

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	2670700471		
法人名	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポートセンターけいほく 1G		
所在地	京都市右京区京北塔町中筋浦44-1		
自己評価作成日	平成28年8月17日	評価結果市町村受理日	平成28年12月2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.kaijokensaku.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=2670700471-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪府北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成28年9月21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)】

地域の高校生が地元の木材(北山杉)を使用して作成した、ウッドデッキがあります。天気の良い日には、ウッドデッキで日光浴したり、ティータイムをしたりしています。家庭的で、明るい施設であり、広々としてゆったりとした空間で、「ゆっくり、楽しく寄り添って暮らせる家を目指します」の理念の下に、ご利用者様が安心して暮らせる様、支援しています。又、小さい畑もあり、野菜も育てています。収穫した野菜は調理に使用して、大変喜ばれています。利用者様も高齢になり重度化してきて、多方面、多機能の介助、支援が必要になってきています。職員一同、利用者様が今必要とされている介助、支援に、日々努めています。又、ホームでの看取りを希望されている家族も多く、ターミナルケアについて準備(意識)が必要になってきています。

【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)】

当該事業所は、独自の理念に沿った支援を個々の介護計画に反映できるよう努め、利用者の楽しみやできる力を引き出し達成感を持ち安心して暮らせるような支援に努めています。町内会の掃除に職員が参加したり、近隣の保育園児や小学生、中学生との交流の他事業所で開催される行事は地域の方にも声をかけボランティアによる送迎などの協力を得ながら共に楽しみ、地域との交流が深まるように取り組んでいます。家族から意見や要望が出された際にはその都度速やかに対応するよう努め、内容によっては法人に上げ検討してもらっています。会議や日常的にも職員は多くの意見を出しており、積極的に取り入れながら日々のケアに活かしています。生花や観葉植物を飾り季節感を大切にしたい明るい雰囲気の中でその人らしく暮らせるように利用者本位の支援に取り組んでいます。

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、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

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	理念はリビングに掲示してあり、職員は意識できるようにしてある。”ゆっくり、楽しく寄り添って暮らせる家を目指します”の理念の目標に向かって実践しているが、日々の業務に追われ、実践する事が難しい状況である。	事業所開設時に管理者と職員で考えて作った独自の理念をリビングや事業所の広報誌に掲載しています。地域の清掃への参加や近隣の保育園や小学校、中学校との交流をはじめ利用者個々の介護計画の中に理念に沿った内容を盛り込み計画に沿った支援を行うことで理念の実践に繋がっています。	
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	事業所は町内会に加入しており、町内会の美化作業(溝掃除、草刈り)に参加している。又地域の保育園や小学生の来訪や、地域のボランティアで大正琴やコーラスの訪問が定期的であり、交流している。	年2回保育園児が来訪し利用者へ肩たたきや遊戯の披露を行ったり、授業の一環で小学生の訪問もあり交流する機会を持っています。またハーモニカ演奏などボランティア来訪の際には、地域の方に案内し送迎のボランティアの協力を得て参加してもらっています。年2回事業所の広報誌を地域の新聞に折り込み町内に届ける等、事業所の取り組みを発信し利用者が交流できる機会が増えるよう取り組んでいます。	
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	広報誌を発行し、京北町内に新聞折り込みで配布。認知症の人への理解や支援の方法を案内している。		
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	会議内では現状を伝える。情報交換を行い積極的な意見を頂いている。	会議は2か月に1回家族代表や民生委員、地域包括支援センター職員、駐在所の警察官等の参加の下開催し利用者の状況や日々の様子、行事の報告等を行い意見交換をしています。警察官から防犯面や子供110番の家の提案をもらい110番の家に登録したり、介護保険料軽減の情報を得て家族の負担軽減に繋げる等、会議を運営やサービスの向上に活かしています。案内は全家族へ送り多くの参加者が得られるように努めています。	
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取り組んでいる	平成27年3月迄は、京都市右京区役所京北出張所介護福祉課長に出席して頂き、協力関係を築いていたが、平成28年4月からは移動になり、担当が変更になり協力関係を得られていない。	市の長寿すこやかセンターやグループホーム協議会から研修の案内が届いており、可能なものには参加することで行政との協力関係の構築に努めています。市の方針により日常的には地域包括支援センターと連携を図っています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	夜間は防犯の為、施錠している。日中や夕食後も職員配置や利用者様の状況により、施錠する事もある。身体拘束しなければいけない時は、記録を取っている。	法人や外部の身体拘束に関する研修に職員が参加し、事業所で伝達研修をしています。家族の同意の下、職員の体制や時間帯等によりベッドからの転落防止のためのセンサーや柵を使用していますが、必要性は定期的に会議で職員間で検討しています。言葉による制止が見られた時はその都度注意しています。	

ケアサポートセンターけいほく(1G)

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
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	法人内の研修や社外の研修に参加して、意識を高めている。研修に参加していない職員には、伝達講習を実施し、虐待防止に努めている。		
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	法人内の研修や社外の研修に参加して、意識を高めている。研修に参加していない職員には、伝達講習を実施している。成年後見制度利用者1名あり(後見人あり)		
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	契約時に相談員、管理者、計画作成担当者を中心に説明している。改訂の際には覚書に説明、了承を得ている。		
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	面会時に状況等説明し、要望や意見を聞く様になっている。又家族会等の行事時にアンケートを実施し、意見を聞いている。	家族の意見は面会時や運営推進会議、年2回の家族会、アンケート等で聞いています。ほとんどの家族は定期的に面会があり、個別の意見には出来るだけその都度対応しています。また事業所の判断では対応が難しい意見については法人に上げ検討してもらっています。	
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	月1回の全体会議やケースカンファレンスを開催し意見や要望を聞いている。	月1回の全体会議やフロア毎のカンファレンスで職員と意見交換を行い、不参加の職員へは議事録で内容を周知しています。職員の意見を受け食事作りについて業者の利用も含め職員間で話し合いながら改善に向け取り組んでいます。日々の支援の中でも多くの意見が出されており意見を取り入れその後続けるか判断しています。年2回代表者と個別で面談の機会があり職員は意見を出せる機会を多く持っています。	
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	代表者が事業所を訪問し、職員と話す機会がある。		
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	法人内スキルアップ研修に参加。研修情報も多くあり、外部研修も本人希望を優先し参加、又管理者からの指定による研修の参加もある。各職員年間目標に合わせた、積極的な研修参加に繋げている		

ケアサポートセンターけいほく(1G)

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	年1回ケアサポートセンター研修発表会や、法人内スキルアップ研修会の参加を通じて、他事業者と交流する機会や勉強会を行い、サービスに努めている。		
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	見学時より、家族様とコミュニケーションを深め、センター方式シートやご家族様からの情報を把握し、ご本人とゆっくり話傾聴して安心を確保し、より良い信頼関係を築く様に支援している。		
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	計画作成担当者を中心に、ご家族様とゆっくりと話をする時間を作っている。又面会時、ゆっくりとくつろいで頂く環境作りをしている。		
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	ご本人の状態に応じ、ご家族様と相談し、必要なサービスを支援している。転倒防止の為ベッド不使用等の変更など。		
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	家事等通じて、できる事はして頂き、一緒に生活して共に支え合っている関係を築いている。		
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	月1回のご様子を伝えるお手紙、家族会、家族様との外出、介護計画書の説明を通じて、共に支え合う関係を築いている。		
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	友人の訪問、馴染みの人に手紙や、年賀状を出している。外泊の回数や、面会時間の制限は設けていない。外出に関しては家族様にお任せしているので、利用者様によって支援できてない。	地元の利用者が多くドライブや散歩で自宅の前を通ったり、ボランティアで馴染みの人の訪問もあり交流しています。家族と外泊や墓参り、法事等に外出する際は連絡調整や体調管理、服装等の事前の準備を支援しています。また手紙や年賀状のやり取りができるよう作成や投函等も支援し、馴染みの人や場所との関係が維持できるよう支援しています。	

ケアサポートセンターけいほく(1G)

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	利用者同士の相性を把握し、家事やレクリエーションの過ごし方も配慮するが、認知症が重度化して、利用者様とのトラブルが多くなっている。		
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	計画作成担当者を中心に、出向く様にしている。同法人内に移動された利用者様に関しては、他の職員も面会に行っている。		
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	ご本人との会話や、言葉など、又家族様からの情報や希望を把握し、できる様に努めている。	入居時の面談で家族や利用者から生活歴や身体状況、趣味、希望等を聞き以前利用していた施設やケアマネジャーからも情報を得て思いの把握に努めています。入居後1か月間は利用者の様子や好きな事等を集中的に記録したり、日々の支援の中でも業務日誌に記入したり申し送り等で共有し、把握の困難な場合は家族に確認したり毎月のカンファレンスで本人本位に検討し思いや意向の把握に努めています。	
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	入居時に家族にセンター方式シートの記入をして頂き、生活歴の情報収集に努めているが、わからない場合は本人から傾聴している。		
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	毎月一回カンファレンスにより、現状の情報共有を図っている。経過観察記録からも現状把握に努めている。		
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	職員が担当を持ち、各々2名のモニタリングを実施。その情報を元に月一回のカンファレンスを開催し、意見を出し合い、又家族の要望を伺い介護計画を作成している	本人や家族の意向、アセスメントを基に介護計画を作成し、毎月職員の意見を集約しモニタリングと評価を行い、6か月毎に見直しています。見直しの際はアセスメントを実施し、サービス担当者会議を開き事前に聞いた医師の意見や職員の意見を計画に反映しています。サービス担当者会議には利用者の状況により家族や医師の参加を得ることもあります。日々の介護記録には計画の実施状況が記載されています。	
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	関わった職員が様子やケアの実践を記入しているが、気づきや工夫に関しては、記入できてない事が多いのが現状である。記録は介護計画の見直しに活かされている。		

ケアサポートセンターけいほく(1G)

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
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	既存のサービスに捉われない支援までには、到っていない。サービスの多機能化に努めている。		
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	地元ボランティアの方の訪問などがあり、顔なじみの関係で友好的な雰囲気支援している		
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	入居前からのかかりつけ医に継続して、受診してもらっている。京北病院往診対応の利用者様には、医師に情報提供を行いコミュニケーションを図り、適切な医療を受けられる様に支援している	入居時にこれまでのかかりつけ医を継続するか協力医に変更するかを選択してもらい、利用者の状態に合わせた間隔で往診を受けています。かかりつけ医への受診は基本的に家族が対応し職員が送迎を支援することもあります。専門科や歯科へ受診が必要な場合は職員の対応で受診し、初回受診時等には家族にも来てもらっています。緊急時は24時間訪問看護師に連絡が可能で指示を受け対応しています。	
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	毎週一回京北病院訪問看護師が来訪し、健康観察を実施。その際に情報提供、体調や気になる事の相談や指示を仰いでいる。体調変化で気になる事あれば、24時間対応できるシステムになっている。		
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。	計画作成担当者が介護サマリーを作成し、計画作成者が面会に出向き、病院の相談員や看護師と情報交換を行い、早期退院に向けて支援に努めている。		
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	契約時に、指針について説明している。病状の変化に応じ、その度ご家族様と相談し介護計画を作成し、事業所でできる介護の説明を行い、方針を共有していく様に進めている。	入居時に事業所の看取りの方針を説明しています。利用者の状態が進んだ際は家族と医師、職員で話し合い家族の意向を確認しています。家族には面会を増やしてもらったり、利用者がリビングで一緒に過ごせるようリクライニング椅子を導入する等事業所でできる支援に取り組んでいます。職員は医師や看護師から予測される状況を聞き、不安や疑問を解消しながら支援しています。職員は看取りの研修に参加学ぶ機会を持っています。	
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	非常時の連絡体制はできているが、応急処置や初期対応の訓練はできていない。AEDの使用方法については研修を受け、伝達講習を行っている。		

ケアサポートセンターけいほく(1G)

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2回避難訓練を実施している。夜間火災想定での訓練も実施。地域住民の参加の訓練はできていない。地域との協力体制は取れておらず、運営推進会議を通じて協力体制の声かけが必要。	年2回其々昼夜を想定しいずれも消防職員立ち合いの下、利用者と共にユニット毎に避難場所を決め通報や避難誘導等を実施し消防から講評をもらっています。法人の研修で職員はAEDの使用方法を学び、災害時のマニュアルを準備しています。また3日分の食料や簡易トイレ等の準備をしています。	訓練当日に消防署員が近隣へ訓練の告知を行っています。事業所として運営推進会議で訓練参加の呼びかけをしたり、消防署員と共に近隣の方への参加への声かけを行うなど、地域との災害時の協力体制に向け取り組まれてははいかがでしょうか。
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	年長者として尊重し、対応しているが、親しみから馴れ馴れしい言葉がぞんざいになっている。又、プライバシーに関する配慮が足りない時もある。常に意識する様にしておく事が大事ある。	言葉かけや対応が馴れ合いやぞんざいにならないように職員間で注意をしています。苗字での声かけを基本とし利用者に応じて分かりやすい名前でも声かけをする方もいます。職員に不適切な言葉かけが見られた時はその都度注意しています。また排泄や入浴介助時等は利用者の希望に応じて同性介助を行い、羞恥心にも配慮しています。	
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	傾聴や思いの要望を表出しやすい様な雰囲気作りに努めている。又、こちらから自己決定できるように働きかけている。表出できない利用者様には表情を汲み取り、思いに気付く様にしている。		
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	家事手伝いやレクリエーションについては、無理強いせずご本人の希望に沿って支援しているが、希望の確認はできていない。自主的な動きはなく、提示しつつ選択の要素を取り入れているのが現状。		
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	最低限の身だしなみ、外出時の装いの支援はしている。訪問カット利用(約3ヶ月に1回)おしゃれの話題の提供。最近化粧や、マニキュアなどができてない。		
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	昼食作りの手伝い、盛り付けには毎日手伝わってもらっている。ホームの畑で収穫した野菜も使用して、旬のお話をしながら食事が楽しくなる様に努めている。	朝食と昼食は利用者の好みを聞きながら献立を考え、食材は買い物や業者から届いたものを利用して調理し、職員も同じ物を一緒に食べています。夕食はチルド食を温めて提供しごはんと汁物は事業所で作り一品を加えることもあります。季節に配慮した食事の提供や誕生日会には利用者の希望する食事を作ったり、年2回程度寿司の出前をとったり、おやつを手作りする等食事が楽しいものとなるように支援しています。	
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	食事形態は、個人的に嚥下力や口腔内の状態に合わせて調節し、(ムース食等)支援している。水分摂取量は1日1000mlを目標として、好みの飲み物やトロミを付けた物等を支援している。		

ケアサポートセンターけいほく(1G)

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	毎食後行っている。歯科医の指導の下で、個別ケアしている。(義歯洗浄剤の使用、歯間ブラシ使用)。自歯や義歯がしっかり磨けているか確認、又仕上げケアをしている。義歯でうがいができない方は、ハミングッドで口腔内ケアしている。		
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	個人の排泄パターンを把握し、トイレの声かけや誘導している。できる限り、トイレ使用の排泄パターンを心がけるが、間に合わない事がある。自からトイレに行くことができない利用者は、時間見て声かけ誘導している。	座ることができる方はトイレでの排泄を基本とし、利用者毎に排泄記録を取りパターンを把握し様子等も見ながら個々に応じた声かけや案内を行っています。夜間はポータブルトイレを使用する利用者も日中はトイレでの排泄支援を行い、利用者に応じた排泄用品や支援方法を会議で検討しています。出来るだけ排泄の失敗を減らせるように支援を継続し、紙パンツから布の下着へと改善した利用者もいます。	
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	水分不足にならない様に、水分補給の働きかけをしている。便秘傾向の利用者様は、毎朝ヨーグルトの提供やバナナ、繊維質の摂取に取り組んでいる。又、排泄パターンを把握したり、腹部のマッサージや体操、薬剤の調整をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	その時の排泄の様子などで、タイミングがずれる事もある。思いに応えられる様に支援しているが、重度化に伴いシャワー浴の利用者様が増えて入浴拒否もあり、個々のプランを考慮している。夜間入浴は職員配置上、支援できていない。	入浴は毎日準備し、午後から15時位までの時間帯で週3回を基本に入浴してもらい、希望があれば回数を増やしています。入浴拒否が続いた時は原因を探りながら夜間の入浴に取り組んだり、時には家族の協力も得ながら無理なく入浴できるよう支援しています。湯は1人ずつ交換して気持ちよく入ってもらい、ゆず湯を実施したり入浴剤を使用する等、職員との会話も楽しみながら入浴を楽しめるように支援しています。	
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	利用者の生活習慣に沿って、好きな時間に居室やソファで休んでもらっている。消灯時間は設けていない。居室の温度や湿度も気を付けて、快眠できる様に支援している。日中も体調の様子で居室で休んでいただいたり、夜間不眠時訴えの時は傾聴し、不安解消に努めている。		
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	服薬情報をファイルし、薬の目的や、副作用を理解できる様にしているが、全が理解できていない。利用者様の状態によって粉状にしてもらったり、トロミをつける等をして飲みやすい様に支援している。誤薬のない様に、セット時、服薬時に確認している。		
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	各利用者様の役割は積極的に設けている。主に家事手伝い(食事の盛り付けやせんたくたみ等)や、プランターの花の水やりをしている。気分転換として、外の散歩だけなので、個別支援できていない。		

ケアサポートセンターけいほく(1G)

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
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	全体としてのレクリエーションで、ドライブや外食を企画している。散歩も車椅子の方も出かけている。家族様来所時に一緒に散歩に出かけられる事もある。ご本人希望に沿った外出支援に関しては全員に取り組めていない。1名は毎日強引に、散歩に出かけている。	気候の良い時期には交代で散歩に出掛けたり、年間を通じて散歩を日課にしている利用者もいます。年2回の外出行事ではバラが綺麗に咲く道の駅へドライブに出掛け、帰りに寿司屋で外食することもあります。家族会では利用者と共にレストランへ外食に出掛けたり、地域の行事に参加する等、出来るだけ外出の機会を作っています。	
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	基本的には個人のお金は預からない様にしているが、1名強い希望で駄菓子を買える程度で預かっている。(普段は詰所で預かっている)		
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	職員が電話をかけ本人に替わる。自から電話する支援はしていない。毎年、年賀状、暑中見舞いを書いていただき、出す支援をしている。		
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	季節毎の利用者様の、手作りのちぎり絵やカレンダー、生け花や行事毎のディスプレイ(ひな祭り、七夕、クリスマス)などの支援している。風呂場、トイレの季節感に関しては行き届いてない。共用の空間には、室温、湿度に気をつけて居心地良く快適に暮らせる様にしている。	玄関や廊下、リビングに生花や観葉植物を置き季節感を大切にしたり、利用者と職員で作った作品やぬいぐるみなどを飾り温かい雰囲気を作っています。利用者同士の相性を考慮してテーブルや椅子を配置し過ごしやすいように工夫しています。温湿度計を設置し利用者の声も聞きながら室温調整を行い、毎日利用者も出来ることに携わりながら掃除を実施し清潔で快適な共用空間となるように努めています。	
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	共用の空間が広いので、ソファや椅子を多く配置している。ソファや食卓の席、レクリエーション時は気の合った者同士が近くに居られる様に支援している。		
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	入居時にご家族様に馴染みの物を持って来てもらう様声かけしているが、あまり準備されていない。	家族へ馴染みの物を持ってきてもらうよう伝えテレビや筆筒、椅子、本、家族の写真等を持ち込んでもらい利用者の動きやすさも考慮して家族へアドバイスしながら配置してもらっています。地元の風景や好きな芸能人の写真を飾り、布団を敷いて休むことも可能でその人らしく思い思いに過ごせるよう居室作りを支援しています。掃除は利用者も出来ることに携わりながら毎日実施しています。	
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	トイレや手洗いの表示は大きくしてある。居室も表札をかけてあり、わかりやすく表示してある。		