

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	2690600032		
法人名	(医)三幸会		
事業所名	ケアサポートセンター宝ヶ池 (認知症対応型共同生活介護事業所)		
所在地	京都市左京区上高野薩田町11-1		
自己評価作成日	平成27年6月	評価結果市町村受理日	平成27年9月14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_ip/26/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosvCd=2690600032-00&PrefCd=26&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会		
所在地	〒600-8127京都市下京区西木屋町通上ノ口上ル梅湊町83番地1「ひと・まち交流館 京都」		
訪問調査日	平成27年7月15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)】

平成20年に開所し、認知症ケアのプロとして常にご利用者の思いを尊重し、高齢になられてもその方々のできる力や新たな力発見に努め、日々楽しく安全に過ごして頂けるよう努めています。ご利用者のADL低下や廃用性レベルの低下等が認められた平成24年後半頃から、できない事の固定観念を捨て、どのようにすれば楽しく行えるか等、考えや今までの経験にとらわれる事なく創意工夫のもと、外出支援や事業所内イベントの充実力を入れています。たとえば夕方以降の外出レク(花火大会見物・クリスマスイルミネーション見物)も行い、とても喜ばれています。事業の良い意味でのにぎやかな状態は継続できており、今年度は地域密着型サービスの原点、地域交流や地域への取り組み・事業所内のイベントとして、「認知症カフェ」を平成27年10月頃から開催できるよう頑張っています。

【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)】

事業所理念には、「笑顔」「自立支援」「信頼関係」が謳われています。開設から7年目を迎え、利用者年齢は80才代が2名、他は90才代であり100才を迎えようとしている利用者もおられます。職員は、「個々の利用者は、今何ができるのか」に焦点を当て、出来ることの継続や体力維持にも取り組んでいます。椅子への立ち座り時に同じ動作を数回繰り返す・フロアや戸外での体力に合わせた散歩等、その努力が窺えます。ボランティアの協力を得て音楽(歌・ギター演奏)・アロマセラピー・フラワーセラピー等の継続、身軽に外出が出来なくなった利用者へ配慮し、車椅子車両の導入を行い、家族を交えての各種イベントへの参加や行事での外出を楽しんでいます。安心・安全に暮らして欲しい、一日一日を笑顔で過ごしてもらいたいとの利用者への思いを職員は持ち、仕事に励んでいます。

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	理念はご利用者の力を尊重し、できる事が少しでも多く保てるよう日々取り組んでいます。1例に、歩行困難になっても、法人と相談し車いす車両を導入する事により、以前より多く外出支援が行えるようになる等、事業所のみならず法人本体との連携により、楽しく穏やかにできる力の尊重に努めています。	管理者は職員会議時や日々の業務の中で、理念に対する話や問いかけを行っている。利用者の超高齢化に伴うADLの低下等が見られる中、「共に楽しみ・共に喜ぶ」レクリエーションや外出行事を企画し、家族参加で実施している。また、職員は「今日も笑顔で過ごしてもらいたい」との思いを持ち、1日1日を大切にしている。活動内容は広報誌で、利用者の笑顔と共に事業所内外に発信されている。	
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。	町内のお付き合いや学校保育園との関係、地区社協・高齢者支援事業(すこやか学級)のお手伝い等々継続中です。本年は地域へのより強いつながり支援として、「認知症カフェ」を秋に開催するよう準備中です。	町内会に参加し、地藏盆や神社の祭りや、地区社協主催のふれあい祭りに参加している。小学4年生やPTA対象に学校に出向き、認知症講座の講師を職員が務めている。近隣の保育園児の来訪が年4回あり、中学生の体験学習・看護学生や大学生の介護現場実習等の受け入れを行い、世代を超えての交流がある。(実習指導者研修終了者2名)本年度は地域との関わり強化を目指し、「認知症カフェ」開催を準備中である。	
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	昨年度より隣接岩倉包括主催・岩倉地域ケア会議に参加し、岩倉地域の支援活動お手伝いをしていた。今年度は担当大原包括主催の会議に、運営より参加予定。事業所としては、「認知症カフェ」を秋に開催するよう準備中です。	/	/
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	昨年、開所時より運営推進会議委員をお願いしていた地区社協会長様が死去され、新たな委員様及び本人・家族等で会議の運営等行っていきます。事業運営状況のご報告の場の質向上の為に、民生委員様等にも委員依頼予定です。	会議メンバーは家族・上高野学区社会福祉協議会会長・大原地域包括支援センター職員である。利用者の状況報告や事故ヒヤリハット報告・イベントや研修の実施報告・依頼が行われている。家族・地域代表より活動への協力・感謝が述べられている。委員の中には多忙な方もおられ、全員そろうのが難しい現状がある。家族に議事録は送付している。	現状では、地域代表委員が少ないと考える。事業所の理解をより深めていただき、運営への意見・要望・積極的な協力を得るためには、地域代表委員を数人増やされることを期待する。

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
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	開所時から行政区介護保険事業者連絡会への参加継続中。認知症ケアのプロとして、GH協議会支援の参加、初期認知症の方への支援として、認知症カフェ連絡協議会に参加し、よりよい地域貢献を目指しています。	運営推進会議議事録の手渡しや、法定報告等で区介護課を訪れる機会は多くあり、連絡・連携を積極的に行い協力関係を築く努力をしている。行政職員が参加する介護保険事業者連絡会・グループホーム協議会・認知症カフェ連絡協議会・事例検討会(地域包括支援センター主催)等でも情報交換している。	
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「介指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	開所時より、身体拘束の実績はありません。身体拘束防止の研修等毎年実施しています。	利用者(家族)には、重要事項説明書に明記し取り組みを説明している。法人では毎年研修を実施し、参加した職員による伝達講習で拘束をしない意識の徹底を図っている。玄関の施錠はしていない。利用者に外に出たい様子が見られた時は、職員が付き添い畑や玄関前の空き地を散歩している。	
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	事業所内で毎年ネグレスト防止研修を実施。適時外部研修にも参加している。昨年度は、同一内 小規模でネグレスト事例があり、GH担当者も事例解決に向けた取り組みを学んでいます。		
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	管理者が実父の成年後見員のキャリアがあり、職員への情報開示を行っている。同一内小規模で、過去3件権利擁護利用者がおられ、事業所全体に経過等周知するよう努めている。		
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	法人作成の契約書で、管理者が十分に時間をかけご説明をするよう心がけています。		
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	ご利用者は、ケアの中で意向等随時把握に努めている。ご家族は面会時やプラン交付時に本人の意向等伝え、家族の意向も確認している。内容等、職員会議やケア会議・運営推進会議で話し合い、ケア向上を目指し対応している。	利用者の意向の把握は、日常的に会話の中から引き出すように努め、介護記録に残し職員間で共有している。利用者の意向は、家族の面会時・ケアプラン更新時・家族会(3回/年)等、あらゆる機会に伝えている。車椅子利用者が「ラーメンを食べに行きたい」と言われ、個別外出を行った。家族からの意見・要望も機会があるごとに聞いている。アンケート調査も年1回行い、運営に反映させている。	

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
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	職員会議や職員個人面接で意見や提案等を確認している。管理者は、上部への進言を行ったり、部署管理者会議で話し合う等し、可能な範囲で新たな取り組み等行えるよう心がけている。	管理者は、全職員との個人面接の機会を年3回設けている。自己目標に沿って異動希望、その他の意見・提案を話し合っている。職員は、利用者情報・意見・要望を随時管理者やケアマネージャーに伝えている。上司は職員から出されている意見や要望を議題に組み込み、職員会議で話し合っている。	
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	法人本体で取り組んでいる。		
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	毎年年間研修計画をたて、ケア・職員の質スキル向上に努めている。GHの根幹である認知症ケアについては、常々あり方や対応をケア会議等で話し合い、チームとしてぶれないケアへの取り組みを行うよう努力しています。		
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	地域への交流・イベント参加、GH協議会等への参加、今年度からは認知症カフェ関連機関への関わり等、より多くの良い関係づくりが行えるよう取り組み中です。		
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	GH申請時の利用前情報や意向確認等アセスメントに多くの時間をかけるようしており、その後のケアプラン作成も同スタンスで取り組んでいる。GHで楽しく安心して安全に過ごせる事を基本とし、不安時の傾聴等は時間をかけ行っている。		
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	15項目に準ずる。		

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
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	15項目に準ずる。		
18		○本人と共に過ごしえあう関係 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	GHご利用の方が高齢化してきており、以前のように調理や家事等行える方が1名になってしまった。できる方へは無理のない範囲で手伝って頂き、他の方にも役割検討等随時行い、ケアとして提供している。		
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	ご利用者は日々会話等から生活史やご苦労された話を聞き、日々会話の中でそれらの話を出す等して、より良い関係作りに努めている。家族にも、面会時やお手紙等で状況をお伝えし喜ばれている。本人・家族・職員が共に歩む姿勢です。		
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	GHご利用前より、ご家族やその他の方へもご面会等お願いし、今までの馴染みの方が途切れないようしている。外出支援では、馴染みの場所に出かける等している。GHとして、他の利用者・職員と馴染みの関係を第1にしている。	入居時に利用者の年輪の歴史を聞き取り、日々の接する機会にも利用者(家族)からの聞き取りは続行し、意向に沿う努力をしている。毛染めに定期的に美容院に行く・選挙には必ず行く・自分の好みの衣類を買いに行く・上賀茂神社の馬を見に行く・美術館へ等、個別外出を行っている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご利用者同士が第2の家族となれるよう関係調整を大切にしている。時に認知症進行尚で、対応が上手くいかない事も増えている。粘り強く繰り返し職員が話のつなぎ役等に徹する等しています。		
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	ご利用が終了しても、家族よりのご紹介で新たなご相談がある事も多い。ご家族が介護を必要とする相談もあります。できる限り、お話をし安心できるよう対応しています。一部の利用終了ご家族へは、家族会のご案内も致しております。		
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	利用前に本人・家族とお会いしどのように暮らしていきたいか今までの暮らしも聞きながら意向を確認しサービスの提案をしている。月1回、モニタリングし本人と家族に現在のサービスの状況をお伺いし必要であればその都度サービスの変更を行っている。	入居時から継続的に意向確認は行っているが、病状の進行・体力の低下・伝える力の減少等により、これまで行ってきたことの継続が困難になっている。毎月行っているケアカンファレンス時に、「今何が出来るのか」に焦点を当て話し合っている。利用者の変化はその都度アセスメントシート(施設アセスメント表MDS2.1)に追記し、年1回更新している。	

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
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	最初の面接の際に生活歴や日々の生活パターンをお聞きし、さりげなく家の中を見渡し生活環境の把握をしている。アセスメントシートに記入する。		
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	現場の職員との連携を大事にし、職員から報告を受けたり自分から職員に聞いたり、記録を見たり、自ら現場に出て業務を手伝い利用者の状態の把握に努めている。		
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	1か月に1回程度カンファレンス・モニタリングを実施し、本人・家族から意見を聞き不都合があれば職員・福祉用具の方などその時必要な方に相談しサービス変更を行い介護計画を作成し直すようにしている。	月に1回、ケアカンファレンスの時間を設け、モニタリングや計画見直しを行っている。事前に利用者(家族)の意見・要望を直接聞くが、電話でも聞いている。介護計画には利用者の今できることが書いてある。介護記録には、計画提供時の利用者の様子がきめ細やかに書かれ、状況の読み取りが出来る。職員は「暮らし・健康・その他」の内容で、利用者の1ヶ月の生活状況をまとめ、家族に手紙で知らせている。(利用者に各1名の手紙担当がいる)	
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	個別に記録のファイルを作成。プランを載せそれに沿ったケア・記録が出来るよう周知している。『気づき・思ったこと』という欄を設けその内容がプランに活かせる事もある。		
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	お元気だったころのエピソードの再体験支援、嗜好品も含めた食事の提供など本人や家族の希望は様々であり上記にあげた事などできるだけ柔軟に取り組んでいる。		
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	ひとりでは外出できないご利用者と行き慣れた地域の商店に一緒に行って買い物をする外出支援を行っている。		
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、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	地域内の三カ所の医院を大半のご利用者がかかりつけ医にされている。先生方は往診もされており異常時にはすぐに連絡し指示を仰ぐことができ、些細な事でも相談にのって下さっている。	利用者それぞれにかかりつけ医がおり、定期往診に来られない医院へは、職員が同行受診をしている。夜間往診も可能である。病状説明は家族に聞いてもらっている。不定期ではあるが、歯科・皮膚科の往診も受けている。必要に合わせ訪問看護も利用しており、24時間利用できる。各医療機関との情報交換を行い、関係構築に努めている。	

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
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	センターの看護師とは些細なことでも報告し常に連携を行い助言ももらう。訪問看護とはFAXにて日々の様子や体調を伝えている。		
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。	新規のご利用者の主治医には病院に出向き挨拶をしている。入院されると病院に行き担当の看護師や相談員から情報をもらう。しかし、スムーズに行くときもあれば情報交換が上手く出来ない事もある。まだまだ課題がある。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	数名の方との話は行っている。センターで出来ること出来ないことを説明し理解されている。まだお元気な為、チーム支援には至っていない。	入居時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」に沿って説明は行っている。利用者の高齢化も進んでおり、数名の家族とは意向確認を含め話し合いを行っている。ターミナル協力医療機関との連携もできている。職員も研修や話し合いを行い準備を整えているが、今のところ看取りの実績はない。	
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	救命救急の講習を1年に1回実施。事業所内で緊急対応の研修を行っている。		
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	半年に1回非難訓練を行いそのうちの1回は夜間での設定をしている。	防災訓練は、年2回消防署立ち合いのもと、夜間想定や出火場所を変え実施している。地元消防団や地域の方の参加を得ている。職員は救命救急講習・緊急対応研修を行い、毎年ADE使用を実習している。火災は出さないを目標に予防に努めている。住居は建物の2階であり、非常扉からは階段で降りられるが、利用者一人での避難は困難である。備蓄は水や食料を半月分準備している。	防災訓練は法定以外にも、火災を起さない予防・確認の実施訓練や夜間想定での訓練を、職員が会得出来るように訓練回数を増やすことを望む。また、近隣住民の協力体制を得る為に、日頃から事業所の良き理解者になっていただく努力を期待する。
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	居室は個室になっており、プライバシーは確保されている。排泄誘導の声掛けや申し送りには、周りに聞こえないように配慮している。	個人情報管理・リスク管理研修は、法人と事業所双方で行っている。対応等で家族から指摘があった場合は、職員にオープンにし、話し合いをしている。友達口調・語気が強い・気になる態度等戒めて、利用者を尊敬した声掛け・対応を心掛けている。ケアサポート事業で接遇研修(事例を用いたのロールプレー)を9月に予定している。	

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
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	職員との信頼関係も築けており、利用者からの希望、要望も多くある。声掛けや質問方法にも工夫し、希望を言いやすくなるように工夫している。		
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	食事の時間はおおむね決まっているが、本人の希望により遅らせる等の対応をしている。それ以外は、利用者と相談して本人のペースに合わせている。		
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	ご家族の協力もあり、好みの服や化粧品の購入をしている。また、行きつけの美容院でカラーリングするなど、個々のオシャレやこだわりを重視している。		
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	皆さんの希望を聞き、好みのものを中心にしたメニューになっている。全利用者が好きなメニューばかりではないので、好みのものでない時は別メニューの対応もする。準備や片付けは、出来る方と一緒にしている。	職員は検食簿に利用者の声や残食量を記録して、好き嫌いの確認や献立の参考にしている。朝食・昼食の食材は近くのスーパーから配達で届き、夕食はチルド食を使用している。昼食には常に果物やゼリー・ヨーグルト類のデザートが添えられる。調理に関わる利用者は少なくなっているが、出来る方とは一緒に行っている。食事時は職員も同席し、会話の提供や見守りを行っている。外食や行事食・季節食(そうめん流し)も楽しんでいる。	
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	毎食の食事量と水分量をチェック表に記入し日々の食事・水分の摂取量を把握している。著しく少ない方には水分提供や補食など個別に対応している。		
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、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	毎食後の口腔ケアは全員に実施。必要に応じて歯科医師による口腔ケアを実施している。		
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	それぞれの排泄パターンに応じてトイレ誘導を行っている。夜間はオムツ対応の方も日中はリハビリパンツを使用し、トイレでの排泄できるように支援している。	排泄表・食事摂取量・水分摂取量から利用者の排泄パターンを把握している。夜間はポータブルトイレやテープ式オムツを利用される方も、日中は全員トイレでの排泄である。ウォッシュレット導入により、毎回洗浄を行っている。	

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
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	水分補給、食事の内容(毎日ヨーグルトを食べてもらおう等)を工夫し、適度に運動を行っている。医師の指示のもと必要に応じて下剤を使用して排便を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てしまわずに、個々にそった支援をしている	体調等考慮し希望の時間に入浴できるようにしている。夜間の入浴は現在は行っていない。	利用者・職員共に女性である。3日に1回の入浴を基本とし、昼間に希望に合わせて入浴している。入浴を拒否される方には、工夫を凝らしながら勧めている。浴槽は2人用浴槽でゆったり憩える広さがあるが、90才以上の高齢者には少々深い感がある。必要に合わせて二人介助を行っている。湯水は毎回交換している。	100才を迎える利用者もおられ、より安全・安楽な入浴介助を、職員の負担軽減(心身)も考慮し、検討して行かれることを期待する。
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	日中好きな時間に居室ベッドで横になって休んでもらっている。本人からの要望はなくても体調やその日の状態で居室で休息する時間を持てるように支援している。就寝前の習慣(ミルクを飲む、テレビを見ながら寝る)のある方には個々に対応している。		
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	最新版の薬情報をファイルしてあり、変更時には申し送りを徹底し、職員全員が把握できるようにしている。		
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	希望時に買い物や外出、裁縫や調理を一緒にしている。また、間違い探しやナンプレなどが好きな方と職員も一緒に楽しんでいる。		
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	高齢化・ADL低下等で、以前に比べて近くへ気軽に外出する事は減ってしまっている。そこで、26年度は予定を立て、嗜好を確認した上での外出や買い物、昼食持参のお花見や花火見物・温泉入浴等たくさん行えとても楽しい時間でした。27年度も継続して取り組んでいます。	利用者の体力に合わせて、敷地内の畑を散策したり、周辺の散歩を一人10分程度行っている。車椅子車両の導入もあり、外出の機会を多種計画し、外出や花火見物・温泉入浴等、家族も参加し好評である。筋力・関節可動域維持のために訪問リハビリを受ける利用者もおられる。職員もフロアでの歩行訓練や立つ・座る動作を2回以上繰り返す等励行している。	
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	お小遣いをを本人管理している方もおられ、買い物同行も行っている。多くの方の対応として、法人の立て替え払い制度(翌月請求)となっており、おやつや衣類購入等一緒に行っている。		

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
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	2名携帯所持し、お部屋で使用されている。その他の方については、常識の時間範囲で希望時家族への電話取り次ぎをしている。手紙を職員と一緒に書き頻回に郵送する等している。切手を買う・ポストイングする事も一緒にしています。		
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	GH事業として、法人共通の「和」のしつらえをベースとしている。昨年から特に力を入れている、外出やイベントの写真を掲示し、楽しい時間の記憶想起を心がけています。写真はご家族にも大変喜ばれている。	事業所の玄関から廊下等に、外出時の写真が拡大版で数多く貼ってあり、素晴らしい笑顔に溢れている。リビングは利用者の要望に応え、テレビに向かって座る配置になっている。仲良し同士の組み合わせで、小さなトラブルも回避している。フラワーセラピーで活けた花に職員と水やりを行い、壁には大きなひまわりの花の飾りつけがしてあり、夏であることが実感できる。静かで明るい環境である。一角に畳スペースがあるが、利用者の高齢化に伴い利用されていない。	
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	ソファ椅子の配置等は自分の居場所でもあり とても大切にしている。残念だが利用者の好き嫌いもあり、トラブル防止も兼ねている。		
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	GH利用開始から、馴染みの物を持参して頂くようお願いしている。家具やベッドの配置等、本人家族と共に相談しながらすすめています。その際、安全面も大きなウェートを占めています。	エアコン・電動ベッド(呼び出しコールつき)以外は利用者の自由な持ち込みである。京間6畳に使い慣れたタンス・鏡台・籐椅子を置き、家族やイベント時の写真・娘さんの好きなキティー人形等が飾られている。2年前に中学生(体験学習)と作った折り鶴を、今も筆筒の上に並べ大事にしている利用者もいる。襖の戸の押入れは多くの備品が収納でき、畳スペースが広く安らぎの空間となっている。	
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	手すり設置やバリアフリー対応は基本としているが、高齢化に伴い新たな介護用品購入等行い、暮らしを支援している。		