

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	2670700471		
法人名	医療法人三幸会		
事業所名	ケアサポートセンターけいほく(グループホーム)		
所在地	京都市右京区京北塔町中筋浦44-1		
自己評価作成日	平成26年9月9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	
----------	--

【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1番地		
訪問調査日	平成26年9月25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)】

建物の木材は地元の北山杉を使用し、地域の高校生が作成したウッドデッキがあります。天気の良い日はリビングとウッドデッキを一体化して使用しています。家庭的で、笑いのたえない明るい施設であり、広々とゆったりとした空間の中、「ゆっくり楽しく寄り添って暮らせる家を目指します」「自分でやれる喜びと達成感のある暮らしを目指します」の理念の下、利用者様やご家族が安心して暮らせるよう支援しています。また、小さいながらも畑があり、ボランティアの協力により、野菜を育てています。収穫には利用者様も参加し、収穫した野菜は調理に使用しています。5月中旬からは、5年ぶりにターミナルケアに取り組み、8月下旬にホームで看取りました。ご家族には感謝していただきましたが、ご本人にとってはどうであったのか？もっとできる事があったのではないかと今回の結果に満足せず、次に繋げていこうと思っています。利用者様が重度化していく中、ホームでの看取りを希望されているご家族も多く、今回のターミナルケアは貴重な経験となり、次に繋げていく自信となりました。

京都市内から車で1時間以上の山間の京北町にある、開設10年になるグループホームである。利用者には京北で生まれ育った人たち、職員も地域の人、広報誌は町内全戸配布、運営推進会議には駐在所も参加してくれる等、地域に支えられ、地域を支えている、地域にとってなくてはならない事業所となっている。家族には毎月個別の便りを送り、年2回の家族会には大勢が参加して利用者とともに楽しむ等、家族との信頼関係もできている。職員は前向きで明るい人が多く、法人の研究発表会に今年は「スピーチロック」を取り上げる等、意欲的である。ターミナルケアについても経験を積んでいる。「利用者にはこれはできない」と決めつけるのではなく、できるように支援し、達成感のある毎日を目指している。

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、生き活きと働いている (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	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが				

24	秋は又波により、安心して暮らしている (参考項目:28)	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	理念をリビングに掲示し、職員が意識できるようにしている。「ゆっくり、楽しく寄り添って暮らせる家を目指します」の理念の通り、穏やかな暮らしが実現できるように実践しているが、理念を念頭に置いて業務にあたっていない職員もいるのが現状である。	法人の理念を踏まえて、開設時の管理者と職員が話し合い、「ゆっくり、楽しく寄り添って暮らせる家をめざします。」をグループホームの理念と定め、パンフレットや広報誌に記載、ホーム内に掲示している。職員は理念を常に意識して業務に励んでいる。	
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員として日常的に交流している	事業所は町内会に加入している。町内の美化作業（溝掃除、草刈り）行事に参加している。年に2回、地域の保育園に訪問したり、来訪を受けている。また、地元の大正琴やコーラスの訪問が定期的であり、交流している。また、地域の体育祭の見学にも出向き地域の一員として交流している。	近所の人々が採れた野菜や果物を差し入れてくれる。町内会に加入し、広報誌は町内全戸配布している。山国神社のお祭りの神輿を楽しんでいる。利用者がつくった玉入れの紅白の玉を進呈し、保育園児との交流をしている。小学生が社会見学に来る。フラワーアレンジメントのボランティアが来てくれる。	
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	広報誌を発行し、認知症の人への理解や支援の方法、認知症安心サポーター講座の案内をしている。		
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	会議内では、現状を伝え、情報交換を行い、積極的な意見をいただいている。昨年9月の台風後には、右京消防署の職員に出席していただき、災害時の対応や避難に対するアドバイスをいただいた。	家族、民生委員、ボランティア、駐在所、京都市右京区役所京北出張所、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催し、記録を残している。委員からは「地域で台風被害が出ている。消防団とも連携したほうがよい」「最近の詐欺の被害について」等、貴重な意見をもらっている。	
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	運営推進会議に、京都市右京区役所京北出張所介護福祉課長様へ出席していただき、協力関係を築くようしている。	日常的には京都市右京区京北出張所介護福祉課に報告や相談をしている。	
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	夜間は防犯の為に施錠をしている。日中や夕食後も職員配置や利用者様の状況により、施錠することがある。また、ベッドから、転落の可能性もある利用者様1名に対して、ベッドにて臥床時のみ、ベッド柵4点で拘束していた。身体拘束の記録あり。	「身体拘束をしないケア」を重要事項説明書に明記し、マニュアルを整備、職員研修を毎年実施している。ホームの周りに柵はなく、玄関ドア、ウッドデッキへの戸等、施錠されていない。1人の利用者の不穏期に日中の何分間か、施錠したことがあるが一時期だけである。現在1人の利用者の就寝中のみ、ベッドの4点柵をしている。検討会議をし、介護計画をたて、家族の同意書を取り、毎月更新している。	

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
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	法人内の研修や、社外の研修に参加している。研修に参加していない職員に対しては、伝達講習を実施し、虐待防止に努めている。		
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	法人内の研修や、社外の研修に参加している。研修に参加していない職員に対しては、伝達講習を実施している。成年後見制度を利用している利用者様1名。(後見人あり)		
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	契約時に、相談員、管理者(計画作成担当兼務)を中心に説明している。改訂の際には、覚書にて説明、了承を得ている。		
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	面会に来られた時に、状況等を説明し、要望や意見を聞くようにしている。事業所としては、家族会等の行事時にアンケートを実施し、意見をきくようにしている。また、ケアサポートセンター全体で年1回アンケートを取り、結果を運営に反映させている。	家族には年2回の広報誌の他に、利用者の写真とくらし、健康、行事等を担当職員が書いた個別の便りを毎月送り、喜ばれている。遠方に住んでいる家族も多いが面会にくる人は多い。年2回の家族会は職員が手作り昼食と歌、演劇、踊り等の企画をし、大勢集まった家族と利用者を楽しんでもらっている。今年は山国祭りに招待し、利用者と地域の祭りを満喫してもらう計画である。「職員同士の連絡ができていない」という家族の意見により、改善している。	
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1回の全体会議やケースカンファレンスにおいて、意見や要望を聞いている。	毎月全利用者を対象に行うカンファレンスのあとに職員の全体会議を実施し、運営について話し合い、伝達研修をしている。新人研修は法人が実施、中堅と管理者研修は外部実施に参加している。職員は外部研修に関しては情により希望を述べることができる。職員が毎年自発的に立てた自己目標を支援している。「トイレの掃除は早出より遅出がしたほうがいいのでは」等、職員は意見や提案を積極的にしている。	
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	代表者が事業所に訪問し、職員と話をする機会がある。勤務表を作成するにあたり、できる限り職員の希望を優先して作成している。		

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
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	法人内のスキルアップ研修に参加している。外部研修参加の機会を多く取っている。各職員の年間目標に合わせた研修があれば積極的に参加してもらうようにしている。また、参加した研修の伝達講習を行う事により、個人のスキルアップにも繋げている。		
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	年1回のケアサポートセンター研究発表会や法人内のスキルアップ研修を通じて、他事業所と交流する機会や勉強会を行っている。		
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	センター方式シートやご家族からの情報も活用し、ご本人とゆっくり話し、傾聴する時間を取りながら、安心を確保し、早期に馴染みの関係になれるよう支援している。		
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	計画作成担当者を中心にご家族とゆっくり、時間を取って話をする機会を作っている。また、来所された時には、話しやすい環境をつくるようにしている。		
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	ご本人の状態に応じ、ご家族と相談し支援している。他のサービス利用としては、福祉用具レンタル(ベッド)を利用し、対応している。		
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	家事等を通じて、生活場面に参加していただく事により、ホームで共に生活する住人として、共に支えあう関係を築いている。		
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	月1回のご様子を伝える手紙、家族会、介護計画書の説明時等を通じて、共に支えあう関係を築いている。		

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
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	馴染みの美容室に通ってもらっている。外泊の回数や面会の時間等の制限を設けていない。こちらから、出向く事に関しては、ご家族にお任せしている。ご家族にお任せしている分、利用者様によっては、支援できていない。個別に対応する必要がある。	利用者の夫が特養に入所中であり、家族と一緒に面会に行ったり、家族が夫を連れて当ホームにくることもある。利用者の行きつけの美容院に同行している。入居前に利用者が一人で暮らしていた家に、時々家族と帰っている。	利用者の心の奥深く思い出として残っている友人、仕事仲間や長く会っていない遠い親類等の人たち、また昔よく行っていた場所等の情報を把握し、会ったり、行ったりの支援が望まれる。
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	利用者様同士の相性を把握し、家事やレクリエーションを通じて、関わり合い過ぎやすいように支援しているが、認知症が重度化している利用者様と他利用者様との関係において、トラブルになる事が多々あり、関係に苦慮している。		
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	計画作成担当者を中心に入院先や転居先(特養)に面会に出向いている。同法人内に移動された利用者様に関しては、他の職員も面会に行っている。		
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	ご本人との会話や、ご家族からの情報から、意向を把握できるように努めている。	利用開始時に利用者、家族、居宅のケアマネジャー等から利用者の情報を得ている。アセスメントは身体面が中心となっている。生活史や趣味等の情報はほとんど収集されていない。利用者の思いは「とくに困ったことはない」「したいことはない」「人の世話になるのはいやです」等、個別の思いが聞き出せていない。	利用者のホームでの暮らしをつくっていくために、利用者のこれまでの長い人生がどんなものであったか、どんな思いをもっているのか、利用者の理解のために、生活史や仕事歴を把握し、個々の思いを探ることが望まれる。
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	入居時にご家族にセンター方式シートを記入していただき、生活歴の把握に努めているが、提出していただけない家族もある。その場合はご本人から情報を収集するようにしている。		
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	毎月1回のカンファレンスにより、現状の情報の共有を図っている。また、経過観察記録記録を通じても現状の把握に努めているが、記録のスキルに差が出ている現状である。		

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
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	職員が担当を持ち、各々3名のモニタリングを実施。その情報を元にして、月に1回カンファレンスを開催し、職員の意見やご家族の意向を反映し、介護計画を作成している。	介護計画や担当職員とケアマネジャーが担当者会議を経て作成し、他の職員に周知を図っている。家族のアイデアにより、「日記や家計簿をつける」等、個別の前向きな介護計画である。介護記録は時間によって介護計画の実施についても記載はあるものの、その際の利用者の発言や表情、職員の気づき等の記載がない。モニタリングは介護計画ごとに「ケアの実施」「目標達成状況」「プラン変更の必要性」について毎月実施している。	介護記録は介護計画の実施ごとにその際の利用者の発言や表情、拒否があればその要因等を記し、モニタリングの根拠となるようにすることが望まれる。
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	関わった職員が日々の様子やケアの実践を記入しているが、気づきや思った事に関してしっかりと記入している職員が少ない現状がある。記録は介護計画の見直しに活かしている。		
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	既存のサービスに捉われない支援まで踏み込むには至っていない。7月末までは、併設のデイサービスとの連携を活かした支援を行っていたが、7月末で廃止となった為、今後の課題となる。		
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	職員の殆どが地元に住んでいる為、地域との繋がりが密にあり、顔なじみの関係になっている為、市街地とは異なる田舎ならではの支援をしている。		
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	入居前からのかかりつけ医に継続して受診してもらっている。京北病院往診対応の利用者様に対しては、医師に情報提供を行い、コミュニケーションを図り、信頼関係の構築に努めている。	利用者の従来のかかりつけ医には家族が受診同行しており、ホームでの情報を文書にまとめ、家族に渡している。事情によっては職員が同行する場合もある。京北病院の医師に受診している利用者は毎月往診を受けている。認知症については法人の病院に受診や相談をしている。	
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	毎週1回、京北病院訪問看護師が来訪し、健康観察を実施。その際に体調や気になることについて相談している。また、8月より、事業所内の看護師を配置する事になった為、今まで以上に適切な支援ができるようになった。		

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
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。	計画作成担当者が介護サマリーを作成。計画作成担当者が、面会に出向き、病院の相談員や看護師と情報交換を行い、早期退院の支援に努めている。		
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	契約時に指針についての説明をしている。5月中旬より、ターミナルケア開始し、8月にターミナルケアが終了。病状の変化に応じて、その都度、ご家族と相談し介護計画を作成、事業所のできる介護の説明を行い、方針を共有した。	「重度化や終末期に関する指針」を作成し、それをもとに利用者や家族に説明し、意向を聞いている。「最期までお願いします」という家族が多い。マニュアルを作成し、職員研修を実施している。最近、1人の利用者のターミナルを、訪問看護ステーションの看護師の協力も得て実施している。職員には大きな学びとなっている。	
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	非常時の連絡体制はできているが、応急処置や初期対応の訓練はできていない。AEDの使用方法については消防訓練時に行っている。		
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、避難訓練を行っている。夜間火災想定で緊急連絡網(抜き打ち)の確認を行った。地域の住民も参加しての訓練はできていない。地域との協力体制は不十分であり、運営推進会議等を通じて、協力体制が取れるよう働きかけが必要。	消防署の協力を得て年2回の避難訓練をし、職員1人勤務の際の想定訓練もしている。地震や抜き打ち、夜間帯の訓練はしていない。備蓄を準備し、ハザードマップを掲示し、職員は危険地域を認識している。AEDを備え、職員は救急訓練を受けている。近年水害が多発しているものの、ホームの地域は高台にあり、安全なので、避難の必要はないと消防署の助言をもらっている。	避難訓練は地域の人の協力をお願いすること、地震や夜間帯、抜き打ち等も含めて年数回実施すること、以上の2点が望まれる。
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	年長者として、尊重し対応しているが、排泄の声かけ時の配慮が足りない時がある。また、親しみから馴れ馴れしい言葉使いになっている時がある。常に意識しておく必要がある。	長い人生を生きてきた利用者として尊厳をもって接することを注意している。言葉遣いや態度に十分注意し、馴れ馴れしすぎないように、が大事だと考えている。自己決定はできるものの、意思表示が困難な利用者に対しては、想像力が大事で、ふとしたときに利用者が漏らす言葉、小さなしぐさ、表情等から判断するようにしている。	
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	傾聴し、思いや希望を表しやすい雰囲気づくりに努めているが、あらゆる場面において、自己決定できるように働きかける必要がある。表出できない利用者様に対しては、表情を汲み取るようにしている。		

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
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	家事手伝いやレクリエーションについては、無理強いせず、ご本人の希望に沿って支援しているが、一日を通じて、その日をどのように過ごしたいかの希望を確認できていない。		
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	最低限の身だしなみについてや、外出時の装いや化粧については支援できている。定期的に馴染みの美容室に行く支援や訪問カット美容室を利用し、メイクアップする機会を設けている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	昼食作りのお手伝いや、盛り付け、配膳に毎日参加してもらっている。ホームの畑で育てた野菜を利用者様にも収穫してもらい、料理に使用し、食事が楽しみになるよう働きかけている。	朝食、夕食はカロリー値、栄養バランスが管理された冷凍の献立を購入しており、温めたり、材料を加えたり、1品追加したりして利用している。献立や味付けの希望を伝えている。昼食は利用者の希望を聞き、冷蔵庫を見て、献立を立て、足りないものの買い物、調理、後片付まで利用者と一緒にしている。畑で収穫した野菜も利用者の人気である。献立がわからず、箸が進まない利用者には1品ずつ説明しながら支援している。	
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	食事形態については、個人的に嚥下力や口腔内の状態に合わせて調節し支援している。水分量確保が困難な利用者様に対しては、一日1000ml摂取Iを目標とし、好みの飲みものやゼリー等で対応している。		
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	毎食後に行っている。歯科医の指導の下で、個別ケアも行っている。(義歯洗浄剤の使用や歯間ブラシの使用)しっかり自歯や義歯がしっかり洗えているかどうかの確認もしている。ケアの拒否がある利用者様1名に対する対応に苦慮している。		
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	個人の排泄のパターンを把握する所から始め、トイレの声かけや誘導を行っている。入所時にはリハビリパンツを使用していた利用者様が防水ショーツを使用するようになった。自らトイレに行く事のできない利用者様に対しては、排泄のサインを見逃さないようにしている。	利用者ごとの排泄チェック表を記録し、排泄パターンを把握し、声掛け誘導している。リハパン使用だった利用者が防水パンツに変わる等、改善例がある。ほとんどの利用者は尿意はあるものの、間に合わないことも多く、支援が必要である。	
44		○便秘の予防と対応	水分不足にならないよう働きかけている。便		

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
		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	秘傾向の利用者様に対しては、ヨーグルトやバナナ等、食物繊維を摂取するよう取り組んでいる。排便のパターンを把握し、薬剤で調節している。		
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ず、個々にそった支援をしている	夜間入浴希望の利用者様に対して、職員の人員配置上支援できていないが、入浴剤を使用したり、時々、デイサービスの浴室をレクリエーション的に使用し、複数で銭湯のような感覚で入浴してもらう等、雰囲気を変えて楽しみになるよう支援している。今月中旬より夜間の職員配置が通常より多くできる日がある為、夜間入浴を導入予定。	浴室は窓が大きく、明るく、ゆったりとした広さに、浅目の浴槽を据えている。現在職員態勢が整わず、週2回の入浴となっている。それまでは希望があれば毎日入浴を支援しており、これからは夜間入浴に挑戦したいと検討している。湯温、時間帯等、利用者の希望に沿い、利用者は介助の職員との会話を楽しんでいる。	
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	利用者様の習慣に沿って好きな時間に居室で休んでもらっている。消灯時間は設けていない。居室内の温度、湿度に気をつけ快適に入眠できるよう支援している。不眠を訴える利用者様に対しては、傾聴行い不安の解消に努めている。		
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	薬剤情報をファイルし、職員が薬の目的や副作用を理解できるようにしているが、副作用まで理解をしていない職員がいる。錠剤が飲みにくい利用者様に対しては、粉状にする、トロミをつける等して、飲み込みやすいように支援している。		
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	各利用者様の役割(出番)は積極的に設けている。(主に家事手伝い)生活歴に合わせ、縫い物が得意な方には、針仕事をしてもらっている。楽しみごとや、気分転換の支援については、一斉に行うことが多く、画一的になっている。個別の支援はできていない面がある。		
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	全体でのレクリエーションとしては、ドライブや外出に出る等企画している。歩行可能な利用者様に対しては、食材の買い物に参加し、好きな物を選んでもらっている。散歩に関しては、車椅子の方も出かけるようにしている。ご本人の希望に沿った個々の外出支援に関しては取り組めていないが、一人の利用者様に関しては、他施設入居中のご主人の面会の支援を行っている。	ふだんは近くの道を散歩したり、みそや野菜の買い物に出かけている。車でスーパーへ食材の買い物に出かけている。山国神社への初詣、京都市双ヶ丘での外食を兼ねた花見、亀岡でのひまわり、大野ダムでの紅葉狩り等、季節ごとに遠出の外出をしている。京北町内の桜、菖蒲、ハス等も楽しんでいる。	
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	個人で金銭の所持はしてもらっていないが、買い物時にレジでお金を支払ってもらっている。		
51		○電話や手紙の支援	毎年、年賀状を出す支援をしているが、自ら		

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
		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	毎日、支援として電話をしていますが、電話する支援はできていない。ご家族からかかってきた電話に出でもらっている。		

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
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	季節毎のちぎり絵(利用者様手作り)や生け花や行事毎のディスプレイ(雛飾り、七夕、クリスマス)に取り組んでいる。8月にはご家族から、鈴虫をいただき、鳴き声で季節感を味わってもらっている。共用の空間には、室温、湿度には気をつけ、快適に過ごせるようにしている。	玄関ホールの正面に季節の花を生け、板敷の廊下の先にゆったりと広い居間がある。居間にはキッチン、スタッフコーナー、大きなソファをおいたくつろぎコーナーがあり、ガラス戸の外に大きなウッドデッキがあり、プランターで育てている花を楽しんでいる。家族からもらった鈴虫の籠があり、鳴き声を心待ちにしている。居間の壁には利用者の手による書を飾っている。夏の西日は簾やよしずで遮っている。日中も静かである。	
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	空間の広さを生かし、共用空間には、ソファや椅子を多く配置している。食卓の席やレクリエーション時には、気の合う方同士が近くに座れるよう支援している。		
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	入居時に、ご家族に馴染みの物を持ってきてもらうよう声かけしているが、ご家族により、必要最低限の物しか準備していただけていない。継続的な声かけが必要である。	居室は洋間と畳の和室があり、窓が大きく、明るい部屋である。いずれも押入れとベッドを備えている。利用者は整理ダンス、衣類ケース、絨毯、椅子、テレビ等を持ち込んでいる。書棚の上に自分や家族の写真、好きな俳優のプロマイド、小さな飾り、ベッドの上には大きなぬいぐるみ、壁には季節の掛け軸等、自分の部屋として落ち着く設えにしている。位牌をもってきている人もいる。	
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	トイレの表示や、手洗いの表示、居室の表札等、利用者様がわかりやすいように表示している。		