

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 28

事業所番号	2693400042		
法人名	社会福祉法人日吉たには会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 はぎの里 オアシス ショウブユニット		
所在地	京都府南丹市園部町横田2号111-1		
自己評価作成日	平成28年10月31日	評価結果市町村受理日	

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者それぞれにあった個別ケアを大切にしています。</li> <li>・ご利用者の笑顔が少しでも見れるように、同じ目線で一緒に歩いています。</li> <li>・ご利用者の出来る事を見つけ支援しています。</li> <li>・地域の行事に参加し交流を深めています。</li> <li>・ご家族との連携、交流も大切にしています。</li> </ul>
---

※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	
所在地	
訪問調査日	

JR園部駅の近く、住宅や里山風景が広がる地域にある新築3階建ての3階が開設4年になるグループホームである。3階ながら建物の中庭に面する側はすべて草が生えた土地がついたベランダになっており、花や野菜作りをしている。建物の外側を廊下が回っており、ユニットを越えて利用者同士交流ができ、また生活リハビリにもなっている。ハードの素晴らしさを有効活用し、地域の活動や市の研修、災害時の避難場所に提供し、地域貢献している。職員確保に苦慮してきているものの「職員は考える力と気づきの目を育てる」と理念に掲げ、外部研修受講の意欲が高く、自己研鑽する少数精鋭の職員集団が形成されている。利用者がこれまでしてきたことを維持するために昼食を手作りし、「利用者が昔を思い出し、言葉が増える」という学びをしている。日帰り旅行で和紙を染め、写真入りのランチョンマットやうちわを作ったり、好きなお寿司の夕食、津軽三味線の演奏等、日常の暮らしを越えた楽しみごともあり、認知症が進行している利用者もありながら、落ち着いた暮らしが実現している。

**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、安心して暮らせている (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
<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	全職員が、理念を元に日常生活の支援が出来るよう、職員室・玄関に掲示している。	法人の理念を踏まえ、グループホームの理念は「利用者一人ひとりの想いを汲み取り、その人らしく安心して生活できる環境を提供します」と決め、パンフレットに明記、利用者・家族に契約時に説明、自治会の会議や行事等で地域住民に周知を図っている。職員は常に利用者に寄り添い、言葉や表情からその思いをくみ取ろうとしており、一人ひとりの暮らしを実現しようとしている。	
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	自治会に加入し、夏祭り、運動会、敬老会等の地域行事に参加している。また、散歩等を通じて地域の方と挨拶等を交わし交流している。	利用者は近くを散歩したり、スーパーで買物をしている。自治会に加入、会議に参加、人権研修をしている。敬老会でゲームを、運動会のパン食い競争、夏祭りで屋台を出している。地域の2つの小学校から見学に来て、利用者で交流し、認知症の話の聞いている。福祉の科目を選択している高校生が実習にくる。オアシスの夏祭りには地域の子どもたちや住民が屋台を楽しんでくれる。オアシスの会議室を地域の会議やサークル活動、市が開催する実務者研修に提供し、地域貢献している。	
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	自治会の会議・行事を通じ機会を設けている。また、小学校・高等学校等の見学・実習の受け入れ、ボランティアの受け入れを通じて、認知症への理解を広めている。		
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ヶ月に1回開催している。その中で事業所の近況報告を行っている。また、ご家族、地域、行政から貴重なご意見を伺う機会となっている。	利用者・家族、区長、民生児童委員、老人クラブ会長、市高齢福祉課が委員となり、隔月に開催し、議事録は全家族に送付している。工事のための危険箇所や市の防災訓練の案内等、地域の情報交換がある。「グループホームの日常生活がよくわからない」という意見があり、行事の写真や職員紹介等を掲載した広報誌を毎月発行し、家族と自治会に配布している。	
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	運営推進会議の他、必要に応じ随時市の担当課と連携をとっている。	市の担当者とは報告、相談を欠かさず、連携を保っている。市の介護相談員を受け入れている。市の防災訓練に参加している。市にはグループホーム連絡会がないので、京都グループホーム連絡会に加入し、研修や交流をしている。	

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
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	身体拘束の事例はないが、職員研修を実施し必要に応じ、マニュアルの見直しもやっている。	「身体拘束をしないケア」を契約書に明記し、マニュアルを作成、職員研修を毎年実施しており、職員はスピーチロックについて認識している。身体拘束の事例はない。建物の玄関ドア、エレベーター、グループホームのドア等、すべて施錠していない。	
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	研修を実施している。(虐待事例はない。)		
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	法人で研修を開催しているが、現在制度を利用されている方がないこともあり、全職員が制度への理解は不十分であると考えている。		
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	契約時には説明だけでなく、ご家族の思いに耳を傾け、十分に時間をとっている。入居後も、必要に応じ説明を行い理解してもらっている。		
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	面会時や電話連絡、運営推進会議等で頂いたご意見は職員間で申し送り、随時対応している。	家族には利用者や行事の写真が多数掲載されているユニットごとの広報誌「すずらん通信」「しょうぶ新聞」を毎月送付している。面会が多い人は月2回、少ない人でも隔月に来るので、その際に利用者の様子や新任職員の紹介等をしている。利用者を連れて外出、外食、一時帰宅等をする家族や秋祭りに参加して利用者と一緒に楽しむ家族もいる。「利用者に面会に来たり、何かもらった場合はすぐに知らせてほしい」という意見があり、対応している。	

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
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	毎月の職員会議に管理職が出席、各会議の報告、委員会活動の報告、相談を行い、反映させる機会としている。また、必要に応じてリーダーが職員面談を行い、要望や思いを聞いている。	職員会議は毎月実施、運営についての検討と認知症理解の研修をしている。職員は次の外出先の提案や「クッキングをもっと増やしたい」等、積極的に意見を出している。ケース会議はユニットごとに実施している。職員は異動、研修受講、資格取得等の希望を出し、資格取得には援助が出る。年2回、自己の目標を申告し、面談により励んでいる。職員は利用者を1人～3人担当している。法人は新人、中堅、リーダー等、段階を追っての研修を実施、オアシスは拘束、虐待、食中毒、感染症等々、年6回の研修をしている。外部研修は希望者を募り、受講した職員は伝達研修をしている。	
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	年2回の人事考課面接以外に、要望や思いを聞く場として、必要に応じて面接を実施している。		
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	法人内外の研修を受ける機会を作っている。介護技術は研修や職員間で学習・伝達し、個人の力量が向上するよう努めている。		
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	施設見学の機会を増やしたり、グループホームの職員交換研修会に参加したり交流を持っている。また、他グループホームの職員をボランティアとして招き、情報交換することでサービスの質の向上に努めた。		
<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	入居前の暮らしの情報を大切に信頼関係を構築している。また、日々のコミュニケーションの中で心身の状態を把握し、安心して生活して頂ける関係づくりに努めている。		
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	ご家族の思いを傾聴し、その情報を職員間で共有し、柔軟な対応が出来る様に努めている。		

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
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	入居前の情報と面接を中心に、ご利用者、ご家族の想い・希望を把握、必要な支援を提案し提供につなげている。		
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	余暇活動や食事作りでは、ご利用者の経験や趣味を生かした内容となるように、検討している。職員がご利用者に教わる事も多い。		
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	面会時を含め、随時連絡を取り合っ中で、ご家族、ご利用者間の情報を共有している。また、新聞を作り施設での様子もお伝えしている。外出・外泊や、地域の行事に参加したりと、ご本人とご家族の関係も大切にしている。		
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	ご自由に面会して頂ける環境、昔からの行きつけの美容院などに出かけることで、馴染みの関係が継続出来る様にしている。自宅に外出もされている。	マンションで一人暮らしをしていたときに急変し、入院したあと、グループホームに入居となった利用者は「家が気になる。いろいろ整理したい」と訴えており、大阪のマンションに同行すると、利用者は満足している。利用者のいきつけの美容院に同行している。いつも食べに行っていたラーメン屋さんに行きたいという利用者に亀岡まで同行している。家族の協力を得て一時帰宅を支援している。区の運動会や夏祭りに同行すると、そこで家族や以前の友だちや隣人に会い、利用者は嬉しそうである。他のグループホームに囲碁の好きな利用者があることがわかり、来訪してもらって囲碁を楽しんでいる利用者がある。	
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	ご利用者間の人間関係を把握した上で、必要に応じ職員が入り、コミュニケーションが円滑にとれるようにしている。援助が必要なご利用者へは職員が常に入れるように見守りを行っている。		
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	契約が終了しても、ご本人への面会や必要な支援を行っている。また、施設外でご家族にお会いした時は、近況報告を交わしている。		

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
<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	入居前の面接で、ご本人、ご家族から希望や思いを聞き取り把握に努めている。ご家族とは、面会時や電話連絡時に状況報告と合わせて要望等を聞き出す努力をしている。ご本人には、コミュニケーションを図る中やケアカンファレンスに参加して頂き、希望を聞いている。	契約時に利用者の自宅を訪問して生活の様子を見たり、生活習慣を聞いたり、持ち込む家具の相談をし、一緒に持ってくる。利用者の情報は本人や家族に聞き、記録している。「家事をしながら元気に過ごしたい」「みんなと仲良くなりたい」「園芸をしたい」等、利用者の個々の思いを聞いている。高知、八木、園部等出身地、結婚後は亀岡に住む、工場経営、事務の仕事等夫や自身の仕事、子どもは男女2人、男4人等生活歴を聞いているものの情報量が少ない。	利用者の人となり、生活習慣等を把握し、グループホームでのその人らしい生活を支援していくためには利用者の生活歴の情報は欠かせない。とくに子ども時代から青年期にかけては人間が形作られる時期なので情報を把握しておくことが望まれる。
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	入居前の自宅訪問で生活環境の把握に努めると共に習慣にされていたことなどの聞き取りを通じて把握に努めている。入居前面接情報と入居前情報ツールを使用し情報提供を行っている。		
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	努め、申し送りを中心に職員が把握できるように努めている。新たな取り組みとして、各職員の情報を入所後情報表をアセスメント表ツールとして活用し情報の共有化を図っている。		
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	職員が介護計画の内容を把握するため計画一覧表(2種類)を作成しケース記録入力時に見える位置に置いている。独自のモニタリング表を基にカンファレンスで検討し、3か月ごとに見直しを実施している。	担当職員が利用者の介護計画を作成し、ケアマネジャーと検討している。身体介護のみならず、「園芸を楽しむ」「他の利用者と親しむ」「調理の手伝いをする」等、生きがいを入れた介護計画になっている。介護記録は介護計画を実施したという記録になっており、その際の利用者の発言や表情は記録されていない。モニタリングは「介護の実施」「目標達成度」「介護計画の継続・廃止」の項目で点検しており、利用者の状況は書いていない。	介護計画は家族も参加したサービス担当者会議で検討し、家族の意見を入れること、介護記録は介護計画を実施したときの利用者の表書きや発言、拒否があればその要因等を書き、モニタリングの根拠となるようにすること、モニタリングは「介護の実施」「目標達成度」「利用者・家族の満足度」「今後の方針」について検討し、コメントを残すこと、以上の3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	記録は主にコンピューターソフトに入力している。ケアプランに沿ったケアが出来ているが、不十分な場合は必要に応じ指導している。報告・連絡・相談は申し送りノートを活用し情報共有に努めている。		

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
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	ご本人、ご家族の希望に応じ、可能な範囲で柔軟な対応を実施している。体調不良やADL低下された場合等も、その時々にあった個々の対応を実施している。		
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	年間を通じて地域行事に参加している。また、ご家族の協力も得て、地域に出掛ける事もある。		
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	それぞれのかかりつけ医に受診されている。緊急時は施設の協力医療機関に受診している。	利用者の従来のかかりつけ医に家族同行、ときには職員も同行して受診している。家族だけで受診する場合は利用者の状態を文書にして医師に手渡している。歯科や認知症の受診をしている。日常、医療面についてはオアシスの看護師に相談している。利用者が入院した場合は病院のムンテラに参加している。	
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	現在、訪問看護師の利用はない。日々の様子、関わりの中から得た気づき等は、看護師に相談し職員間で共有、必要に応じて受診できるように支援している。		
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。	入退院時には、的確に情報が得られるよう、また円滑に退院し元の生活が送れる様、ムンテラに出席している。入院中は定期的に面会し、ご本人の様子、病状確認等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	入居時にご意向をお伺いする他、主治医より終末期と判断された場合、随時相談を受ける事としている。	契約時に利用者や家族と話し合い、グループホームとしてできることを説明し、意向を聴取している。終末期の状況がなかなか理解しにくい人も多い。利用者のかかりつけ医が終末期と判断したときに再度利用者や家族と相談することになっている。現在終末期に関して協力してくれる医師がいないため、グループホームでの看取りはできないと考えている。	

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
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	急変や事故発生時は、マニュアルを基に行動する事としている。マニュアルはすぐに見れるところに置いている。全職員は3年に1回救急救命講習を受講している。		
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	年間計画で避難訓練を年2回計画している。過去に水害に遭っており、以降水害時を想定した地域との連携の取り方(見直し)等を運営推進会議などで協議している。	火災に関して消防署の協力を得て、年2回の避難訓練を実施している。地震や夜間帯の訓練はしていない。水害の被害体験から、水害時にはエレベーターが止まる前に、オアシス全体が3階に避難することと共に、地域住民の避難場所としても受け入れることを自治会に申し出ている。AEDがあり、職員は救急救命訓練を受けている。ハザードマップにより危険箇所を認識している。備蓄を準備している。法人内相互協力のマニュアルを作成している。	避難訓練は火災のみならず地震についても、また夜間帯に関しても実施すること、職員の身に付くように年数回は実施することが望まれる。
<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 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	ご利用者同士の馴染みの関係が出来、強い口調での言葉のやり取りも見られる。ご利用者の表情をみて職員が間に入るなどの対応をしている。	接遇の研修を受け、人生の先輩である利用者への言葉遣いや対応に配慮している。居室は鍵がかけられる。職員会議は事務室で、ケース会議はフロアで、職員同士の申し送りは廊下の隅で等、いずれも利用者に配慮している。毎日の暮らしは利用者それぞれの過ごし方になるように支援している。着る服や飲み物等、暮らしのなかで利用者が自己選択できるように工夫している。外出の際は自身で外出着を選び、お化粧をしている。	
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	日々の生活の中で、自己決定が出来る様、思いをくみ取り個別支援に努めている。特にレクリエーションでは、ご利用者の趣味・得意不得意を考慮し、決定して頂いている。		
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	各ご利用者の過ごし方について、ほぼ把握できている。ご利用者同士の会話から「散歩に行きたい」「旅行に行きたい」などの声を聞きとり、対応・実施している。日帰り旅行では「楽しかった、また行きたい。有難う」等、喜びの声を聞く事が出来た。		



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
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	洋服等ご本人の身にまつわるものは、好みを取り入れたり、季節に合った服を着て頂いている。外出時や行事だけでなく普段からお化粧の促しは行っている。その他普段の身だしなみでは、汚れや尿臭にも気を付けている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	日常の配膳や片付けの他、月に何度か一緒に調理や手作り喫茶を行っている。不定期ではあるが、外食・喫茶外出を実施し、その店の雰囲気や味を楽しんで頂く支援をしている。	オアシスの厨房でカロリー値や栄養バランスを点検してつくられた食事を食べている。季節感のある食べなれた和食である。利用者の好みや意見を食事会議で伝えている。スズランユニットは毎週5日、ショウブユニットは毎月1日、クッキングと称して昼食の献立を立て、買物や調理等、利用者と一緒にやっている。ベランダでつくった野菜も食卓に上る。職員も一緒に食卓につき、会話しながら食事を楽しんでいる。認知症による食事に課題のある人についてカンファレンスで話し合っている。	
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	食事はカロリーを考えながら提供している。水分摂取は特にお茶だけでは不十分な方もおられる為、ゼリーやスポーツドリンクなども提供している。必要・ご希望に応じ夜間も配茶を行っている。		
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	就寝前の口腔ケアを実施している。必要に応じ、見守り、介助を行っている。義歯洗浄剤使用については職員が管理している。		
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	排泄援助が必要な方は介護計画に立案し、情報共有しながら状態を把握している。排泄物品もその方に合った物を検討し試行している。	ほとんどの人が尿意はあるものの、半分くらいの方はリハパンとパットを使用している。排泄チェック表により、排泄パターンを把握して声掛け誘導している。おむつで退院した人もリハパンに改善している。運動、水分、食物繊維等で自然排便を目標としており、トイレでの排便が実現している。水分は夜間も居室に用意している。	
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	十分な水分摂取と運動等により便秘を予防出来ている。排便の有無は、毎日のトイレ清掃、下着の確認、聞き取りで把握し、ケース記録で残している。		

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
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	ご希望や体調を見て入浴して頂いている。受診前や散髪後にも必要に応じ臨機応変に対応している。今年度から入浴を楽しんで頂くために、音楽を流したり、月1度の「はぎの湯温泉」を行っている。	浴室はゆったりと広く、窓が大きく、明るい。衝立で仕切られた個浴が2つあり、入浴中におしゃべりすることも利用者の楽しみである。曜日を決めず、おおむね午後の時間帯に入浴を支援しており、他の利用者が入られると「入りたい」という人もあり、2日おきに入る人もある。1週間に2回以上、夏期は3回を支援している。お風呂嫌いの人も1週間以上入らないことはない。歌の好きな人には脱衣所で音楽をかけたり、ゆず湯、バラ風呂、牛乳風呂を楽しむこともある。	
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	夜間帯からの申し送りで睡眠が不十分と考えられるご利用者、傾眠傾向のご利用者には、日中昼寝を促している。また、夕食後は自然に眠たくなるまでリビングで過ごして頂いている。(消灯時間は決めていない。)		
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	全職員が服薬内容を把握し誤薬、服薬忘れが発生しないようにしている。内服薬の変更があれば直ちに職員に伝達し、共有している。		
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	ご利用者が得意とされている事や楽しみにされている事をレクリエーションに取り入れている。(料理、裁縫、歌、習字等)また、レクリエーション以外にもベランダの花や野菜の水やり、草引きなど進んでして下さっている。		
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	ドライブや散歩、スーパーなどへの買い物は、日常生活の一部として随時実施している。また、ご希望に沿った外出も行っている。(自宅でご家族、親戚と過ごせる支援等)	季節が良く、天気が好ければできるだけ利用者とは出かけるようにしており、1週間に1回を目標にしている。建物の周りや近くの神社への散歩、スーパーへの買い物や喫茶店等へはドライブで、丹波町や亀岡まで足を延ばすこともある。京北町での花見、篠山のゆり園、亀岡のコスモス園とかかしコンテスト等、外食を楽しみながらの季節の外出は年6回くらいである。小浜や新光悦村への日帰り旅行をしている。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	金銭管理はご本人管理を基本としている。管理が必要な場合は預かる事もある。特に外出、買い物では、経済活動の良い機会となっている。		

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
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	月に1.2回ご家族に電話をされているご利用者がおられ、職員が支援している。また、クリスマスカードや残暑見舞いなど写真やメッセージを入れ送っている。		
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	ご利用者・ご家族・来苑者に日常生活の様子を見て頂く為に、習字などのご利用者の作品や外出時の写真を廊下やリビングに展示している。ベランダの花壇では、季節の花や野菜を育てている。	エレベーターを出ると、ユニットごとの玄関があり、下駄箱の上に季節の花を飾っている。廊下の内側に居室が並び、窓側の所々にソファ、椅子、机を置き、クリスマスツリーやきれいな額を飾り、利用者の居場所としている。廊下の壁には利用者の書や行事の写真等を掛けている。オープンキッチン付きの居間兼食堂は明るくゆったりしており、壁には季節のパッチワークや手作り布製の日めくりがやわらかい雰囲気醸成している。食卓の周りの椅子には職員が敬老会でプレゼントした座布団と背にかけた布製の飾りが微笑ましい。大きなガラス戸からベランダに出ると、プランターに咲いている花や四季の風景を、風にあたりながら見ることができる。	
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	主にリビングがコミュニケーションの場となっているが、一人で過ごしたい方は、自由に居室を往来されている。また、ご利用者同士、馴染みの関係が出来、居室や廊下の椅子で談話される事が増えている。		
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	ご自宅で使用されていた家具などを自宅から持ち込んで頂き、居室環境を大きく変えないことで落ち着ける空間づくりに心掛けています。	居室は全室トイレ、洗面台がついており、ガラス戸を開けるとベランダにできる。入口のドアの横に自作の絵を額に入れて掛けている。3室は格子戸を開けて入る和室で、押入れがついている。障子窓の内側は飾り棚として小さな飾りや鏡等を置いている。洋間は絨毯を敷き、ベッドを置いている。利用者は使い慣れた家具を持ち込んでいる。座り机に筆記具や愛読書、整理ダンスの上に家族の写真や飾り、衣装掛けにびっしりと衣類をかけ、それぞれの部屋になっている。仏壇の夫と先祖の位牌に花やお仏飯と水を毎日供えている利用者もいる。	

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
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	居室掃除、洗濯干し、料理等ご利用者自身で出来る事は見守りを中心としている。		