

(様式1) 平成 21 年度

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2870101413		
法人名	社会福祉法人鶯園		
事業所名	グループホーム御影		
所在地	神戸市東灘区御影石町1-2-18		
自己評価作成日	平成22年2月25日	評価結果市町村受理日	平成22年6月23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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-8-102		
訪問調査日	平成22年3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)】

・併設特養や法人各施設との連携 ・車椅子使用者等重度でも対応出来る設備や体制(併設施設の機械浴、医療連携等)がある ※次年度以降は、法人内に在宅療養支援診療所を設置し、嘱託医を確保する予定
--

【第三者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)】

同一敷地内にある特別養護老人ホームとの密接な連携のもと、利用者一人一人が築いてこられた人生を尊重し、家族や社会との結びつきを大切に支援を目指している。婦人会が主催する「ふれあい喫茶」への参加を継続し、今年度は地域自治会が行う2回の清掃活動で、近隣の方々と共に協力し合い交流が図られている。地域の方々がボランティアとして関わり、利用者の暮らしに張りや楽しみを与えている。二か月に1回開催される運営推進会議には、利用者の家族や地域の代表・地域包括職員等のメンバーが積極的に関わり、活発な意見交換の場となりホームの質の向上に貢献している。日々の利用者の暮らしの中で個々のパターンシートを作成し、24時間体制で心身の状態の観察・把握が確実に行われている。パターンシート等は毎月のモニタリングや介護計画の見直しにも活用され、利用者の状態変化に柔軟で迅速な対応ができるよう取り組まれている。

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	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		

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	目指す姿や大切にしている思い、具体的な行動の一部を法人統一の理念(MIND)として掲げている。入職時に説明、配布、各ユニットでの保管によりいつでも確認出来る様にし、日々の規範としている。	法人の理念に基づいて、職員が大切にしていきたい考え・姿勢を「MIND」として具体的に掲げている。「MIND」は名刺型のカードに明示され、職員は日々携帯し、常に意識したケアの提供ができるよう取り組んでいる。また、新人研修やミーティング等でも話し合う機会を設け共有化が図られている。	
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	自治会掃除や婦人会が行うふれあい喫茶への参加、地域の方の書道ボランティア、自治会や民生委員より地域の行事の紹介はあるが、もっと積極的に関わっていく余地はある。	婦人会が主催する「ふれあい喫茶」への参加を継続し、今年度は地域自治会が行う月2回の清掃活動で、近隣の方々と共に協力し合い交流が図られている。地域の方々がボランティアとして関わり、利用者の暮らしに張りや楽しみを与えている。	
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	地域包括支援センター職員に運営推進会議の一委員を依頼し地域での状況を聞き、認知症でお悩みの方へこちらを紹介、とつなげている。また、今年度は地域包括支援センターとの協働で認知症に関する勉強会開催したい意向。	/	/
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	委員も驚くほど会議への参加率が高く、毎回活発に意見交換がされている。職員と家族、それぞれの役割で利用者を支えているとしている。	利用者家族・民生委員・自治会役員・地域包括職員・知見者などの参加により、2カ月に1回会議が開催されている。利用者やホーム内の状況・職員の勤務体制・地域行事との関わりについて等報告されている。参加メンバーの会議に対する姿勢が積極的で、活発な意見交換や情報交換の場となり、ホームの質の向上に反映させている。	
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	毎月一週間自宅外泊される方の住宅改修(入居当初より脚力低下し、手すりを希望)について区役所の担当と連絡を取った。また、集団指導や監査などで啓発をいただいている。	運営推進会議の中での交流がある他、グループホーム連絡会でも地域包括職員との情報交換が行われている。区の担当者に利用者に必要な福祉用具について相談し、問題解決に向け助言をもらう機会があった。	

自己	者 第 三	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	「身体拘束廃止委員会」を月に一度定例開催。どのようなことが身体拘束にあたるのか、やむを得ず行う場合の同意文書の必要性等を全職員が勉強会で学び、「安全のため」と希望する家族への説明も行い、しないケアに取り組んでいる。	月に1回身体拘束委員会を開き、身体拘束排除に向け取り組んでいる。身体拘束の弊害を認識する・緊急やむを得ず行う場合の対応法について・家族の理解と協力を得るための説明の必要性など学習し、身体拘束をしないケアの実践に努めている。	
7	(6)	○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	毎年後市の指導もあり高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。掲げている理念との共通認識でもあり、身体拘束廃止と併せて日々意識して介護にあたっている。	身体拘束と関連付けながら研修等で学んでいる。高齢者虐待の要因の一つである「認知症」について認識を深め、また、職員の介護負担やストレスと高齢者虐待との関連性についての話し合いもなされている。	
8	(7)	○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	実際活用している方が数名あり署名等手続きの依頼は行うも、後見人選任までの流れを知っている職員は多くない。今後は制度のシステムなど知識を増やす場を検討する。	現在、数名の制度活用者がいる。高齢者の尊厳について理念にも掲げており、認知症の理解と共に制度について学んでいくよう努めている。	制度の活用が必要な利用者・家族に対して、職員一人一人が適切な助言や情報提供が出来るよう、研修等で学べるような機会を作って行く事を期待する。
9	(8)	○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	入居前には契約・重要事項説明を行っている。実際に利用を開始しないと分からないことは随時に、また、運営推進会議を活用して質疑応答や報告の機会を設けている。	利用希望者等の問い合わせや見学等に丁寧に対応し、入居について重要事項説明書等にて詳しく説明している。利用料や退去基準については特に詳しく伝え納得が得られるよう配慮している。重度化や看取りについては文書にて説明し同意を得ている。	
10	(9)	○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	運営推進会議や面会時、電話等、随時うかがっている。意見箱を設置し匿名での受付も。苦情・クレームは真摯に受け止め記録に残し、併設特養とも連絡して解決する体制を作っている。	家族の面会時や電話等にて意見や思いを聞くよう努め、広く意見を取り入れるために意見箱の設置がある。運営推進会議でも積極的に要望等を聴く機会を設けている。重要事項説明書に各ユニット毎の相談・苦情担当者を分かりやすく明示している。家族等から出された苦情や意見はミーティングや申し送りなどで改善策について検討し合い、記録に残し共有している。	

自己	第三者	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	(10)	○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	各ユニットで、ユニットリーダーと管理者で、管理者は併設特養との合同主任会議で、と、毎月数回ミーティングを持ち、縦横に意見交換をしている。	日常の業務の中で、職員がユニットリーダーや管理者に思いを伝えやすいよう配慮されている。また、ミーティング等で職員から出された意見や提案は、合同主任会議などで検討され、運営面に活かしていくよう努めている。	
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、併設特養施設長や運営者に事業状況を日常的に相談・連絡・報告を行い、条件見直しや様子が気になる等個別に面談をすることも。資格取得による昇級やリーダー登用、知識を深めるように研修に参加させることもしている。		
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	新入職者には既存の職員がOJTをし、生の介護を勉強する。外部研修に随時派遣し、参加した職員から各委員会(感染症対策、事故防止、身体拘束廃止)主催でポイントを押さえた内部勉強会を実施。		
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	区内グループホーム連絡会を隔月で開催し、地域包括支援センター職員も交えての情報交換の場を持っている。勉強会の案内や市の指導内容の確認等持ち寄った意見を率直に交わし、情報はホーム職員に連絡・報告している。		
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	面接や見学に来所いただいた時の対応をなるべく同じ職員がし、少しでも顔馴染みとなり話しやすい関係作りをしている。実際にホームを見学して雰囲気をもてもらうこともしている。		
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	入居申請の有無に関わらず、電話相談やホーム見学の段階からお困りごと等かがっている。本人の前では言いにくいことは家族だけで話を聞く環境を作る工夫も。		

自己	者 第 三	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	繰り返す様々な行動障害対応を助けて欲しいと家族からの相談が多い。家族の思いを傾聴し、後、担当ケアマネジャーの聞き取りや通所介護の現場へ足を運ぶ等して状況を把握。協議の上でサービスを決定している。		
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	ヘルパーや短期入所等支援体験を得た方が多く、共に生活というよりサービスを使う意識を感じる。こちらも社会環境の一員として接しているが、共に笑ったり思いを表出し合えるという関係は出来ていると思う。		
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	職員は家族に成り得ない旨、家族にも職員にも伝えている。本人の症状進行によって家族の認識も薄れている場合など、複雑な心境の家族もあるが、家族の気持ちにも共感しながら専門的に伝えることをし、共に支える姿勢を継続する。		
20	(11)	○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	入居前に「くらしの情報シート」を記入依頼して本人のあゆみや馴染みのものを把握。日常会話の話題にして回想したり、面会時のパイプに役立っている。	利用開始時記入してもらった「暮らしの情報シート」より、本人の生活歴や今までの人間関係について把握し、友人や関わりのあった人の来訪等には、家族の協力も得ながら支援している。	
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	個別、全体の関わりから関係を把握。ユニットという小さいが社会の中での暮らしで、共通の話題で花を咲かせたり、不安を吐露できる時間・環境を確保し、共感、共鳴、補完といった共同生活仲間の心の支援を心掛けている。		
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	解約後「大変かわいがっていただき、出来れば(ホームに)帰りたかったかった。」と訃報を受けて別れの場に立ち会った例、利用者本人他界後一人になったご家族からの電話対応、入居した他所の体制等不安を相談された例、などがある。		

自己	第三者	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	(12)	○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	危険や衛生上問題が無い範囲では自由に過ごせるように支援している。信頼関係を作って本人の思いを率直に尋ねたり、仕草や様子で行動を読めるように観察の目を養う努力もしている。	利用開始時の「暮らしの情報シート」やフェイスシートを参考に本人の意向を確認している。職員は、日々利用者と共に過ごす中で、さりげない会話や行動・表情の観察にて、利用者の気持ちや状態の変化を把握できるよう取り組んでいる。	
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	家族記入の「くらしの情報シート」や面会時の会話等で情報把握している。が、情報はまちまちで、親の若い頃等分からないことが多い現実はある。		
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	パターンシートを作成し、24時間体制で健康面(水分摂取・摂食量、排泄面、血圧や温測定値)からと時間を追った観察記録を残すことで、状況把握をしている。		
26	(13)	○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	日々記入したパターンシートや特記をピックアップした個別カレンダーを用いて、月に1回以上フロアミーティングを行ってモニタリング、改善策の検討を行い、それを元に、随時介護計画を作成。	利用開始時に把握した情報を基にアセスメントし、利用者主体の介護計画を作成している。24時間体制で利用者の心身の状態を記録しているパターンシートや個別カレンダー等を参考に、月に1回モニタリングし介護計画に沿ったケアができていないか確認している。状態の変化があれば迅速に計画変更を行い、安定している場合も6カ月に1回は計画の見直しを行っている。	
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	ローテーション勤務のため、新たな介護方法や伝達事項が漏れないように、また、全職員が情報を共有出来るように「連絡ノート」を活用している。提案や意見の記入も出来、より良い方法を見つける手段でもある。		

自己	者	第三	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
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	毎月一週間は自宅で過ごされる方の自宅改修や重度化によって住み替え(特養入所)をした方がよいのではと、関係機関や併設施設と調整した例がある。		
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	自治会、民生員、地域包括支援センターから地域行事の案内をいただき参加させてもらっている。今年度は自治会掃除参加を開始することが出来た。		
30	(14)		○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	往診や通院と形態はそれぞれだが、皆様定期的に診察を受けている。日常的に医療連携体制として看護師や医師に相談をし、専門医の診断を仰いだ方がよい場合や急変時には随時受診もしている。	内科や眼科歯科・皮膚科等の往診や併設施設の看護師との協力のもと医療連携体制が整っている。利用者の希望のかかりつけ医への通院は家族の付き添いを基本とし、本人の体調については、個々の状態に応じて情報提供表を作成し、担当医や家族と情報を共有している。	
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	併設の特養と医療連携体制として協働。日常的に健康に関して相談し、24時間のオンコール対応やケガの処置等の支援を受けている。		
32	(15)		○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。	入院時には主治医の紹介状や介護面の情報を提供、治療方針説明に立ち会う。病院側や家族とは不定期だが連絡を取って経過の把握をし、スムーズな退院受け入れ体制を整えるようにしている。	利用者入院時は適宜面会を行い、洗濯物のお世話や家族と情報交換し、馴染みの関係の継続に努めている。病院関係者と連携を図り、退院時のカンファレンスに参加し、退院後の具体的な支援法等について話し合う機会がある。	

自己	第三者	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	(16)	○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	医療連携体制を構築時、併せて策定した「重度化した場合における対応に関する指針」を入居契約時に説明している。当初は家(ホーム)での最期を望まれるが、体調不安な状況になると医療処置可能な病院を選ばれることが多く、ホームでの終末期や看取りの事例はまだ無い。	利用開始時に重度化や看取りについて不安のないよう説明し同意を得ている。利用者急変時に備えユニット毎にマニュアルを整備している。利用者の状態変化に応じて関係者間で話し合い、家族の意向に沿った対応ができるよう方針の統一に努めている。	今後は利用者の重度化も考えられるため、重度化や看取りについて職員が共通認識を持ち、定期的な研修の継続で職員の更なるスキルアップを目指すことを期待する。
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	マニュアルを各ユニットに備え、折りに触れて確認を促している。また、看護師から対応講習の機会も設定。しかし、実体験無い職員が多い為、訓練・講習の回数を増やす意向。		
35	(17)	○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	併設施設と合同で年2回は消防訓練を行い、設備の説明を受けることも併せて実施。いざの時を考えると、併設施設との合同訓練意外にも機会を持っていく方針。	法人内で年に2回の合同訓練を実施している。避難誘導・消火訓練・消火設備の確認等実施している。運営推進会議にて訓練の状況等報告し、地域協力を呼び掛けている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	人格尊重や個人情報保護に関しては契約内容の一つとして念書を交わしている。認知症の理解や人生の先輩であることなど、理念・MINDとも併せて、人としての質や専門性を磨く意識、対応を常に心掛けている。	職員の行動規範としている「MIND」に、ご利用者に尊敬の念を持って接する事を掲げている。研修で接遇について学び、日常での利用者への対応や言葉かけに配慮している。記録物等個人情報に関しては施錠のある棚等に保管している。	
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	本人の思いや希望を尋ねることは基本と考えている。短く分かり易く伝える、耳元でゆっくり話す等、利用者の状況に合わせたコミュニケーション方法の工夫もしている。		

自己	者	第三	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
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、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	希望を尋ねることはしているが、理解力や決定力の低下がある方へは職員が誘導することとなる。勤務体系で望みに沿えない場合や、本人の気分がのらないといったタイミングが難しい場合はよくある。		
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	一緒に衣類を選ぶ支援をしているが、気に入ったものへのこだわり(洗濯中で無いと探す、同じ物を着たがる)や、家族が購入した物で自分の物と意識できない場合等ある。理美容は月に2回併設特養でのサービスを活用する方がほとんど。		
40	(19)		○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	併設特養の厨房食が基本。鍋やタッパで届けてもらい、盛りつけや後片付けをユニットで行う。日課・役割としている方あり。頻度に差はあるが、昼食やおやつ作りをそれぞれのフロアで計画、実施。	食事は併設施設の厨房に委託している。利用者の状態に応じ、食形態や食事環境に工夫がなされている。献立会議が月1回開かれ、利用者の状況や希望等を伝えメニューの変更の機会もあり、美味しく安全な食事提供について検討している。利用者の状態を見極めながら、盛り付けや後片づけ等手伝ってもらっている。	
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	栄養士による献立で栄養バランスや季節感を考慮。また、それぞれの口腔や嚥下等、身体機能に応じた食事形態や食器を提供。水分・食事摂取量は個別に記録し、少ない場合は時間をみて勧めたり、主治医に補食の相談をすることもある。		

自己	者	第三	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	食後や就寝前の口腔ケアや義歯管理手伝い、会話や食事時の不調発見を日常的に行っている。歯科協力医の確保をし、かかりつけへとつなぐことや定期往診の支援もしている。		
43	(20)		○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	パターンシートにより、排泄リズムを把握、適したオムツ類の選別・使用、下剤調節に関して看護師や医師に相談等、個別に支援。尿バルーン留置者も居る。個室内にトイレが設置してあることからプライベートの確保も出来ている。	パターンシートを活用し個々の利用者の排泄チェックし、個々のリズムに合った対応を心がけている。1日の水分摂取量を把握し、排泄との関係に考慮しながら、適切な誘導や介助に取り組んでいる。	
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	一日の水分量や排便有無、散歩や運動といったことも時間を追って記入しているため把握出来る。これらから、少ない事へは声掛けを。腹部マッサージや湯たんぽで温めること、ウォシュレットで刺激といった直接的な働きかけもしている。		
45	(21)		○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	二人介助が仏様な方や併設施設の機械浴使用者は調整から曜日固定としているが、各ユニットで毎日湯を張り、その日に入りたい方を募っている。体調で入浴が負担になる場合は清拭をしたり、水虫予防・改善で足浴を手伝う方もある。	要介護度の悪化により2人介助や機械浴の必要な利用者も増えつつあるが、毎日の入浴の希望があれば、出来る限り対応して行けるよう取り組んでいる。拒否傾向の人へは、声掛けのタイミング・気分転換を図る等試みている。	
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	昼夜逆転の方はない。これまでの生活習慣として睡眠時間が短い、足元を温めないと眠れないといったことは家族から情報収集しそれぞれ工夫。時間が分からない、昼寝が必要等心身機能低下は専門性知識を深めるとともに個別対応する。		

自己	者	第三	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
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	薬説明書や看護師・医師から、ネット検索等でそれぞれの薬情報(名前、効果・副作用、用法・用量)を確認し保管している。誤薬が無いよう服用支援し、薬変更直後の様子観察・報告と、健康管理の手伝いをして		
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	折り紙、写真集を眺める、囲碁など個別に楽しみがある方は継続支援の方向。書道、ペン字、生け花、野菜作り、カレンダー作りなど、ボランティアや職員の働きかけも一部あり。洗濯、お茶汲み等家事を率先して行う方もある。		
49	(22)		○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	今年度は「新型コロナウイルス」の影響で良い時期を逃してしまった感あり。また、全体に重度化し、車椅子やシルバーカー使用者が増え、独歩に支障が無い方が少ない状況ではなかなか日常的な外出が困難。家族の協力を得ている。	利用者の重度化に伴い、気軽な外出が難しくなる傾向にあるが、年間の行事の中での外出、近隣の公園や敷地内の駐車場での日光浴等、外気に触れる機会を増やしていくよう努めている。	利用者の五感刺激や周辺症状の安定を図る為に、ご家族の協力やボランティアの導入・職員の勤務体制の工夫等で、利用者が外に出る機会を出来る限り増やせるよう取り組んでいくことを期待する。
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	金銭管理は子供に任せていると割り切った方、小銭は持っていないと不安な方、「無くなった、盗られた」と探すことを繰り返している方、つけておくとサインをされる方、様々。家族と相談して管理方法を決めて支援している。		

自己	者	第三	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	電話は、本人の申し出からかけたり、かかってきたものを取り次ぐこと、FAX活用、個人で用意した携帯テレビ電話使用等支援をしている。年賀状や日常の手紙のやりとり、電子メール(写真の添付)で状況お知らせをしている例も。		
52	(23)		○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	光、音、匂い、温度・湿度等快適に過ごせるように配慮している。天気がスッキリしない日は「寒い」「夜？」と混乱しないように声掛けも意識している。活動の一つであるフラワーアレンジメントで季節の花を愛でたり、カレンダー作りで時期を感じる工夫をしている。	共有空間はゆったりとした広さが確保され、温かく落ち着いた色調で統一し、利用者の気持ちの安定につなげている。ユニットによって利用者の状態や関心によって、畳のコーナーを活用したり、懐かしさを感じさせる家具を置く等の工夫がなされている。掲示物や装飾も施設的にならないよう配慮し、家庭的で親しみやすい環境となるよう取り組まれている。	
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	テーブル席、ソファ空間等意識して居場所作りをしている。「私の席」意識や、景色を眺めたり一人でゆっくりする空間等、その時々で活用されている。		
54	(24)		○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	慣れ親しんだ調度品の持ち込み、または、新たな自室作りと、個々に相談している。目印になるものや飾りで彩りを添えたり、居室内の整理整頓を共に行う、家具類は転倒などケガをしない配置の工夫もしている。	利用者一人一人の今までの暮らしを把握し、住み慣れた環境との違いを少なくするよう、使い慣れた家具や物品・装飾品を置き、個々に寛げる空間を大切にしている。、居室内にトイレを配置し、プライバシーに配慮しながら支援できる造りとなっている。	
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	ユニットごとに印象の異なる家具を置きいつもの空間か否か感じてもらえるようにしたり、手すり取り付け、畳の敷き込みなどハード面の工夫をし、福祉用具や本人の目印などの導入もしている。		