

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 26

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27年10月9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	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27年10月27日		

JR園部の駅から車で10分くらい、寺院や神社がある山すそに建っている3階建てに地域密着型事業が展開され、3階がグループホームである。開設以来地域との関係づくりを、広報誌配布と共に地道に進めてきて4年弱、施設長は最近地域に受け入れられるようになったと感じている。現在次世代育成事業、高校への出前講座、オレンジロードつなげ隊、徘徊模擬訓練、災害時の避難受け入れと非常食の提供等々、さまざまな地域貢献の取組をしている。家族は面会や受診同行、交流会に参加等、協力的である。1年目の水害を乗り越え、前回の外部評価を踏まえて、施設長、職員共にサービスの向上に意欲をもち、努力を重ね、グループホームらしい落ち着いた柔らかい雰囲気となっている。3階でありながら居間や居室の外に土や草がある環境、行動制限をせず、利用者一人ひとりの思いに添う支援により、利用者は自分なりの自由な時間を過ごしている。症状が軽減し、本人と家族の強い願いにより、自宅生活にもどった利用者もいる。

#### 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を作成し、職員は理念にそった業務を心掛けている。パンフレットに明記し、利用者、家族、地域の人に周知を図っている。やさしい言葉遣いに対応している点、利用者の行動を制限しない点、自然な形で利用者により添っている点等々のふだんの職員の行動が理念の実践と考えている。	
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、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交流しており、花などを頂くことがある。	利用者はふだん散歩やスーパーでの買物、区の秋祭りへの参加等で地域との付き合いをしている。自治会に加入し、法人の広報誌を配布している。小学生の取材受け入れ、小中高校の実習体験、高校への出前講座、次世代育成事業として小中高校生に介護の説明、介護相談窓口等々、数多くの地域貢献事業を実施している。	
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。	家族、横田区区长、老人クラブ会長、民生委員、南丹市高齢介護課、地域包括支援センターがメンバーとなり、隔月に開催し、記録を残している。事業所から丁寧な報告をし、質問や意見が出されている。サービスの向上に役立つ意見は家族から出されたものが多い。	グループホームのみならず、はぎの里オアシスとして地域の人にとって欠かせない事業所となるとともに、同時に地域の人たちに支えてもらうために重要な会議である。駐在さん、消防署、スーパー店長、小中学校の校長先生等々、地域の幅広い人たちの参加により、さまざまな意見交換が行われることが望まれる。
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に取り組んでいる	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。	南丹市とは日常的に報告を怠らず、連携を保っている。市の介護相談員を受け入れている。認知症ネットワーク、オレンジロードつなげ隊、徘徊模擬訓練等々、市の取組に積極的に参加協力している。市にグループホーム連絡会がないので、京都府老人福祉施設協議会の地域密着型連絡会に参加し、情報交換している。	

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随時行っている。	「身体拘束をしないケア」を契約書に明記し、毎年職員研修を実施している。マニュアルを作成しており、毎年見直し、確認を行っている。今年度からベランダからの転落防止のために「利用者の居室内の窓を施錠する」を身体拘束禁止の対象となる具体的な行為に追加している。その他の身体拘束の事例はない。玄関ドア、エレベーター、階段、ユニットの玄関ドア、非常口等々、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。直近では、敬老祝賀会と兼ねた家族交流会を開催、その機会とした。	家族には面会時や家族交流会等の際に職員異動を伝えている他、法人の広報誌を配布している。今年の敬老会は家族交流会を兼ねて開催し、約半数の家族に参加してもらっている。「面会に来た人を知りたい」「夕食後の時間帯が退屈そうだ」「行事の予定は早く知りたい」等の意見があり、対応している。	
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	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。	施設長と2人の主任との会議を経て全員参加の職員会議を毎月開催し、運営やケース検討と研修を実施している。職員は利用者を担当、委員会活動に参加している。研修は法人の基礎研修と追加研修があり、別にオアシスでは年間6回の研修を実施、外部研修は希望者等も含めて参加している。職員の個人の目標は半期ごとと上司との面接で励んでいる。職員会議は意見を言いやすい雰囲気であり、「申し送りノートには書いた人も読んだ人もサインをしよう」「利用者の肌着は裏返して洗濯しよう」等の意見により改善している。	

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
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	他グループホームに入居された方への面会時や、施設見学の機会に職員との交流を持っている。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。		
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、随時連絡を取り合う中で、ご家族、ご利用者間の情報を共有している。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。		

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	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、外泊もされている。	同法人のケアハウスから引っ越してきた利用者を機会あるごとにケアハウスに同行し、利用者は友だちや職員に会って楽しんでいる。温泉が好きで、以前はよく旅行に行ったという利用者と一緒に温泉に行き、喜ばれている。「家に帰りたい」という利用者を自宅に同行し、家族とひとときを過ごして「またいつでも来てね」と言われ、利用者は納得の表情である。好きなお菓子を利用者と一緒に買いに行く。	
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。		
<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。	利用にあたって、本人や家族から情報を得ている。「穏やかに暮らしたい」「散歩に行ったり、ランドゴルフをしたい」「みんなと仲良くしたい」等、利用者の思いを聴取している。京都や園部等出身地、4人兄弟等生家のこと、電話局や信用金庫、幼稚園等の職歴、習字や花作り等、好きなこと等々、利用者の生活歴を記録している。	
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	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。		
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	日常生活の過ごし方や、心身の状態把握に努め、申し送りを中心に職員が把握できるように努めている。		

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	職員が介護計画の内容を把握するため計画一覧表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行っている。個々に合った計画が立案出来ている。	介護計画は利用者を担当している職員や場合によっては家族にもカンファレンスに参加してもらい、ケアマネジャーが作成している。身体介護のみならず、暮らしのなかで生きがいとなるような「散歩」「習字」等、楽しみを入れている。介護記録は介護計画にそって、介護を実施した時の利用者の言葉や表情を書き、モニタリングのデータとなっている。毎月のモニタリングは「介護の実施」「利用者・家族の満足度」「目標達成度」「今後の方針」について検討し、記録を残している。	
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。		
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。	内科、認知症、歯科をふくめて、利用者のそれぞれのかかりつけ医に、家族同行で定期受診を行っている。家族の事情によっては職員が同行している。グループホームで把握している利用者の情報を文書にして家族を通して医師に渡し、また受診後に家族から診断結果を文書でもらっている。協力医療機関とは日常的な関係づくりのために、入退院時のみならず、隔月に連携会議を実施し、情報交換している。	
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。		

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。	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	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。ご家族から「最後は自宅で」とご希望が有り、在宅復帰されたケースもある。	重度化や終末期について利用者や家族に相談された場合は、グループホームでできること、できないこと、またかかりつけ医の協力が得られるのかどうか等、さまざまな条件等も含めて口頭で説明しているものの、文書化はできていない。利用者や家族の意向も聞いている人は一部である。	グループホームの方針を文書化し、それをもとに利用者や家族に説明し、十分話しあうこと、その上で利用者や家族の意向を聞くこと、利用者が自分の気持ちを伝えられる早い段階でその思いを聞くこと、以上が望まれる。
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。	避難訓練は日中と夜間の火事を想定して年2回実施しており、消防署の協力を得ている。地域の協力を得るために自主防災委員と話し合っている。水害の経験から対策を講じている。地域の人が避難してきた場合は受け入れる準備があり、非常食も十分に用意している。ハザードマップとAEDを備えている。	
<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。	接遇の研修は法人全体としても、オアシスとしても毎年実施している。職員は人生の先輩としての利用者を尊重し、丁寧な対応と言葉遣いを心掛けている。入浴や排泄等のプライバシーは特に注意している。その日の着る服、飲み物等、毎日の生活では利用者の自己決定を支援している。	
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。		

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	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」などの声を聞きとり、対応・実施している。あるご利用者のケースでは、趣味であった習字を実施することで表情に変化が出てきた。		
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を行っている。不定期ではあるが、外食を実施し、その店の雰囲気や味を楽しんで頂く支援をしている。	日常は調理したものが運ばれてきて、利用者と共に盛り付けや配膳をしている。献立は旬の食材で毎朝パン食の希望も叶えられる等、食事検討会で利用者の希望を伝えている。週1回くらいは利用者の希望を聞き、食材の買物や調理を一緒にしたり、おやつやお菓子をつくることもある。いろいろつくってバイキング食事会もある。職員も共に食卓を囲み、利用者とは話しながら、食事を楽しんでいる。外食も毎月実施しており、利用者の楽しみとなっている。	
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。	ほとんどの利用者は排泄は自立しており、自身でトイレに行く人が多い。一部用心のためにパットを使用している人もいる。排便は運動と水分補給を心掛けており、記録を残している。	
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、ケース記録に残している。		



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。	浴室はそれぞれのユニットから入ることができ、中では互いに見えないように敷居があるものの声が聞こえる構造になっている。浴槽は個浴である。最低週2回の入浴を守りながら、利用者から「入りたい」と声があれば支援しており、毎日入る人もいる。湯温や長湯等は利用者の希望にそっている。入浴しながら隣で入っている人と会話したり、介助の職員に思いを語る利用者もいる。	
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	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)		
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、町内の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。	建物のまわりに広がっている山、寺院、神社等、日常の散歩コースであり、毎日出かけている人もいる。スーパーやホームセンターへ職員が車で出かける際は必ず利用者もつれて行く。出雲大社へ梅見、丹波自然公園へ花見等、季節の外出の他、お弁当をもってピクニック、京都市動物園、かじか荘での外食等、ふだん出かけられないような遠方にもみんなで行っている。利用者の希望により祇園吉本劇場や福知山動物園、おいしいものを食べに等、個別の外出も支援している。	
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	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。ご家族も快く対応して下さい、ご本人の楽しみとなっている。		
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。	エレベーターで3階に上がるとユニットごとに格子戸・玄関土間には下駄箱の上に季節の花を生けている。廊下伝いに外の風景と中庭を眺めて一周でき、利用者の運動のコースになっている。廊下や居間兼食堂には行事の写真、利用者の書を布で額にしたもの、タペストリー、布製のひめくり、ビーズ製のスズランの額等を飾り、やわらかい雰囲気になっている。3階にもかかわらず、ベランダから出る中庭に土と草があり、季節ごとに野菜や花を植えており、野菜は食卓に上る。	
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、自由に居室を歩き来されている。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る。	居室は洗面所とトイレ付きの洋間であり、スズランユニットには格子戸から入る押入れ付きの和室が3室ある。利用者は座机を置き、手紙を書いたり、本を読んだし、畳の生活を楽しんでいる。居室からベランダに出て四季の風景を眺めたり、花を育てている人もいる。自身の作品である掛軸をかけ、整理ダンスの上に自分や家族の写真を飾り、先祖代々の位牌を置いたり、編みかけのセーター、本等、利用者ごとにその人らしい部屋になっている。	
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	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。		