

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	2690500018		
法人名	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポートセンター吉祥院		
所在地	京都市南区吉祥院里ノ内町71-1		
自己評価作成日	平成29年8月10日	評価結果市町村受理日	平成30年1月9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 きょうと福祉ネットワーク一期一会		
所在地	京都市伏見区久我御旅町3-20		
訪問調査日	平成29年8月26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)】

<p>理念である「その人らしく」を念頭にチームとして同じ方向性を大事にケアにあたっている。</p> <p>グループホームならではの調理も、できるだけ「したい」という思いに添えるよう安全に支援している。献立も職員がご利用者の要望などを取り入れ、誕生日には好きな料理などを聞き取り反映させている。</p> <p>職員のストレスマネジメントにも気をつけている。</p>

【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)】

<p>ケアサポートセンター吉祥院は、医療法人三幸会が平成20年に京都市南区に開設した定員9名の高齢者グループホームです。法人は精神科治療に歴史が深い北山病院を母体として市内全域に診療体制を整備し、発症から地域ケアまで切れ目のない医療・介護を提供しています。当該事業所は、JR西大路駅から徒歩約8分程の住宅地に立地した2階建ての2階にあり、1階は小規模多機能ホームとなっています。南区安心サポーター相談窓口であり、認知症サポーター研修への職員を派遣しています。また、医療・福祉ネットワークの会員として住民向けの研修会を開催するなど、地域での認知症専門機関としての役割を担っています。「一人ひとりその人らしく」という理念を基に、本人の意向や希望に沿ったケア、利用者一人ひとりの出来ることを大切にするチームケアの実現を心がけている事業所です。</p>
--

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			

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	<ul style="list-style-type: none"> “その人らしく”の理念を共有しようと努力している。 その人らしくを念頭に共有できている。 「住み慣れた地域で自分らしく暮らしたい」を基本方針に掲げ、“自分らしさ”の把握に努めたサポートをしている。 	<p>理念「一人ひとりその人らしく」を基に、基本方針として「住み慣れた地域で自分らしく暮らしたい」を掲げ、一人ひとりの想いを尊重した本人本位のケアに努めている。内部研修でも理念をテーマに「その人らしさ」について掘りさげて職員全員が共有している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 直接関わることは出来ていないのが現状。散歩や日々の外出時に顔の見える活動を行うことが求められる。 町内清掃等、参加しやすい行事への参加。運営推進会議への参加呼びかけを町内会長へ行っている。 	<p>町内会に加入し、町内清掃等に職員が参加している。また、地域住民に事業所を知ってもらうよう広報誌を回覧して、夏祭りや消防訓練等の事業所行事の際には地域の方をお誘いしている。南区安心サポーターの相談窓口であり、認知症サポーター研修の告知や職員派遣も行っている。</p>	<p>散歩などの時に、地域の方と挨拶し会話するよう心がけておられます。今後、地域の一員として住民とのつきあいを深め、事業所に来ていただける関係が構築される仕掛けが必要です。近隣の小中学校等との交流を増やすことも期待されます。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> 認知症あんしんサポーター養成講座の告知を広報誌に掲載している。それ以外では機会を持っていない。 認知症あんしんサポーター養成講座、みなサポへの職員参加を行っている。 事業所も認知症相談窓口になっており、告知も行うよう努力している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 参加して頂いた方から出た意見をできる限り取入れ、ケアの質を上げるように努力している。 話し合いの中で出た意見に対してはケアカンファレンスでも取り入れ職員間の共有に努めている。 	<p>町内会会長、自治連合会会長、民生委員、南区担当者、地域包括支援センター、家族等を委員として、職員も参加して隔月に開催されている。ホームからの報告や質疑応答を軸に、参加者から助言、意見、要望を得ていることが報告書で伺え、家族に郵送し職員間でも共有されている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 管理者を窓口として、互いに顔が見える関係、相談できる関係が構築できている。 運営推進会議参加への呼びかけを行う等、必要に応じて随時行っている。 	<p>運営推進会議には福祉介護課・地域包括支援センター職員の出席があり、市町村の情報交換や具体的なアドバイスを獲得の機会となっている。また、南区医療・福祉ネットワークに加入し、地域住民向けの研修会を開催するなど、市町村とは普段から協力関係を築いている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 概ね理解ができている中でも身体拘束となるであろう行為が無意識のうちに行われようとするところがある。それに対して指導・事業所内研修等によって教育している。 拘束を行う場合でも、定期的に必要性を見直している。 	<p>毎年内部研修で身体拘束をしないケアについて学び、「スピーチロック」についても職員間で意識している。日中は玄関等の施錠はせず、各階の移動も自由にできるようにしている。外出の希望があれば、できる限り行動を制限せず出かけられるように、1階の小規模多機能事業所とも連携し全職員で見守る体制をとっている。</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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内外での研修の場を設けている。ケアカンファレンス等で、日々の支援について話し合いをする場もある。 ・職員個々で注意している。研修も行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護という大きな枠に関しての研修の機会はあるが、個々について十分に話し合っているとはいえない。現状、活用している利用者はいない。 ・研修を定期的に行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な説明は行えていると思うが、不安や疑問点が返ってくる事が多くはないため、不十分な可能性もある。 ・契約書内容の説明・同意を得て理解してもらっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議や苦情受付窓口を十分に活用できているとはいえない。ごく一部から意見をいただけるにとどまっている。要望等は職員間で共有を行い、取り組めるところから改善に向け取り組んでいる。 	<p>家族、利用者の言及された事や行動の真意を汲む姿勢に職員一同で努めている。担当職員が毎月写真つきのお便りを送るとともに、面会時には積極的にコミュニケーションをはかり、家族の安心に繋げている。家族会を年1回開催されている。</p>	
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		<p>1年に3回、個人目標設定シートの自己チェックを基に、管理者との面談の機会がある。チームワークの良さが感じられ、ケアについて職員から提案しやすい職場づくりに心がけている。長年勤務してきた職員が多く利用者や家族の安心にも繋がっている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に基づき代表者との面談の機会があり、アドバイスを受け、環境整備に取り組むよう努めている。職員全員がやりがいを持てる職場を目指している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・研修等を受けられる機会は非常に多い。ただし、積極的な外部研修への参加が少なく、管理者からの推薦が多い。意識向上への取り組みが必要。 ・OJTを心掛け、職員のスキルアップに努めている。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・京都地域密着型サービス協議会への参加をしている。 ・外部研修での交流の機会もある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・計画作成担当者を中心にヒアリングを行い、ケアプランへ活かし、その後も継続している。 ・現状で求めていること、求めているであろうことは日頃から耳を傾け、本人に寄り添うよう心掛けている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・計画作成担当者を中心にチームで関わっている。 ・面接時に聞き取りを行う。後日の問い合わせにも対応できるよう努めている。 ・入居前には面談を行い、不安が解消できるように努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・特に医療との連携も考慮しながら、必要な支援の見極めに努めている。 ・訪問マッサージ、口腔指導等を導入している。 ・ADLを把握しながら要望を伺い、支援の検討を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一方的な立場に置かないように努めている。しかし、自己決定であったり、尊厳の部分で未熟な面もあり、まだまだ向上しなければならない部分が多くある。 ・共に生活するという立場で接している。 ・食事や家事を一緒に行うことによって共感できることを増やしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・できる限り家族にも支援への協力を依頼し、関係が断絶しない様になっている。 ・家族の支援もケアの一環としてとらえ大切にしている。 ・家族からの相談を常にうかがえる体制を作っている。 ・こまめに連絡を取り本人の状態を共有している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・馴染みの人との関係を継続できるよう、家族を中心に面会等の機会はあるが、馴染みの場所へ出向く機会を持っていない。 ・出身地や関わりのあった人の話題等を会話の中に取り入れるようにしている。 	事業所の行事には利用者の家族、友人などに声をかけて参加を呼びかけている。日々の利用者の会話や行事に参加された時の様子などを話したり、体調の変化も伝えながら、利用者の持っておられる力を引き出せるよう協力しあえる関係を築いている。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> リビングの座席配置も状態によって配慮したり、支え合いの面でも比較的ADLの高い利用者が中心となりできている。 それぞれの性格を理解し、上手く交流がもてるよう職員が間に入り関われる環境作りに努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 希望や必要性に応じ支援できる体制がある。 相談があれば対応できる体制が取れている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 計画作成担当者が中心となりチームで把握に努めている。職員の中での格差はあり、職員側の価値観で判断することも見受けられる。 できる限りその人の思いと一緒に考え本人本位で検討している。 	利用者の意向を聞き取り、外食や外出の企画を立てて実行している。暮らしの希望や意向を伝えるにこなっている方には、表情や仕草から感情を推測して、「その人らしさ」を大切に個別の寄り添い方を検討している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 計画作成担当者が中心となりチームで把握に努めている。 家族・本人からの聞き取り等で情報を得ては把握に努めている。 申請時のケアマネからの情報を得ている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 毎月のモニタリングを行うとともに、緊急時にはカンファレンスを行い、把握できるように努めている。 日々の関わりの中での観察、医療職との連携を通じて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	<ul style="list-style-type: none"> モニタリングは担当制を作り、全ての職員が関わるようにしている。アセスメント・プランニングの面では、計画作成担当者以外の関わりが薄い。 毎月モニタリングを行い、会議で検討し反映している。 家族とも必要に応じ相談。意見や要望も職員間で話し合っている。 	毎月、担当職員がモニタリングを実施して、記録を全職員で共有している。また、カンファレンスは、職員が利用者1～2名を担当して実施している。短期目標を経過記録に転記することで、計画の実施状況を確認するように意識し、状態変化についても早期に発見できるように工夫している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 記録については研修の機会を設けながら、全職員が気づき等を共有できる記録のスキルを身に付けられるように取り組んでいる。少しずつではあるが、実践やプランニングにつなげられることが増えている。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・必要とされることについて柔軟に対応している。 ・ADLの変化や本人からの要望により、訪問マッサージの施術等を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・地域とのつながりが強いとは言えない。顔の見える関係作り、事業所からの発信をよりすすめていきたい。 ・地域資源を活用できていない。 ・地域の商店での食材仕入れを行っている。近所の公園・天満宮などへの散歩を楽しんでもらうこともある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の希望・状態を考慮して、かかりつけ医を決めている。日々の相談も気軽にできる関係が構築できている。 ・希望があれば往診医を紹介している。かかりつけ医とも情報共有し、関係構築に努めている。 	以前からのかかりつけ医など、開業医や往診センターから複数の医師が関わり、安心して訪問診療を受けられる体制が整備されている。訪問看護師、マッサージ、口腔ケアを利用されている方もあり、医療職との情報共有はじめ連携を大切にしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションとの相談・連絡体制がとれている。 ・訪問看護に気づきを伝え、日常的に支援する方法を相談している。 ・緊急時にも相談できる体制を構築している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・状況毎に情報交換を密にとり、適切なタイミングを見極めて対応している。協力医療機関を中心に、日々の連携を大切にしている。 ・退院前には病院にてカンファレンスの開催を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・契約時に終末期に向けての指針の説明を行い、必要な際には随時話し合いを行う旨の理解を得ている。医療職を中心とした関係者との連携にも日々取り組み、支援体制の構築に努めている。 ・家族の希望を聞き、医療機関との連携により支援できるよう、体制づくりに努めている。 	入居時、家族に事業所での重度化や終末期の対応について、重要事項説明書を基に看取り指針を説明し、意向を確認し了解を得ている。夜間についても、往診センターや開業医にすぐ連絡できる体制を整備している。AEDが設置されており、職員は救急研修を受講している。	現在は、喀痰吸引のできる職員がいないと伺いました。「最期までここで」という利用者や家族の希望に応えるためにも、重度化に対応するための研修が望まれます。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・対応マニュアルの整備や研修の機会を設けている。 ・定期的な訓練は行われていないが、夜間帯での緊急出勤の体制を整え、医療機関への指示を仰ぐ手順が確立されている。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回の消防訓練を中心に取り組んでいる。地域との訓練や、地域からの訓練への参加の呼びかけは毎回行っているが参加には至っていない。 	消防署の協力を得て、日中、夜間を想定した避難訓練を毎年2回実施している。新人職員には消火器やAEDの扱い方も含めて研修を行い、備蓄もしている。消防訓練などへの参加を地域住民に呼びかけているが、現在は参加がほとんどないと伺った。	地域との協力体制が不十分だと認識され、今後の課題とされています。今後、地域の災害訓練などに参加して、ホームにAEDがあり、一時避難できる場所であることを伝えて、自治会と避難協定についても検討されることを期待します。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりが意識をし取り組んでいる。ただし、尊厳やプライバシーへの配慮の面で欠けていることも多々見られ、意識の向上や理解を深めることが必要。 ・職員により声掛けの質の差があり、日々指導を行っている。 	利用者を尊重し、押し付けではなく、できることを一人ひとりのペースに合わせて行い、自分のペースで生活が維持できるように対応している。職員は、丁寧な言葉がけと落ち着いた寄り添い方を心がけている。また、プライバシーの確保や接遇について、内外研修で積極的に学んでいる。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の会話の中から引き出していけるように取り組んでいる。誕生日での個別支援を行っている。自己決定できるような関わりについては、職員の思い込みも見られる場面があるので、より理解を深める必要がある。 ・自立支援は念頭に置いている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・できる限り希望に添えるよう支援を目指しているが、業務優先になってしまうことも多い。 ・一人ひとりのペースは大事にしている。 ・個々のペースを大切に、臥床時間の設定や延食も行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族へ協力もお願いし、季節にあった衣類等を準備してもらっている。一人ひとりが今までに使用していた衣類等の傾向を把握するよう努めている。 ・訪問理美容やADLによっては美容院へお連れしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者によっては調理を職員と一緒に参加して頂いている。 ・昼食の献立は利用者の希望も取り上げ、職員が順番に一週間分ずつ作成している。 ・食事のメニューをホワイトボードへご利用者に書いていただいている。 	朝・夕食の副菜はクックチルを利用し、昼食は利用者の希望を聞き献立を作成し、利用者に準備や調理に携わっていただき調理している。手作りのランチョンマットを敷き、落ち着いた雰囲気の中で食事を楽しめるようにされている。嚥下や咀嚼の難しかった人へは様々な工夫をして、少しでも飲食できるように配慮されている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりのできる力を大切に、過剰介助とならないよう努めている。 ・疾患や制限のあるご利用者に対しても職員が一人ひとり把握し共有しながら対応している。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後行えるように努めている。できることはできるだけ本人の力を大切にしている。歯科医師・歯科衛生士との連携も取り、必要な指導を介護職員が受けている。 ・起床後と毎食後に実施している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・できる限りトイレでの排泄を目指し日々取り組んでいる。 ・その人にあったパット選びや自分で排泄できるよう、すべて介助しないよう検討している。 ・各自の排泄パターンの把握を行い、必要に応じた声掛け誘導を行っている。 	<p>利用者の排泄パターンを把握し、様子を見ながら尿意のサインを見逃さず、プライバシーに配慮しながらトイレ誘導するようにしている。下肢筋力の低下している方でも、職員の二人介助により自立に向けた排泄を諦めず支援している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排便状況の把握をし、食物による自然排泄から必要に応じて薬剤調整を行い、主治医等との連携も行っている。 ・水分摂取の促しや体操を働きかけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・拒否がある場合は無理強いせず、時間や対応職員を変えながら取り組んでいるが、楽しみと位置づけは出来ていないと感じる。 ・体調を重視し、入浴時間や曜日の設定はしていない。 	<p>個人の希望に添えるよう、、入浴時間や曜日の設定はせず、シャワー浴や足浴など体調の変化や状況に合わせて楽しめるよう努めている。入浴時は羞恥心への配慮をしながら介助している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人のペースを大切に、時間の見当識に障がいのあるご利用者に対しては職員側からさり気なく休息の声かけ等行っている。 ・日中の適度な運動は心がけている。 ・個々の状況に応じ、臥床時間を設けている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤状況について情報の共有に努めている。症状の変化によって主治医へ適宜相談している。 ・薬の量や種類に変更があった時は申し送り等で職員間で共有し、チェック表の更新も行っている。服薬時はダブルチェックを実施している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりの、その人に合った役割を見出すよう努め、楽しみとなるようチームで考えている。 ・個々の好きなこと、得意なことには積極的に取り組めるよう働きかけている。 ・誕生日には本人の要望に沿った楽しみの支援を行っている。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の人的確保の不足もあり、ほとんど実現できていない。まずは外出を大きく捉えず、数分の外気浴から始めることを積み重ね、外出に対する職員の意識改善とスキルアップを図っている。 ・職員配置によっては気分転換していただける日もあるが、希望通りにはなかなか至っていない。 	<p>玄関先に置かれたベンチで休憩したり、植木や花の水やりや新聞を取りに行くことをケアプランに設定している利用者もある。近隣の公園や寺社仏閣への散歩や、スーパーへの買い物については、出かける回数を増やす努力をされている。誕生日月の外食など、希望を聞き取り個別外出に取り組んでいる。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・お金を所持することはないが立替金があり、好きなものを食べたり、一緒に買い物ができる機会がある。お金を所持することの大切さに対して理解はしているが、リスク管理を優先した対応となっている。 ・お金を持つこと自体を希望している利用者がいない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・電話は希望があればいつでもかけられる環境である。手紙が届くこともあり、本人に手渡している。利用者が年賀状を書く機会を持つことに継続して取り組んでいる。 ・自ら電話をしたいと言われた時はできるように支援し、ご家族とも共有できている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・過度に特別なことをするのではなく、生活空間の雰囲気やチームで大切にしている。温度・湿度には気をつけ、できる限り一人ひとりの希望に近づくよう調整している。 ・温度には気を配っている。 ・生活館や季節感を感じられるような空間づくりを心掛けている。(冬は寒い、夏は暑いなど感じる時間を大切に心掛けている) 	<p>玄関の前にはプランターで植物や野菜が栽培でき、水やりやベンチでの休憩を楽しみにしている方もいる。2階のリビングは広く光が入り明るく、利用者が毎日自発的にリハビリで歩いている。ソファに座って日差しを浴びながらテレビや音楽を楽しみながらくつろぐこともできる。加湿器を利用して、湿度にも配慮している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活での居場所を固定することなく、自由に居室に戻る。リビング内の好きな場所で過ごすことができる。 ・誰でも過ごせるソファ等があるが、居場所としては限定感がある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・できる限り馴染みの物を持ってきてもらえるよう家族へ働きかけている。新しい物も、一人ひとりの状態に合わせ、使いやすい物を心がけている。 ・認知症状に応じた物の設置に気をつけている。 ・本人と相談しながら室内整理等を行っている。 	<p>居室は馴染みの物を持ち込んで、今までの生活の継続を大切にしながら、個性を生かした生活空間作りに家族や職員も共に努めている。本人と一緒に清掃や片づけを行い、落ち着いて過ごせるように配慮している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・動線に気をつけ、安全に歩行できるよう配慮している。 ・自立支援をベースに場所も分かりにくならないよう過度の飾り物などを設置しないよう心掛けている。 		