

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	医療法人三幸会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22年7月12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	http://kohyo.kyoshakyo.or.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	京都ボランティア協会
所在地	京都市下京区西木屋町通上ノ口上ル梅湊町83-1
訪問調査日	2010年7月29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)】

当事業所は住宅街に立地し、隣の大家さんの銭湯には地域の方が大勢利用されている。近隣には商店街や大型スーパー、天満宮等があり、日常的に買物や散歩等、外出しやすい条件が整っている。昨年度には、学区内小学校児童との交流会を授業の一環として実施し、以降は外出時に出会った当該小学校児童より、積極的に挨拶や声掛け等があり、地域住民との交流をあげつつある。週1回実施している生け花のフラワーセラピーには、ほぼ全員の利用者が参加し、充実した時間を過ごしている。小規模多機能ホームを併設しており、ゲームやレクリエーション、行事等は合同で実施し、利用者間の交流を図っている。「その人らしさ」を最大限に引き出せる支援を目標にしている。

【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)】

町内会から運営推進会議に参加があること、地域の防災訓練に参加したり、一斉清掃に参加したり、開設2年が経過し、地域との連携が進んでいる。近くの吉祥院小学校の4年生が訪問してくれ、楽しく交流してくれたことが大きな成果である。職員が広報、行事、食事などの役割分担をし、読みやすく写真が多い新聞の発行やおいしい食事の手作りが進んでいる。昨年は法人がグループホームを2カ所立ち上げたことに伴って、管理者やケアマネジャー、職員などの兼務や法人内異動が多く発生し、運営やケアの充実という面であり進まなかったと管理者は考えている。4月から職員態勢が落ち着いている。職員は明るく、非常に意欲をもって前向きに取り組んでいる職員がいる一方、グループホームのあり方について未熟な考えの職員もあり、職員の認識に違いがみられるので、今後は職員研修により、認知症やグループホームについての共通認識の確立が望まれる。

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、その時々々の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	法人の理念は、「話をよく聞き、ともに歩みます」と掲げており、それを踏まえ、「一人ひとりがその人らしく」を念頭に置き、支援している。	法人の理念を踏まえたグループホームの理念として「一人ひとりがその人らしくを理念としており、パンフレットに明記している。家族には契約時等に説明している。職員会議で日常の業務の振り返りをするなかで理念の浸透をはかっているが、不十分である。	理念をホーム内に掲示するとともに職員間の共有化とその実践が求められる。例えば、利用者の居室のあり方、毎日の過ごし方、行きたいところに行けること等、利用者のその人らしさが実現することが望まれる。
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人として日常的に交流している	住宅地の中にあり、日々多くの方と顔をあわせている。地域の方との挨拶は、職員から積極的に行っている。	地域に徐々に受け入れられている。近くの小学生が来訪し、ソーラン踊りを見せてくれた。散歩の際に小学生と話したり、玄関先で雨宿りをしていた小学生を招き入れたり、下校時にプランターの花に水を遣ってくれている。音楽ボランティアが来訪して生演奏を聞かせてくれる。フラワーセラピーを毎月実施し、利用者には好評である。町内会の地蔵盆、一斉清掃に参加している。本の好きな利用者と図書館に本を借りに行く。	
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	本年度は、出来ることでの地域貢献として「認知症サポーター研修」開催を行う予定。又、「すこやか学級ボランティア」を行うことで、少しでも多くの方のご相談等の支援に努めていきたい。		
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	地区社協会長、担当包括の職員、福祉介護課職員、小規模・GHの家族等多くの方に参加して頂き、2ヶ月に1回開催。サービスの報告やご意見をもとに議事録作成し、参加者・ご家族に配布や、職員に開示し、サービス向上へとつながるよう取り組んでいる。	家族、町内会役員、南区福祉部福祉介護課介護係長、地域包括支援センター職員、南区吉祥院学区社協会長がメンバーとなり、テレビを見たい利用者の専用のスペースを設けてはどうか、認知症についての啓発活動をしてほしい等、活発な意見交換があり、改善している。今後は認知症サポーター研修の講師を務める予定である。	運営推進会議の開催は隔月か、あるいは年6回が求められる。また小学校との交流が実現しているので、校長先生やPTAの役員さんたち、近くの保育園長、ジャスコの店長等にゲストメンバーとして参加してもらい、内容を豊かにすることが望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	南区介護サービス事業者連絡会議での情報交換や、南区福祉介護課への随時の往訪で、相談・報告・情報収集が行えるように努めている。	南区が開催する「南区介護サービス事業者連絡会議」に参加しており、情報交換を行っている。南区や地域包括支援センターから、認知症についての市民向けの研修会の講師依頼を受けているが、日程の関係でまだ実現していない。	
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	開設後、身体拘束は行っていない。契約時に、身体拘束については、必要な状態を含めて、十分に時間をかけ説明を行っている。事業所としては、手厚い人員も確保できており、今後も拘束しないケアを継続していきます。	ホームとして「身体拘束、その他利用者の行動を制限しません」と契約書に明記している。玄関ドア、エレベーターは暗証番号で開閉している。非常階段へのドアは鍵をかけている。施錠に関して職員の認識がまだ弱い。	認知症の利用者について行動制限することがどのようなデメリットになるのかを、職員間の話し合いを繰り返し、深く認識することが求められる。
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	上記項目と共に、管理者等による事業所内研修の実施、又、職員が外部で行われる研修に参加し、虐待の早期発見及び事業所での虐待防止を徹底している。		

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
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	法人内職員からの指導や、事業所管理者が、実父の成年後見人を行った経験も踏まえ、事業所内研修を実施。現在、小規模利用の方で、1名権利擁護の申請中。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、契約書の事項を説明する事で、理解頂けている。又、不明な事等は、随時訊ねて頂くようにしており、電話や来訪時に説明することで、理解を得ている。		
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	13項と同じく、契約時に契約書の事項を説明する事とともに、苦情に関しては、特に時間をかけ説明し、些細な事でも、管理者・職員に話して頂くようお願いし、改善に向けて迅速な対応を心がけ実行している。	冬季に室内の温度湿度の管理をとの意見により、居室内に濡れタオルを掛けている。洗濯により色落ちしたズボンについても家族に謝罪し、対応している。ほとんどの家族が毎週面会にきており、花見、開設記念行事等にも3家族くらいが参加している。今後は家族同士の交流が進み、ホームの運営に協力するような動きがあらわれることが期待される。	
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	月例職員会議を行い、職員の意見等を運営に反映させている。	毎月開催の職員会議や担当利用者に関するケアプラン会議等で、職員は活発に意見交換している。職員は食事委員、行事委員、広報委員等、得意なことを生かして役割分担している。外部研修は希望者を受講させ、受講者は報告書や伝達研修をおこなっている。管理者は職員と個人的に面接し、相談に対応している。	
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	代表者は、職員が協議して作成した事業計画について、管理者とヒアリングし、それに対し評価・助言をし、職場環境・条件整備を進めている。また、法人本部長が職員と面談し、職員の意見等を聞き、職場の現状把握に努めている。		
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	管理者が法人責任者と相談し、年間研修計画を作成する。それに伴い、サービス・ケアの質向上支援を行っている。又、ケアマネ・介護福祉士等資格取得に対して、法人内で手厚い支援体制もあり、制度利用が円滑に行われるようになっている。		
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	南区事業者連絡会議に出席し、交流を図っている。又他事業所等との交互訪問を随時行うことや、法人内他事業所間での話し合い・見学等も行い、サービス状況の把握や質向上となるよう取り組んでいる。		
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	入所前面接時は、まず本人が不安を感じたり警戒しなくてもいいように配慮している。入所後は、信頼関係を築くために本人の意思を確認してから介助を行うようにしている。話すことが困難な利用者に対しては、表情や仕草等から自発的な行動を抑制することがないよう援助している。		

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
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	問い合わせや、面接時に十分時間をとるようにしている。		
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	相談時、本人・家族よりの話を傾聴することに時間をかけており、事前情報等とあわせて、的確な「ニーズ」把握を心掛けている。管理者・他職員がいっしょに面接する事で、一人では気がつかない事でも、少しでも感じ取れるようにしている。又、事業所以外に必要な支援はないか等も検討し、提案している。		
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	当たり前なことでも、できたことに対して共に喜べるよう援助している。		
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	家族が面会時に感じた本人の変化を、オープンに話していただけるように関わっている。		
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	できるだけ馴染みのある物や家具を持ってきていただいております。面会・外出等で馴染みの人や場所との関係が保てている。	以前の利用者で、昔の友人夫妻が尋ねてくれる人があったが、現在の利用者にはない。手紙のやりとりや電話をかけるなどもない。	利用するまでの長い人生で友だちやサークルの仲間、町内会などの役員仲間等、さまざまな人間関係を大切に、その人たちとの交流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	職員が、利用者との間に入り、おはなし等、利用者間の関係が、馴染みとなるよう心がけている。話題も、季節や食べ物等、共感できることを心がけ、多くの方が、いっしょに過ごせるようにしている。		
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	利用終了後も近況把握に努めている。		
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	本人・ご家族から、生活史や環境等把握を行っている。利用時のケア情報を含めて情報収集し、職員間やご家族との話し合いを行う事で、「今何が必要か、希望されているか。」意向把握を行っている。又、ニーズも変化しており、必要時モニタリングを欠かさず実施して、意向の変化把握に努めている。	利用が決まると管理者、ケアマネジャー、職員等が訪問面接し、利用者のアセスメントをとっている。利用している医療情報、介護情報等を収集している。アセスメントの書式を暗中模索している。利用者の生活歴や趣味・嗜好、性格なども記録に残されているが、いずれも情報は少ない。	

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	上記情報収集と合わせて、起床時間にも考慮したサービス提供等、個別に合わせての支援に取り組んでいる。又、今までのサービス利用状況等を、家族や関係者から情報収集し、お好きなレクや作業・趣味の把握に努めている。		
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	高齢の為、体調・ADL・認知面等変化も多く、日々の状態把握等が大切である。随時、事業内やご家族を含めた話し合いを行い、もてる力を大切にケアが出来るようにしている。		
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	担当ケアマネとして、定期的なモニタリングを行い、サービスの実施状況等把握を行っている。話し合いでの結果を、常にプランに反映して、ケア実施を促している。	介護計画はケアマネジャーが担当職員とともに、毎月ケース会議を開催し、検討している。介護計画は身体介護の項目が多く、生活の楽しみがない。1項目に何件かの介護が含まれているものもある。利用者の生活歴の反映が少ない。モニタリングは実施されているが、再アセスメントは実施されていない。支援経過記録は介護計画の項目にしたがって書かれていない。	利用者一人ひとりに個別で、具体的な内容であり、利用者の生活歴を反映しており、毎日の生活の楽しみを入れた介護計画にすること、支援経過は介護計画の項目にしたがって記録し、ケアを実施したかどうか、その結果の利用者の表情や言葉、できなかったときの考察を書くことが望まれる。
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	記録用紙で、日々の変化等が容易に把握できるようにもなっており、必要時職員間・ご家族等と随時話し合いを行っている。		
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	本人や家族からの要望により対応しているが、十分とはいえない。		
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	消防音楽隊やボランティアによる外部訪問等を実施している。		
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、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	本人及び家族等の希望により、往診医や訪問と連携し、必要時受診している。	利用者のかかりつけ医を大切に、家族が受診に同行している。連携医療機関の医師が往診し、利用者の体調管理をしてくれている。歯科医の往診もある。同法人の病院に認知症専門医がおり、相談している。家族には医療連携が安心となっている。	
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	協力医療機関の訪問STと医療連携体制を整えている。かかりつけ医への報告等、日常的に情報交換を実施している。また、小規模多機能の看護師とも、日常的に連携を図っている。		
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。	利用者の入院等ある場合、可能な限り本人・家族と面会を行い、身体状態の把握を行っている。治療の予定等、本人・家族とともに、Drや医療連携室と、管理者・介護職員が話し合いを重ねている。サービスの再開や、それに伴い、必要な支援の変更も、随時行うような体制をとっている。		

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
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	利用者が重度化や終末期を迎えようとした場合、家族等の希望により、重度化対応・終末期ケア対応指針に基づき、訪問看護STとの医療連携体制、及び主治医との連携により、重度化や終末期ケアに取り組む準備を進めている。	「重度化対応。終末期ケア対応指針」を作成しており、利用者や家族に説明し、意向確認をしているが、利用者も家族も明確な思いをもっている人は少ない。今後利用者が重度化していくなかで、職員間の意思の共有化と研修が期待される。	
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	対応の基本として、事故対応マニュアルがあり、常に職員がみれるようにしている。看護師よりも、急変時の対応指導を定期的に行なっている。又、今年度より、AEDを設置するとともに、全職員が普通救命講習を受講し急変時における知識と技術を見につけ、不測の事態に備える。		
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	消火器、スプリンクラー、及び自動火災通報設備を設置し、消防職員の立会いの下、昼・夜間想定消防訓練を年2回以上、震災・風水害訓練を年1回以上実施し、町内・学区の総合防災訓練にも職員、利用者ともに参加している。	消火器、感知器、通報機、スプリンクラー、防火管理者を備えている。年2回の避難訓練には消防署のたちあいがあり、夜間想定訓練も実施している。町内・学区の総合防災訓練にも利用者とともに参加している。ハザードマップを備えている。職員は普通救命講習を受けている	
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	利用者を一個人として尊重し、認知症高齢者が、二重に傷つけないように関わり方に注意している。	法人の理念である「話をよく聞き、ともに歩みます」を、職員とともに常に意識し、利用者の目線を大切にし、貴重な人生経験をもっている個人として利用者を尊敬している。	
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	認知症の状態等に関わらず、まず時間をかけ十分に話をする事を、職員全員で実施している。「どうしたいか。」と聞く事により、本人の思いを聞き、自己決定を支援している。		
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	開設当初から、出来る限り利用者のニーズに合わせて、ケアを組み立てている。外出・買物・趣味の実施等多岐にわたるが、職員の努力により成り立っている。		
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	衣類は季節に合わすよう家族にも働きかけ、用意を心掛けている。帽子を二重に被っていたりしても利用者のファッションセンスと捉えている。理美容は、1名を除き訪問理美容を利用している。		
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	食の嗜好や旬の食材等心配りし食事を提供している。メニューは、利用者の希望を聞きながら職員が考え、利用者と一緒に調理している。	職員の食事委員が利用者の希望を聞きながら献立をたて、食材は配達してもらったり、買物にも出かけている。調理の得意な利用者もおり、野菜の皮をむいたり、盛り付けや配膳などを行っている。一人ひとり異なる布製のランチョンマットを敷き、気のあった人同士が同じ食卓で食べている。和風献立である。	

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
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	食事摂取量は毎回記録している。水分摂取について、把握が必要な方に対しては、詳細な記録を残し、情報提供等を行っている。食事カロリー等、職員が検討し、個々人で米飯量計量もを行っている。		
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	ブラッシングやうがいなど利用者に合わせた口腔ケアを実施している。希望する利用者には歯科往診や歯科衛生士による口腔ケア指導を受けている。		
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	排泄表に記録し、個別の排泄パターンの把握に努めている。	排泄自立の方針のもと、排泄パターンを把握し、トイレ誘導をしている。改善のみられる利用者もいる。便秘対策は安易に服薬に頼らず、野菜ジュースなどを提供している。	
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	野菜や乳製品・繊維食品を取り入れ工夫している。水分をしっかりと摂れるように援助している。		
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	必ず本人に確認している。言語的コミュニケーションが困難な場合はジェスチャーや場面を移し、伝えるようにしている。本人が嫌がるような場合は、無理強いしないようにしている。現段階では、夜間入浴は行っていない。	家庭風呂より少し大きめの浴槽で、浴室は窓があり、明るい。毎日準備しており、利用者の入りたいという気持ちを重視している。入浴嫌いの利用者にはその人の好きな話題で会話し、その流れで誘うなど、種々工夫している。週2回を目標にしている	お風呂の好きな利用者には希望があれば毎日でも入浴支援すること、入浴嫌いの利用者についてはカンファレンス会議などで検討すること、理由がわからなくてもいろいろな工夫をしてみるなどが望まれる。
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	日中なるべく活動的に過ごせるよう支援しているが、時になかなか眠れない利用者もいる。無理に寝てもらおうとせず、話をしてゆっくり関わっている。		
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	現在内服中の薬情報は、常に見られるようにしている。薬のセッティングや与薬時の確認は、必ず複数職員で行っている。		
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	調理・配膳や食器洗い、洗濯物たたみ、ゴミ出し等、出来る限り利用者に役割を分担し、張り合いを感じ存在感を持てるよう支援している。ビールの提供等、利用者の嗜好にも配慮している。希望者には、講師を招き、生け花によるフラワーセラピーを週1回実施している。		
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	短時間でも、可能な限り近隣の公園や神社の出かけている。買物には、出来る限り利用者と同行し、気分転換が図れるようにしている。初詣や花見、祭り等、希望者を募り、外出支援している。	日常的には近くの吉祥院天満宮、ジャスコなどへの外出をしている。花見、紅葉狩り、初詣など、季節のお出かけもしている。気候の良いときには玄関前に床机を出して利用者が座っている。一人の利用者にとって出かける回数というのは非常に少ない。	利用者がホーム内に閉じこもることなく、気軽に近くを散歩したりすることが、生活のなかの楽しみなので、どの利用者も隔日には出かけられるように支援することが望まれる。

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
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	利用者本人が現金を所持することは無いが、預かり金を事業所で管理し、買物等希望時には、いつでも使える体制を整えている。		
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	契約時に利用者が電話をかけたいと希望があれば、家族に電話して良いかを確認している。現在のところ、希望はないが、希望があれば支援する体制を整えている。		
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	共用空間は清潔を旨とし、利用者が不快感を覚えたり混乱を招かないよう、壁材や床材の材質や色調に配慮している。空調設備や換気等で適度な温湿度を保っている。リビングやホールには、観葉植物等を設置し、穏やかな雰囲気をかもし出している。	玄関前にプランターに花を植えている。2階へ上ると開き戸にかわいい音のセンサーをつけている。居間はゆったりとしており、古い掛け時計やドライフラワーを壁に掛けている。オープンキッチンのカウンターに花を生け、ぬいぐるみなどが並んでいる。室内は利用者にとって不快な刺激はない。	
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	ソファやテーブルのセッティングを工夫して、一人で落ち着けたり、馴染みの方とお話等してゆっくり過ごして頂けるよう心がけている。		
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	家具等、出来るだけ使い慣れたものを準備頂くようお願いしているが、家族の判断で最小限の物で入所されている方もいる。利用者のために必要であると考えられるものについては、家族に提案し環境を整えたい。	居室はすべてたたみ敷きで、ふとんを敷いている人やベッドを置いている人がいる。利用者が使い慣れたタンスや椅子など、昔の鏡台に化粧品を並べ、仏壇には位牌がある、灯明、花、お水を供えている。タンスの上には夫や娘、孫の写真を飾っている。	
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	建物内部はバリアフリーでエレベーターが設置されているが、1階と2階の行き来は出来る限り階段を使用している。歩行不安定な利用者であっても、極力車椅子は使用せず、手引き歩行等で誘導している。		