

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	2690100082		
法人名	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポートセンター鷹峯 1階		
所在地	京都市北区鷹峯南鷹峯町32-37		
自己評価作成日	平成27年3月5日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【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 野の花		
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	平成27年3月17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)】

利用者様の日々の暮らしの中で、声なき声に気づきさりげない支援につなげることで不安を少しでも解消し安心して暮らして頂けるよう心がけてまいります。また、意欲の向上・身体機能の維持の為、ご家族様・医療機関と情報交換を行ない健康保持に努めます。立ち上げから6年目になり地域の皆さんとの交流機会が増し協力体制が整ってきています。防災面で利用者様・ご家族様に安心して頂けるよう、地域の方々と協力し合える体制を構築していきます。

【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)】

京都市北西部、お寺が多い風光明媚な地域で住宅街に溶け込んだ2階建ての建物である。地域との交流がよくできており、避難訓練に近くの福祉施設と相互の職員が参加しあったり、自治会のふれあい祭りにブースを出したり、小学校の運動会では全種目に参加させてもらったりしている。話をしない利用者を受け入れ、1年かけて信頼関係をつくってくれた近くの散髪屋さんがある。地域に支えられているグループホームである。家族の協力も大きく、行事参加や家族会での交流等ができています。開設6年、約半分を占める非正規職員は退職も少なく、明るく前向きに働いている。利用者は歳を重ねているものの、それぞれが自分流の暮らしをしている。管理者や主任は子どもたちが遊びにきてくれるような「家」にしたいという思いをもっており、ホームにはゆったりとした時間が流れている。利用者職員とのグループホームらしいグループホームの姿がある。

nari,		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						

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	2690100082		
法人名	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポートセンター鷹峯 2階		
所在地	京都市北区鷹峯南鷹峯町32-37		
自己評価作成日	平成27年3月5日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

利用者様の日々の暮らしの中で、声なき声に気づきさりげない支援につなげることで不安を少しでも解消し安心して暮らして頂けるよう心がけてまいります。また、意欲の向上・身体機能の維持の為、ご家族様・医療機関と情報交換を行ない健康保持に努めます。立ち上げから6年目になり地域の皆さんとの交流機会が増し協力体制が整ってきています。防災面で利用者様・ご家族様に安心して頂けるよう、地域の方々と協力し合える体制を構築していきます。

【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)】

1階ユニットに同じ。

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広がったり深まり、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
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	法人の理念、センターの理念を共有し、ご利用者様お一人づつに添った支援・介護を行ないご家族様に信頼して頂けるよう情報提供を行なっています。	グループホームの理念は法人の理念を踏まえ、開設時に職員が話し合っで定めている。それは「温かい家庭的な雰囲気、共に語り合い、教わり、笑い、助け合い、喜びを感じあえるわが家(要約)」であり、利用者の書で玄関ホールに掲示している。理念の実践として、ホームでは午後のひととき等、スケジュールがなく、ゆったりとした時間が流れている。	
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	毎月、社会福祉協会主催の「絆サロン」や地域主催の年間の催事への参加、防災訓練を通じての交流、研修・勉強会への参加を行なっています。	利用者と散歩したり、近くの店に揚げたてのコロッケを買いに行ったりしている。近くの散髪屋で髭剃りをしている利用者がある。鷹峯小学校の通学見守をしており、運動会ではすべての種目に参加させてもらっている。自治会に加入し、ふれあい祭りにアメつかみのブースを出している。学区社協主催の絆サロンに参加し、コンサートや工作、ティータイムを楽しんでいる。春には今宮神社のおいらん道中を見物する。近くの人が介護相談にくる。	
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	立ち上げから6年目になり、グループホームとしての認知度が高まっていると共に、相談窓口がある事の認識も少しずつではありますが、浸透しています。年々わずかずつですが、相談者が増えてきています。		
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	立ち上げ当初より欠かさず実施してきてはいましたが、評価に繋がる報告や話し合いが不十分でした。今年度より多数の地域の方に参加いただきサービス向上に努めます。	家族、地域住民、自治会長、学区社協、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催、記録は全家族に配布している。ホームから報告を受け、認知症徘徊ネットワーク、事故、防災訓練等、意見交換している。	
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	運営推進会議の議事録の提出や入退去の報告は行っていますが、連携が取れた取り組みが出来ていません。また、運営推進会議への参加をお願いしていますが、断われているのが実情です。	北区介護保険課に報告、相談等をしている。困難事例はない。京都府グループホーム協議会に所属し、情報交換、研修等をしている。	

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
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	玄関の施錠及び身体拘束は行っていません。	「身体拘束をしないケア」を実施しており、マニュアルを作成、職員に研修している。職員はスピーチロックについて認識している。夜間のみセンサーを使用している利用者について家族同意をとっている。玄関、非常口等、日中は施錠していない。	
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	マニュアルを基に実践し、法人主催の「虐待防止」の研修へは、常勤全員が参加し、ミーティングの際に伝達しています。		
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	マニュアルを基に実践し、法人主催の「権利擁護」の研修へは、常勤全員が参加し、ミーティングの際に伝達しています。		
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	契約書・重要事項説明書を読み上げながらご理解・納得された後、運営推進会議・家族会・防災訓練への参加協力を得ています。契約内容の変更の際には、事前報告を行ない承諾書を頂いています。		
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	運営規定内に相談窓口が記載してあり、ご説明するとともに、センター入り口に表記しています。また、ご意見箱設置しています。	家族には利用者ごとの担当職員が書いた『はんなり』という個別の便りを隔月に出している。そこには「くらし」「健康」「ご家族さまへ」と利用者の最近の写りが載っている。別に行事案内を送り、参加を呼び掛けており、家族はクリスマス会や花見と外食のしようさん行きに参加している。家族はサービス担当者会議に参加している。家族会を年2回開催し、半数の家族が参加し、家族としての思いを話し合い、交流している。	
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	2ヶ月に1度の「管理者会議」「安全対策委員会」にて事業部の会議にて現場職員の意見を反映しています。また、センター内で毎月1回の職員会議、各階のミーティングを行っています。	法人の管理者会議と委員会に管理者とケアマネジャーが出席し、職員の意見を反映している。毎月ホームの全体会議で業務の検討と伝達研修、ユニット会議でカンファレンスをしている。職員は会議の前には議題の提案や意見を書いて提出している。職員は年間プログラムにより法人が実施する研修を受講している。	

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
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	年間計画・報告「アクションプラン」を通して目標と実績を代表者に報告・提出しています。また、年2回の賞与前には職員個々の勤務状況を正規の書式にて提出しています。		
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	法人企画として、1年を通して計画されている研修「スキルアップ研修」が2ヶ月に1回正社員全員参加で行なわれています。非常勤に対しては、センターの会議内で伝達講習を行なっています。外部の研修への参加は少なく今後の検討課題です。		
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	居宅介護支援センターを通じ、ネットワークづくりが盛んにおこなわれており、積極的に参加しています。今後エリアの事務局としてもネットワークの構築に貢献できたらと考えています。		
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	言葉遣い・話し方・身だしなみを正し、ゆったりと行動しながらご利用者様に接し、不安時には寄り添い、声なき訴えに気づき声掛けを行なう事で信頼関係を築いています。		
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	フラインパーを考慮しながら、ご家族様の地域や家族構成、生活環境を理解し、センターでできる限りの協力を行ない、できない事はあやふやにせず、状況の変化に対応しながら信頼関係を築いています。		
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	主治医の意見書、医療情報やアセスメントの情報を収集し、それらの方々とケア会議を行ない暫定プランを作成し、本プランへ移行しています。		
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	高齢者・認知症という立場を念頭に考慮しつつ人生の尊敬できる先輩と位置づけ、出来ない頃は「お世話させていただく」出来る事は維持して頂ける環境を築いています。		

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
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	家族会・運営推進会議での意見交換やお手紙「はんなり」での様子報告、メールや電話で状況報告は定期的に行なっており、ご本人様とご家族様の絆を大切にしながら支援をおこなっています。		
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	屋外レク・ドライブ・買い物の際には、馴染みの地域に出かけたり、個別レクとして馴染みのお店へ出かけています。が、まだまだ限られている方々にしか支援できていません。今後の課題です。	利用者と一緒にドライブしていて、利用者のよく知っている地域や店の前を通ると、懐かしく話が弾む。利用者が好きだというケーキを食べに同行している。利用者が行きたい場所や会いたい人等の思いがなかなか聞き出せていない。	利用者にとって思い出の場所、任んでいた街や地域、よく買物に行っていた店や思い出のおいしい和菓子店、夫との思い出の場所等々、またしばらく会っていない懐かしい兄弟姉妹、甥や姪、友人、仕事仲間等々、そういった場所や人との関係を支援することが望まれる。
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	人柄や性格を考慮し、テーブル配置を行ない関係性を見極めながら本人様の意思を尊重し、座席の変更を行なっています。意思疎通・手作業が行える方を中心にレクや作業せず、困難な方も職員が関わる事で同じ作業が和やかに進められるよう心がけています。		
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	これまでの退去となるケースが、入院が要因となっていました。これから起こりうる状況にご利用者様に適した支援とご家族様の相談に応じ希望に添えるフォローを行ないます。		
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	心身状況の小さな変化の気づきに心がけ、日々の様子を経過記録に記帳する。職員全員で情報を共有し、ケア会議で議論した支援をチームで統一したケアを行なっています。	契約時に利用者、家族、医師、看護師、居宅のケアマネジャー等から情報を聴取し、センター方式でアセスメントしている。「元気でいたい」「いつまでここにいられるのか」「退屈、何かしたい」等の利用者の思いを聴いている。京都、神戸、長崎、伊勢上野等の出身地、看護師、専業主婦等の仕事歴、編物、茶道、華道、手芸、海外旅行、クラシック等の趣味等、利用者の情報を把握している。	
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	入居時にはなじみの家具の持ち込みをお願いし、居室をセッティングしています。また、過去の生活歴や経歴を把握し、行なえる内容を検討したり、話の題材に取り入れながら支援しています。		

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
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	日々個々の残存機能に合った支援を行なっています。その日の状態も考慮し、歩行介助・車いすの必要性を検討し介助を見極めています。		
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	現場のケア会議を主体に家族様のご意見や訪問看護師、担当医、ホームセラピストのアドバイスを参考に心身状態に即した計画を作成しています。	介護計画はケアマネジャーが職員や家族の意見を聞いて作成している。身体介護のみならず、暮らしの楽しみの項目が入っているものの、利用者ごとの焦点化が不十分である。介護記録は介護計画の項目にそって記しているものの、利用者の表情や発言の内容が不十分である。モニタリングは「ケアの実施状況」「目標達成度」「満足度」「今後の方針」の項目で点検している。	介護計画は身体介護は現状維持ではなく、自立支援の方向で立てること、利用者の生きがいとなるような楽しみの項目は利用者ごとに焦点化すること、介護記録は介護計画の項目を実施したときの利用者の表情や発言、拒否があったときはその要因を書き、モニタリングの根拠となるようにすること、以上の3点が望まれる。
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	経過観察記録・排泄表・バイタル表・業務日誌や職員個別で気づきを反させるためのモニタリング表を別に設けて記録を行なっています。また、夜勤者から日勤者へ申し送りの為の申し送り用紙を作成しています。		
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	法人内のサービスにとらわれず、ご利用者様やご家族様の既存のサービスを受け入れ、新たに発生するサービスにはご意向を確認しながら希望に添ったサービスを行なっています。		
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	これまで以上に地域との連携を深める一環として地域包括支援センターが主催の検索ネットワークの事務局として活動を予定しています。また、近隣の社会福祉法人施設とも防災時の協力体制を構築していく準備を行なっています。		
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	地域の訪問看護から週1回来ていただいております。特変時や緊急時には迅速な対応を行なって頂いています。また、3カ所の訪問医療機関から2週間に1度来ていただき訪問看護ステーションとも連携が保てています。外来受診者3名とも連携が保てており情報交換ができています。	従来のかかりつけ医に家族が受診に同行している利用者があり、ホームで把握している情報を提供している。毎月2回の往診、訪問看護、訪問リハ、訪問歯科衛生士、訪問マッサージ、鍼灸師等、利用者や家族の希望で利用を支援している。認知症については府立病院等で受診している。	

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
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	訪問看護の日までに気づいたことは指定の用紙に記入し緊急対応が必要のない情報については当日報告しています。特変時や緊急時はその都度電話連絡にて指示を頂き対応しています。		
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。	入院時には職員が同行し、ご家族様の同意のもと立会い申し送りを行なっています。また、センター「情報提供書」と近日のバイタル・排泄・食事情報を提供し、主治医からも意見書を頂き提出しています。必要に応じてカンファレンスを要求し、ご家族様に同席して頂いています。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	過去に終末期の対応を経験していますが、その後、現在入居されているご家族様やご利用者様と十分な話し合いを行なう事が出来ていません。今後、運営推進会議や家族会にて話し合いを重ね方針を共有していきます。	利用者の重度化や終末期に関する方針は契約書に明記しており、契約時に利用者や家族に説明している。ターミナルケアに取り組むことは職員一同一致している。過去に利用者や家族の希望に添って、利用者を看取る経験をしている。	
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	法人主催の救命講習がありますが、職員全員が参加に至っていません。しかし、個別では、個々の自覚のもとに救急講習を受講しています。今後の課題として、法人主催の講習への参加、センターとして防災訓練時に救急講習を実施する検討を行なっていきます。		
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	年間2回の防災訓練の実施と法人全体での連絡網を基に協力体制を整えています。しかし、地域との連携体制が十分に行なえず、地域包括・自治会との連携を整え中です。	消防署の協力を得て年2回の避難訓練をしている。近くの白川学園とは互いに職員を参加させあうという協力関係をもっている。地震、夜間等の訓練はしていない。備蓄を準備している。ハザードマップは備えていない。	避難訓練は職員の身につくように、夜間、地震等を含めて年数回は実施すること、ハザードマップを掲示し、職員が危険箇所を認識しておくこと、以上の2点が望まれる。
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	職員一人一人のスキルや経験年数の違いから、ご利用者様を理解し、信頼される対応ができていくかはこれからの課題です。職員の個性を生かしながらも話しかける位置も考慮し言葉遣いに注意し状態に応じた内容をお話せる対応を行ないます。	利用者はさまざまな経験をしてきた人生の先輩であり、尊敬し、丁寧な対応と言葉遣いを心掛けています。呼び方は姓を使っているが、同じ姓がある場合は名で呼んでいる。「○○ちゃん」やあだ名は禁止している。衣類の選択等、意思表示の困難な人には実物を見せて自己決定を支援している。	

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	自立度が高く意思疎通が行なえるご利用者様に関しては、意思確認又は選択肢を提案し自己決定を尊重しています。意思表示が困難な方へは本人様のサインを見極めながら支援しています。		
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、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	夜勤明けの職員の申し送りを受け、日勤帯の職員がご利用者様の状態に応じて1日の業務配分を行なっています。また、ご利用者様やご家族様の予定が事前に把握できている場合には、勤務表の作成時に職員の配置を考慮しています。		
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	希望に応じて訪問理美容への依頼、近隣の理髪店へ同行しカット・髭剃りを行なっています。衣服の選択は支援が必要な方へは、選択しを用意して選んでいただくようにしています。		
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	食材の発注時にはカタログを見て頂きながら注文書を書き入れたり、調理を始める前には、在庫の食材を伝え何が食べたいかを相談しながらメニューを決定しています。調理の一部や準備・片付けは出来る範囲で行なっています。	ユニットごとに利用者とは相談しながら、毎回献立を立てており、多くの食材を使い、野菜の豊富な馴染みの家庭食である。栄養士の職員がカロリー値や栄養バランスに配慮している。調理、盛り付け、後片付け等、利用者とともにしている。職員も一緒に食卓を囲み、会話しながら食事を楽しんでいる。	
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	摂取量は、記録簿に記帳し管理しています。また、検食簿にてメニュー管理し、魚・3種類の肉を使い分け好き嫌いがある方にも食べて頂けるよう調理に工夫を凝らしています。咀嚼・飲み込みの状態にも対応し、お粥・きざみ・ミキサー食・とろみに対応しています。		
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	口腔ケアは自立の方には促し、見守りを行ない、支援が必要な方へは必要に応じた支援をし、毎食後欠かさず行なっています。また、ご家族様の了解を頂き歯科衛生士を依頼して定期的に口腔ケアを行なっています。		

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
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	排泄パターンの把握に努めご本人の意思を尊重しながら、時間の間隔に配慮し、プライドを傷つけないよう声掛け誘導を行なっています。また、尿意・便意のサインに注意を払いタイムリーなトイレ誘導を重視しています。	排泄の自立ができている利用者は3分の1くらい、他の人は排泄チェック表をつけ、パターンを把握し、また利用者のサインにも注意深く気づくようにし、声掛け誘導している。自然排便にはヨーグルトやオリゴ糖入りゼリーを提供している。	
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。乳製品の提供・繊維質の野菜を使った調理を行なっています。体操や入浴・トイレ時には腹部のマッサージ・ホットパックを行なっています。		
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	希望のある方には、希望される日や時間を考慮し入浴して頂いています。他の方々に関しては、3日以上の間隔があかないようご本人様の意思を確認しながら支援しています。	浴室は明るく、ゆったりしている。週2回の入浴を支援しており、利用者から「入りたい」声が出る時は支援している。湯温、入る時間、同性介助等、希望に添っている。ゆず湯や入浴剤を楽しんでいる。「入りたい気分ではない」と入浴を拒否する利用者にさまざま工夫している。	入浴は利用者の生活のなかで、食事と同じくらい楽しみの一つであり、週3回の支援が望まれる。
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	本人様のリズムを尊重し、その方にあつた睡眠が得られるよう起床・入床時間を配慮しています。夜間帯の状態を考慮し、必要に応じて午前・午後の時間を調整しながら臥床を促しています。		
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	既往歴や現存病を十分理解し、症状の変化に気を付けて医師・看護師に情報を提供し指示を受けて対応しています。		
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	生活歴を考慮し、家事手伝いに参加して頂いたり、花壇の整備や体操やレクレーションを行なっています。しかし、個別にはまだまだ不十分だが今後意識を高めて行なっていきます。		
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	日課として、買い物・ドライブ・理美容・散歩を状況に応じて行なっています。また月1度ですが近隣の老健での「絆サロン」に参加したり、2ヶ月に1度の頻度で外食レクを行なっています。まだまだ不十分で今後の課題です。	車いすの人や歩行不安定な人でも、たとえ寒い日や暑い日であっても、玄関前のベンチや道路までの空間には毎日でも出るように支援している。気候の良いときは近くの風光明媚なところを散歩している。今宮神社への初詣、花見ドライブ、近くの紅葉狩り等季節の外出をしている。外食は隔月に出かけている。利用者の希望の買物はグルメンティやビブレに行く。	

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	お金の自己管理を制限していませんが、現在のところ自己管理をされている方はおられません。また、ご利用者様の購入希望があれば家族様の了解に応じて立替金対応をしています。		
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	電話での対応は家族様からの制限が無い限り自由に行なって頂いています。手紙に関しては、届くものに関してはお渡ししていますが、発信を促す支援は乏しい状況です。今後の支援課題です。		
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	移動回数が頻回な場所には障害になるものを常設しないように心掛けています。季節や行事内容に添った飾りつけや月2回の生け花を飾っています。	南側に居室やトイレが並んでおり、居間兼食堂のガラス戸を通して北山の四季の風景が見える。4つの食卓の周りに椅子があり、利用者は気に入った場所に座っている。ソファが所々に置かれ、利用者の居場所となっている。ピアノ、古い箏箏、小さなテーブルの上の季節の花が家庭的である。壁には春の空をパラシュートが飛んでいる、利用者制作の貼り絵や書初め作品を飾っている。	
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	食事時間帯に関してはテーブル席は固定していますが、定期的に配置交換を行なっています。その他の時間帯に関しては、移動を望まれる方には自由に移動を行なって頂いています。		
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	エアコン以外の備品は馴染みの家具の持ち込みをお願いし制限はありません。敷物に関しては、歩行の状態を考慮し形状や素材はアドバイスさせていただいています。また、防災加工の物をお願いしています。	居室は板敷の土間にクローゼットがあり、奥は畳敷きである。窓が大きく明るい。ベッド、ふとん、たんす、机、椅子、絨毯、テレビ等、利用者は使い慣れた家具を持ち込んでいる。家族の写真、小さな飾り、花等を飾っている。ジグソーパズルをおいたり、カープの額を飾っている人等、利用者の趣味が表れている。	
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	身体機能を考慮しながら家具の配置を行ない、ベッドの位置や向き・手すりの種類や位置を行なっています。また、歩行状態に応じた敷物を設置しています。		

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
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	法人の理念、センターの理念を共有し、ご利用者様お一人ずつに添った支援・介護を行ないご家族様に信頼して頂けるよう情報提供を行なっています。	以下の項目すべて、1階ユニットに同じ。	
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	毎月、社会福祉協会主催の「絆サロン」や地域主催の年間の催事への参加、防災訓練を通じての交流、研修・勉強会への参加を行なっています。		
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	立ち上げから6年目になり、グループホームとしての認知度が高まっていると共に、相談窓口がある事の認識も少しずつではありますが、浸透しています。年々わずかつつですが、相談者が増えてきています。		
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	立ち上げ当初より欠かさず実施してきてはいましたが、評価に繋がる報告や話し合いが不十分でした。今年度より多数の地域の方に参加いただきサービス向上に努めます。		
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	運営推進会議の議事録の提出や入退きの報告は行っていますが、連携が取れた取り組みが出来ていません。また、運営推進会議への参加をお願いしていますが、断われているのが実情です。		
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	玄関の施錠及び身体拘束は行っていません。		

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	マニュアルを基に実践し、法人主催の「虐待防止」の研修へは、常勤全員が参加し、ミーティングの際に伝達しています。		
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	マニュアルを基に実践し、法人主催の「権利擁護」の研修へは、常勤全員が参加し、ミーティングの際に伝達しています。		
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	契約書・重要事項説明書を読み上げながらご理解・納得された後、運営推進会議・家族会・防災訓練への参加協力を得ています。契約内容の変更の際には、事前報告を行ない承諾書を頂いています。		
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	運営規定内に相談窓口が記載してあり、ご説明するとともに、センター入り口に表記しています。また、ご意見箱設置しています。		
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	2ヶ月に1度の「管理者会議」「安全対策委員会」にて事業部の会議にて現場職員の意見を反映しています。また、センター内で毎月1回の職員会議、各階のミーティングを行なっています。		
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	年間計画・報告「アクションプラン」を通して目標と実績を代表者に報告・提出しています。また、年2回の賞与前には職員個々の勤務状況を正規の書式にて提出しています。		
13		○職員を育てる取り組み			

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
		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	法人企画として、1年を通して計画されている研修「スキルアップ研修」が2ヶ月に1回正社員全員参加で行なわれています。非常勤に対しては、センターの会議内で伝達講習を行なっています。外部の研修への参加は少なく今後の検討課題です。		

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
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	居宅介護支援センターを通じ、ネットワークづくりが盛んにおこなわれており、積極的に参加しています。今後エリアの事務局としてもネットワークの構築に貢献できたらと考えています。		
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	言葉遣い・話し方・身だしなみを正し、ゆったりと行動しながらご利用者様に接し、不安時には寄り添い、声なき訴えに気づき声掛けを行なう事で信頼関係を築いています。		
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	プライバシーを考慮しながら、ご家族様の地域や家族構成、生活環境を理解し、センターでできる限りの協力を行ない、できない事はあやふやにせず、状況の変化に対応しながら信頼関係を築いています。		
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	主治医の意見書、医療情報やアセスメントの情報を収集し、それらの方々とケア会議を行ない暫定プランを作成し、本プランへ移行しています。		
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	高齢者・認知症という立場を念頭に考慮しつつ人生の尊敬できる先輩と位置づけ、出来ない頃は「お世話させていただく」出来る事は維持して頂ける環境を築いています。		
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	家族会・運営推進会議での意見交換やお手紙「はんなり」での様子報告、メールや電話で状況報告は定期的に行なっており、ご本人様とご家族様の絆を大切にしながら支援をおこなっています。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援	屋外レク・ドライブ・買い物の際には 馴染み		

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
		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	産外レポート作成、買い物の際には、馴染みの地域に出かけたり、個別レクとして馴染みのお店へ出かけています。が、まだまだ限られている方々にしか支援できていません。今後の課題です。		

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
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	人柄や性格を考慮し、テーブル配置を行ない関係性を見極めながら本人様の意思を尊重し、座席の変更を行なっています。意思疎通・手作業が行える方を中心にレクや作業せず、困難な方も職員が関わる事で同じ作業が和やかに行なえるよう心がけています。		
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	これまでの退去となるケースが、入院が要因となっていました。これから起こりうる状況にご利用者様に適した支援とご家族様の相談に応じ希望に添えるフォローを行ないます。		
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	心身状況の小さな変化の気づきに心がけ、日々の様子を経過記録に記帳する。職員全員で情報を共有し、ケア会議で議論した支援をチームで統一したケアを行なっています。		
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	入居時にはなじみの家具の持ち込みをお願いし、居室をセッティングしています。また、過去の生活歴や経歴を把握し、行なえる内容を検討したり、話の題材に取り入れながら支援しています。		
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	日々個々の残存機能に合った支援を行なっています。その日の状態も考慮し、歩行介助・車いすの必要性を検討し介助を見極めています。立ち上がろうとされたり、歩行意欲が見られる時には積極的に支援しています。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング			

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
		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	職員一人一人の意見を尊重し、家族様のご意見や訪問看護師、担当医、ホームセラピストのアドバイスを参考に心身状態に即した計画を作成しています。		
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	経過観察記録・排泄表・バイタル表・業務日誌・入浴チェック表を基本に情報を共有し、チームで話し合いを重ね計画を立てています。		

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
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	法人内のサービスにとらわれず、ご利用者様やご家族様の既存のサービスを受け入れ、新たに発生するサービスにはご意向を確認しながら希望に添ったサービスを行なっています。		
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	これまで以上に地域との連携を深める一環として地域包括支援センターが主催の検索ネットワークの事務局として活動を予定しています。また、近隣の社会福祉法人施設とも防災時の協力体制を構築していく準備を行なっています。		
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	地域の訪問看護から週1回来ていただき、おり特変時や緊急時には迅速な対応を行なって頂いています。また、3カ所の訪問医療機関から2週間に1度来ていただき訪問看護ステーションとも連携が保っています。外来受診者3名とも連携が保っており情報交換ができています。		
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	訪問看護の日までに気づいたことは指定の用紙に記入し緊急対応が必要のない情報については当日報告しています。特変時や緊急時はその都度電話連絡にて指示を頂き対応しています。		
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。	入院時には職員が同行し、ご家族様の同意のもと立会い申し送りを行なっています。また、センター「情報提供書」と近日のバイタル・排泄・食事情報を提供し、主治医からも意見書を頂き提出しています。必要に応じてカンファレンスを要求し、ご家族様に同席して頂いています。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	過去に終末期の対応を経験してはいますが		

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
		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	過去に終末期の対応を経験していますが、その後、現在入居されているご家族様やご利用者様と十分な話し合いを行なう事が出来ていません。今後、運営推進会議や家族会にて話し合いを重ね方針を共有していきます。		
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	法人主催の救命講習がありますが、職員全員が参加に至っていません。しかし、個別では、個々の自覚のもとに救急講習を受講しています。今後の課題として、法人主催の講習への参加、センターとして防災訓練時に救急講習を実施する検討を行なっていきます。		

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
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	年間2回の防災訓練の実施と法人全体での連絡網を基に協力体制を整えています。しかし、地域との連携体制が十分に行なえておらず、地域包括・自治会との連携を整え中です。		
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	職員一人一人のスキルや経験年数の違いから、ご利用様を理解し、信頼される対応ができていないのはこれからの課題です。職員の個性を生かしながらも話しかける位置も考慮し言葉遣いに注意し状態に応じた内容を話せる対応を行なっています。		
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	自立度が高く意思疎通が行なえるご利用者様に関しては、意思確認又は選択肢を提案し自己決定を尊重しています。意思表示が困難な方へは本人様のサインを見極めながら支援しています。		
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、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	夜勤明けの職員の申し送りを受け、日勤帯の職員がご利用者の状態に応じて1日の業務配分を行なっています。また、ご利用者様やご家族様の予定が事前に把握できている場合には、勤務表の作成時に職員の配置を考慮しています。		
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	整髪は訪問理美容へ依頼し、希望に応じたカット・染を行なっています。衣服の選択は支援が必要な方へは、選択しを用意して選んでいただくようにしています。		
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	食材の発注時にはカタログを見て頂きながら注文書を書き入れたり、調理を始める前には、在庫の食材を伝え何が食べたいかを相談しながらメニューを決定しています。調理の一部や準備・片付けは出来る範囲で行なっています。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援	摂取量は、記録簿に記帳し管理していま		

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
		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	す。また、検食簿にてメニュー管理し、魚・3種類の肉を使い分け好き嫌いがある方にも食べて頂けるよう調理に工夫を凝らしています。咀嚼・飲み込みの状態にも対応し、お粥・きざみ・ミキサー食・とろみに対応しています。		

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
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	口腔ケアは自立の方には促し、見守りを行ない、支援が必要な方へは必要に応じた支援をし、毎食後欠かさず行なっています。また、ご家族様の了解を頂き歯科衛生士を依頼して定期的に口腔ケアを行なって頂いています。		
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	排泄パターンの把握に努めご本人の意思を尊重しながら、時間の間隔に配慮し、プライドを傷つけないよう声掛け誘導を行なっています。また、尿意・便意のサインに注意を払いタイムリーなトイレ誘導を重視しています。		
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	水分補給。乳製品の提供・繊維質の野菜を使った調理を行なっています。体操や入浴・トイレ時には腹部のマッサージを行なっています。		
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	3日以上の間隔があかないようご本人様の意思を確認しながら支援しています。		
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	本人様のリズムを尊重し、その方にあった睡眠が得られるよう起床・入床時間を配慮しています。夜間帯の状態を考慮し、必要に応じて午前・午後の時間を調整しながら臥床を促しています。		
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	既往歴や現存病を十分理解し、症状の変化に気を付けて医師・看護師に情報を提供し指示を受けて対応しています。		
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	生活歴を考慮し、家事手伝いに参加して頂いたり、花壇の整備や体操やレクリエーションを行なっています。しかし、個別にはまだまだ不十分だが今後意識を高めて行なっていきます。		

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
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	日課として、買い物・ドライブ・散歩を状況に応じて行なっています。また月1度ですが近隣の老健での「絆サロン」に参加したり、2ヶ月に1度の頻度で外食レクを行なっています。まだまだ不十分で今後の課題です。		
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	お金の自己管理を制限していませんが、現在のところ自己管理をされている方はおられません。また、ご利用者様の購入希望があれば家族様の了解に応じて立替金対応をしています。		
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	電話での対応は家族様からの制限が無い限り自由に行なって頂いています。手紙に関しては、届くものに関してはお渡していますが、発信を促す支援は乏しい状況です。今後の支援課題です。		
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	移動回数が頻回な場所には障害になるものを常設しないように心掛けています。季節や行事内容に添った飾りつけや月2回の生け花を飾っています。		
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	食事時間帯に関してはテーブル席は固定していますが、定期的に配置交換を行なっています。その他の時間帯に関しては、移動を望まれる方には自由に移動を行なって頂いています。		
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	エアコン以外の備品は馴染みの家具の持ち込みをお願いし制限はありません。敷物に関しては、歩行の状態を考慮し形状や素材はアドバイスさせていただいています。また、防炎加工の物をお願いしています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり			

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
		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	身体機能を考慮しながら家具の配置を行ない、ベッドの位置や向き・手すりの種類や位置を行なっています。また、歩行状態に応じた敷物を設置しています。		