額支給と手厚い支援をする研修内容は職員に伝授し職員の向上に役立て実践する様にしている。		
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	研修会やケアマネ研究会等に参加し同業者との連携とネットワーク作りをし情報交換をする事で得た情報を職員に啓発し、サービスの質の向上とスキルアップに繋げ、得た情報を職員に啓発し支援をする。		
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	日々、傾聴し個々に対話の時間を設け、寄り添う事で思いを受け止め不安のない暮らしができる様にする。職員同士で知り得た情報を共有し本人との信頼関係を構築する。		

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	家族との信頼関係を構築する為、日頃から声を掛けやすい様な場面作りをする。家族の面会時は日々の生活の様子やエピソードをお知らせする事を職員に伝授し家族の要望や困り事を聞く様にする。		
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	初期段階ではケアマネ(施設長)が利用者・家族の要望をしっかりと傾聴しニーズを引き出し、即応する体制を作る。最大限ニーズに応じたサービスをケアプランに反映し、対応に努めている。		
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	職員と利用者がともに支えあい、寄り添いながら暮らせる人間関係を構築出来る様に努める。玄関の出入りは「ただいま」「行ってきます」と苑の理念にのっとった「もう一つの家族」を共有し実践に繋げている。		
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	全職員が家族の気持ちになって利用者と家族の時間を大切に充実した場面作りを提供する。家族と共に支援する関係作りをしている。		
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	近隣へ買い物に出掛けたり、地区の行事、野崎まつり・だんじりの見学や身障者運動会のパン喰い競争に参加する。知人に出会う事もあり、お互い懐かしがって話し込む場面も見られる。重度化したため少人数制の参加が多くなってきている。	「地域の人たちとの出会いを大切にしよう」のスローガン通り、訪問しやすい雰囲気作りをしていて、利用者の馴染みの人達が毎日のように来てくれる。地域のサロンへの参加、運動会、祭りの見学、馴染みの店での買い物、地車やボランティアの来訪など、馴染みの場所や人との関係継続の支援をしている。	

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	生活リハビリとレクには必ず声かけをし体調に応じて無理強いせず利用者同士が共有共感できる場を構築し職員は温かく見守りしながら関わって行く様にする。最近では利用者同士が編み物を教えあいたり、会話をしている場面を見かける事が多くみられる様になっている。		
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	家族のニーズに見合う関係維持に努める様に考慮している。家族からの相談や支援等があればこころよく応じる様に努めている。家族の知人、隣人の悩みや入居がある。		
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	(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	日々、利用者と家族の思いや意向を傾聴し使用者本位である様に努める。重度化している為本人の意向等が判らない事が多々あるが家族や職員間で意見交換し検討する。提案ノートを自由に書き込み、本人の意向等を積極的に検討し職員間で共有し支援に繋げている。	リビングで、利用者と職員が寛ぎながらゲームや手芸を楽しんだり、お喋りをする時間が多く、その中で利用者の意向や希望を聞きとっている。家族の訪問時に、利用者の普段の生活ぶりなどを報告しながら意向を聞いているが、むしろ職員が提案する事の方が多い。対話が難しい利用者もいるが、態度や表情で意向を察知して対応している。	
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。	入居時に利用者と家族とケアマネより本人の生活歴・好み・趣味・家族構成・サービス内容等を傾聴しアセスメントし、ケアプランに反映する。職員間で共有し把握に努めている。		
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	日々の生活状況(バイタルチェック・排泄・食事量)を把握し介護記録に記載する。状況変化を見逃さず都度職員間で意見交換をする。出来る能力を見極める。1日の過ごし方は強要する事なく、本人の意思を尊重する様に努める。		

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。入居者各担当スタッフを設け都度他の意見やアセスメントを作成してもらう。	常時、現状も把握し担当者会議にてナース・本人・管理者・介護職員間の意見・意向を傾聴する。入居者個々の担当者にアセスメントを作成してもらう事でよりよく入居者様を熟知してもらっている。	3カ月毎のモニタリング、2カ月毎のスタッフ会議での報告などを参考に、施設長、ケアマネジャー、介護職員が話し合っ6か月毎に計画を見直し、利用者の症状に変化が見られる場合はその都度見直している。利用者個々の担当者のアセスメントを参考に、家族にも報告、相談して新しい計画を作成している。	
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、他のスタッフの意見も反映し、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	日々の生活状況を個別に把握し介護記録に記載(本人の言葉も含め)する。自由にケアプランに乗っ取った記録が出来る様にし、モニタリングの際に活用している。		
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	診療訪問の主治医は法人内で実施。主治医に上申し適切なアドバイスを受けながら処置等を行う。大東市内の受診が必要な利用者は職員が同行。特殊浴槽が必要な入居者には法人内の老健施設を利用する。		
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	地域イベント等には積極的に参加。する。訪問美容や美容セラピー、アレンジフラワーは地域の先生に来苑してもらう様にする。		
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	本人、家族同意のもと協力医療機関である法人内の主治医による定期往診を月2回実施。緊急時は法人内の病院に救急搬送し適切な医療をうける。従来の主治医の継続は家族の希望で継続できるが今は該当者はなし。	入居時に、利用者、家族の希望でかかりつけ医を決めていて、現在は全員が事業所の運営母体の病院をかかりつけ医とすることに同意し、月2回の訪問診療を受けている。歯科は週1回、眼科は必要に応じて家族または事業所で受診対応している。看護師が週1日来所して健康管理にあたり、医師と連携して対応している。緊急時には2つの協力医院の何れかが24時間対応している。	

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	非常勤看護師と施設長(準看護師)と協働し、日々の健康管理や介護士からの報告、気づき等を重視し些細な事柄も見逃す事無く、適切な処置が受けられる様に配慮する。スタッフは専門的な内容や処置のアドバイスを受ける。		
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	入院時は必ず同行し、施設長が24時間体制で対応する。施設長は入院先の主治医及び看護師・相談員との連携を図り身体状況の把握と情報交換に努める。ADL低下・認知症状を遅延も考慮し早期に退院できる様に話し合う。		
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	入居時に本人・家族に看取りの意向を確認。日々の健康管理及び急変時等の対応を把握し家族との話し合いを再三持つ様にする。職員への研修を含め本人が最後まで快適に過ごせる様にしている。	入居時に、重度化した場合の対応について、利用者、家族に指針を示し、事業所で可能な対応について説明し、希望により看取りも行っている。医師が重度化したと判断した時は、再度本人、家族の意向を確認し、同意書を交わしている。看取り希望の場合は、看護師でもある施設長が最後まで快適に過ごせるよう説明し、方針を定めて事業所内で共有して万全を尽くしている。	
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	苑内にアンビューバック及びAEDを設置し使用法を職員全員が実施できる様にする。地域の消防署で主催する心肺蘇生の研修会に職員全員が参加出来る様に2人体制で受講している。		
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	警報及び注意報等のメールが届く体制。災害対策委員会を設け職員に周知し年1~2回訓練実施する。職員連絡網を作成し、行政には電話等で指示を仰ぐ、昨年は寺川地区の災害訓練に参加し、関係者との協力体制を仰いでいる。	消防署の指導も含めて年2回避難訓練を行っている。職員や利用者が災害時に適切に行動できるよう年2回ミニ訓練も行い、地域の防災訓練にも参加している。マニュアル、避難経路、防災設備、緊急時の電話連絡網を整備している。最小限の備蓄はあるが、その他必要な用品は近くの協力医院に依存している。職員の少ない夜間の対策の見直しを検討中である。	近年温暖化などにより発生する災害の様相や規模が大きく変容しつつあり、災害が想定外の大きな規模になる可能性も高い。それに備えて、マニュアルの見直しと対策の立て直しを期待する。また備蓄品についても見直して、さらに充実する事が望まれる。

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	全職員は日常的に利用者の尊厳を認識する。職員間で不適切な言葉遣いや行動面で対応にきになる事がある時は職員同士で注意しあい、提案ノートに記載したり、スタッフ会議にて話し合いの場を設ける様に心掛ける。	利用者に対する言葉掛けや接する態度は、丁寧過ぎず狎れ過ぎず、家族的な雰囲気である。スピーチロックや接遇態度で、利用者の誇りやプライバシーを損ねないよう注意し合っている。利用者の1人が時々不穏状態になることがあり、対策に苦慮しつつも、決して叱らず否定せずに見守っている。個人情報書類などは鍵付きのロッカーに適切に保管している。	
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	利用者が自身の意向が言える様な場面作りを心掛ける。判り易い言葉でゆっくり目線を合わせ笑顔にて対応、傾聴する事を職員が全員が認識する。		
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	利用者個人の生活リズムを尊重した支援を心掛ける。日々、ゆったりとした空間の中何事にも無理強いをする事無く自由に住み良い空間の中で自分らしく暮らせる様に支援している。職員側の都合を優先する事のない様にする。		
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	毎朝の整容は見守りと声掛けで行う。季節に応じた衣類を利用者と共に選択したり、自身の希望を優先する。隔月には訪問美容を実施。美容セラピーを導入し化粧やマッサージを実施している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の重度化で出来る事も減少している中で1つでも出来る事を見出す様に心がける。職員と一緒に声掛けしながら車椅子になっても能力に合わせて行ってもらおう。味付けも美味しく食べてもらい、より家庭に近いものとしている。	食材は毎日阪奈病院の厨房からメニュー付きで届き、専任職員が昼食、夕食を調理して提供している。朝食は夜勤者が作っている。職員も一緒に同じものを摂り、食事が賑やかで楽しくなるよう盛り上げ、大家族のような和やかな食事風景である。出来る利用者は下ごしらえや後片付けなどを行っている。イベント食、おやつも提供している。	

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	栄養士のレシピで1日1600calをキープ。食事摂取及び水分量を毎日記録し、健康管理を維持する。嚥下能力に合わせて、刻み・トロミ・ミキサー食と食事形態を替え体重や体調に応じて食事内容の工夫をしている。		
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	毎食後、歯磨き及び口腔ケアを実施する。週2回の義歯消毒。週1回法人内の訪問歯科が入る。歯磨き方法等の指導をして貰う。歯がない利用者も同様である。必要に応じ法人内へ職員同行し歯科受診に通う事もある。		
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	おむつ・パットを使用する利用者は個々に排泄パターンを認識し随時声掛け及び誘導する。失敗時にも羞恥心を感じさせない様に十分考慮し対応する。排泄動作は自身で出来る所は自身で行って貰う。	利用者の排泄リズムを見極め、早目に誘導してトイレでの自立排泄を支援していて、パットの交換などは効果的に減少している。夜間も早目に誘導して自立排泄を支援しているが、利用者によっては睡眠を優先する事がある。	
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	体操は毎日の日課としている。気候の良い時は中庭や駐車場を散策する。排泄のチェックをして必要に応じて主治医の指示を仰ぎ対応する。職員間で便秘解消等の意見交換を仕手個々に対応をしている。		
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	基本の入浴日は4日間。一人週2回となっているのが本人の要望を優先し入浴する。入浴の順番や性別は本人に希望に沿う。失便の汚染時は随時シャワー浴等で対応する事もある。	入浴は週2回を基本とし、時間、曜日などは利用者の希望に沿うよう配慮している、浴槽は全身ゆったり伸ばして入れ、2人介助も可能である。利用者が重症になった時には、近くの老健の機械浴が使えるが、今のところ当事業所の浴槽で間に合っている。入浴を拒否する利用者もいるが、誘い方を変えて支援している。	

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
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	日中に散歩や外気浴、生活レク等の活動をして生活リズムを整え夜間の安眠に繋げる様にする。冬場はユタポンで手足を暖め睡眠誘導し安眠ができる様に配慮する。終身保険時間は個々の要望や今迄の習慣に応じて寝てもらう。		
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	薬の副作用及び服薬内容及び効果等を職員職員間でファイルにて開示出来る様にする。服薬確認チェック表の押印し誤薬の無い様にする。症状変化の把握及び早期発見に必要時は主治医に上申し対応する。		
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	利用者の生活歴や家族関係・趣味等を家族や本人に聞き取り、会話の中に活用しながら集団生活を円滑にする。不穏陥る事がない様に見守りながら生活レクやリハに参加し気分転換を図る様に支援する。		
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	気候の良い日には戸外に出る機会を持つ。重度化した為、外出する事が減ってきているが極力実施出来る様に配慮する。だんじり見学や地域の祭り、身障者フェスティバルのパン喰い競争など地域のイベントに参加している。	地域での高齢者の集いサロン、身障者の運動会などに可能な限り参加し、買い物や花見に車を使って行く事もあり、弁当を作り持参して外で食べるのを楽しんでいる。ADLが低下して外出が難しくなっている利用者も多く、事業所前の庭で日光浴を楽しみながらお茶を飲んだり、おやつを食べたり、裏の菜園で外気浴を楽しんでいる。	
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	事務所にて利用者のお金(お小遣い)を管理。利用者及び家族の意向があればお金は所持して貰う。職員同行にて、おやつ購入時自身でレジ支払いを自身で行ってもらう。2名は自身で持参金を持ち買物が出来る。		

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	施設内の電話を使う。自身で管理できる利用者は携帯電話を所持し使用して貰う。手紙を書ける利用者には家族にて必要な用具を持参して投函時は職員同行する。毎月自身で手紙を書いて家族に送っている。		
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	常時、共用場での不快及び混乱を招く事が無い様に十分配慮する。不穏を生じる事が無く居心地良暮らせる様に大きな音を立てたりせず、日差しにはカーテンで遮り考慮する。季節に応じた壁紙を作成皆で作成し、掲示して季節を感じてもらう。	リビング兼食堂や廊下の壁に、利用者と職員の共作の季節感のある手芸品が貼ってある。利用者の趣味活動による書初め作品などが微笑ましい。温湿度が適切に管理され、採光も良く、玄関、エレベーターホール、浴室、トイレは清潔に維持されている。	
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	食堂はリビング兼用としている。決して強制する事無く個々が思い思いに好きな事を好きな時間に好きな人と過ごせる様に配慮する。利用者同士でお互いの居室を行き来したり、中庭でお茶会や昼食をする事もある。		
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	自宅で愛用していた家具や品物を居室に持ち込み、住み慣れた雰囲気作りをする。家族とのツーショット写真を掲示、寝たきりの利用者には目線がいく所に貼り絵を設ける等の工夫をする。(例)天井	居室はゆったりした広さで、ベッド、照明、エアコン、洗面所、広めのクローク、カーテンが設置されている。その他の家具調度品はそれぞれ利用者が使い慣れたものを持ち込み、壁に家族の写真など貼って、従来からの生活の継続性があり、気持ち良く暮らせるよう工夫されている。ナースコールは装着してないが、ベッドや部屋のドアに鈴がつけられ、部屋での利用者の動きが分かりやすい。	
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	トイレや浴室等の共同場には大きくわかりやすく表示。不安や混乱・不穏を最小限に止める。職員間で個々に利用者の残存機能を維持できる様、出来る事は自身で行い、自分らしく暮らせる様に工夫している。		