

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1770101523		
法人名	社団法人石川勤労者医療協会		
事業所名	グループホーム おんぼら〜と (ゆったりユニット)		
所在地	石川県金沢市浅野本町2丁目23番21号		
自己評価作成日	平成23年9月28日	評価結果市町村受理日	平成24年1月12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	https://www5.pref.ishikawa.jp/kaigosp/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人金沢市社会福祉協議会		
所在地	石川県金沢市高岡町7番25号		
訪問調査日	平成23年10月25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)】

利用者一人ひとりに対して「今」を大切にご本人・ご家族の思いを汲み取りながご本人の望む生活を共に創造していくことをチームケアとして取り組んでいる。利用者が喜怒哀楽を十分に表現でき、笑顔で過ごせる時間が増えるよう寄り添うケアを大切にしている。認知症にとらわれず人として向き合える関係を大切にしている。医療・リハビリ等とも連携し健康に過ごしていただけるようにしている。

【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)】

「自由に のびのびと 笑顔で その人らしく ありのままに」という事業所の運営理念が、ユニット会議、全職員会議、職場内研修を通じて、管理者・職員に浸透しており、利用者本位の支援が徹底されている。
 家族への利用者満足度調査(毎年実施)や、利用者の生活状況をまとめた便りを家族へ送付する(毎月)、本人・家族も同席して行うケアカンファレンス(3か月ごと)など、利用者一人ひとりの思いや家族の希望を丁寧に把握している。また、把握した思い・希望をふまえ、介護サービス計画の作成・実行・評価が行われている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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
60 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	67 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
61 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:18,42)	○ 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	68 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
62 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○ 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	69 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
63 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:40,41)	○ 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	70 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
64 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:53)	○ 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	71 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
65 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	72 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
66 利用者は、その時々々の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

〔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
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	事業所独自の理念を掲げ各ユニットの玄関に掲示しておりいつでも確認でき実践につなげているが10年前のままの理念であり入居者の状況に合わせた見直しも必要と思われる。	理念に掲げている地域密着型サービスの意義を入職時のオリエンテーションで伝えている。また、理念は、ユニット会議、全職員会議等を通じて職員に徹底されている。 日々の支援が理念に基づいて行われているかを振り返る作業を年2回実施している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の文化祭への出品・盆踊り等の行事に参加している。あいさつ等は交わす関係を築いているが地域の一員となるほどのつながりはもてていない。十分とは言えないが今年はおんぼら〜と祭を企画し地域と少しでも関われる機会を設けている。	町会のゴミ当番や側溝掃除、公民館から案内のある習字の展覧会や盆踊りに参加している。 今年度からあらたに、事業所主催の祭りを開催し、近隣住民に参加を呼び掛けた。より地域とのつながりを深めようという事業所の姿勢が伺える。	地域とのつながりを深めるための取り組みが行われている。継続的にこの取り組みを行うことにより、地域関係者と、ごく自然に日常的な交流が行われることを期待する。
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	悩みなどを聞く相談窓口を設けているが気軽に地域のひとが相談にくることは少ない。相談窓口があることを知らせる努力が必要である。		
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	2か月に1度会議を開催している。報告やケアの質の向上ができるように話し合いを行っている。ご家族の率直な意見交換・相談の場になっており日々のサービス向上に生かされている	2ヶ月に1回、定期的に開催されている。家族や地域関係者が出席しやすいように土曜日に開催している。 利用者家族、民生委員、町会長、市介護保険課職員、地域包括支援センター職員等で構成されている。市内在住の利用者家族全員に案内を行っている。 会議は、事業所からの報告だけでなく、出席者からの相談や提案などについても協議されており運営に活かされている。 町会長等地域関係者の出席率が低い。	町会長など地域の関係者の出席率が低い状況にある。これまでも、地域関係者との関係づくりに取り組んできたが、今後も、粘り強く理解と協力を得られるよう取り組まれることを期待する。
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	市町村との連携は相談などで行っている。	運営推進会議や日頃からの連絡・相談を通じて、市担当者と連携している。	
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「介護保険法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	何が拘束にあたるのかをしっかりと検討しリスクも考慮しながら安心と安全のケアに努めている。	身体拘束の防止マニュアルを作成し、職員間で共有認識をしている。また、研修により、身体拘束によって利用者が受ける身体的・精神的弊害を理解している。 利用者の外出したくなる理由や外出時の行動パターンについて日々の記録から把握し、職員会議で検討しサービス計画に反映させている。利用者のその日の状況や気分について、職員が共通認識を持ち見守ることで、利用者の自由な外出を可能にしている。また、利用者の状況をふまえて、少し離れて見守ったりするなど、安全面に配慮している。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	事業所内での学習会で虐待について学ぶ機会を設け理解を深めている。身体面だけではなく精神面での虐待にも視点を置き努力している。		

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
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	制度を活用している利用者がおり、本人・支援者と職員が話し合いに参加し活用継続できるようにしている。		
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	契約の際、理念・方針を説明して生活する上での要望・心配事をお聞きしている。		
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	家族の意見は反映しやすいが利用者からの意見は重度化に伴い反映しにくくなっている。今後利用者の意見をどのように汲み取っていくのが課題である。	利用者満足度調査を行い家族の意見や要望を把握している。 また、利用者と家族も同席してのケアカンファレンスを3ヶ月ごとに開催し、利用者の意見や要望を把握している。会議日程は、家族の都合をふまえ調整し、参加しやすいように配慮している。 思いを表すことが困難な利用者については、日々の記録の分析や利用者の表情などから思いを把握するように努め、介護サービス計画に反映させている。 苦情解決の第三者委員は地域の民生委員であり、玄関にその氏名・連絡先を掲示している。	
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	毎月1回の全職員会議で管理者より運営の報告を行い、また、会議中だけではなく随時職員の意見・提案を聞き反映に努めているが、もう少し機会があればもっといいと思う。代表者は個人面談を行い意見を反映させる努力をしている。	月1回の全職員を対象とした会議や、2週間に1回のユニット責任者の会議で、管理者が職員から意見を聞く場を設けている。 職員から要望のあった研修会の開催や処遇の改善などについて反映されている。 管理者が、日頃から介護に携わりながら職員の話や聴くなど、意見が言い易い環境づくりに努めている。 職員の交代など事業所に影響のある事態が発生した場合も、対応について職員と協議し、利用者への影響が及ばないように配慮している。	
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	サービス残業が日常化している。認知症の進行に伴うケアの量の増加に対し理念を実践すると時間が足りず人手も不足している。このまま継続すると体調をくずしやりがい・向上心ももてなくなる可能性がある。		
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	研修の予算も組み込まれており、職員に積極的に研修の情報提供を行い参加につなげ職員を育てている。		
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	法人内の研修・研究発表などに積極的に参加し同業者との交流が少しずつ増えてきている。またそれぞれの事業所のケア・サービスについて学び・向上させていく取り組みを始めているがまだ機会は少なく研修や見学に出る機会があるといい。		

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
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	居宅時のケアマネジャーと連携をとり、正確な情報を収集し、入居前の居宅訪問・当グループホームの見学などをして頂き、安心して入居できるよう支援している。さらにご本人の言葉を大切にしながらご家族からの情報も職員全体で共有し安心できるよう努めている。		
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	入居に至るまでのご家族の気持ちの変化や不安、また自責の念・要望などを安心して話せる環境を提供し、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	入居前よりケアマネジャー・主治医からも情報提供をもらい、本人・家族等から生活・心身状況を聞き、必要なサービスの見極めを行い、それを介護計画のサービス内容に反映させている。		
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	その方の望む暮らしの実現に向けて、職員と共に導きあう同士と捉え、尊敬の念を持ち出していることに視点を置いたケアで関係を築き、やりたいことを役割につなげ生活を共にする関係も大切にしている。		
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	家族も本人にとっては貴重な社会資源の1つと捉え、職員と共に本人を支えていく一員となるよう支援し、家族との絆が深まるよう宿泊なども受けている。職員ではできないかわりを持つ大切な存在だと捉えている。カンファレンスにも参加していただき共に支え合う関係を大切にしている。		
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	馴染みの美容院やデイサービスなどに外出し関係が途切れないように支援している。	馴染みの美容院や地域サロンへ出掛ける、旧友と会うなど、本人が大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が入居後も継続できるよう支援している。	
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	一人ひとりの特性を把握し、それぞれに持てる力を発揮できるよう支援し、お互いに自然に認め合い・楽しみや笑い・潤いのある生活になるよう努めている。		

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
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	必要に応じて相談や支援をしていく姿勢・用意はあるが相談は少ない。特に今年度は看取りのサービス提供だったのでサービス利用終了後の本人との関わりはなかった。家族とは最期のお便りを通じて関係性を保てた。		
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	センター方式等のアセスメントツールを利用し、本人の思いの把握に努め、介護記録からも情報を収集している。本人の表情・言動から気持ちの背景を探り、望む暮らしの把握に努めている。	利用者がどのように暮らしたいかについて理解するために、利用者や家族とのケアカンファレンスを実施し把握に努めている。 また、表情を観察したり日々の記録に記された情報を基に利用者の希望や意向を介護サービス計画に反映し、全職員が共有するよう努めている。	
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	ご本人・ご家族・居宅時のケアマネジャー・利用していたサービス事業者からこれまでの暮らしなどを聞いている。		
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	介護記録にセンター方式の24時間シートを独自のかたちで導入し把握しやすいよう努め、ケアの中で気付きの視点・振り返りの視点を深め現状把握をしている。		
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	本人・家族にカンファレンスに参加していただき、医療・リハビリからの情報も加え本人の現状にあったニーズを探り介護計画に反映している。担当職員だけではなくチーム全体でモニタリング・アセスメントする視点が深まっている。	毎月行っている職員会議、3ヶ月ごとに行っている家族も含めたケアカンファレンス、2週間に1回のユニット責任者会議において、利用者主体のサービス計画になっているかを協議している。 また、利用者の様子が記された日々の記録をケアマネジャーが確認し、内容によっては随時協議し対応している。	
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	介護計画に基づいた書式を使用し、気付き・工夫をモニタリング・アセスメントに活用し介護計画の見直しにつなげている。気付きの欄を設け個々の気付きを共有し振り返りや見直しに活かしている。		
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	今を大切にその時必要なニーズの把握に努め必要時はカンファレンスを行っている。喫煙・飲酒など嗜好品に対しても柔軟に対応している。		

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
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	以前利用していた地域のデイサービスの行事に参加したり小学生が暑中見舞いのはがきを届けてくれたりする機会があったが地域資源の十分な把握は出来ておらず豊かな暮らしの支援はできていない。		
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・家族の希望するかかりつけ医の受診を継続できるようにしている。急変時には連携医療機関に相談し往診を依頼している。	入居以前のかかりつけ医を把握し、利用者や家族が希望する病院を受診している。 かかりつけ医への受診は、基本的には家族が同行しているが、急変などの場合は近隣の協力医療機関へ職員が同行している。遠方で通院が困難な場合は、利用者や家族と話し合い、かかりつけ医を協力医療機関に変更している。	
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	各ユニットに連携医療機関より週1回看護師が来訪し健康管理を行っている。その都度変化のある方の相談等を行っており看護と介護の面での情報交換・伝達を行い協働している。		
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。	入院時には事業所独自の基本情報シートで情報伝達を行っている。入院中より情報交換に努め退院前に必要な時は主治医・家族・職責者とカンファレンスを行い退院後のケアの方向性について話し合いの場を設けている。		
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	終末期の方に対しては、医療と連携をとりながら早めに本人・家族とチーム全体で話し合い、カンファレンスの機会を設け情報を共有しすみやかに介護計画の見直しを行い実践している。	終末期の支援を行う方針があり、利用者や家族の意向を確認している。 事業所が対応できる終末期支援の範囲などについて家族に伝え、理解と協力を得ながら取り組んでいる。 また、終末期支援による他の利用者への影響についても、職員で打合せをしながらチームで対応している。	
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	救急の研修には参加している職員は多いが、定期的な訓練は行っておらず実践力としては不十分な面がある。		
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時の対応マニュアルがありそれに基づき実践している。	緊急時のマニュアルが整備され、入職時の研修で職員全員に利用者の急変や事故発生の際にも慌てずに対応できるように周知されている。 マニュアルの内容については夜間なども近隣の協力医療機関が支援する体制が整備されている。 万が一の場合に備えて損害賠償保険にも加入している。	

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
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	協力医療機関とは夜間休日でも対応可能な連携をとっており入院・受診・往診の支援体制は整っている。介護老人福祉施設等のバックアップに関しては今後同じ法人内の事業所と連携し情報交換しその方にあった施設入居の検討を視野にいれていく必要がある。	協力医療機関に緊急時の対応を依頼しており、夜間も含め入院・受診・往診等の支援体制が整っている。また、協力医療機関より看護師が週1回訪問し利用者の健康状態を確認している。 近隣の歯科とも連携し、利用者の口腔ケア・治療についての支援体制も確保されている。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	各ユニット1名体制だが緊急時に協力している。また管理者や近くに住む職員に支援を求める体制も整えている。入居者の重度化により夜間の各ユニット間の協力体制は少しずつ難しくなっている。	夜間は各ユニット1名の体制で合計3名が勤務している。緊急時は近隣の協力医療機関が支援する体制が整備されている。	
38	(16)	○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2回防災訓練を実施している。重度化に対応した避難方法をもっと学習し身につける必要がある。地域住民の参加・協力を得て避難訓練は今年実施予定。日頃から地域住民との関わりを深める必要がある。	災害時のマニュアルが整備されている。 年2回、夜勤の職員体制を仮定した避難訓練を実施している。訓練は家族も見学し、訓練後の反省会では家族と職員で話し合いを行っている。 地域住民の協力を得ての避難訓練は、事業所内で検討はされているが、実施には至っていない。	地域の自主防災組織等との協力関係を築くための検討が行われている。今後、地域の防災訓練に参加する、地域住民の参加と協力を得て事業所の避難訓練を行うなど、具体的に取組まれることを期待する。
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	備蓄物は1階倉庫に保管しており賞味期限・数量など定期的に確認を行っている。	4日分程度の食料・飲物・オムツなどを屋外の備蓄倉庫に確保している。防災委員会を設置し、備蓄物のリストを作成して賞味期限などの点検を年1回実施している。	
40	(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	認知症ケアの基本であると職員全体で意識しており、一人ひとりにあったコミュニケーションで対応を心がけている。	一人ひとりの自立を促す支援や、尊厳を傷つけないさりげない声かけが実行されている。 虐待など人権に関わる研修会を通して人権意識を高めている。また、日々の支援における声かけや対応について、ケアカンファレンスなどで振り返りを行っている。	
41		○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	待つ姿勢を基本に、ご本人の思いをあせらずゆっくり話していただける環境を整えるよう心がけ、思いを伝えていただき自己決定の働きかけを行っている。		
42		○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	思いを組む支援を職員全体で心がけており、言動の気持ちの背景を探りながらその方のペースで生活できるように支援している。ユニット内で不調になる方がおり希望に添えないときは十分に説明し気持ちが安定するような支援を行っている。		

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
43		○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	個人の好みの把握に努め本人が馴染んできた身だしなみやおしゃれが出来るよう支援している。衣類等自分で選べる環境を整えている。		
44	(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	献立の相談をしながら買い物への同行・下ごしらえ・盛り付け・あとかだつけまでの流れと一緒に、職員も一緒に会話を楽しみながら楽しい食卓になるよう日々実践している。重度化された方にも少しでも楽しく食事していただけるよう会話しながら介助を行っている。	利用者の意見をふまえて献立を決めている。利用者と一緒に買い物に行ったり、新聞の折込チラシなどを見て献立の相談をするなど、食事への関心を引き出している。味付けについても利用者確認している。また、カロリー制限などにも対応している。 利用者は、自分の出来る範囲で食事の準備や片付けを自然に行っている。また、利用者が食べやすいように調理方法や食器の工夫がなされており、和やかな雰囲気の中で職員と一緒に食事をしている。	
45		○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	介護記録用紙に1日の水分量の記入欄を設け個人の摂取量の把握に努めており、必要な方にはカロリー計算を行い書類に記入し把握している。		
46		○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	毎食後ではないが就寝前にその方に応じた方法で支援している。歯科と連携をとり必要時は往診など行い口腔衛生に努めている。		
47	(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	日々の記録から排泄パターンを把握するように努め、本人のサインに気付き一人ひとりにあった方法でトイレでの排泄支援を行っている。	利用者の排泄パターンを把握するために、排泄状況や水分摂取量の記録を基にトイレへの誘導やオムツの選定をしている。 オムツの使用については利用者の希望を尊重し、衛生面での問題と併せて検討しながら利用者や相談し決定している。	
48		○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	歩行不安定や食欲不振、気分の変動も便秘の一因と考え対応している。		
49	(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ず、個々にそった支援をしている	職員のペースで入浴日は決めておらず、おおよそ週2~3回程度入っていただけるよう、本人のペースで気分よく入浴が楽しめる安心・安全に入れるよう支援している。重度化にともない一般の浴室での安全・安楽な入浴介助の力量を職員が身につけていく必要はある。	個人の希望や生活習慣に合わせて入浴できるように支援している。入浴時間は決めておらず利用者一人ひとりの希望ににあわせている。 介護サービス計画には、利用者ごとの入浴時における声かけや介助の仕方などが記載されている。また、入浴を拒む利用者については、本人の気分を見計らった声かけや外出などの気分転換をふまえて入浴を促す工夫をしている。	脱衣場と風呂場の間に段差があるなど、利用者の重度化に対応した環境が整備されていないため、職員や介護される利用者の負担となっている。福祉機器の導入など、さらに安全性を確保するための取り組みが望まれる。

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
50		○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	睡眠時間・睡眠パターンの把握に努め、必要時は昼食後など臥床支援を行い休息の時間を確保したり、夜間も不安な時は気持ちが落ち着くまでそばにいたり、話を傾聴するなど本人がゆっくり安心して眠れるよう支援している。		
51		○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	薬の説明書を一人ひとりファイリングしており内容いつでも把握・理解できるようにしている。不明な点は医師・薬局に相談している。		
52		○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	カンファレンス時、本人や家族等から生活歴・好み・楽しみ事などを聞き、その方にあった役割や楽しみ・好物の提供をしている。出来ることとやりたいことを見極め役割につなげており嗜好品に関しては喫煙・飲酒など楽しめる環境を提供している。		
53	(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	重度な方の外出には昇降機を使用し安全に外出できるよう支援している。墓参り等など家族と共に出かけられる方もいる。日常的には買い物以外の外出支援は少なく、もう少し外出の機会をもてたらよい。他ユニットとの連携・家族・ボランティアなどの社会資源の活用を視野にいれ工夫し実践に繋げていく必要がある。	墓参り、居酒屋、ファミリーレストラン、床屋、美容院など、利用者の希望や今までの生活における馴染みの関係を大切にしながら支援している。 重度化して外出の機会が少ない利用者も参加が出来るような外出行事を企画して積極的に外出している。	様々な工夫により外出支援に取り組んでいるが、職員の負担が大きくなっている。利用者の重度化が進む中、地域の社会資源と連携した外出支援の方法を検討するなど、さらなる取り組みに期待する。
54		○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	管理することばかりでなく自分のお金を持つ自由や大切さについてもう一度理解を深める必要がある。		
55		○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	希望があれば電話をかける支援も行っているが希望は少ない。手紙のやりとりができる支援は行っておらず文字表記の困難な方は絵や貼り絵等ではがきづくりなど今後工夫していきたい。		
56	(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	今年は季節ごとのカベ飾りを入居者と共に作り張る工夫をし居心地よく潤いのある生活空間づくりに努力している。子供の写真ポスターを張るなどを工夫している。	季節が感じられる花や絵を飾っている。また、利用者の手作りの品も飾られ馴染みの環境を演出している。 家具などの配置を工夫することで、職員・利用者が互いに姿が見え易く、利用者が安心して生活できるように配慮されている。	トイレや浴室の段差や洗面台の構造など、車いすを利用している利用者にとって不便な状況である。利用者の重度化が進む中、利用者が安心して生活できる設備の整備が望まれる。

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
57		○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	共有スペースにはソファ・畳の設置があり、本人のペースに合わせひとりになれたり会話が楽しめる自由な空間となっている。		
58	(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	家族の協力を得て馴染みの生活用品を揃え自分の居場所として安心して居心地よく過ごせるように工夫している。また、アルバム等も持ってきていただき本人が個人の思い出を楽しめる工夫もしている。	入居時に、新しいものを用意するのではなく、今まで使っていた馴染みの品や思い出のアルバムなどを持ちこんでもらうよう、利用者・家族に説明している。机や座椅子などを持ち込んでいる利用者もいる。季節のお花を生けてある居室もあり、温かい雰囲気のある居室となっている。	
59		○身体機能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	自室には表札を、トイレには「便所」と分りやすい表記をしている。自室が分らなくなる方には矢印等のマークを表記して一人で安全に自室に戻れるよう配慮している。		