

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 22 年度

事業所番号	2771300346		
法人名	医療法人桐葉会		
事業所名	認知症老人グループホーム コスモスガーデン		
所在地	大阪府貝塚市森853番地		
自己評価作成日	平成 22年 5月 1日	評価結果市町村受理日	平成 22年 7月 6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=2771300346&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 22年 5月 28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)】

介護者の8時間を利用者さまの生活の24時間に合わせてお世話させていただいています。また全ての介護業務は四つの介護理念をベースに行なっています。利用者さま一人ひとりを尊重し「介護業務の裏には必ず介護の心がついてくる」という考えを大切にしています。業務を優先するのではなく「利用者さまの気持ち」「利用者さまに寄り添った介護の心」を大切にお世話させていただいています。

【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)】

医療法人が母体のグループホームで、近くに同法人の老人保健施設もあります。日中、玄関やエレベーターは開放しています。4つの理念を基本に、ホーム長の「利用者の一瞬一瞬を大切に考えてケアをするように」との考えが、職員に浸透し、限りなく家に近い状態で介護をしています。家庭的な雰囲気では利用者様は穏やかにゆっくりとした時間を過ごしています。職員の全員常勤雇用や、2ユニット2人夜勤体制等職場環境にも配慮し、職員の定着のよさにも繋がっています。ホーム長が自慢できることは、「利用者の表情とスタッフです」と言われるように、利用者の穏やかな表情とグループホーム全体の雰囲気に職員の質の高さが伺えます。職員からは、「父が介護を必要になったら、ここを利用したい」という話がありました。

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

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	<p>○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</p>	<p>四つの介護理念をいつでも見られるよう廊下に調度品のように掲示している。又、全ての介護サービス行為はこの理念を基本に提供している。問題が起こったときも介護理念を思い出し原点に振り返り方向性を出している</p>	<p>「今までの生活リズムを守ることが出来る環境を提供する」「まだ人の為に役だっていると思うことができる環境を提供する」「わがまを言えることが出来る環境を提供する」「その人らしく生きることが出来る環境を提供する」との四つの介護理念を毛筆で書き、調度品のように廊下に掲示しています。職員は理念を基に、利用者一人ひとりがその人らしく生活できるように支援しています。</p>	
2	2	<p>○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</p>	<p>散歩に出たとき隣近所の方に出会えばあいさつを交わし、週三回のスーパーへの買出し時にも利用者に参加をお願いしている。また公民館などの催し物にも参加している</p>	<p>散歩に出た時や、庭先でお茶会をした時に声かけや挨拶を交わしています。近所のスーパーへの買い物にも利用者と一緒にしています。公民館で和太鼓や浪曲の演目がある時は、利用者も参加しています。ボランティアの大正琴演奏の訪問や、婦人会の方の訪問もあります。地域との関わりの中で、開設から10年の間に地域の認知症への理解にも変化がありました。</p>	
3		<p>○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</p>	<p>二ヶ月に一度開催している運営推進委員会で生活の様子を報告、また市の職員、民生委員、家族に認知症に関する勉強会などを行っている</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
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	会議は居間で開催しているので、利用者が全員参加していると言っても過言でなく、利用者の表情、ホームの雰囲気の良いところが一目瞭然と理解できる。利用者が良い表情をしているとお褒めの言葉をいただいている。しかし運営に関しては入退居、行事、事故などの報告、情報交換に終始している傾向は否めない。	会議の参加者は、利用者、利用者家族、民生委員、市職員、ホームの職員が参加し、2カ月に1度定期的を実施されています。会議の規程も設けています。入退居、行事、事故などの報告の後、情報交換をしています。意見や質問はサービスや次回の会議に活かしています。会議内で「認知症の勉強会」をシリーズ化し、実施しています。欠席者には議事録等を郵送しています。	
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	18年より運営推進会議を開催するようになってから、市職員と顔見知りになり、当事業所の考え方、現状は理解いただいていると思う。見学に来られる中で住所地の問題などあるとき、市町村担当者に連絡協力してもらっている	市へ事故報告書、外部評価の結果報告を行っています。市職員と顔見知りになり、わからないことや相談ごとがある場合は、すぐに電話で聞くなど話しやすい関係ができています。市民からの相談で、地域包括支援センターへつなげ、他市のグループホームに入居が決まった事例もあります。	
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	オープンして丸十年を迎えるが今まで身体拘束をしたことがない。新入職員にもことある事カンファレンスで話し合い理解してもらおうよう努力している	ホームの玄関やエレベーターは常時開放しています。マニュアルがあり、研修もしています。過去に一人で外出する利用者がいたため、外出しようとする音の出るセンサーをつけています。音が出ると、職員みんなが気をつけてすぐに対応しています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	小規模で密室化されやすいことを念頭に、利用者の表情、朝夕の申し送りなどの情報を大切にしている。入居された家族さんの中にはもうちょっとで「虐待」にまで発展しそうでしまったと言われる方もいらっしゃいます		

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
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」の研修会に参加して勉強している。今現在成年後見人制度を利用して入居中の利用者がいる。過去にも数名お世話して成年後見人制度を利用した方がいる		
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	契約に至るまでに、施設案内、利用料金、事業所の介護理念や方針など十分な説明を行い納得して頂いている。その後契約している。この10年利用料の改定はない。経済的な理由で他施設を希望された場合も協力している		
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	「ケアプラン」説明時、家族から意見や要望を聞くようにしている。利用者からも日常の何気ない会話の中で得た情報をカンファレンスで共有し問題解決につなげている。また問題により「苦情管理対応シート」で法人にも報告し再発防止に努めている	意見箱は玄関入り口に設置しています。年に1回、家族会を実施しています。アセスメントの時や介護計画書における説明の時、面会にこられた時等に、家族から要望を聞いています。手作りおやつを出してほしいとの声に手作りケーキや白玉だんご、たこ焼き等、要望に応えています。	
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	職員から意見があったときは、必ず聞くようにしている。必要性があればホーム長に報告し対処している。できることとできないことを明確にし、説明し周知している	月に1回全員出席して研修、業務カンファレンス・個々のカンファレンスをしています。そこで、職員の声を聞いています。管理者は、職員の個別的な希望、また職員同士の意見の違いなど積極的に介入し、調整しています。相談のあった時は、助言しながら利用者のサービスの質の向上につなげています。慰安旅行や食事会等、職員の福利厚生についても工夫し、職員が意見を表出しやすい雰囲気づくりにもなっています。	

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
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	職場環境を整えることは利用者のために大切なことなので、職員の個別的な希望、また職員同士の意見の違いなど積極的に介入、調整している。 ここ一年職員の退職者はいない		
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	介護者に応じ外部研修、院内研修に参加してもらっている。受講後、研修報告書を提出してもらい内容により伝達講習を行なっている。毎月1回認知症の勉強会を全員で行っている		
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	他事業所と「ガーデンの四季」の交換を行なっている。相互訪問や同業者との交流の機会は乏しく、ネットワークに関してもこれからの課題と考える		

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	本人も家族にも不安がある場合、いきなり入居契約せずショートステイの利用からサービスをスタートしている。また、居心地の良い居場所作りをするために、本人の声に耳を傾け受容することからはじめている		
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	入居目的で来設した家族には入居するか否かに関わらず、真摯に家族の気持ちを受け止めて家族のつらさを理解しようと努めている。認知症高齢者への対応の方法や情報をアドバイスしている。入居後も「ケアプラン」説明時に家族からの声は傾聴している		
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	見学に来られた利用者や家族の話は丁寧に拝聴し、GHで出来る介護の説明し、利用者の状況を把握し家族の希望と施設の介護サービスなどを話し合っている。お互いに納得したうえで入居を勧めている		
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	一緒に生活する中で共に献立を考え、共に料理を作り、教わったりして出来上がった料理をいっしょに食べて料理の出来栄を話しながら食べている。昔の歌を歌ったとき歌詞の意味を教えもらったりし、尊敬、感謝の言葉を延べて関わりを持っている		

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
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	行事は全員（利用者、家族、職員）参加をモットーとしている。行事の時は必ず家族へ参加の声を掛けている。また面会時に近況を報告すると同時に家族からの訴えに耳を傾け、家族の意向を大切にしている		
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	昔馴染みの知人、近隣の方たちが訪ねて来てくれたときは、疑似家族としてお茶・菓子でもてなし、誰もが来やすい雰囲気作りに努めている。家族にもなじみの場所への外出を勧めている	農協の婦人部会長を務めていた利用者のところへ、元農協職員や近隣の方々が訪問しています。法事の際は家族が連れて帰っています。馴染みの人との関係が継続できるよう支援しています。	
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	利用者同士放っておくと、混乱口論に発展するが、介護者が介入し、家事労働を共にすることにより、利用者同士会話も弾み良い関係が築ける。また孤立することのない様子配り、気配りを心掛けている		
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	退居された利用者の家族さんが行事の時ボランティアで参加してくれた。また他施設へ退居された利用者の家族さんが訪問された時、家族のお話を傾聴している。施設からの質問などあればその都度対応している		

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
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	共に生活する中で個人の24時間の生活ペースに介護者が合し、発する言葉を大切に傾聴し、カンファレンスで情報を共有、思いの暮らしができるよう支援している	利用者の思いや希望については、夜勤帯に利用者から話を聞くことがあるため、聞いたことを申し送りノートに記入しています。入居前には、聞き取った情報をアセスメントシートに記入し、把握しています。関わりの中での気づきを大切にして、共有しています。	
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	入居前には支援事業所やかかりつけ医の診断書など情報の収集に努めている。家族、利用者さんと面談時、家庭訪問時会話の中で生活歴や希望などを確認し、生活環境を整えている		
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	介護者は利用者個々の24時間に合わせお世話している。その中で気づき発見があれば介護サービス表に追加、変更し担当者がサインするようになっている。1ヶ月ごとモニタリング更新している		
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	毎月1回介護者全員出勤の日を作り、カンファレンスを開催している。そこで介護計画をもとに、それぞれ意見を出し合いモニタリングしている。	介護計画書は職員が常に見えるところに置き、必要時確認できるようにしています。毎月1回介護者全員出勤の日があり、そこで、介護計画をもとに、それぞれ意見を出し合ってモニタリングをしています。本人、家族の意向もできるだけ聞き、作成しています。介護計画は全利用者の情報を職員が見やすいよう、カードインデックスを用いて介護の基本状況を職員は共有しています。アセスメントもタイムリーに実施しています。	

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
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	家族からの連絡事項、または心身の状況の変化に伴う変更など随時「個別の情報ファイル」「業務日誌」「カーデックス」に記入し情報を共有している		
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	家族からの連絡事項、または心身の状況の変化に伴う変更など随時「個別の情報ファイル」「業務日誌」「カーデックス」に記入し情報を共有している		
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	電話での問い合わせ、見学者に対して家族、利用者の訴えを傾聴しニーズに応えられるよう、できる限りの対応をしている。状況によっては病院受診に付き添ったり、搬送したりしている		
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	民生委員や地域のボランティアなどの訪問はあるが「地域資源との協働」となるとそこまでの取り組みはしていない。これからの課題である		
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	母体病院の認知症専門医を2～3週間に1回受診していることを契約時に話している。家族の希望により入居後も「かかりつけ医」の受診を希望すれば家族に定期的に受診してもらっている。歯科医の往診はあるが、かかりつけの歯科医に受診している利用者もいる。	今までのかかりつけ医に受診する利用者が数名います。通院については家族が行っていますが、できない時は職員が支援することもあります。夜間の緊急時は、母体病院の緊急外来での対応になっています。	

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
31		<p>○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</p>	<p>常勤の看護師がいるので利用者の状態変化、異常があればすぐに報告、連携ができています。また母体病院に担当の主治医がいるのでいつでも受診、往診してもらうことができます</p>		
32		<p>○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</p>	<p>専門的な治療が必要になった場合、木島病院外来主治医より家族に説明、また一方的に入院先を決めるのではなく、家族の希望、本人の状態にあった病院を探し支援している。入院時は診療情報、介護サマリーを提供している</p>		
33	12	<p>○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</p>	<p>一年に一度健康診断の実施、また定期的に木島病院外来主治医に利用者の状況を報告している。状態に変化があればその都度家族に連絡、必要があれば主治医、家族、看護師、ケアマネで面談し方向性を出している</p>	<p>利用者の急変・重度化・終末の考え方と対応方法のマニュアルがあり、それに応じて対応をしています。母体病院から医療面の協力を得て、ぎりぎりまでホームで生活できるように支援しています。ホームの基本的な考えとして、「息ができない」「食べられない」「排便ができない」状態を支援の限界と考えています。</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
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	だれもが対応できるよう「夜間緊急連絡マニュアル」を掲示、急変や事故発生時には木島病院救急外来と連携できている。また、定期的に心肺蘇生の研修会に参加している		
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	法人施設課の指導のもと、定期的に非難訓練を年2回実施している。連絡網を作成し警察署・消防署などとの連携を図りながら、法人内でも連携ができている	防災マニュアルを作成し、避難訓練を年2回実施しています。ホーム内はオール電化で、火事にならないよう配慮しています。万が一、災害が起きた場合は、母体へ連絡を入れ、病院より応援に駆けつけてもらえるよう、連携を図っています。消火器はホームに8カ所設置し、緊急時の連絡専用電話を取り付けています。スプリンクラーも取り付け準備をしています。非常用食品は2日分備蓄しています。	
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	毎月一度カンファレンスで「認知症ケア勉強会」を実施、その都度事例を踏まえ言葉掛けや対応を検討し心掛けています。また院内の人権研修会に参加している	プライバシー保護のマニュアルを備えています。普段から、利用者への言葉遣いや対応には配慮しています。トイレ誘導については、他の利用者や来客から見えにくいトイレを利用する配慮を行い、プライバシーを損ねないよう言動にも注意を払っています。	

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
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している	各利用者の「ふと出た言葉」「夜間の状態」、共に生活する中で発見したことなど、朝・夕の申し送りやカンファレンスで話し合い、本人の思いに添った暮らしができるよう支援している		
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、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	介護者の8時間は利用者の24時間に合わせてお世話している。また介護業務の裏には介護の心があるということ意識し、業務優先になることがない様心掛けている。就寝時間、起床時間等も決めていない		
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	「お花見」や「浴衣まつり」「クリスマス会」などの時、お化粧をしておしゃれを楽しんでいる。本人・家族の希望を聞きながら定期的に理髪店への同行支援をしている。また馴染みの美容院へ家族と月1回出かけている利用者もいる		
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	介護者は利用者の中に入り、声掛け、楽しく食べられるよう雰囲気作りを心掛けている。強要はしないが食事作り、後片付けも一緒にしている。誕生日にはお昼のメニューはその利用者さんの好きな食べ物でお祝いしている。好物を言えない利用者には家族から聞いたり、日頃の観察で好みを見出している	職員は、食料品の買い出しや調理の準備、後片づけ等を利用者と一緒に行っています。食事はゆっくり楽しみながら摂れるよう、職員も一緒に食事をしています。利用者一人ひとりの誕生日に合わせて、利用者の好物をメニューにしてお祝いしています。献立は、利用者の希望も聞き、フロアごとに2週間に1回作っています。昼食の後も和やかで、片付けはあせらず、家庭での団欒の雰囲気を大切にしています。	

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
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	食事・水分摂取にムラのある利用者は介護サービス表に記入し管理している。また毎月月初めに体重測定をし、BMIを計算して栄養状態を確認している、利用者に応じた食事提供量、食事形態、摂取時間を合わせている		
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	利用者のADLに応じ、毎食後口腔ケアを支援している。希望者は週に1度歯科衛生士の口腔ケアを受けている		
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	尿意・便意のない失禁状態の利用者にも、2人介助でトイレ誘導し排泄を促している。また定期的に時間誘導している利用者、便意・尿意があっても、トイレの場所が解らない利用者、言葉で表現できない利用者の代償性行為を見逃す事のないようトイレ誘導している	安易におむつをしないよう、利用者を定期的にトイレ誘導しています。24時間中ほとんどの時間が寝たきりの利用者も定期的にトイレへと誘導し、介助しています。車イスからイスに座る時に少しの間立ってもらい、腹筋力をつけるように支援しています。	
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	介護サービス表に排便状態と食事摂取量・水分摂取量・活動量を把握し、木島病院外来主治医と相談しながらコントロールしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は原則午後の時間帯に入っても入浴しているが、入浴が嫌いな利用者から希望があれば午前中でも入浴してもらったり、夕食前にも入浴してもらっている。入浴が楽しみな利用者で毎日入浴している利用者もいる	入浴は毎日入浴することができます。利用者一人ひとり好みのシャンプーを使っています。入浴は原則午後となっておりますが、利用者の希望に合わせて、午前や夕食前に入浴することもでき、毎日入浴している利用者もいます。個々にそった支援をしています。	

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
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	夜間眠れない利用者があれば、 入眠を無理強いせず、居間でお 茶をのみ雑談したり利用者の気 持ちを理解しおちつけるよう対 応している。また心身の状態が 低下、自分で訴えることのでき ない利用者には状態により午睡 を促し休息をとってもらっている		
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	「カーデックス」に服用してい る薬を明記、毎日の申し送り時 使用している。効用・副作用に ついては別ファイルいつでも閲 覧できる。症状については2～ 3週間ごと外来主治医に報告 している。症状に変化があれば その都度報告している		
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	できる家事労働には積極的に参 加できる環境を整えている。家 事終了時には介護者が利用者 に御礼を言い、利用者により 喜ぶようにしている。またお 天気の良い日には気分転換に 外でお茶をしたり、散歩、公 民館の催し物に出かけたりし ている		
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	法人内の散歩はお天気さえよ ければいつでも行ける。地域 の公民館へ浪曲や和太鼓を見 に行ったことはあるが本人の 思いに添った個別の支援はあ まりできていない。これからの 課題である	法人の建物や敷地内を散歩し ています。家族がいない利用者 には、後見人の許可をとり職員 と一緒にパジャマや衣類を買い に行きます。法事で自宅へ帰 った利用者もいます。ホーム の買い物は利用者も一緒に行 き、公民館の催しがある時は 見物に出かけています。日常 的に、法人内の喫茶店を利用 しています。	利用者も重度になり、外出 への支援も難しい状況になっ ていますが、本人に合わせた 移動の配慮をしながら、外出 支援について検討することが 期待されます。

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	お金を持つことで安心する小銭ていど自分でもっている利用者がいる。また管理できない利用者には施設で管理、法人内の催し物のとき出店で買い物したり、法人内の喫茶店に出かけ支払いの支援などしている		
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	公衆電話を設置していつでも家族に連絡できる。携帯電話を持っている利用者も1名いる。手紙はお正月に年賀状を書いてもらっている		
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	居間には自分の家に居るように、常に果物・菓子をテーブルに置き、好きな時食べられるよう、また飲み物もポカリ・麦茶、冷蔵庫には牛乳・ジュースなどいつでも飲めるようにしている。玄関・トイレなど季節の花を飾り、居心地のよいように配慮している	居間・玄関・トイレなどには、季節の花が活けられ、居心地のよいように配慮しています。果物がテーブルに置いてあり、好きな時食べられるようになっています。また飲み物もスポーツドリンク・麦茶、冷蔵庫には牛乳・ジュースなどいつでも飲めるようにして、居心地のよい共有空間になっています。一人になれる場所作りへの配慮も利用者目線でされています。	
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	廊下・居間にはソファ、畳コーナーを利用し集団から離れ独りになりたいときや、気のあったもの同士でくつろぎたいときに利用できる		

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
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	家族の泊まりの部屋は特にない。利用者の家族には馴染みの物使い慣れたものを持参していただくようお願いしている。趣味の物、好みの寝具を利用している利用者もいるが、無機質な居室もある	ベッド・冷暖房・テーブルはホームの備えつけで、利用者は家族やペットの写真、趣味の墨絵の道具や書物、馴染みの使い慣れたものを持ち込み、居心地の良いように工夫をしています。利用者の居室作りにも、家族と共に利用者の生活を豊かにしていく考えが実践されています。	
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	トイレ位置が分かるように立体的に造花を飾っている。廊下、お風呂、玄関などは手すりをつけ、できるだけ自分のできることはしてもらるように援助している。		