

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	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 22年 6月 10日	評価結果市町村受理日	平成 22年 9月 1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 22年 7月 14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・福祉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、適切な対応や声かけで、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レクリエーションの提供を行い、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、園芸のボランティアに来ていただいております。職員・家族・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)】

保健、医療、介護、福祉のネットワークを持つ保健生協が、閑静な住宅街にグループホームを立ち上げ、9名の利用者が暮らしています。ホームは自治会に加入し、町会長、地域の方等から回覧が回る関係作りを構築しています。生協組合員の協力のもと、園芸ボランティアによる屋上庭園の菜園作りで季節の野菜を育て、お味噌汁やサラダに活用しています。また手芸、傾聴、歌、体操、フラダンス等、様々な支援を得る工夫をしています。利用者に個人別レクリエーションシートを作成し、もっと勉強したいという利用者の意欲から計算プリントや漢字プリントを取り入れ、また英会話を勉強したりと、利用者が楽しみを持って生き生き過ごしていただけるよう、一人ひとりにあったケアを実施しています。職員は行動指針や認知症ケアマニュアルを活用し、一人ひとりの生活スタイルを尊重した「もうひとつの我が家」を目指し、地域に密着したホーム作りに努めています。

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、活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
I. 理念に基づく運営					
1	1	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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>「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。</p> <p>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はないよう、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。</p> <p>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。</p>	<p>「認知症についての正しい理解およ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、利用者一人ひとりの状況と希望に合わせ、家庭的な雰囲気の中で馴染みのある関係作りを支援しています。また、不安を感じることなく毎日が実りある生活になるように、さりげなく温かい支援を心がけています。」</p> <p>「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、職員や家族、地域住民と共に利用者を支えています。</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
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	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ます。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。	町内会に加入し、回覧板も回ってきます。回覧の中に「びろうじゅ通信」をはさんで、行事の案内をさせてもらい、地域に理解を深めてもらえるよう努めています。今では近隣の方とも仲良くなり、顔見知りも増えて、認知症に対する理解も深まってきました。地域からは園芸、手芸、傾聴ボランティアの来訪もあり、利用者の喜ばれる姿が見られます。	
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。		
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践、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いただき、積極的にケアに取り入れています。	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職員、管理者が参加しています。会議ではホームの近況を報告し、地域運動会のお誘いや、住民からは歌体操教室、フラダンスの発表会の提案もあり、参加者からのアドバイスを受け入れることが多々あります。また、地域の消防署と一緒に防災訓練の検討もしています。	現在、年3～4回の会議開催となっています。2カ月に1回開催することも検討しており、今後は、町会長の更なる理解と協力を提案されてははいかがでしょうか。

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
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。	地域包括支援センター職員とは、会議を通じてボランティアの情報を得ており、区のボランティアビューローに外出ボランティアを紹介してもらっています。市社協主催の認知症サポーター要請にキャラバンメイトで協力し、市の関係機関とも相談して協同で取り組んでいます。	
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	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。	医療生協の身体拘束ゼロ指針を基本として、職員には周知しています。日中玄関は施錠せず、手で自由に開けることができます。今のところ、一人で開けて外出される方はいませんが、外出希望のある時は一緒に出かけています。	
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	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。 しかし、虐待防止法を皆で学ぶ機会をもつことは、できていないのが現状です。		

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
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できていますが、成年後見制度等を実際に学ぶ機会はほとんど持つことが出来ていませんので今後の課題です。		
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。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。	玄関に意見箱を設置しています。また、家族が面会の時に直接要望や意見を聞いています。意見として、「食事の件でもう少し柔らかく炊いて欲しい」「洗濯物がシワになっている」「補聴器を付けない時がある」「入れ歯を失くした」「散歩や歩行訓練を取り入れてほしい」など、様々な意見に対応して、改善に向け取り組んでいます。	

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
11	7	<p>○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</p>	<p>毎月、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。</p>	<p>毎月1回職員会議が開催されています。その際には活発な意見交換を行い、利用者にとって何が良いか、プラスになるか議論をしています。また6か月毎に職員と個別の面談を行い、職員と管理者は、遠慮なく話せる関係作りに努めています。</p>	
12		<p>○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</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 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、まだ確立できていない点が多く、今後、新入職の職員からステップアップの研修まで職員のモチベーションを高めながら、力量をあげていく取り組みが必要です。</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。		
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。		

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、洗濯物畳等家事一般に関して、必ず入居の方が中心になって取り組み、職員は補助的な役割と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。		

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	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>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。</p>	<p>利用者の女学校時代の友人が遠方から来られたり、手紙が届いていると家族が届けて下さったりしています。利用者のお誕生日会に家族が参加し、思い出話や昔の仕事、人物像等を話してもらい、利用者中心の話題にすることで、その方の生き生きとした表情がよみがえってきます。利用者一人ひとりの昔の写真を持参してもらい、ホームでも活用しています。</p>	
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>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、調理をしたり、活動的に過ごしていただいています。</p> <p>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。</p>		
22		<p>○関係を断ち切らない取り組み</p> <p>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</p>	<p>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。</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
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。	日々のケアの中で見付け出した、利用者一人ひとりの興味やできることが引き出せるよう、レクリエーションの一覧表を作成しています。編み物、棒針編み、かぎ針編みの得意な方、パッチワークや雑巾を縫うこと、ピアノを弾くことが得意な方、英語の勉強をする方、漢字の勉強をする方もいます。またボランティアと一緒に牛乳パックと端布を再利用して診察券入れを作成しています。ボランティアの方が布を提供して教えてください、利用者は協同で作成、できあがった作品は系列のクリニックに置いてもらい、患者等が自由に持ち帰ってもらえるようにしています。職員は、利用者を楽しい時間を過ごしてもらえることをいつも考えて支援しています。	
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き、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、取り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	毎月、2～3名ずつご家族の参加いただき、介護計画の評価会議を行ない、見直しを行なっています。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。	介護計画書は計画的に実施し、状態の変化のある時はその都度見直しています。計画作成担当者は、毎月のカンファレンスの話し合いに参加して反映させています。その都度、家族との話し合いの機会を持ち、訪問された際に説明しています。毎月2～3名の家族の参加を得て、介護計画の評価会議を行い、見直しをしています。モニタリングに対しても、今日のケアで実施を確認し、管理者がコメントを書いて次の日に活かしています。	

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	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。		
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。3年が経過した為、共用型のデイを企画しましたが、リビングの広さが適合せず、行なえていないのが現状です。		
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。 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。		

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、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定期的な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。	法人クリニックの医師による往診が1か月に2回あり、看護師の訪問があります。年1回、訪問歯科の検診もあります。在宅時からかかりつけの医療機関を受診する際は、家族が同行しています。場合によっては職員が対応し、眼科や耳鼻科は近隣の病院を受診しています。	
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定期的に訪問し、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。		
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。</p>	<p>看取りの指針を作成しています。利用者が重度化した場合には、「終の棲家」として希望された方に対しては看取りの介護を行っています。本人、医療、家族、介護者の連携体制が整っている場合には、住み慣れたホームで受け入れて尊厳ある終末期を目指しています。全職員が共通認識を持てるよう、研修も実施しています。この1年、事業所で終末期の利用者を支え、職員は貴重な経験をしました。</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。</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	○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。	災害マニュアルを作成しており、年2回避難訓練を行い、消防署の指導により訓練も実施しています。ホームでは避難訓練の取り組みとして、円滑に行動できるように、現実的な状況を想定し訓練を実施しています。非常災害時用の備蓄について、水や食料を準備していますが、3日分程度には至っていない状況です。	今後は、およそ3日分程度の水や食料、また必要な物品を備蓄することが望まれます。
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	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。 定期的に認知症ケアシートを使って、各自、日頃のケアを見直す機会を作り、管理者との面談を行なっています。 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。	入居契約時に、個人情報保護について家族から記名捺印を得ています。日ごろから利用者の誇りやプライバシーに注意を払い、利用者に合わせて言葉使いを心がけています。定期的に認知症ケアシートを使って見直す機会を作り、管理者とプライバシーや言葉使いについて話し合っています。	

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。		
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	<p>基本的に食事はいち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。</p> <p>日曜日の夜は、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。</p> <p>食事の後片付けも入居者の方と手分けして行います。</p> <p>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。</p>	<p>食事は3食共法人の配食センターを利用し、それを利用者と一緒に盛り付けています。ごはんとお味噌汁はホームで調理しています。日曜日の夜は利用者の好みを聞いて、トンカツ、お好み焼き、うどん、カレー、餃子等、利用者と共にそれぞれ役割を担い調理しています。おやつは、月2～3回近隣の喫茶店でケーキセットやアイスを食べに出かけ楽しんでます。食事の後片付けも利用者と分担して行っています。職員も利用者と一緒に食事をしながら、自然な支援を心がけています。</p>	
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	<p>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。</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
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。基本は歯ブラシを用いたブラッシングで、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、便座に座り、排泄をする習慣を大切にしています。	排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握するようにしています。昼間リハビリパンツを利用している方も、なるべく普通の下着で過ごせるように2～3時間毎にトイレへ誘導しています。意思表示のない方についても、雰囲気や状況、椅子をひく仕草を見逃さずに対応し、なるべく便座に座って排泄できるよう支援しています。	
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	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。	入浴については、週に3回程度入浴日を確認しています。手すりや踏み台を使って入浴する方、リフト浴を利用される方等、身体状況に合わせた入浴方法を取り入れています。また、入浴を好まれない方には「体重を計りましょう」と脱衣室へ来てもらい、「服を着ていては計れないです」と服を脱いでもらい、そのついでにお風呂に入ってもらうこともあります。家族との入浴を希望される方には家族に来訪してもらい、一緒に浴室で背中を流してもらう等、工夫しています。	
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。		
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	<p>買い物や料理作り、洗濯物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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
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	<p>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。</p> <p>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。</p>	午前中、月、水、金、日と買い物や散歩へ2～3名ずつ交代で出かけています。また、家族と一緒にお茶を飲みに行かれる方もいます。気候の良い時は月1回程度、ホームからお弁当を持って花見に出かけたりしています。また屋上の庭の水やりや野菜の手入れもしています。外出機会を増やせるよう、お散歩ボランティアも募集しています。	

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
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	廊下やリビングの壁には、入居者の方の写真やレクリエーションで作成した飾り付けがされています。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。	共有空間はバリアフリーとなっています。リビングには行事毎の写真や作品が飾られています。また、歌詞カードや編み物の道具等、作品作りやレクリエーションの道具が収められています。季節の花も飾られて、ゆったりとした雰囲気作りがされています。離れたところにソファを配置し、一人でくつろげる空間もあります。	
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。	居室は利用者の使いやすいように工夫し、自宅からテレビ、タンス、鏡台やピアノ、机、英語の辞書などを持ち込まれています。ホーム側からは、なるべく利用者が昔働いていた頃の写真を持参するようお願いして、生き生きと活躍されていた様子を利用者と一緒に見て、喜びや楽しみを共有するように努めています。	
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。		