

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 2019

事業所番号	2693000131		
法人名	医療法人社団 千春会		
事業所名	せんしゅんかいグループホーム小春		
所在地	京都府長岡京市今里庄ノ淵32		
自己評価作成日	令和1年11月15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://www.senshunkai.or.jp/
----------	---

【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	2019年12月12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)】

施設全体で地域のボランティアに積極的に事業所に訪問してもらい入居者様の意欲向上・事業所の見える化を図っている。(月6~8回)
 お一人お一人の趣味や役割を見出し、自発性を高める取り組みを行っている。
 散歩や買い物、喫茶店等、地域との交流を大切にし、入居者様が地域に出て生活を営めるよう努めている。
 DASCとFIMを定期的に測定し本人の状況把握を行っている。
 法人の年間研修があり、スキルに合わせてレベルアップできるよう支援している。
 地域との関わりとして地域包括と共に月1回認知症カフェを実施し、交流を行っている。

【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)】

長岡京市の北部、住宅街の落ち着いた地域に建つ新築5階建が「介護複合施設今里」、2階が通常型デイサービス、3階は認知症対応型デイサービス、4階5階が2ユニットのグループホーム、開設5年弱である。開設時に策定した優れた理念を掲げ、介護職経験が豊富な管理者、リーダー等が一丸となってグループホームの運営に努力している。現在非常勤職員が多い体制ながら真剣に取り組んでいる女性職員が多く、利用者を理解しようとする姿勢が見受けられる。利用者はゆったりと広いホールで四季の風景を見ながら寛いでいる。時にはバイオリン、オカリナ、コーラス等の演奏、スクリーンの読み聞かせや紙芝居等々のイベントをデイサービスの利用者と共に楽しんだり、地域の名勝地へドライブしたりの暮らしをしている。

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		項目		取り組みの成果	
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している (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	「趣味活動の継続と自立支援を促し、主体的に役割を持ち残存機能を維持する」という部署目標を掲げ、個別ケアとして実践している。	理念は「利用者の自立を支援し、良質な医療・看護・介護を提供する。仕事に誇りと責任をもち、社会人としての向上を目指す。事業の充実により、住民の健康増進と地域社会の発展に寄与する」と策定、パンフレットに掲載、利用者、家族、地域住民に周知を図っている。職員に研修している。管理者は利用者ができるだけ歩けるように支援していること、認知症カフェの開催や災害時の避難所の提供等の地域貢献等が理念の実践だという。	
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	散歩、外出や併設のデイサービスの利用者との交流や地域の出掛け社会参加も積極的に行っている。施設全体でボランティアの利用を定期的に行っている。(月7~8回) 行政と共同して認知症カフェを月1回実施。 行政と自治会が開催するサロンに運動指導として参加。	利用者はふだんホームの周りを散歩したり、スーパーへ買物に行ったり、喫茶店に入ったりしている。自治会に加入している。ボランティアが来て2階で演奏会や行事があるときは利用者と共に参加、地域の人たちと交流している。地元小学校の夏祭りに参加、利用者は屋台を楽しんでいる。自治会館で開催される「サロン」は地域の高齢者が参加しており、利用者と共に参加、交流している。地域貢献としては2階で認知症カフェを開催していること、施設を災害時の避難場所に提供していることである。	
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	法人として認知症サポートキャラバンの実施。 自治会の人たちに向けて見学会を行い、認知症についての認識を深めてもらう取り組みを実施。 地域包括と共に月に1回認知症カフェを実施し、地域住民の方と関わりを持っている。		
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	2か月に1度開催し、行政職員・地域包括職員・自治会・家族の方に出席していただき、サービスの取り組みや様々な意見交換を行っている。	運営推進会議は家族、自治会長、長岡京市、北地域包括支援センターが委員となり隔月に開催、議事録を残している。利用者状況、事故・ヒヤリハット、行事や活動、職員研修を報告後意見交換している。「午後の時間帯に利用者は何もせず、暇を持って余している」という意見があり、レク担当を決め、毎日午後は歌、風船バレーをしている。	

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
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	定期的開催される連絡会ではサービス状況など情報交換を行い、また虐待ケースで入居に至った方は常に行政と連絡を取り合い、その都度協力し合える関係が構築できている。	市とは報告・連絡を怠らず、連携を保っている。地域ケア会議に参加、情報交換している。ラン伴の組に協力して旗を作成している。市の介護相談員が毎月2人来訪、利用者の声を聴いている。3か月ごとに開催される乙訓グループホーム連絡会に参加、他事業所から学んでいる。	
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	4月より身体拘束防止委員会を開催し、現状の確認と未然に防ぐ検討を行い、職員全員の意識を高める。	身体拘束と虐待をテーマにして法人の研修とグループホームの研修を実施しており、職員は身体拘束11項目とやむを得ず拘束する場合の3要件を認識している。センサーを含めて身体拘束の事例はない。玄関ドア、エレベーターは施錠していない。ユニットのドアはテンキである。	
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	法人で行っている研修年間計画にのっとり全職員に虐待防止について学ぶ機会を設けている。介護部で虐待の勉強会を実施中。		
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	事業所内のミーティングで権利擁護等に関する勉強会を実施し、知識を深め活用できるように努めている。		
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	原則的には入居前に見学を行っていただき、書面を通じて本人・家族に説明を行っている。また、体験入居も実施しており、本人家族共になるべく不安を取り除けるよう取り組んでいる。		
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	可能な限り家族様同席でカンファレンスを実施し、意見や要望を反映できるように心掛けている。	家族の面会はよく来る人は隔日に、少ない人は年2回くらいである。グループホームの夏祭りには13家族が参加、利用者と共に楽しんでいる。七夕やクリスマス会にも3家族くらいが参加している。「介護複合施設今里」の3か月ごとに発行される広報誌『せんしゅん』を家族に送付している。グループホームだけの広報誌は発行していない。	家族は職員と共に利用者を支える車の両輪のひとつである。家族には利用者の写真や行事の様子、ある日の献立、職員紹介、職員異動等を掲載した広報誌を発行して毎月送付すること、家族同士が気軽に交流する機会を設けること、運営推進会議に出席してもらうこと、以上の3点が望まれる。

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
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	定期的にミーティングを実施し、職員からの意見の吸い上げで物品の購入などもしている。3か月に1度面談を行い現状の把握に努めている。	職員会議を毎月実施、運営の検討、ケースカンファレンス、年間プログラムによる内部研修を実施している。会議では職員は積極的に意見を言っている。法人の委員会活動に参加している。研修は法人の研修もあり義務として受講している。職員は自己評価表により目標を自己申告、上司との面談で達成に励んでいる。非常勤職員はペーパーテストと実技テストの合格により常勤職員になる道がある。乙訓グループホーム連絡会に参加、他の同業者から学んでいる。	
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	3か月に1度面談を行い、生活環境の把握や目標設定を行い、モチベーション向上に努めている。また力量評価表に基づいて本人のスキルの把握を行っている。		
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	年に一度力量評価を行い、スキルの向上に努めている。また、内部はもちろん、外部の研修にも参加している。		
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	定期的にグループホーム連絡会があり、他事業所の取り組みや情報交換を行いサービス向上に努めている。		
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	入居前に面談の機会を持ち本人様・家族とよい関係が築けるよう努めている。また、少しでも不安を軽減できるよう体験入居も実施している。		
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	面談時には家族へのヒアリングも行い、入居に至った経緯や情報収集を行っている。また、家族を含めてカンファレンスも行い、要望などを吸い上げる工夫もしている。		

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
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	福祉用具や医療面のバックアップを含め様々な面からアドバイスを行い、必要としているサービスの見極めを行っている。理美容や買い物など必要であれば支援を行っている。		
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	今まで行ってきた趣味や趣向などできるだけ継続できるよう支援し、本人の意欲を高め、自立支援に努めている。		
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	家族様との関係が疎遠にならないよう細目に連絡をとりあい、情報の共有を図っている。また、適宜家族を含めたカンファレンスも必要に応じて実施している。		
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	馴染みの美容室への外出や買い物、面会時間も極力長くとり訪問しやすくしている。家族様との外食や外泊なども積極的にしていただけるように支援している。	入居前に利用していた美容室に利用者を同行し、馴染みの美容師さんにカットやパーマをしてもらい、利用者は喜んでいる。2階のデイサービスの行事に参加したときに以前の知人に会うことがある。	利用者は長い人生の最後の時をグループホームで過ごしている。昔かわいがっていた甥や姪、近所付き合いをしていた友人、趣味の仲間等々、もう一度会ってみたい人たちに会いたい。夫と初めて出会った場所、花見によく行っていたところ、毎年見物に行った祭り等、もう一度行ってみたいところに行きたい。このような利用者にとって馴染みの人や場所との関係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	入居者様のADLに合わせてそれぞれ役割や活動を行ってもらい、共同して作業を行うことで人間関係の構築に努めている。定期的におやつ作りや誕生日会などを実施し、自然と交流できるイベントを実施している。		
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	自宅に戻られる際は家族や介護事業所と連携を図り、自宅への一時帰宅なども行い、スムーズに在宅生活になじめることができた。在宅復帰後も状況の確認のため家族に連絡を入れている。		

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
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	日常生活から本人の意向をくみ取り生活に反映するようにしている。また定期的にカンファレンスを行い、本人や家族の意向をくみ取れるよう努めている。	契約時には管理者と計画作成担当者が利用者と家族に面談、利用者の医療、介護等種々の情報を収集、生活歴を聴取している。生活歴は芦屋、大阪等の出身地、大家族、会社勤め、留学経験、結婚後夫婦で働く、子どもは一男一女等記されているが情報が少なく、且つ介護計画に反映されていない。同時に利用者や家族の意向を聞き記録しているものの利用者の思いは聞けていない人が多い。アセスメント1か月の暫定的な介護計画を作成、職員会議にかけている。介護計画を家族に示し確定している。	グループホームでの利用者の暮らしを支援するためには利用者を深く理解することが欠かせない。出身地、父母やその仕事、兄弟姉妹等子ども時代のこと、現役の時の仕事や活動、趣味、友人、仕事仲間等、夫の仕事や子どものこと等結婚生活等、利用者の生活歴を把握すること、生活歴を反映した介護計画を作成すること、以上の2点が望まれる。
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	入居前には必ず面談を行い、生活歴や習慣、趣味なども含めた情報を収集し、グループホームでの過ごし方に反映している。		
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	1日の過ごし方や排泄状況・水分など細目に記録に残し、本人の身体面・精神面・活動面の把握に努めている。定期的にFIMとDASCの測定を行い、数値的な把握にも努めている。		
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	3か月に1度のカンファレンスを通じて問題点を抽出し、本人や家族の意見を反映しやすい体制を整えている。	介護計画はカンファレンスで話し合い3か月ごとに見直している。介護記録はバイタル、服薬、食事量、水分量、排泄、入浴等生活のデータと時間ごとの利用者の様子を簡単に書いたものである。介護計画の実施記録はない。カンファレンスの時に利用者の様子や心身の状況、介護計画の今後の方向性等を話し合い、話し合いの内容や結果を記録し、これをモニタリングとしている。モニタリングとしてのまとめた記録はない。	介護記録は生活のデータだけでなく、介護計画の実施記録を残すこと、介護計画の実施記録とは介護計画のある項目を実施したときの利用者の表情や発言、拒否があった時はその要因を書き、介護計画の評価につながるような記録である。モニタリングは介護計画の評価として「介護計画の項目」「実施状況」「利用者・家族の満足度」「短期目標達成度」「今後の方向性」の項目で点検、記録に残すこと、以上の2点が望まれる。
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	1日の様子や状態をフローシートに記載し、最新の情報を共有できるようにしており、精神面の気付きも個人記録や業務日報に細目に記録している。		

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
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	訪問美容や行きつけの美容室支援、日中のデイサービスのカラオケサークルや買い物など参加していただき入居者のニーズに最大限対応している。		
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	地域の美容室やスーパー、喫茶店等も利用し、地域との関わりを持ちながら生活できるよう努めている。		
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し、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	かかりつけ医は本人家族の希望を優先し、選択してもらっている。また、法人の訪問診療を希望される方もおられ、医療と介護の双方から支援することができている。	4人の利用者は入居前のかかりつけ医に家族同行で定期受診している。その他の利用者は千春会病院の医師が毎月2回往診に来てくれる。歯科も訪問歯科医を利用している。認知症の受診は家族に連絡して西山病院に受診する。	
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	施設内に看護師が在中し、体調面の管理を行っている。また、ストマやバルーンの管理もその都度状態を観察し、必要であれば主治医と連携を図っている。夜間はオンコール体制で連携を図れるようになっている。		
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。	管理者や計画作成担当者を中心に病院関係者と情報交換を行っており、退院前カンファには必ず出席をしている。また受診時には書面での情報交換を行っている。		
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	看取りも2件行い、主治医や家族との連携を密のしチームとして取り組んでいる。	利用者の重度化や終末期に関してグループホームとしての方針を「重度化した場合の対応に係る指針」という文書にし、契約時に利用者や家族に説明している。利用者や家族が希望すれば看取りに対応するという方針である。ターミナルケアについての職員研修を実施している。事例が2例あり、いずれも家族の協力があり感謝の言葉をもらっている。	
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	急変時の対応や事故発生時の研修を実施しており、適切に対応できるよう努めている。		

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
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	地域の防災訓練にも入居者と共に参加し、消防訓練には入居者全員で参加してもらい、避難を行っている。	消防署の協力のもと年2回の避難訓練を実施している。建物の北側に消防車のスペースがあり、利用者は非常口からそのベランダに出ることになっている。地震は耐震構造の建物であり、風水害は危険地域ではない。ハザードマップを掲示、備蓄を準備している。災害時における法人内の協力体制がある。災害時には地域の人の避難場所として広報している。	
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	各個室にトイレの設置や入室の際には必ずノックをするよう徹底しプライバシーに配慮している。また、言葉使いには常に意識してケアをしている。	利用者は高齢者であることを認識して言葉遣いや対応について接遇マニュアルを作成、職員研修をしている。幼稚な言葉、なれなれしい言葉はその場で注意している。職員会議や職員同士の申し送りにはスタッフ室で行い、利用者のプライバシーに配慮している。生活では職員の押し付けでなく、利用者に決めてもらえるようにしたいと努力している。整容は訪問美容を利用している。	
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	衣服の選定や飲み物の選択、外出や散歩等は強制ではなく本人の希望に沿って実施をしている。		
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	プログラムを最低限にし、本人のその時の体調や希望に沿って過ごせるよう支援している。		
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	衣服の選定を行ったり、デパートへの買い物にも行っている。		

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
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	ご飯やみそ汁をよそってもらったり、食器の洗い物などもお手伝いしてもらっている。また定期的におやつ作りを実施し、調理の機会を確保している。	法人が運営する老健の管理栄養士がカロリー値・栄養バランスを点検した献立を老健の給食室で調理したものが運ばれてくる。地産地消の食材を使い、季節感のある献立、おせちやひな祭り等の行事食があり、減塩食やキザミ食等にも対応してくれる。給食委員会でグループホームの検食結果や利用者の意見を伝えている。年に1、2回はラーメン、お好み焼き、焼きそば等やおやつを手作りすることもある。認知症により食事摂取に課題のある利用者には職員がゆっくり介助している。外食に出かけることもある。	
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	管理栄養士が献立を行い、カロリー計算された食事を提供している。糖尿食や腎臓食・ミキサーやムースなどにも対応が可能である。		
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心がけている。また、口腔内に異常が生じた場合は協力歯科機関と連携し、訪問してもらうこともある。		
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、一人一人の排泄の回数、頻度、量などを把握するよう努め、個別に声掛けなどを実施している。	ほとんどの利用者は布パンツやリハパンとパット使用で尿意があり、トイレに自身で行くことができる。時にはそれぞれの排泄パターンを把握している職員が声掛けしトイレ誘導している。日中、夜間ともおむつ使用の利用者はいない。入院していた利用者がおむつ使用で退院して、グループホームでの支援によりおむつを外す等改善している。排便は下剤を常用している。	
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	水分計量や1日2回の運動の機会を設け、便秘の予防に努めている。また、ドクターとも連携を図り便秘の予防及び改善に努めている。		

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
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	その日の体調や気分に応じて、入浴を行っている。基本的な入浴日は設定しているが臨機応変に対応している。	浴室はこじんまりとした家庭風呂、窓があり明るい。浴槽をまたげない人のためのリフトの椅子を置いている。午前9時からの入浴を毎週2回支援している。利用者に声掛けし「入りたくない」という人は声掛けの職員を変えたり、後回しや翌日にする等で、10日後には入浴できている。湯の温度や浸かっている時間は利用者の好みに合わせている。季節にはゆず湯やしょうぶ湯を楽しんでいる。	
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	必要な方には昼寝の時間やサブリビングでゆったりと落ち着いて過ごしていただけるよう支援している。		
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	薬情を個人ファイルに挟み込みいつでも確認できるようにしている。細かな気付きを大切に、状況に応じて主治医に連絡を取り薬の調整なども行っている。		
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	食事の準備や洗濯たたみなどのお手伝いやカラオケ・卓球・外出・併設事業所との交流など活発に過ごしていただけるよう支援している。		
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支援している	併設のデイサービスとの交流や散歩・ドライブ・喫茶店などには積極的に外出できている。	ふだん利用者は車椅子の人も含めて建物の裏の農道を散歩している。季節には咲いている花を見られる。初詣は神足神社、大極殿あとの花見や洛西の並木道の紅葉狩りはドライブで出かける。外食や喫茶店に出かけることもある。利用者が希望した時は日用品を買いに同行している。	
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	お金は事業所で預かり出納帳で管理をしている。買い物やお出かけの際は自らお支払してもらうよう心掛けている。		

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
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	家族様からの電話を取り次ぎ直接本人と話していただいたり、必要に応じて電話をかけていただいている。		
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	リビングなどの共用スペースは室温計を設置し、環境管理を行っている。また、季節感を感じられるような雰囲気作りに努めている。建具や照明にも配慮している。	エレベーターを出るとユニットの玄関となり、廊下が周囲を巡り、窓から中庭が見える。廊下に沿って居室が並び、中央に居間兼食堂(ホール)がある。二方向に開いた大きな窓から陽光が入り、四季の風景が見え、ゆったりと落ち着けるホールである。少し離れたところには観葉植物の鉢と応接セットが置かれ、利用者が一人で座っていたり、仲良しとおしゃべりしたり、面会に来た家族と話していたりするコーナーとなっている。ここもホールと同じく、遠くの風景が四季を通じて見える。ホールの壁にクリスマスリースを掛け、利用者の描いた塗り絵や行事の写真を貼っている。廊下には鉢植えの季節の花や折り紙で折った大きな鞠等を置き、柔らかい雰囲気にしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	メインリビングで他者との交流やイベントなどを実施しサブリビングでは読書やゆっくりと過ごせる環境を提供している。		
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	家具に関してはなるべく慣れ親しんだ物を持参していただくよう家族に依頼している。またアルバム等昔を回想できるものもご持参いただき居心地の良い場所になるよう努めている。	居室は洋間、奥の大きなガラス戸はベランダに出ることができ、陽光がふり注ぎ、四季の風景を楽しめる。洗面台とトイレ、ベッド、カーテンが各室に設置されている。利用者は筆筒、衣装ケース等を持ち込んでいる。位牌を持ってきて毎日拝んでいる人、若い頃の写真、好きな編み物のかぎ針等を持ってきている。壁には利用者が描いた塗り絵、カレンダー等を掛けている。	
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	自室がわかるような工夫や壁沿いにはすべて手すりを設置し、なるべく自立できる環境に整えている。		