

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	2690400037		
法人名	社会福祉法人 柊野福祉会		
事業所名	グループホーム四条大宮		
所在地	京都府京都市下京区大宮通綾小路下る綾大宮町52番地		
自己評価作成日	令和6年6月25日	評価結果市町村受理日	令和6年9月10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。

基本情報リンク先	https://www.kaizokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2690400037-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会
所在地	〒600-8127京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83番地1「ひと・まち交流館京都」1階
訪問調査日	令和6年7月24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)】

利用者一人一人の望む暮らしを大切に、それぞれの方に合った暮らしやすさを考え、個別支援を実施するように努めています。事業所周辺には商店や食事処が点在しており、気軽に買い物や外食に出掛ける環境が整っているため、ホームの中のみで支援でなく、できる限り外に出掛け、他者と関わる機会を設けています。地域行事、認知症カフェの参加、地域での活動などを通じ、認知症になってもできることがたくさんあることを知っていただくとともにフラッと遊びに来たくなるような事業所を目指しています。また、ご家族との関係を今までと同じように継続していけるよう行事参加のお声掛けをし、気軽に遊びに来れる「おばあちゃんの家」と感じていただきたいと交流の機会を大切にしています。利用者様が落ち着いて過ごす為には、職員が馴染みの存在になることが最も重要であると考えます。職員の希望や教育について考え、継続して働きやすい職場を目指しています。

【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)】

グループホーム四条大宮は2011年1月に開設しました。現在、入居者9名(内2名入院中)、平均年齢89.3歳、平均介護度2.67です。今年5月から居室での面会を再開しています。コロナ禍での入居だった利用者の家族は、ようやくグループホームでの生活を理解できるようになり、職員との交流の機会も増えています。日々の利用者の希望に合わせたレクリエーション、京都の風習や習慣(茅の輪くぐりや水無月の日、祇園祭など)を取り入れた毎月の行事、利用者それぞれの希望を叶える6月の個別レクリエーション、利用者とともに買い出しや料理をする食事作り、地域行事やイベントへの参加など、利用者の生活は刺激に溢れています。常に利用者に寄り添い、利用者ファーストで行動する職員の姿があります。事業所内で看取りを希望する利用者(家族)も多くおられます。職員の介護福祉士取得率は、常に80%前後を保っています。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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、活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

自己 評価	外部 評価	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	“笑顔と信頼を大切にあなたらしい生活のお手伝い致します”という事業所理念のもと4月に本年度のチーム目標を作成。目標達成を目指し、個別の目標を設定。個別の目標の進捗を確認しながらチーム全員で理念の実現を目指している。	法人理念、事業所理念に沿い、令和6年度目標として「ご利用者の心に寄り添い、皆が笑顔で心地よく過ごせるよう、チームの一員として自分にできることを実践する」を掲げている。広報紙(かみ風せん)に記載し利用者、家族、外部に向けて発信している。職員はキャリアや業務に合わせ個人目標も作成し、管理者との個人面談で振り返りをおこないながら業務を遂行している。	
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	町内会に加盟し、地域行事に毎回参加している。昨年度より認知症カフェ、居場所づくり、サロン活動をするなど様々な地域の方と交流をしており、日常的には食材や日用品を購入しに近隣商店に出かけている。	地域情報は回覧板や運営推進会議メンバーから得ている。近隣の神社の祭や祇園祭、郁文学区ふれあいスポーツフェスティバル(区民運動会)や餅つき大会にも参加している。島原地域包括支援センター主催で「島原カフェ」「島原楽楽広場」が隔月にあり、カフェでは利用者がウェイテスとお客として参加している。郁文まちづくり会議やNPO法人ともつづく「TUMUGIプロジェクト」に参加している。「宇野田サロン」は当事業所の利用者が中心に立ち上げた。アロマハンドマッサージ(毎月)の来所もあり、癒しの時間もある。	
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	下京4学区の地域ケア会議の参加、地域ケア会議に参加し、顔の見える関係作りをしている。郁文学区まちづくり会議を毎月開催、できることを通じて関係構築し、今後ホームを居場所としていただけるよう開放していく計画を立てている。		
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	事故や行事、職員の紹介、研修等について報告。様子を伝える際にブログの写真等を添付し、地域の方からは、さまざまなアドバイスや地域の情報を教えていただき、サービスに繋げることができている。	会議メンバーは、利用者、家族(3～5名)、郁文自治会会長、綾大宮町会長、高齢サポート島原職員である。事業所報告が多数ある中、職員体制も採用、退職、移動など詳しい内容である。事故(誤薬・転倒)やヒヤリ・ハット報告では、対応策も報告がある。3月の会議の議題に「感染症について」があり、「感染症・食中毒の予防及び蔓延防止に関する指針」を説明し、意見交換している。5月からの面会制限解除を前に、感染症に対する自覚を促している。会議内容は全職員に説明や回覧で周知を図り、家族にも送付している。	

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に取り組んでいる	下京区役所へ運営推進会議での内容の報告を行っている。28年度下京区役所の方の会議出席もあったが現在はなく、課題である。今後下京地域包括運営協議会の構成員としてできることをしていきたい。	行政には運営推進会議の議事録や事故報告書を届けている。地域ケア会議、地域密着居住系委員会などに出席し、定例会議や研修、関係機関との連携や交流に努めている。管理者は京都市の「認知症介護実践者研修」「認知症介護リーダー研修」の指導者である。認知症介護リーダー研修に利用者も参加し、「宇野田サロン」の支援者としてその想いを語っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束等適正化に関する指針を作成し委員会を実施。また研修を通して普段の支援で自分たちが知らないうちに身体拘束を行っていないか等を振り返り、ケアの改善に努めている。	「身体拘束等適正化委員会」を3か月ごと、「高齢者虐待防止委員会」も年2回おこなっている。各指針も作成している。職員への周知は、委員である職員からの口頭での報告や議事録の回覧(閲覧後はサインをしている)で全職員に周知している。職員は「ちょっと待ってね」の代わりに「いつまで待つのか」を説明するよう統一している。「虐待の芽チェックリスト」を年1回実施し、委員がまとめ報告している。センサーマットは家族の了解のもと使用している。	
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	高齢者虐待防止マニュアル、権利擁護マニュアルをもとに事業所内で研修を行い、職員間で意見交換を行っている。		
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	事業所内で勉強会を実施し、ご家族からの相続や管理等のご相談の際には、制度についての説明や相談窓口等の紹介等を行うよう準備している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約時は十分に時間を確保していただき、出席していただける方全員に説明を行っている。また、法改正、利用料金等改定時は説明を行い、同意書をいただいている。		
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	運営推進会議に全ご家族案内し聞き取り改善するようにしている。また、食事会等ご家族を招く行事を企画し、1日ゆつくりと利用者・家族・職員で話ができる機会を再開したい。	家族からの意向を伺う機会は、面会時、運営推進会議時(全家族に案内している)、行事に出席した時など多くある。聞き取った内容はケース記録に書き、職員間で共有が必要な時は、連絡ノートにも書き申し送っている。利用者の言葉「施設に入ってから認知症当事者同士が交流できる会があったらいいのに」という希望があり関係機関に働きかけ、サロンや地域活動に参加している。	

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	日常のコミュニケーションや連絡ノートで意見を表せる機会を作り、必要に応じて職員会議で話し合い改善。管理者会議では法人内のグループホームの管理者、本部職員と取り組みについて情報交換や業務改善を図っている。	毎月の職員会議、職員との個人面談（正職員は年3回、パートは年2回）を持ち、職員の意向を把握している。職員会議に出す議題を事前に収集し、レジュメを作成している（正職員の持ち回り）。法人や外部研修の報告、レクリエーション時の必要物品、食材について、レクリエーションや行事時の写真が少ない利用者を指摘したり（広報紙に使用）、ロッカーの整理、勤務表についてなど「常に活発な検討がある」と職員の言葉がある。	
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	目標管理シートを作成し、管理者が個人面接を行い目標達成に向けてのプランを話し合っている。また、パート職員には年2回アンケートを実施し面談を行っている。		
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	毎月事業所内研修を開催し、実際の事例を使い現場で活かせることを意識して伝える様にしており、チームでのサービスの質の向上に努めている。外部研修へも個々の能力や興味に応じて参加できるよう調整を行っている。		
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	地域密着型居住系委員会に入会し、定例会議や研修に参加。2ヶ月に1回事例検討会で他事業所の事例検討をすることで現在事業所にはない事例を学んだり新たな発見や自分自身を見直す機会となっている。		
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	今までの生活について情報収集を行い、新たな情報を得た場合は記録し、ケース会議で周知。また、入居前と出来るだけ環境の変化を少なく、今まで通りの生活が出来るよう要望を大切にする事を心掛けている。		
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	家族や関係者の方のご意見を伺い、ご家族との関係継続の為にできることがないか常に心掛けている。また共に支援する姿勢を伝え、入居後も関わりを持っていただくよう心がけている。		
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	入居前の関係者からも情報収集を行い、家族、本人の希望を伺った上でグループホーム以外のサービスについても説明。また、必要に応じて訪問マッサージやアロマ等の利用を行っている。		

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
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	日常の家事を一緒にに行い、どうしたいか、どうすれば上手くいくか、その人のやりやすい方法について教わるという姿勢を大切にするよう心掛けています。また、自発的にして下さる事に対し見守りお礼を伝える事を大切にしています。		
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	共に支援していく姿勢を大切に、相談、同意を得たうえで実施している。サービス内容にご家族を位置づけることで共に支える意識がもてると感じる。		
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	通っていた場所があれば行けるように企画し、顔見知りの人と会う機会、家族の行事等になるべく参加できる様に調整を行っている。	利用者の夢や希望はそのつどケース記録に書き、職員会議で検討している。日々のレクリエーションで実施したり、6月の個別レクリエーションで実現させている。「通い慣れた商店街に行きたい」「毎月通っていた寺をおまいりして、茶器を見てお抹茶を飲みたい」「暮らしていた自宅周辺を散策し、地蔵さんに手を合わせ、通っていたデイサービスを訪れたい」「オーケストラ観賞をしたい」など、それぞれの想いがある。日々の暮らしの中で、書道や編み物、工作、庭やプランターで野菜や花を育てる方もいる。職員は家族に毎月、写真付き手紙で近況を知らせている。職員の1人が写真付きの用紙を作り、介護支援専門員と担当介護士で記事を書いている。	
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	人間関係が構築されており、好き嫌いがあるものの、助け合い、仲良くしている様子もある為、その機会を大切にしている。一緒に協力し合える様な余暇や家事を提供すると笑顔が増えるためその機会を活用することが多い。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	ご希望に応じて相談や支援できるようにと考えている。終了後も何かあれば連絡し、関係が継続できればと思うため方法を模索している。		
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	望むことの把握に努め、出来る限り希望を叶えるよう支援している。朝食時に牛乳が欲しい、等々さいな所で一人一人違う支援を実施。ゆっくりとお話する時間を大切にし情報を共有している。	自分の行動を言葉で十分に表現できない方も多い。ジェスチャーや表情、行動を観察し、家族に相談したり職員会議で話し合っている。眼鏡を常に探す方用に、リビングに眼鏡置き場を作ったことで、探す行動が減り落ち着かれた。トイレトペーパーを挟んだまま長く垂らしている方に対し、壁やホルダー、トイレトペーパーなど全部が白色で、どこで切るか認識できないのではないかと察し、トイレトペーパーを色付きに変え、解消している。	

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
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	情報収集シート、課題分析表、サービス計画書を用いて各利用者の理解をする機会を設けている。		
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	それぞれの生活のペースを重視し、起床時間やゆっくりしたい時間、何かをしたい時間、就寝時間等職員のペースにならないように心掛けている。		
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	ケース記録を月ごとでまとめ、毎月モニタリングし、ケース会議、職員会議で周知、支援方法の検討。また、家族とのやりとりも全職員が確認し、意見やアイデアについても記入するようにしている。	利用者に関する情報は情報収集シートに記載し、課題整理総括表で状況を評価して、課題を抽出している。課題として挙げた根拠が良く分かる表記である。介護士はケース記録に利用者の状況や医師からの言葉、家族対応など丁寧に記録している。介護支援専門員は施設介護支援経過に記載している。介護士はサービス内容を実施したかを、毎日チェックリストで管理し、担当介護士は毎月ケース会議で利用者の状況を報告している。介護支援専門員は3か月ごとに評価表を用いケア内容を振り返っている。サービス担当者会議は入居後1か月、3か月、6か月とおこない、その後は1年ごと(状態変化時)におこなっており、家族や関係医療機関などの参加も得ている。	
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	些細な変化もケース記録に残すように努めており介護計画見直しの際に確認している。気になる事や相談については利用者ノートに書いたり口頭で申し送り定例会議で検討できるようにしている。		
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	今実施していることが全てでなく、ニーズによって変容するものであるという認識を全職員がもてるよう指導しているためそれぞれが柔軟に支援できていることが多いと思われる。		
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	入居前から活用している社会資源を入居後も継続できるように調整している。馴染みの関係を継続することが豊かさになるということも支援の中で学ぶことができおり大切にしていきたい。		

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
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	ご希望を確認し、かかりつけ医や病院、緊急搬送先を決めていただいている。内科、歯科、皮膚科の医師が定期的にホームに往診にきてくださっており、希望の往診医があれば受けられるように支援している。	入居前のかかりつけ医の継続ができることを伝えているが、全員が看取りも見据えて、協力医療機関をかかりつけ医に選んでいる。訪問歯科、歯科衛生士の口腔ケアが月2回、訪問皮膚科は月1回希望者が受けている。訪問マッサージを受けている方もいる。訪問看護師は月4回(1回2時間)来所し、健康管理や24時間オンコールに対応している。他に受診が必要な時は家族が同行している。「緊急時対応マニュアル」を作成し、「緊急時や夜間のフローチャート」に沿い、協力医療機関の医師に連絡している。夜間の利用者受診時は、夜勤代行者に連絡し協力を得ている。	
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	訪問看護師と情報の共有が図りやすいよう勤務を調整、また必要に応じて電話で指示をもらう事ができている。		
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。	入退院時はご家族や病院との間に入り、連絡や報告、相談等の連携を図っている。また入院中は面会に行き、状態の変化等の確認や、ご家族やご本人の相談に対応できるように努めている。		
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	入居時に重度化や看取り時の対応についての指針を説明している。状態変化時はご本人・ご家族の意向を再度確認し、医師と連携し、意向にそえるよう取り組むほか必要に応じて職員で話し合う機会を設け振り返りを大切にしている。	ターミナルケアの研修を年1回全職員対象でこない、出席できない職員には資料を配布し個別に説明している。「重度化及び看取りに関する指針」がある。看取り支援前に、医師から家族に説明し、看取り介護の同意書を得ている。家族の気持ちや希望に合わせて話し合い、看取り介護をおこなっている。この1年で3名の看取りがあり、看取り後に医師からの意見、家族との振り返りをまとめ、研修の資料にするなど次に生かしている。連日訪問して介護する家族もあり、希望者にはベッドや布団の貸し出しがある。一人の利用者が亡くなられた日、たまたま面会に来ていた他の家族は、利用者と一緒に別れをしている。「母がその方の話をしてくれて、看取り支援がどういうものかもわかり安心しました」との、家族の言葉がある。	
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	急変時の対応マニュアルに基づき、研修を行っている。また混乱せずに対応できるように看護師とフローチャートを作成、全員が解る場所にファイルを設置している。		

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
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	避難訓練や防災研修を同一建物内の事業所と合同で実施、BCPを作成している。地域の防災訓練に参加、今後協力体制がとれるような取り組みをしていきたい。	避難訓練、防災研修は、同一建物内の事業所と合同で実施している。火災訓練は年2回おこない、1回は日中に地震から火災の想定で、もう1回は夜間想定でしている。年1回風水害訓練も実施している。年1回は消防署の立ち合いがあり、利用者も非常階段まで避難して。BCP(事業継続計画)を作成し、年1回は防災研修で確認している。AED研修もある。備蓄は、水、缶詰、ご飯、カレーなどのレトルト食品やムース食用のゼリー、他に衛生用品や日用品など備蓄管理担当者が管理している。9月1日と3月1日は防災食の日と決め、利用者と防災食を食べ入れ替えをしている。次回9月の運営推進会議時には、会議メンバーも防災訓練に参加し、消防隊員との話し合いがおこなわれる予定がある。	
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	一人一人の尊厳を守れるように心がけている。特に大勢の方がいる食堂での言葉掛けや対応については、十分に注意を払うように努めているが時折配慮に欠けることもあり、振り返りの機会を会議で設けている。	プライバシー保護の研修を全職員に実施し、参加できなかった職員は資料を読み、個別に伝えることもしている。利用者の呼び方は「〇〇さん」と苗字で呼び、同じ苗字の方には名前前で呼んでいる。入室時は、ノックをして声をかけ、子ども扱いの言葉は使用しない、トイレ誘導時は、大きい声は出さないなど統一している。入浴時に1人になりたい方は見守るなどの配慮もしている。職員の言動が気になる場合は、管理者が話し合いをしている。	
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	日常の会話や行動、表情等から思いをくみ取り自発的な行動に対し出来る限り希望に添えるよう努めている。意思表示の困難な方にも表情や様子を観察し、可能な限りコミュニケーションを図る意識をするよう努めている。		
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	ほとんどの職員が一人一人のペースに合わせ柔軟に対応することができている。無理に実施することもなくなり、気持ちに寄り添う姿勢を大切にできていると思われる。		
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	整容や整髪の声掛けをしたり服装が乱れている時は不快感を与えないよう声をかけている。外出時は普段と違うものを着て頂けるように声を掛けたり、一緒に選ぶ時間を大切にしている。		

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
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	調理や片付けはご利用者も一緒にして頂いている。味付けを教わったり、ドレッシングやソースは好みの物を選んで頂きかけてもらう。雑誌や会話の中で食べたい物を聞いて、献立にも取り入れている。	食事は利用者とともに献立を考え、食材の買い出し、調理から後片付けまでおこなっている。利用者の役割分担には、調理、お茶を入れる、お盆拭き、食器やおしぼり洗いなどがある。アレルギーだけでなく、利用者の好き嫌いにも対応している。行事食では、節分の恵方巻、ひな祭りのちらし寿司、七夕のそうめん、忘年会はカニすきなどある。誕生日にはケーキを買い、本人や家族に好きな物を聞くと焼き肉、握り寿司、鰻などが選ばれる。食事形態は殆どの方が普通食だが、ペースト食の方もいる。ほとんど食事が摂れない状態で退院された方に、時間をかけて食事介助をおこない、体調を回復した事例がある。	
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	法人内管理栄養士に献立を確認してもらい助言をもらい反映している。ココア、紅茶、ジュース各種をそろえ、好きな時に好きなものを飲んでいただいている。またヤクルトを毎日飲むなどの習慣も継続できるよう支援している。		
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	全利用者に週2回の義歯洗浄を実施している。起床時、就寝前は必ず実施。歯科より毎月指導をいただき、職員会議で全員で確認することで個別ケアができるようになっていく。		
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	一人一人の排泄パターンに合わせた声掛けや誘導を行っている。	一人ひとりの排泄パターンに合わせてトイレでの排泄をおこなっている。布パンツ使用の方が多い。ケース会議でパット類の検討をして家族に提案している。退院時、テープ式紙オムツを使用し、ほぼ寝たきりであった方に、手引き歩行でのトイレや洗面台への誘導、リビングへの誘導を介護計画に立案し、職員の介護を受け歩行練習をおこなった。現在、リハビリパンツを着用し、トイレ、リビングへも安定した手つなぎ歩行で移動ができている。ポータブルトイレの利用者はいない。	
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	利用者ごとに毎朝牛乳やヨーグルト、オリゴ糖等を提供。水分量や運動の機会等を意識しているがどうしても排便が困難な場合は事前に医師の指示を仰ぎ排便コントロール出来るようにしている。		

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
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の時間帯を午後とし、2日に1回、週4回は入りたいなどの要望も実現できている。入浴の順番は当日の入浴者と職員で話し合い、時間を書いてわかりやすいようにしている。	入浴は午後におこない、週2回や3回、2日に1回など利用者の希望に合わせている。利用者も職員も全員女性である。毎回のお湯の交換、湯温調整を利用者の好みにしている。季節湯(菖蒲湯、柚子湯)は年間行事である。好みのシャンプーなどを使用する方もいる。入浴を拒否する方には、職員を変え、言い方を変えることで誘導できている。全員が湯船に浸かることができ、初めに浸かる方、洗ってから浸かる方、2回浸かる方、昔話をする方など、それぞれの習慣に合わせて支援をしている。	
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	夜間一人でいるのが不安な方は就寝までリビングで過ごして頂いたり、不安な際は飲み物を提供し一緒に過ごし安心して休んで頂けるよう支援している。また、枕元にメッセージを残すことで安心される方もいる。		
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	服薬管理票を作成し各利用者が何の薬を内服しているかや注意点等がわかるようにしている。薬剤変更があった際の観察や注意についても情報を共有し、薬剤師との情報交換、相談がしやすい環境がある。		
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	可能な限り家事をして頂いたり、趣味や興味のあること、昔からの習慣をホームでもすることが出来るよう環境作りを行っている。		
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	悪天候でない限りは近隣への買い物へ一緒に出掛けている。月に1回は外出行事企画を立て外出する他、年1回本人・家族に希望を聞いて行きたい場所に行く等一人一人に合わせた外出支援ができるようにしている。	天気の良い日は利用者も一緒に、四条大宮界隈に買い物に出かけている。近隣のスーパーでは週3回は魚を買っており、骨処理も依頼している。月1回は外出行事を予定して、お花見、祇園祭、地域の夏祭り、時代祭、紅葉狩り、初詣などにタクシーや公共の乗り物を利用して出かけ、外食も楽しんでいる。利用者の想いは日頃からくみ取り、動物園に行く、花を見に行く、美味しいものを食べに行くなど、外出レクリエーションや個別レクリエーションで実現している。家族の協力もある。	
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	お金への不安がある方は、管理が難しくなってもご家族協力のもと所持。外出時の支払いの手伝いをしたり、残額を確認してご家族への連絡等の支援を行っている。		

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
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	ご家族や知人への電話の発信や着信時の取次、携帯電話の操作説明、動画通話等を行い、気軽に連絡出来るよう支援している。また週3回以上友人知人に手紙を出している方もいる。		
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	季節を感じて頂ける様、毎月利用者と一緒に折り紙などで壁紙を作成し、廊下に展示。オープンキッチンで食事作りの音やにおいがあり、昔懐かしい歌や心地よい音楽が響いている。	リビングは窓も大きく、明るい。窓を開けて換気をし、空気清浄機も設置している。その日の予定や食事作り、掃除などの利用者の役割表を掲示し、利用者もそれを見て確認している。ソファが3か所にあり利用者は寛いだり、昼寝をしている。午後のレクリエーションでは、体操や歌、季節の折り紙、ボールゲームなどしている。また着物の端切れを紐状に加工する紐作りに、毎日精を出す利用者がいる。段ボールで作った編み機を使い「裂き織り」の作品も作っている。掃除は夕方に職員と利用者がしている。	
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	テレビを通じて談話したり、アルバムや本などを準備し環境を整えている。リビングとは別に廊下にも居場所を作り、部屋以外でもゆったりと過ごせるようにしたりベランダで園芸できるよう工夫している。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は個々に馴染みの物や愛着のあるものを持ち込んでいただき、利用者・家族・職員と一緒に相談しながら、その人らしい部屋作りを行っている。期間を設けて安全に過ごせるよう福祉用具を導入することもある。	居室内にトイレと洗面台が設置されているが、広さは十分ある。ベッドは自宅からの持参もある。馴染みのタンスや本棚、家族写真、テレビ、机、椅子、仏壇などがある。加湿器は持ち込みをお願いしているが、ペットと火を使う物は禁止している。掃除は利用者も一緒に週1回リネン交換時におこない、トイレと洗面台は週2回おこなっている。居心地良く暮らせる居室となるようにしている。	
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	危険個所の見直しを必要に応じて行い自分で安全に移動して頂ける様に支援している。		