

### 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 (認知症対応型共同生活介護) |  |  |
| 所在地     | 〒606-0047 京都市左京区上高野薩田町11-1    |  |  |
| 自己評価作成日 | 平成25年6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)】**

|   |
|---|
| <p>食事を全て職員が手作りにしている点。職員が手作りにすることで、利用者と一緒に調理をすることができ、役割や五感の刺激に繋がっている。また、畑で野菜を栽培し、糠漬けを作ること、過程も含めて食事がより楽しい時間になるよう支援している。</p> |
|---|

**※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.kaijokensaku.jp/26/index.php?action=kouhou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2690600032-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/26/index.php?action=kouhou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=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 | 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町1番地 |
| 訪問調査日 | 平成25年7月23日        |

**【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>グループホームは小規模多機能型居宅介護事業所との併設で、京都市左京区の北部、まだ畑が少し残るものの静かな住宅街で、コンビニ、スーパー、喫茶店、レストラン、ケーキ屋さん、パン屋さん、花屋さん等、生活に身近な店がある地域に建てられた新築の2階部分である。医療法人が展開している事業所であり、利用者のかかりつけ医との関係を継続、職員にはパートから正規職員への道、深夜勤にはタクシーチケット配布、資格取得の希望者には勉強会開催、法人内研修のシステム化と外部研修受講の推進等々、利用者職員を大切にするという法人の姿が見える。職員はそれぞれ自分の考えをもって働いている。利用者は個性的で生き生きと暮らしを楽しんでいる。開設5年になり、グループホームとしてあるべき姿がかなり高いレベルで実現している。新しい管理者が本年1月に赴任し、今</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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが                  |   |  |

1. シカゴの人口

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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                      | 宝ヶ池の理念は「笑顔」「自立支援」「信頼関係」であり、笑顔を引き出すための生活歴や楽しみの把握や、自立支援のための家事参加、信頼関係構築のための個別的な関わりを大切にしている。職員全体で上記に取り組んでいる。 | 理念は開設時に作成したもので「笑顔」「自立支援」「信頼関係」である。パンフレットに明記し、ホーム内に掲示している。利用者や家族、地域の人、運営推進会議等で説明している。利用者ができることを支援して食事を毎食手作りすること、そこで笑顔が生まれること、利用者との信頼関係が築かれること、これが理念の実践だと考えている。             |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 町内会に入り、地藏盆、地域の神社のお祭り、町内の清掃への参加を積極的に行っている。また、地区社協「すこやか学級」のお手伝い、保育園児との交流も行っている。                            | 町内会に加入し、清掃活動に参加、地域の地藏盆やお祭りは利用者が楽しみにしている。普段から散歩や買い物に出かけ、地域の人を知ってもらうようにしている。保育園児が来訪し、歌やお遊戯を見せてくれる。中学生の体験実習を受け入れ、「将来介護の仕事がしたい」等の感想をもらっている。生け花の先生が毎週来訪し、利用者は生け花を楽しんでいる。       |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 地域包括支援センターの行う「認知症サポーター研修」のお手伝いを行い、啓発活動として取り組んでいます。中学校のチャレンジ体験も受け入れ、認知症高齢者との関わりを提供できた。                    | /   | /                 |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実践、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 | 地区社協会長様、地域包括支援センター担当者様、ご家族様等のメンバーで実施。今後は近隣の住民やお店の方にも声をかけていく予定。会議では、事故やひやりはっとの報告時に助言を頂くことが多く、大変参考になっている。  | 家族、学区社協会長、地域包括支援センター職員を委員として隔月に開催し、記録を残し、記録は家族に送付している。事業所からは行事報告や事故・ヒヤリハット報告をしている。「受診のときに利用者の状態のメモ等がほしい」「災害のときのために消防団員との連携が必要」「事故防止のために、カメラの設置、てすりの設置が必要」等々の意見があり、検討している。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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月1回参加している。今年度は左京区認知症を考える会主催の勉強会でもパネリストとして参加。センターでの取り組み等を発表した。                             | 困難事例はなく、相談はないものの日常的に報告はしている。左京区の介護保険事業者連絡会に毎月参加し、情報交換や研修等、学んでいる。連絡会の一部に「左京区の認知症を考える会」があり、そこで事例発表をするなど、積極的に参加している。   |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践  | 身体拘束の研修は法人内研修で毎年実  | 身体拘束をしないという方針は契約書に明記  |                   |

| 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 |
|    |    | <p>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</p> | <p>施、出席できなかった職員にも伝達研修を行っている。日中は鍵をかけないケアを実践しており、施錠は夜間のみ。身体拘束は一切行っていない。エレベーターの施錠も今年度より解除し、見守りに対応している。</p> | <p>身体拘束をしないという方針は実務書に明記し、マニュアルを作成している。法人が身体拘束に関する研修を実施しており、職員は毎年受講している。職員はスピーチロックについても認識している。玄関ドア、2階へのエレベーターや階段、2階からの非常口等、すべて施錠していない。</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<br>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     | 虐待防止の研修も法人内研修で実施。伝達研修も行う。虐待に繋がる「声かけ」等見逃さないよう注意している。                                      |   |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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研修で実施。伝達研修も行う。   |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                      | 契約時は時間をかけ、各項目に対して細かく説明している。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<br>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                  | 面会時、ケアプラン更新時、家族アンケート等で意見を言える機会を設けている。今年度より家族会を実施(2か月に1回開催)                               | 家族は近くの人には毎週、遠方の人には年に2回、面会に来られる。年4回の広報紙で行事、献立等を家族に報告している。初めて家族会を開催し、3家族が参加され、日ごろの思いを懇談されている。年1回法人が家族アンケートをとっており、家族は「もっと散歩に連れて行ってほしい」「王生狂言をみせてほしい」「牛乳を飲ませてほしい」等、意見を言っている。   |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | 月に1回、全体の職員会議を行い、またグループホームのケア会議も月に1回行っており職員の意見等聞くは多い。管理者は職員に対し年に2回ヒヤリングを実施し、意見を聞くようにしている。 | 運営や研修のための全体会議、利用者のカンファレンスをケア介護と称して毎月全職員の参加で実施している。ケア会議では職員は担当利用者について積極的に意見を出している。全体会議では「備品一覧表をつくって在庫管理をしてはどうか」「スーパーから食材を配達してくる際、夏季はクールボックスにしてほしい」「職員同士の交流がしたい」等、活発に意見交換されている。職員は7つの委員会に所属し、責任をもって役割を果たしている。職員はシフト、異動、研修受講、資格取得等について、希望を述べることができる。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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   | 法人人事部によるヒヤリング実施。必要に応じた変更を随時行っている。  |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み   | 年間研修計画を立て、職員の経験やスキルに応じて研修に参加させている。また、計画的に  |   |                   |

| 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 | に心した研修に参加させている。また、法人内スキルアップ研修があり、多くの職員を参加させている。研修に参加した職員は伝達研修を実施し、より多くの職員で共有している。 |      |                   |

| 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 |
| 14                         |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 左京区事業者連絡会、地域のすこやか学級に加え、今年度より地域密着型サービス協議会に加入。情報交換や事例検討会に参加し、交流を深めている。                      |   |                   |
| <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<br>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、本人の不安や意向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<br>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                      | 本人の前では話しにくいこともあるため、電話等本人のいない場面での聞き取りも行っている。   |   |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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、アセスメントから問題を抽出し、解決できるよう努めている。   |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 調理や洗濯たたみ等家事を中心に、職員と利用者が一緒に行くことを大切にしている。   |   |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 日々の情報交換は行い、お手紙等で本人様の状況を共有している。協力関係ができていく。   |   |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | 友人や知人が訪ねて来られた際にはお茶を提供しゆっくり話してもらい馴染みの関係が継続できるよう支援している。また、家族様の協力を頂きながら、馴染みの場所(喫茶店等)に外出している。 | 同じ町内に住んでいた利用者の友人が何度も来訪し、衣替えなども手伝ってくれ、利用者は喜んでいる。利用者が長年働いていた会社の仕事仲間が来訪してくれる。利用者がいつも買っていた馴染みのパン屋さん、和菓子屋さん、ケーキ屋さん等と同行し、買い物を支援している。利用者が趣味で利用していた行きつけの布地屋さんに行き、気に入った生地を買ってくる。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                           | 気の合う利用者同士は自然に会話している。難聴や重度の認知症で他利用者との交流が難しい利用者に対しては職員が間に入り、関わりを持てるよう配慮している。(テーブルの配置等)      |   |                   |

| 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<br>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                    | 入院され退去された利用者には、定期的な面会を行い、関係性を断ち切らないよう取り組んでいる。                        |   |   |
| <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<br>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   | 面接、アセスメントにより、意向の把握に努めている。また、サービス提供していく中で利用者の声を大切にし、ケアプランに反映している。     | 利用の前に管理者、ケアマネジャーが自宅を訪問し、環境や生活習慣等を把握している。利用者や家族、居宅のケアマネジャー等からの情報によりアセスメントし、MDS7方式で記録している。京都の下鴨生れ、女学校卒、子どもは3人、会社勤務等、生活史を記録している。「初めての場所、知らない人ばかりで不安」「ドライブに行きたい」等、個別の思いを把握している。   |   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | アセスメントはMDSに加え、利用者の状況に応じて、ひもときシートやセンター方式シートを活用し、把握に努めている。             |   |   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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一日で把握できるように記録の工夫を行っている。                             |   |   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 計画作成者は担当スタッフ等とケア会議を定期的に行い、本人の課題を話し合い、ケアプランに反映している。                   | アセスメントをもとに、ケアマネジャーと利用者の担当職員が介護計画の案を立て、ケア会議で話し合い、「食事が減ってきたので高カロリーのシチューを提供しては」等、職員の意見も取り入れて決定している。「気の合う利用者とのコミュニケーションを支援する」「散歩に行く」「職員と馴染みになる」等、個別でプラス方向の介護計画である。介護記録は介護計画の項目に沿って書かれていない。3カ月ごとに実施しているモニタリングは、介護計画の項目について実施したかどうか、実施した結果の評価、利用者や家族の意向等について記録している。 | 介護記録は、介護計画の項目にしたがって、介護を実施したときの利用者の発言や表情、介護拒否されたときの考えられる要因等を記録に残し、モニタリングの根拠となるような記録にすることが望まれる。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | ケアの実践が記録しやすいよう、ケアプラン内容と経過観察記録を一体にし、毎日実施の確認を行っている。その内容はケア会議時に生かされている。 |   |   |

| 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   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                            | 法人内には病院・老人保健施設・居宅支援事業所・訪問看護等がある。そのつど柔軟な対応が可能である。また、家族の通院依頼等も可能な限り対応している。                                       |   |   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域行事への参加、馴染みのお店の利用等、これまでの生活を継続できるよう配慮している。   |   |   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 受診は基本的にはこれまでのかかりつけ医を継続してもらっている。受診は基本は家族対応で、緊急時等は事業所で行っている。   | 利用者のかかりつけ医を大切に、継続している。受診は家族が同行しており、ホームでの情報を文書にして医師にだし、医師からも診療結果をもらっている。認知症については法人の病院の医師に受診しており、相談もできる。歯科は認知症の人の診療に慣れた歯科医師に受診している。 |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 週に1回訪問看護による健康管理を行い、助言等を受けられるよう努めている。(24時間オンコール対応)  |   |   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時はすぐにサマリーを送り、情報の提供を行っている。面会による本人の状態確認、病院関係者への電話連絡は密に行い、情報交換を行っている。退院前カンファレンスにも必ず出席し、退院後の利用がスムーズにできるよう支援している。 |   |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 法人として重度化やターミナルに向けた方針が明文化されている。来月、家族会でのターミナルの意見交換会も実施予定。  | 重度化や終末期に向けた、法人としての方針は明文化されているものの、それをもとに利用者や家族との話し合いや意向確認はまだできていない。利用者のターミナルでの協力医や看護師との連携もできていない。職員間の話し合いは不十分である。                  | 明文化された方針をもとに、利用者や家族と十分話し合い、意向確認すること、利用者のターミナルについての協力医師や看護師との連携体制をつくること、職員間の話し合いや研修を実施すること、以上の3点が望まれる。 |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 今年度も消防署による事業所内での救命講習も実施予定。AEDも設置され、看護師による使い方の指導も行っている。   |   |   |

| 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  |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>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           | 各災害マニュアルがあり、非常時の対応指針となる。又、消防訓練は年に2回実施。地域消防団員も参加。災害対策マニュアルも策定している。(備蓄あり)              | 火災については消火器、感知器、通報機、スプリンクラー、防火管理者を備え、消防計画を立てている。避難訓練は年2回、消防署や消防団の協力を得て実施している。地震の避難訓練を実施している。AEDを備え、職員は救命訓練を受講している。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着くように、夜間訓練や予告なしの訓練も含めて隔月くらいに実施すること、ハザードマップを備えて、危険個所を職員が認識しておくことの2点が望まれる。 |
| <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<br>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、認知症の進行度に合わせた声かけを実施している。特にトイレ誘導は自尊心を考慮した声掛けを行っている。(個人情報保護指針を策定し、掲示している)        | 居室やトイレは中から鍵を掛けることができ、またトイレ誘導の際のプライバシーにも気をつけている。職員は利用者を否定する言葉は使わないように自覚し、実行している。また利用者の言葉を待つのではなく、したいことや食べたいものなどを積極的に聞くようにしている。飲み物はいろいろ用意し、希望に応じている。   |  |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 食べたいもの、行きたいところ、やりたいこと、等職員の方から尋ねるようにしている。遠慮されたり、認知症により難しい利用者には選択肢を少なくして選んでもらう等配慮している。 |  |  |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 大枠の1日の流れがあるが、レクリエーションにしても体操にしても、無理強いはない。散歩等の外出の希望があれば、できる限り対応している。                   |  |  |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 本人のこだわりの服やおしゃれを楽しんでもらえるよう、家族に協力を依頼している。  |  |  |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 利用者一人ひとりの性格や能力に応じた調理、下膳、洗い物を一緒に行っている。また、畑で夏野菜を栽培し、収穫した野菜で糠漬けも作っている。皆さん、喜ばれている。(外食あり) | 調理師資格をもっている職員が利用者の希望を聞いたりし、季節感を考慮して旬のものを使って立てた献立をもとに、食事委員がその日の季節等を考えて決めている。献立は和洋中のバラエティに富んでいる。食材は近くのスーパーから配達してもらっている。下ごしらえ、調理、味付け、盛り付け、後片付けまで、利用者ができることを支援しながら、一緒におこなっている。食卓では気のあった利用者同士が会話している。 |  |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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、水分摂取量の記録を行い、把握に努めている。水分はあまりとらない利用者が多く、手作りでゼリーを作り、デザートとして提供。水分摂取量の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 |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 毎食後口腔ケア実施している。口腔内に異常があれば、家族へ連絡し歯科の受診を依頼している。  |   |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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、利用者一人ひとりの排泄リズムに応じた誘導を行っている。安易なおムツは避け、出来るだけトイレで排泄できるよう努めている。               | 利用者一人ひとりの排泄チェック表をつけ、パターンを把握することによって声掛け誘導などをし、なるべくトイレでの排泄を支援している。入院し、おむつ使用になった利用者も退院後は、おむつがはずれるなど、改善している。排便も運動と水分により、自然排便を促している。     |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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、散歩による運動等実施している。主治医との連携で、服薬による排便コントロールも実施している。                                  |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 利用者の希望を確認し入浴を実施している。拒否のある方も声かけ等の工夫を行い、入浴実施。(個浴でお湯は一人一人交換している)                         | 浴室は明るく、家庭風呂よりかなり広く、深い浴槽に踏み台を使っている。利用者の入浴は2～3日に1回支援している。入浴の際に利用者は職員との会話を楽しんでいる。ゆず湯やしょうぶ湯も季節の楽しみである。入浴拒否の利用者には時間をおいたり、職員をかえたり、工夫している。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 夜間の巡視を行い、生活リズムを観察している。寝つきがよくなるようホットミルク等提供している。  |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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              | 服薬は基本的に職員で管理している。副作用についての理解は十分とは言えないが、薬表を作成し、誤薬防止に努めている。                              |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 最低でも一人ひとつはセンターでの役割があるようにしている。全職員に周知できるように一覧を作っている。それぞれの利用者に応じたものになっており、いきいきと取り組まれている。 |   |                   |

| 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 |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 日々の外出は希望時にはできる限り対応している。ドライブも随時実施し、喜ばれている。馴染みの場所等の近隣が多いため、「普段は行けないような場所」への外出も検討したい。                       | 事業所の表通りは自動車の行き交いが多いので、裏通りを散歩したり、近くのコンビニやスーパーへおやつや身の回り品を買いに行く。ドライブは利用者の行きたい思いが出たとき、行きたいところへでかける。花見は賀茂川の土手、もみじは大原、初詣は三宅八幡神社等、季節の外出をしている。ハガキを投函したい利用者と一緒に出掛け、帰りに好きなおやつを買って帰る等、個別外出をしている。            |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | お金を持つこと自体で安心される利用者もおり、紛失のリスクがあることも説明した上で持参してもらっている。自己管理ができる方は自身で所持し買い物時に見守る支援を行っている。                     |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 家族への電話の希望がある場合には、事前に家族に了解を得て電話をしてもらっている。   |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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、照明の光の色調や、内装には、一定の和の空間を表現するインテリアを取り入れている。飾りつけも季節感や、昔懐かしいものを取り入れている。月1回のフラワーセラピーで制作した生け花作品を展示している。 | 広い居間兼食堂に3つの食卓により仲間同士が話すコーナーとしている。窓際には畳コーナーがあり、テレビ、座布団があり、座卓の上に季節の花を活けている。乾いた洗濯物が生活感を感じさせる。壁には手作りの大きな樹木の切り絵、古い掛け時計と日めくりで、今日という日、季節を示している。外部の音は聞こえず、静かな環境である。真夏の強い光はカーテンで調節している。                   |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | テーブル席以外にソファ、畳スペースを設けている。テーブル席の配置は利用者の関係性を考慮しながら、居場所作りに取り組んでいる。   |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室は畳を使用している。なじみのタンスや椅子を持参して頂くよう促し、自宅に近い環境で過ごして頂けるよう配慮している。   | 床はたたみ、押入れには襖の戸、壁は聚楽という和室づくりの居室である。窓は部屋のむきによっては大きく広くとってあり、明るく開放感がある。低床のベッドをおき、低い籐椅子や書き物机をおいている利用者がある。また使い慣れた整理ダンスを持ち込み、その上に写真や活けた花を飾っている。時計とカレンダーにより、時の見当識に対応している。カレンダーにお風呂に入った日を自分で赤丸している利用者もいる。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり  | 施設全体はバリアフリーになっている。壁に   |  |                   |

| 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 | 手すりは無いが、共有スペースが狭いため、家具やイスを手すり代わりに使われる利用者もいる。 |      |                   |