

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	令和元年7月27日	評価結果市町村受理日	令和元年9月25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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2690500018-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 あい・ライフサポートシステムズ		
所在地	京都府京都市北区紫野上門前町2-1		
訪問調査日	令和元年8月19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>* 本人が出来ることは奪ってしまわず、さり気なく見守り、その人の「今」を知り、職員間で共有に努めている。</p> <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>* 本人の生活ペースを大事にし、したい、したくないを大切に考え、自発的で活動的な生活が送れるよう努めている。</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>開設12年目の、1階に小規模多機能事業所を併設した1ユニットのグループホームです。近隣にはお寺や神社、小学校、保育園もあり、住民と触れ合う機会が多い環境になっています。年に一度開催される家族会は、出席者は少ないものの食事を兼ねた座談会形式の会で、忌憚のない意見交換の場となり、出席者を増やしていく工夫に期待するところです。「一人ひとりがその人らしく」の理念のもと、決まった時間に何かをするということではなく、一人ひとりのペースに合わせて過ごせる様に配慮されています。衛生面にも工夫がみられ、口に入っても大丈夫な抗菌・消臭材を使用し、感染症対策も効果的なものになっています。ケアマネジメントはMDS方式を採用し、アセスメント～計画作成～サービス提供～記録～モニタリング～計画の見直しですが、職員間の情報共有を有用なものにしています。運営懇談会は併設の小規模多機能事業所との合同で実施されていますが、レクリエーションや各種行事などは、利用者・入居者の状態を見ながら、それぞれで実施しています。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活き活きと動いている (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

[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している。 ・「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。 	法人理念に基づく事業所理念「一人ひとりがその人らしく」をリビングに掲示し周知しています。その人らしい生活をしてもらうため、過去の生活習慣などを丁寧に聴き取り、日頃のケアに活かす支援をしています。また、できる限り自発的に発語してもらえよう声掛けにも工夫をし、入居者の想いを汲み取るように努めています。	
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	<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。 ・町内清掃や運動会等、参加しやすい行事へは参加をしている。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。 ・毎週日曜に町内の皆さんと一緒に事業所の駐車場でラジオ体操を行い、交流を継続している。 	自治会・町内会に加入し、回覧板で情報の発信や収集を行っています。日曜日には敷地内でのラジオ体操を実施し、近隣住民が10名以上参加するなど、顔の見える関係を作っています。夏祭りを実施し回覧板での告知をしてはいるものの、近隣住民が立ち寄るまでには至っていません。現在、保育園との交流を検討中です。	近隣小学校の運動会に出向くなどの交流はあるものの、小学校側から出向いてもらうことは先方の都合により数年前から途絶えているとのことです。保育園との交流検討と併せて、小学校との交流復活に向けて、改めて働きかけをしてみたいかがでしょうか。
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。現在は人員不足のため広報誌が休刊となっている。 ・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上げ職員間の共有に努め実践に繋げている。 	地域包括支援センター・民生委員・自治連合会会長・地域有識者・家族が出席し、2ヶ月に一度の開催をしています。運営状況・事故・ヒヤリハット・苦情・行事等の報告を委員会議事録と共に配布し、意見やアドバイスをいただいています。	運営推進会議の開催は、家族への案内とともに地域の回覧板でも告知はしているものの、参加者が固定化されつつあるようです。日時や議題の工夫を行い、地域住民や家族が参加したくなるよう検討してみたいかがでしょうか。
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	<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。 	運営推進会議議事録は役所へ出向き手渡しを行い、顔の見える関係作りをしています。役所主催の事業者連絡会などには、併設の小規模多機能事業所管理者が出席し、情報を得ています。運営推進会議の案内も行い、都合のつく時には出席もいただいています。	
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	<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。 ・三ヶ月に一回の頻度でケアカンファレンスと同時に勉強会を開催している。(H30.5より) 	フィジカルロックについては廃止されており、スピーチロックについては管理者が率先垂範を行い、不適切な声掛けにならないよう、立場を越えて互いに注意し合えるよう努めています。3ヶ月に一度の委員会活動は、毎月のカンファレンスと同時に実施し、年間研修計画に基づいての研修も実施しています。玄関をはじめ、ユニットの出入り口も夜間のみ施錠とし、日中は自由に出入りできるようにしています。	

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
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、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	・権利擁護という大きな枠につい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。成年後見制度については現状、活用している利用者はいない。 ・年に一回は必ず研修を行っている。		
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	・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	・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。	年1回の家族会を実施し、食事会形式で自由に意見を言ってもらえる機会を設けていますが、参加者は少数にとどまっています。入居者一人ひとりの近況報告「はんなり」を毎月発行し、家族から好評を得ており、意見や要望を収集できる様にしています。入居者からの要望などは、日頃の関りで聴き取る様にし、運営に活かしています。	家族からの意見や要望は「出にくいもの」との前提に立ち、些細な事からでも出してもらえる工夫や取り組みが必要です。意見や要望と、その対応を公表するなど、意見を出すことがより良い環境になる事を理解してもらえるような取り組みが望まれます。
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	・ケアカンファレンスと職員会議の場を毎月設けている。職員からの意見を出しやすいように日々話しやすい雰囲気作りをしている。	毎月実施するカンファレンスで、職員意見を聴取しています。管理者は日頃の関りの中で雑談機会を作り、職員が自発的に意見を言えるような環境作りに努めています。職員発案により、ホテルでコーヒーを飲んだり、ケーキを食べたりする喫茶レクを始めるなど、職員意見を取り入れ、運営に活かしています。	
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	・事業計画に基づき代表者との面談の機会があり、アドバイス等を受け、環境整備に取り組むよう努めている。職員全員が言いたい事が言え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	・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職員がそれぞれ対応できるよう共有に努めている。 ・入居前には面談を行い、不安が解消できるように努め、家族支援も念頭に心掛けている。 		
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、今必要な支援の見極めに努めている。 ・訪問マッサージ、口腔衛生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、関係が断絶しないように努めている。 ・家族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。 	入居前面接で、本人や家族からそれまでの生活歴などを丁寧に聴き取り、アセスメントシートにまとめています。入居後に知り得た情報は支援経過記録や業務日誌に記載し、職員間で共有しています。遠来の友人が頻繁に面会に訪れる方や、駅前の美容室に通われている方もいます。	
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の高い利用者を中心とってきている。 ・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。 		

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	<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。 	入居者の担当職員を決め、毎月のモニタリングを行っています。毎月のカンファレンスでは、担当職員を中心に話し合いを行い、入居者一人ひとりの意向や生活の課題を確認し、適切な計画や支援につなげています。	
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	<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"> モニタリングは常勤で担当制とし、各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のが、各担当も確認をするよう指導している。 毎月モニタリングを行い、課題については会議で検討し反映している。 家族とも必要に応じて相談。意見や要望も職員間で話し合っている。 	MDS方式を採用し、アセスメントから計画作成・モニタリング・見直しまでを統一した方法で実施することで適切なケアマネジメントを提供しています。毎月のモニタリングとカンファレンスにより、必要に応じて計画の見直しを行うとともに、原則6ヶ月毎の見直しが行われています。見直しの際には、再度アセスメントを実施し、計画に活かされています。計画の短期目標・サービス内容に採番を行い、支援経過記録の記載時に採番された番号を記載することで、計画と支援との関連が明確になるよう配慮されています。	
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	<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。 		
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。 		

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	<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。 ・地域の商店とスーパー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"> ・本人やご家族の希望・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。 	入居前からのかかりつけ医の継続、協力医への変更に加え、近隣往診医の紹介を選択していただけるようにし、本人にとって最適な医療環境になるよう支援しています。受診の際には家族協力の他、同区内であれば、同行も実施しています。また、毎週の口腔衛生指導と、月一回の訪問歯科による検診も実施しています。	
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	<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が構築できている。 		
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	<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。 	入居契約時に、入居契約書・重要事項説明書に記載された、「重度化対応・終末期ケア対応指針」に基づき、必要な説明を行っていますが、現在のところ看取りの実績はありません。	契約関係書類内に記載された看取りに関する指針は確認できましたが、意向確認書や同意書などの確認ができませんでした。別紙等で、丁寧な指針を提示するとともに、事前に意向確認のできる書類などを準備されてははいかがでしょうか。また、看取り研修も未実施ということでしたので、医療機関協力のもと、その時に備えた研修を実施されることが望まれます。
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。 		
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。(日中・夜間想定)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。 	年2回、昼間・夜間想定での消防訓練を消防署協力のもとで実施し、併せてAEDの使用法の演習も行っています。また訓練の際には、緊急連絡網の実効性の確認もしています。福祉避難所の指定では無いものの、近隣住民の避難を想定し、アルファ化米や飲料水の備蓄も行っています。	

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
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、日々指導を行っており、徐々に改善している。	プライバシー保護に関する研修を実施する迄には至っていません。管理者を中心に日頃の関りの中で、恥ずかしい思いをさせない事に配慮した声掛けや不適切な言動にならないよう、職員同士が注意し合える環境を作っています。他の入居者に聞こえないようトイレ誘導したり、おむつやパッドは見えない所に置いたりするなどの配慮をしています。	
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	・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。 ・自立支援を念頭に置いている。		
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し、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	・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、日中の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	・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によっては地域の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	・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・夕食は湯煎式の食事で、昼食は職員による手作り料理の提供をしています。昼食の献立は入居者の希望を聞きながら一週間分の献立を職員が考え、下準備から片付けまでを入居者と一緒に行っています。食材の調達は近隣の個人商店からの配達ですが、調味料などは一緒に買い物に出掛けています。誕生日の方の希望を優先し、好みの食事やおやつを提供しています。	
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	・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'今'の状態を共有しながら対応している。		
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。		

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	<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実践している。 ・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。 	おむつ使用の方はおらず、夜間も吸収量の多いパッドを使用して、おむつに頼らない支援を行っています。職員意見からパッドを布パンツやリハビリパンツと組み合わせるなど、一人ひとりに合ったものにして、食べ物の工夫や10分間歩行などで、自然な排便を促す支援をしています。	
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	<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している。 ・水分摂取の促しや体操を働きかけている。 ・室内(廊下)の歩行運動やラジオ体操を毎日実施している。 		
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	<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。 	週3回の入浴を目標に、最低でも2回の入浴を実施しています。特に曜日を定めることをせず、本人の希望や体調を見ながら、適宜声掛けにより入浴を楽しんでもらっています。入浴を断られた際には無理強いせず、タイミングや時間を見ながらシャワー等を促しています。	
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	<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を行っている。 ・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。(食事や外出支援) 		
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。 	職員不足もあり、散歩等の外出機会を作る事が困難な中、ゴミ出しや菜園の様子を見に行くなど、少しでも外気にあたってもらえるよう支援しています。あらかじめ企画した季節ごとの外出行事として、動物園や水族館、紅葉狩りやドライブなどの計画的な外出も実施しています。	

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
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はいない。 		
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きよう調整している。 ・温度には気を配っている。 ・生活感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>広々としたリビングには、2台のテレビを設置し、スポーツ観戦やドラマといった好みに分かれて過ごせるようにしています。また目に付くところに将棋やオセロを置いておくことで、自発的にゲームを行えるようにしています。季節の飾り付けを行い、室内でも季節を感じられるよう配慮されています。1日に数回の換気を行うことで、臭気や感染症対策にもなっています。</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、自由に居室に戻れる。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の設置を多様化し、テレビも二カ所に分けて観たい番組によって分かれて観れる環境を作っている。 		
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	<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を適宜検討している。 ・本人と相談しながら室内整理等を行っている。 	<p>入居前に、馴染みの物や使い慣れた物を持ち込んでもらうよう話をしています。全室が畳敷で、仏壇を持ち込んだり、入居前から使っていた椅子を持ち込んだり、個性的な設えになっています。お気に入りの写真、職員が書いた似顔絵などを飾り、安全への配慮をしながら、好みの空間になるよう支援しています。</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。 		