

# 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	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポートセンター宝ヶ池		
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29年6月	評価結果市町村受理日	平成29年9月12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	<a href="http://www.kaiokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhrou_detail_2015_022_kan=true&amp;lgrosvuCd=2690600032-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaiokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhrou_detail_2015_022_kan=true&amp;lgrosvuCd=2690600032-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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	京都市下京区西木屋町通上ノ口上ル梅湊町83-1「ひとまち交流館 京都」1階
訪問調査日	平成29年7月11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)】

一人ひとりの思いに寄り添い、「笑顔」で過ごして頂けるように努めています。利用者や職員が共に笑い、支えあい、時には励ましたりしながら日々の生活を送っています。ここがもう一つの家(家族)のような存在になれるように努めています。

## 【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)】

ケアサポートセンター宝ヶ池(高齢者グループホーム、小規模多機能)は、開設より10年目を迎えています。理念の見直しをおこない「1. ご利用者、ご家族との信頼関係を大事にし、事業所でも自宅でも安心して過ごして頂けるように努めます。2. ご利用者の思いを大切に、毎日を笑顔で過ごしてもらえるよう努めます。」と改定されました。理念を受けてグループホームでは、利用者との日々の会話やレクリエーション活動時に、笑顔や笑い声を引き出す取り組みをおこなわれています。また、利用者個々に、できる事で役割を持ち日常生活を過ごしています。平均年齢90.3歳、平均介護度3、100歳を超える方も全員が食堂の椅子に座り、箸を使って食事をされています。(部分介助ある)家族には、面会時に必ず日常の様子を知らせ、写真や手紙の送付を毎月行うなど、信頼関係の樹立に努めています。

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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「笑顔」「自立支援」「信頼関係」であり、笑顔を引き出す為の生活歴や楽しみの把握や、自立支援の為の家事参加、信頼関係構築の為の個別の関わりを大切にしている。職員全体で情報を共有し、上記に取り組んでいる。	理念の「笑顔」は、日常会話中やレクリエーション活動中に笑い声が引き出せる取り組みをしている。「自立支援」は、日常の家事などできる事を役割分担して、継続して取り組んでいる。「信頼関係」は、利用者個々との関わりを深めるとともに、家族には受け持ち介護士から、毎月、手紙(写真付き)を送り、利用者の状況を詳細に伝え安心を届けている。リビングでの利用者、職員の穏やかな雰囲気、利用者の言動が記された広報紙を通し実践が窺える。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内会に入り、地蔵盆や区民運動会に利用者と職員で参加している。また、月1回上高野社会福祉協議会の「すこやか学級」のお手伝い、地域の保育園や児童館との交流も行っている。	町内会に参加し、地蔵盆や区民運動会、社協主催の「ふれあい祭り」に参加している。近隣の保育園児の来訪が年4回あり、中学生の体験学習と看護学生の実習を受け入れている。これらの交流は「とても楽しい」との利用者の言葉がある。ボランティアの来訪は毎週のフラワーセラピー、毎月の合唱指導、3か月ごとのギター演奏、不定期でのドッグセラピーなど多い。職員は法人主催の公開講座や、地区社協主催の「すこやか学級」で講師を務めている。昨年「カフェ宝ヶ池」が開催されている。	
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	岩倉、上高野の地域ケア会議に管理者が参加している。昨年度は上高野学区の徘徊模擬訓練に参加。岩倉圏域の「認知症カフェ」の実行委員会にも参加している。		
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	上高野社会福祉協議会の会長、地域包括支援センターの担当者、家族の代表等のメンバーで実施。困難事例や、事故報告の際に助言を頂いたり、ボランティアの紹介等大変参考になっている。	会議メンバーは家族(1名)・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が行われている。委員から、ボランティアの紹介、転倒が骨折に繋がらない工夫や、送迎中の見通しの悪い道路は警察への通報などアドバイスがある。家族に議事録は送付しているが案内はされていない。地域代表委員の増員は難しい現状がある。	会議は小規模多機能と合同でおこなわれている。会議の主旨を達成するためには、会議案内を家族に出されるときにも、地域代表メンバーの増員を期待したい。地域代表メンバーは女性会やボランティアの方々など、現在、協力を得られている方々に依頼されてはどうか。引き続きの働きかけを期待したい。
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	左京区の介護保険事業者連絡会に管理者が参加している。毎月の参加は出来ていないが、出来る限り参加している。	事業所は法定報告等で区介護課と連絡、連携している。左京区の介護保険事業者連絡会には、小規模の管理者と交代で参加し、当該地域の関係機関との連携や情報収集に努めている。	

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
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	毎年法人内研修を実施し、参加している。参加できなかった職員には伝達講習を行っている。玄関の施錠は、夜間のみ。拘束の事例なし。	法人研修で毎年実施し、参加した職員による伝達講習で拘束をしない介護の徹底を図っている。今年度は、保険会社（損保）の協力を得て、各施設への出張研修「リスクマネジメント」が開始されており予定にある。玄関の施錠はしていない。階段のところまで行く方には、どうしたらその方が落ち着かれるか話し合い対応している。見守りを大切にしている。	
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	「身体拘束」同様、法人内研修を実施しており、伝達講習も実施している。		
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	権利擁護に関する研修も法人内で実施、伝達講習を行う。		
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	契約時は時間をかけて行い、各項目に対して細く説明している。質問しやすい雰囲気作りにも努めている。		
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	利用者の意向は、日常の会話の中から引き出せるように努め、記録や申し送り等で情報を共有している。家族には面会時や家族会等で利用者の日々の様子や思いを伝え、家族からの意見や要望等も聞いている。カンファレンスや会議等で検討している。	利用者から日々聞き取った意見や要望は、介護記録に残し、申し送っている。家族の面会時には、職員から積極的に状況説明をおこない、家族から意見や要望を聞き取っている。家族会（年1回）には、ほぼ全員の家族、職員が出席し交流がある。「階段の上り下りが難しくなっている」との指摘に対しては、介護計画に組み入れ体操や歩行を強化した。運営に関しての意見は特にない。	
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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	カンファレンスや申し送り時に職員の見解を聞く機会を作っている。また、アンケートを実施し、それぞれの意見を聞く機会を作っている。	申し送り、カンファレンス、職員会議、個人面談時など、職員は意見、提案を述べる機会がある。「もう少し会議時間がほしい」「研修に参加できる余裕が欲しい」など要望がある。職員会議は2回に分けて同じ議題で実施し、職員の見解を聞き取る努力をしている。アンケート（利用者について、運営について）も年2回おこなっている。最近では、遅出勤務者の休憩時間確保に向けて、各業務見直しをおこなった。会議ノートより、全体的に運営に対する提案や検討が少ない。	運営に対する活発な意見交換が行われるように、会議毎に毎回、日頃の気づきを提出し、事前に各自が考えることで短時間でも有意義な会議になるのではないだろうか。

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	法人として腰痛予防講座の開催や処遇改善についてのお知らせや説明会を随時行っている。		
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	年間研修計画を立て、職員の経験やスキルに応じた研修に参加できるようにしている。また、外部の研修もFAX等で案内があれば職員に周知している。		
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	岩倉、上高野の地域ケア会議に管理者が参加し、事例検討会等にも積極的に参加している。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	面接時に時間をかけて、本人の意向や不安について聞くようにしている。話しやすい雰囲気作りにも努めている。		
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	本人同様、面接時に時間をかけている。また、職員が面会時に聞き取りを行っている。		
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	本人、家族からの聞き取り、アセスメントに時間をかけて問題を抽出し、解決できるように努めている。		
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	調理や洗濯たみや掃除等の家事を職員とご利用者が一緒に行うようにしている。		
19		○本人と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	事業所での様子を、面会時や月一回のお便りで報告し職員との信頼関係が築けるようにしている。また、家族にも外出等の支援に協力いただいている。		

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
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	家族以外に親戚や友人の面会があったり、一緒に外食に行ってもらっている。また、外泊や一時帰宅を定期的に行っている方もいる。自宅に帰りにくい利用者に対しては、ドライブのついでに思い出のお店に立ち寄りしたりしている。	面会者の頻度は、長期入居になると減少する傾向がある。馴染みの美容院やお店への買い物も継続している方、友人の来所時には、娘さんも一緒にランチ外食を楽しめる方はおられる。日常的な必要物品の購入に際しての相談など、職員は家族に対して来所の機会が増えるように工夫している。また、受け持ち介護士は、毎月家族に写真と手紙を送り、暮らしぶりや健康状態、利用者の思いを届けている。	
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	日々、仲良く和気藹々とした雰囲気の中で過ごして頂いている。認知症の進行や難聴等により他者との交流が難しい方は、職員が間に入り、短時間でも交流が持てるように努めている。		
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	契約終了後も家族からお手紙を頂いたりしている。また、しばらくは電話連絡をするなど困ったことがあればいつでも相談してもらえるような関係作りを心掛けている。		
<b>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</b>					
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	利用開始時に、本人、家族に話を聞き、今までの暮らしや今後の生活について希望を聞きながらサービスを提供している。	施設アセスメント表MDS2.1を活用し、思いや暮らしの意向を把握している。日々の関わりの中でも把握に努めている。利用者は高齢化が進み、伝える能力の低下もあるが、全員意思表示はできる。散歩の途中で「寿司が食べたい」と言われたり、「コンビニにいきたい」との希望もある。その都度体制を整え支援している。	
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	面接の際に、生活歴や日常生活のパターンをお聞きしている。また、入居前にサービスを利用されていた場合には、担当のケアマネジャーや相談員から情報提供をもらいケアプランに反映している。		
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	経過観察記録に、日々の状態を記載し、変わったことがあれば口頭での申し送りをするなど、日々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	本人の要望は会話の中から引き出すようにしている。家族には面会時や電話で聞き取りし、それをもとにカンファレンスを行い必要があればプラン変更を行っている。	介護計画は3か月ごとにモニタリング、6か月ごとにサービス担当者会議をおこなっている。適宜、カンファレンスでの検討もしている。意見・要望は日常的に聞き取り、家族からは面会時や電話で聞き取り記録している。介護記録は問題ごとにも記録している。計画に沿った介護提供時の利用者の反応が理解できる。職員の気づきや思ったことを書く欄も設けてあり、モニタリングや計画見直しに役立てている。	

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
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	経過観察記録とケアプランを一緒にファイルし、プランに沿ったケア、記録が出来るようにしている。また、「気づき」の欄も設けており、職員の気づきや工夫を記入できるようにしている。		
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	利用者、家族の意向や今までの暮らし等を聞きながらサービスの提供を行っている。		
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	地域行事の参加や地域のお店に買い物をしている。家族にも協力していただき行きつけの美容室に行く等これまでの生活が継続できるように支援している。		
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	かかりつけ医は、従来のかかりつけ医にお願いしており、定期的に住診をして頂いている。かかりつけ医のない利用者には、住診に来ていただいている医師を紹介している。	利用者は入居前のかかりつけ医を継続しておられる。現在5名の医師が住診にいられている。夜間住診はできないが、電話相談はできる。他に、訪問看護(週1回)、歯科、皮膚科の住診を受けることができる。それぞれの診療記録があり、職員は利用者の病状共有に活用している。夜間緊急時受診は、利用者(家族)の希望病院を優先するが、救急車の対応にゆだねることもある。	
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	週一回訪問看護師の訪問があり、健康管理してもらっている。また、体調不良等体調に変化があれば電話にて対応、必要時は訪問してもらっている。		
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。	入院時にはサマリーを送ったり、電話で情報提供を行っている。面会や電話連絡により、状態確認や情報交換を行っている。退院前のカンファレンスにも参加している。		
33	(12)	○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	契約時に重度化やターミナルケアについて話をしている。契約時はご家族も現実味が無い為、はっきりとした意向はしめされないが、体調の変化等があった時には医師からも状態の説明をもらい、今後について話し合うようにしている。	契約時に利用者(家族)に「重度化対応・終末期ケア対応指針」に沿って説明し、事業所として看取りをおこなう姿勢を表明している。利用者の状態に応じて、医師の判断のもと説明を行う予定である。職員は、「不安はあるが看てあげたい」との気持ちを持ち、事業所内での研修を継続している。京都府でも「看取り研修」が実施されており、出席者は、伝達研修を各事業所に出向き行う予定である。かかりつけ医や訪問看護師との連携体制はできている。看取りの実績はない。	

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
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	事故対応の研修は年一回実施している。		
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	年2回消防署立ち合いの元避難訓練を実施している。夜間想定や2階からの避難方法の指導等を受けている。また、消火器訓練も同時に実施している。	防災訓練は消防署立会いの下、1階の小規模多機能型居宅事業所と合同で、年2回おこなっている。夜間想定や2階からの避難、消火器の訓練を受けている。また、職員は救命救急講習を受け、AEDの実習もおこなっている。グループホームは2階にあり、利用者が高齢化、重度化し、スムーズな避難が困難な現状がある。声掛けはしているが地元消防団や地域の方の参加は得られていない。自然災害を想定した訓練はできていない。備蓄は水や食料を半月分準備している。	事業所が目標とされている「火災は出さない」といった日常的な防災意識の強化、定着とともに、自然災害想定訓練も望みたい。また、課題は多くあり、まずは運営推進会議メンバーには訓練へ参加していただき、地元住民の協力など助言を得られてはどうでしょうか。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者の性格や認知症の進行に合わせた声掛けを心掛けている。トイレ誘導の声掛けは周りに聞こえないようにしたりして、自尊心を気づけられないようにしている。	利用者に対する言葉使いや態度面などの接遇研修は、今年度は法人からの「出前講座」を受講している。各個室を訪ねる場合はノックをおこない、本人不在時の入室は、本人の了解を得ている。トイレ、居室ともに内側から施錠ができる。特に、トイレや入浴への声掛けは、個々の利用者に合わせて方法で誘導している。スピーチロックなどは職員間で互いに注意し合う姿勢で臨んでいる。	
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	希望を言いやすい雰囲気作りを心掛けている。本人の性格や嗜好を考慮して少ない選択肢の中から選んでもらうなど質問の方法も工夫している。		
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	食事概ね一日の流れはあるが、日々の活動については無理強いはいしない。外出の希望があれば出来る限り対応している。		
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	本人の好みの服装やおしゃれを楽しんでもらえるようにしている。ご家族にも協力をお願いしている。		
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	利用者の好みを考慮しながら、和洋中さまざまなメニューを考えている。調理や取り分け等それぞれの能力に応じて一緒に行っている。	食事の献立は担当職員を決め作成している。1日の献立に肉、魚、季節の野菜をバランスよく組み込む工夫をおこなっている。検査簿で利用者の声を拾い、改善に役立てている。材料はスーパーから届く。利用者は自分のできる事で役割を持ち参加している。寿司職人による握り寿司や土用のウナギの提供もある。誕生日は手作りケーキで祝っている。飲み物はコーヒー、ココア、お茶、ジュースなど選択できる。食事は職員も同席し会話が弾んでいる。	

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
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	食事量、水分量をチェック表に記入し、日々の摂取量を把握している。摂取量の少ない方には、好みの飲み物や手作りのゼリー、好みの食べ物を提供して摂取量アップに努めている。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。必要に応じて歯科医師による口腔ケアも実施している。		
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	排泄チェック表を活用し、排泄パターンの把握に努め、それぞれの排泄パターンに応じたトイレ誘導を行っている。安易なオムツ使用は避け、トイレでの排泄できるように支援している。	排泄チェック表をつけ、必要な方にはトイレ誘導をおこなっている。利用者の半数は自立しておられ、本人からの意思表示もある。また、「歩ける内はトイレに行きたい」と言われる方が多く、昼間は全員トイレにいかれている。ポータブルトイレ使用者はおられない。	
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	水分量の確保と適度な運動を行っている。主治医の指示の下下剤での排便コントロールも行っている。		
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3日に1回のペースで入浴して頂いている。	3日に1回の入浴を同性介助でおこなっている。利用者の中には「家で入ります」「疲れるのでやめときます」など、入浴を好まない方たちもおられる。トイレに行ったついでや、薬を塗る機会をとらえ言葉巧みに誘導している。入浴後は「さっぱりした」との言葉がある。愛用のシャンプーなどの使用者もおられる。入浴剤は使用していないが、ゆず湯は楽しんでいる。	
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	本人の体調や状況に応じて居室で休息してもらう時間を設けている。日中はなるべく活動的に過ごしてもらい夜間ぐっすり眠れるようにしている。		
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	薬情報をファイリングしている。服薬ミスの無いように、セット時、服薬時ともに2人でチェックしている。		
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	調理、洗濯たみ、掃除等それぞれの得意分野で役割を持ってもらっている。		



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	玄関先の花壇の手入れや、周辺の散歩などは行っている。初詣や花見など季節ごとのイベントとしてのドライブや外出を行っている。	日常的には、庭や畑での軽作業、事業所周辺の散策や散歩を兼ねたコンビニなどへの買い物をおこなっている。年間事業計画には花見や初詣が挙げられ、全員で出かける機会がある。	
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	お金を持っている方もおり、一緒に買い物に行くこともある。その他の方も事業所の立替で一緒に買い物に出掛けたりしている。		
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	家族への電話は、事前に家族とも相談の上、常識の範囲内で取次ぎをしている。		
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	法人全体として「和」のしつらえをベースにしている。飾りつけは季節感のあるもの意識している。	リビングはテーブルと椅子の食堂と、ソファ2台を設置したくつろぎのスペースに分かれている。椅子に座っておしゃべりが交わされ、ソファには丸まって寝そべる利用者の姿がある。和室もあるが、段差があるため使用する利用者はいない。壁には七夕飾り、アジサイの切り絵、ひまわりの塗り絵があり季節感をかもしている。乳白色の間接照明で室内は柔らかく明るい。騒音はない。昼食後にうとうとされている利用者に「歌を聞かせて」と声がかかる。歌に合わせた手拍子や合いの手に、和気あいあいとした時間がある。	
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	共有のスペース内にソファを配置しており、居場所としての役割を果たしている。また、居室で気の合う利用者同士が過ごすこともある。		
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	居室内の家具は馴染みの物を持参していただくようお願いしている。配置も本人や家族と相談しながら進めている。	リビングを囲むように居室が配置され、リビングと居室間との距離は短い。居室内は入口部分がフローリングになっており、奥は6畳敷きの畳の間である。押入れがあり、内部は2段で収納は多くでき、畳が落ち着きのある空間を呈している。入居者手彫りのテーブルや、趣味の自作の能面や写真が数多く飾られ、利用者の元気に活動されていた頃がしのばれる。整理ダンスや位牌を持ってこられている方もいる。清掃は職員と利用者が一緒に毎日行い、清潔に保っている。	
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	バリアフリー対応になっている。必要に応じて福祉用具を使用してもらっている。		