

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 30

事業所番号	2690200130		
法人名	株式会社 エクセレントケアシステム		
事業所名	えくせれんと聚楽第		
所在地	京都府京都市上京区出水通土屋町東入東神明町290-1		
自己評価作成日	平成30年5月27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	<a href="https://excare.co.jp/">https://excare.co.jp/</a>
----------	---

【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30年6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)】

住み慣れた地域で家庭的な雰囲気大切に、ご入居者ひとりひとりが生き甲斐をもち、いきいきと充実した生活が送れるように、毎日の活動・毎月の行事活動の実施、週に1回の頻度でボランティアの皆様による楽しみの時間の提供を行っています。また、日常生活でその人の残存能力を活かした役割と日課を持っていただき、その人らしい存在感と自己実現に向けて取り組んでいます。食事をすることの喜びを大切に、温かい料理と香りを味わえる日々の暮らし、特別な食事パーティーを定期的に開催しています。

【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)】

京都市上京区古くからの閑静な住宅街に建つ4階建ての事業所、小規模多機能型居宅介護事業所との併設、3ユニットのグループホームである。開設満2年になる。地域の人との交流や連携はなかなか進んでいない。管理者の交代が激しく、その中で開設以来勤務している職員と派遣職員でありながら更新を続けてこの事業所で勤務している職員たちが中心となり、利用者へのケアに力を注いでいる。利用者は80歳代が中心、90歳代も多く、要介護度は比較的低い一方認知症ステージが高い人が多い。意思表示が困難な利用者が多い中、職員は心を尽くして対応している。玄関先での青空ランチや外食、クリスマス会や母の日のお祝い、訪問理美容による髪型のおしゃれやネイルマニキュア等、利用者にとって楽しいイベントは数少ない。

#### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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)
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)
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)
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
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
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

えくせれんと聚楽第 2階

[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	運営理念の【自分らしくゆったりと】を掲げグループホームとしての役割を担えるように日頃から意識して取り組んでいる。介護理念を毎日唱和している。	法人の介護理念を踏まえてグループホームの理念「自分らしく、ゆったりと」を掲げ、ホーム内に掲示、職員に周知を図っている。利用者や家族に説明、広報誌に掲載することにより地域の人に周知を図っている。理念の実践として職員は日常的に業務優先の介護ではなく、利用者をせかせることなく、ゆつくりと見守ることを実践している。	
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	ご近所の方がイベントに参加している。事業所正面のお箏教室の先生がボランティア訪問演奏してくれている。地域連絡会に出席することで情報共有を図っている。町内会に加入している。	利用者はふだんホームの周りを散歩し、出会う人とあいさつしたり、近くの薬局で買物したりしている。町内会に加入、回覧板が回ってくる。地域の行事に参加できていない。行事報告を中心にした広報誌を毎月発行、地域の人に見てもらうために玄関先に15枚くらい置いている。向かいの家の箏曲の師匠がボランティアで演奏に来てくれる。ホームの行事に地域の人参加がない。ケアマネジャーが地域で開催されているオレンジカフェに協力している。	グループホームは利用者にとって自宅である。近くにどんな人が住んでいるのか、近くにどんな店があるのか、散歩に行くと楽しいところはどこか等、利用者の地域生活を支援すること、グループホームの専門性を生かして地域の高齢者の相談対応や認知症の啓発活動を行うこと、以上の2点が望まれる。
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	ケアマネジャーがオレンジカフェに参加している。事業所広報誌を発行している。		
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	事業所内での会議内容や職員状況、事故発生状況、活動内容を毎回、報告し意見交換会において話し合われた内容などを記録し、参加できなかったご家族様にも郵送を行っている。	家族・利用者、地域包括支援センター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。地域の人参加がない。ホームから利用状況、事故・ヒヤリハット、行事等を報告し、意見交換している。事故について「見守りが不十分ではないか」「要因を検討するべきである」等の意見をもらい、検討している。	運営推進会議は利用者・家族、地域の人、行政の立場の参加により事業所のサービスの向上について話し合う会議である。グループホームの家族や利用者は必ず参加すること、地域の様々な立場の人の参加を求めること、その上で事業所についての理解と協力を求めること、以上の3点が望まれる。
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	上京区役所に運営推進会議議事録を提出している。計画作成担当者が介護認定更新などで必要な連絡をとっている。	上京区には必要な報告や相談を怠らず、連携をとっている。地域ケア会議に参加している。京都市の介護相談員を受け入れ、毎月2回の訪問を受けている。地域で開催されている地域密着型事業所連絡会に参加し、情報交換や学びをしている。	

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	新任職員への身体拘束廃止の取り組みの説明と身体拘束に関する勉強会の実施をしている。リスクマネジメント委員会での身体拘束廃止の取り組みを話し合い身体拘束をしないケアの実践に努めている。	「身体拘束をしないケア」を契約書に明記、職員研修を実施している。リスクマネジメント委員会が現場での具体的な事例について検討、職員に周知を図っている。玄関ドア、エレベーターはキイロックしている。	
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	高齢者虐待に関する勉強会を実施している。身体的な虐待以外にも心理的な虐待(言葉づかい)にも注意している。虐待防止アンケートを実施して提出している。		
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	権利擁護に関しての勉強会を実施している。成年後見人、補佐人、補助人とは必要な連絡をとりあっている。		
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	入居の契約の際には重要事項説明書を使って説明の不足がないように注意して対応している。改定の内容は文書で送付して同意をもらっている。		
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	ご意見箱による苦情の受付窓口を設置し、運営に反映させられるように心がけている。京都市介護相談員派遣の担当者からの月に2回の訪問と助言指摘を頂いている。	家族の面会は多く、毎日来る人もあり、1日10人以上が来訪する日もある。家族が面会に来た際にクリスマス会や節分の行事をしていたりすることもある。家族には毎月行事報告をした広報誌を送付している。献立や職員異動、職員紹介等の報告をしていない。家族交流の機会をつくっていない。運営についての家族からの意見はない。	家族は職員と共に利用者を支える大きな力である。事業所の運営に理解をもってもらい、協力してもらうために、献立や職員紹介、行事案内とお誘い等を行うこと、家族交流の機会をつくること、家族がフランクに意見が言えるようにすること、以上の3点が望まれる。
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	年に2回の職員面談を実施している。意見や提案については申し出るように伝えている。各委員会を設置することで業務改善を試みている。フロア会議を定期的開催している。	グループホームの全体会議は2,3カ月に1回実施、運営の検討と研修、毎月実施するフロア会議は利用者のカンファレンスをしている。リスクマネジメント、広報、給食、物品管理、理美容、レク等の委員会活動により職員は役割分担している。自身の目標を自己申告し年2回上司との面談により達成に励んでいる。会議では職員は危険物の保管場所、業務の分担、記録の書き方等、意見を出しあい、改善につなげている。	

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	給与規定からの判断の他、キャリアパスの観点から業務評価管理シートを活用し、個々の努力や実績を評価している。		
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	内部研修の他に外部で開催される研修の案内と参加、福利厚生による介護関係資格取得における費用負担がされている。		
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	地域連絡会やオレンジカフェに参加することで同業者との交流機会をもっている。		
<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	住みなれた地域を話題にした会話や周辺を散歩することなどで本人が地元にいることを分かってもらえるように努めている。		
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	ご家族様に信頼をして頂けるようにご入居者様の生活の様子を詳細に記入し閲覧できる状態となっている。本人の体調などに関しては随時、電話連絡している。		
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	経済的な理由により軽費で入居が可能となる福祉施設の調査と申し込みの支援などを行っている。		
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	ご入居者様が負担に感じない範囲で洗濯、掃除、テーブル拭き、調理準備などの家事を手伝って頂いている。		

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
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	ご入居様が不安を訴えられたときなどには訪問や電話で対応をして頂いている。訪問しやすい環境であるように明るく出迎えている。		
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	近くの飲食店に出掛けての外出を行っている。親族や友人が面会にくることがしやすい環境であるように丁寧な対応を心がけている。	利用者の馴染みの人や場所との関係支援はほとんど実施されていない。	長い人生を過ごしてきた利用者はこのグループホームにおいて最後の日々を暮している。近所付き合いをしていた人、親しくしてきた友人、かわいがっていた姪や甥等、しばらく会っていないがもう一度会いたい、いつも花見をしていたところ、毎年見ていた送り火、先祖の墓、夫と初めて出会った場所等、もう一度行ってみたい、以上のように利用者にとって馴染みの人や場所との支援を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	居室に閉じこもってしまうことがないように日中にはなるべく共有のフロアへ来て頂けるようにしている。レクリエーション活動や作業を通じて共通の目的を持てるようにしている。		
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	入院などにより契約終了した方についても生活支援に係る相談や問い合わせに応じている。		
<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	ケアプラン作成に伴ってアセスメントを行う際に出来ない部分だけに目を向けるのではなく出来ている部分を更に伸ばしていけることを意識している。	利用開始時には自宅や病院に訪問、利用者や家族に面談、介護や医療の情報を蒐集している。入居後に計画作成担当者が利用者や家族と面談、その意向を聴取している。「元気でいたい」「音楽を聴くことが好き」「家族に心配かけたくない」「顔見知りができて楽しい」「細かいことをするのが好き」等、利用者のありのままの思いを記録している。フェイスシートに生活歴の欄があるものの、利用者の生活歴の情報はほとんどない。	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、生家、兄弟姉妹、子ども時代、現役の時の仕事や活動、趣味、仕事仲間や趣味の友人等々の情報を蒐集することが望まれる。

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
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	入居時の情報提供依頼とアセスメントシートによる情報収集を行っている。		
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	職員全体が一人ひとりの状態を把握できるようにケア記録、生活日誌、申し送り簿などを活用して周知するようにしている。全体会においてご入居者様の状態の変化などについて話し合いを行っている。		
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	サービス担当者会議を行うことでそれぞれの意見をプラン作成に反映させている。またモニタリングを行うことで介護計画が現状に即しているかを確認している。	計画作成担当者が利用者のアセスメントをし介護計画を作成、フロア会議で職員の意見を聞いている。介護計画は利用者の思いに添ったものではなく、身体介護の項目が非常に多い。暮らしのなかの楽しみの項目がない利用者もある。介護記録は時間ごとの利用者の様子を書き、介護計画の実施記録ではない。モニタリングは介護計画の評価になっていない。	介護計画は利用者ごとに個別で自立支援になっていること、どんな重度な利用者にも暮らしのなかの楽しみの項目を入れること、介護記録は介護計画を実施したときの利用者の表情や発言を、介護拒否があった時はその要因を書き、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計画について「実施状況」「目標達成度」「利用者・家族の満足度」「今後の方針」について毎月点検し、記録に残すこと、以上の4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	個人の記録は会社内で統一したものが使用されており日常の様子を記録している。その記録を参照し介護計画の作成に活かしている。		
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	ご家族様の負担軽減を目的として規定とされていない病院受診の支援を行えるように努めている。		
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員の方に参加して頂くことで地域の情報や運営に関する助言を頂いている。		

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
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	ご入居者様の希望される病院をかかりつけ医としている方がいる。月に2回の訪問診療と適宜容態連絡することで健康管理の支援をしている。	協力医療機関である堀川クリニックから毎月2回の往診があり、多くの利用者のかかりつけ医となっている。入居前からのかかりつけ医に家族同行で受診している利用者もあり、グループホームでの利用者の状況は看護師がサマリーを書いて医師に伝えている。歯科は訪問歯科医を利用している。	
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	専属の看護師を配置し健康管理を行っている。ご入居者様の心身の状態については随時、連絡を行うとともに申し送り簿なども活用して伝達に不備がないように努めている。		
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。	協力医療機関に協力して頂き必要な治療を行えるように入院先などを決定している。入院中の状態については連絡をとったり直接、訪問させて頂くことで健康状態を把握するようにしている。		
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	重度化した場合における指針を書類により説明を行っている。終末期に向けたケアでは本人、家族、協力医療機関、施設職員で協議のもと対応を決定している。	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「重度化した場合の対応に係る指針」という文書にまとめ、契約時に利用者や家族に説明し意向を把握している。指針では利用者や家族が希望すれば看取りを実施することになっている。多くの家族は看取りを希望している。職員にはターミナルケアの研修を実施している。昨年1人の利用者の看取りを経験、家族に感謝されている。	
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	急変や事故発生におけるマニュアルを整備している。対応の仕方についての研修を実施している。緊急時には連絡網を用いた連絡が行われるように定められている。		
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	災害対策のマニュアルを整備している。年に2回の消火避難訓練や研修を実施している。	消防署の協力を得て年2回の避難訓練を実施している。その際に地域の人の協力は得られていない。地震や風水害の訓練はしていない。備蓄は準備していない。ハザードマップはスタッフ室に掲示、職員は危険箇所を認識している。AEDを備え、職員は救命訓練を受講している。	避難訓練は地震や風水害、夜間帯を含めて職員の身に付くように年数回は実施すること、その際地域の人の協力を得ること、備蓄を準備するこち、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
<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	朝礼で毎日、介護理念を唱和し実践に結び付けている。朝礼、及び管理者からの連絡帳により丁寧な対応を徹底するように周知している。	職員には接遇の研修を実施、丁寧な対応を心掛けている。やさしさのない言葉や強い口調等、不適切な対応にはその場で注意している。暮らしのなかで利用者自身が決められることができるように、お茶の時間の飲み物は各種準備、利用者が着る服は実物を見せて選べるようにしている。言葉で意思表示ができない利用者にはその表情やしぐさで判断している。	
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	朝の更衣の際にはどの服を着用されるか希望をきいて自己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	予定のレクリエーション表があって各階で活動計画をもとに取り組みを実施している。		
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	髪型や身だしなみがくずれないように随時対応している。訪問理美容室を2ヶ月に1回ペース利用している。京都市派遣介護相談員担当者よりロングヘアーの対応ができていて良いと言われた。		
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	食器の洗い物や調理手伝いを行われている。食事摂取量が少ない方には協議の元に嗜好品を楽しめるように対応している。	法人の調理師がカロリー値、栄養バランスを点検して立てた献立を利用し、食材は近くの肉屋、魚屋、八百屋、米屋から配達してもらい、事業所の調理師免許をもつ職員が調理している。多くの利用者はホールで、中には自分の部屋で食べている人もいる。食欲が極端に少ない人には好みのものを提供している。認知症による食事摂取に課題のある人には職員がゆっくり介助している。	
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	食事や水分の摂取量に関しては毎回、記録を行い心身の状態を観察して対応している。食事の形状もそれぞれの嚥下、咀嚼の状態に合わせている。		

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
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	口腔状態に応じた口腔ケアをしている。歯科医師による口腔ケア指導指示を受け対応している。		
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	排泄の状態を記録してタイミングを計ったトイレ誘導を行い失禁を防止できるように努めている。安易なオムツ使用は避けてトイレを使った排泄を行えるように支援している。	「トイレでの排泄」を方針とし、支援している。約半数の利用者は尿意があり、トイレの場所を認識しており、排泄の自立をしている。ほとんどの利用者はリハビリ、パットを使用し、おむつ使用は1人である。職員がトイレに誘導している。排便は水分提供や運動等で薬に頼らないように支援しているものの常用している利用者もいる。退院した時等は排泄状態が改善している。	
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	なるべく自然排便となるように体操や運動を行っている。便秘症が見られる方では排便の状態を看護師に報告し、主治医と連携を図り対応している。		
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	入浴の際は声掛けし、拒否がある場合には無理に実施せず思いを尊重している。入浴剤を選んでもらい楽しんで頂く工夫をしている。	浴室はこじんまりとした家庭風呂で個浴を据えている。昼食をはさんで午前と午後に入浴を設定、毎週2回の入浴を支援している。入浴拒否が続いている人にはシャワー浴や清拭をしている。毎月「フロの日」として利用者と一緒に入浴剤を買いに行き、使っている。	
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	夜間に安眠ができるように日中には活動を意識して対応している。長時間の活動が行えない方は横になり休息をとるようにしている。		
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	薬が変更になった際は注意深く観察し症状の変化を記録し落とし込み看護職員に報告している。処方箋に目を通し使用している薬を確認している。		
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	食器洗いや洗濯物を畳んでもらうなど役割の支援をしている。歌や花を活けてもらったり個々の楽しみごとに取り組んでいる。		

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
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	気候のいい日は外出するようにしている。雨の日でもドライブをしたりしている。外出できない日も他の階と一緒にいくことで気分転換できるように工夫している。	利用者は車椅子の人も含めて出水通りから千本通りのコースを散歩している。雨天や暑い日等は玄関先で外気に当たったりしている。初詣は近くの神社に、花見は市内の名所をドライブしている。年4回くらいは外食に出かけている。喫茶店に行っ てコーヒーが飲みたいという利用者の希望に添って個別外出をしている。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	嗜好品の購入などでは立て替えでの支払いでありお金を所持できる支援まで達成できていない。		
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	希望されたときに電話をかけられるようにしている。お手紙や年始の年賀状を本人に渡している。		
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	移動がしやすいようにテーブルの配置を工夫している。生活空間に嫌な臭いがしないように配慮している。	2階、3階、4階がグループホーム、各階とも同じ設計になっている。中央にミニキッチン付きの居間兼食堂があり、廊下に面して居室が並んでいる。ホールの壁には季節柄、カラー紙で作ったハスの葉、カタツムリ等をレイアウトしている。認知症の混乱を起こすような強い光や大きな音はない。	
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	相性の良いご入居者様同士は隣り同士になって頂いたり、その時の状況で楽しんで頂けるように席を移動するなど工夫している。		
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て、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人様が以前使用されていたものを持参して頂いたり、好きなものを置いて飾るなどの対応をしている。	居室の入口に折り紙で作った飾りを掛けている。居室は洋間、低床ベッドが備えられ、窓が大きく明るい。利用者は筆筒、チェスト、衣装ケース、テレビとテレビ台等を持ち込んでいる。筆筒やチェストの上に小さなマスコットや飾り物、時計、家族の写真等を並べている。	
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	歩行が不安定な方は杖やシルバーカーを使用している。部屋を間違えてしまうことがないように目印として入り口に取り付けている。		

# 自己評価および外部評価結果

えくせれんと聚楽第 3階

[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	運営理念の【自分らしくゆったりと】を掲げグループホームとしての役割を担えるように日頃から意識して取り組んでいる。介護理念を毎日唱和している。	以下の項目すべて2階ユニットに同じ。	
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	ご近所の方がイベントに参加している。事業所正面のお箏教室の先生がボランティア訪問演奏してくれている。地域連絡会に出席することで情報共有を図っている。町内会に加入している。		
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	ケアマネジャーがオレンジカフェに参加している。事業所広報誌を発行している。		
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	事業所内での会議内容や職員状況、事故発生状況、活動内容を毎回、報告し意見交換会において話し合われた内容などを記録し、参加できなかったご家族様にも郵送を行っている。		
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に取り組んでいる	上京区役所に運営推進会議議事録を提出している。計画作成担当者が介護認定更新などで必要な連絡をとっている。		
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	新任職員への身体拘束廃止の取り組みの説明と身体拘束に関する勉強会の実施をしている。リスクマネジメント委員会での身体拘束廃止の取り組みを話し合い身体拘束をしないケアの実践に努めている。		

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
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	高齢者虐待に関する勉強会を実施している。身体的な虐待以外にも心理的な虐待(言葉づかい)にも注意している。虐待防止アンケートを実施して提出している。		
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	権利擁護に関しての勉強会を実施している。成年後見人、補佐人、補助人とは必要な連絡をとりあっている。		
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	入居の契約の際には重要事項説明書を使って説明の不足がないように注意して対応している。改定の内容は文書で送付して同意をもらっている。		
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	ご意見箱による苦情の受付窓口を設置し、運営に反映させられるように心がけている。京都市介護相談員派遣の担当者からの月に2回の訪問と助言指摘を頂いている。		
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	年に2回の職員面談を実施している。意見や提案については申し出るように伝えている。各委員会を設置することで業務改善を試みている。フロア会議を定期的に開催している。		
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	給与規定からの判断の他、キャリアパスの観点から業務評価管理シートを活用し、個々の努力や実績を評価している。		
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	内部研修の他に外部で開催される研修の案内と参加、福利厚生による介護関係資格取得における費用負担がされている。		

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
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	地域連絡会やオレンジカフェに参加することで同業者との交流機会をもっている。		
<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	住みなれた地域を話題にした会話や周辺を散歩することなどで本人が地元にいることを分かってもらえるように努めている。		
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	ご家族様に信頼をして頂けるようにご入居者様の生活の様子を詳細に記入し閲覧できる状態となっている。本人の体調などに関しては随時、電話連絡している。		
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	経済的な理由により軽費で入居が可能となる福祉施設の調査と申し込みの支援などを行っている。		
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	ご入居者様が負担に感じない範囲で洗濯、掃除、テーブル拭き、調理準備などの家事を手伝って頂いている。		
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	ご入居者様が不安を訴えられたときなどには訪問や電話で対応をして頂いている。訪問しやすい環境であるように明るく出迎えている。		
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	近くの飲食店に出掛けての外出を行っている。親族や友人が面会にくることがしやすい環境であるように丁寧な対応を心がけている。		

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
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	居室に閉じこもってしまうことがないように日中にはなるべく共有のフロアへ来て頂けるようにしている。レクリエーション活動や作業を通じて共通の目的を持てるようにしている。		
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	入院などにより契約終了した方についても生活支援に係る相談や問い合わせに応じている。		
<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	ケアプラン作成に伴ってアセスメントを行う際に出来ない部分だけに目を向けるのではなく出来ている部分を更に伸ばしていけることを意識している。		
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	入居時の情報提供依頼とアセスメントシートによる情報収集を行っている。		
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	職員全体が一人ひとりの状態を把握できるようにケア記録、生活日誌、申し送り簿などを活用して周知するようにしている。全体会においてご入居者様の状態の変化などについて話し合いを行っている。		
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	サービス担当者会議を行うことでそれぞれの意見をプラン作成に反映させている。またモニタリングを行うことで介護計画が現状に即しているかを確認している。		
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	個人の記録は会社内で統一したものが使用されており日常の様子を記録している。その記録を参照し介護計画の作成に活かしている。		

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	ご家族様の負担軽減を目的として規定とされていない病院受診の支援を行えるように努めている。		
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員の方に参加して頂くことで地域の情報や運営に関する助言を頂いている。		
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	ご入居者様の希望される病院をかかりつけ医としている方がいる。月に2回の訪問診療と適宜容態連絡することで健康管理の支援をしている。		
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	専属の看護師を配置し健康管理を行っている。ご入居者様の心身の状態については随時、連絡を行うとともに申し送り簿なども活用して伝達に不備がないように努めている。		
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。	協力医療機関に協力して頂き必要な治療を行えるように入院先などを決定している。入院中の状態については連絡をとったり直接、訪問させて頂くことで健康状態を把握するようにしている。		
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	重度化した場合における指針を書類により説明を行っている。終末期に向けたケアでは本人、家族、協力医療機関、施設職員で協議のもと対応を決定している。		
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	急変や事故発生におけるマニュアルを整備している。対応の仕方についての研修を実施している。緊急時には連絡網を用いた連絡が行われるように定められている。		

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
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	災害対策のマニュアルを整備している。年に2回の消火避難訓練や研修を実施している。		
<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	朝礼で毎日、介護理念を唱和し実践に結び付けている。朝礼、及び管理者からの連絡帳により丁寧な対応を徹底するように周知している。		
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	個々の思いを大切にし、共同生活での利点と欠点に目を向けておひとりおひとりのペースを大切にしている。		
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し、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	予定のレクリエーション表があって各階で活動計画をもとに取り組みを実施している。		
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	髪型や身だしなみがくずれないように随時対応している。訪問理美容室を2ヶ月に1回ペース利用している。京都市派遣介護相談員担当者よりロングヘアーの対応ができていて良いと言われた。		
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	食器の洗い物や調理手伝いを行われている。食事摂取量が少ない方には協議の元に嗜好品を楽しめるように対応している。		
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	食事や水分の摂取量に関しては毎回、記録を行い心身の状態を観察して対応している。食事の形状もそれぞれの嚥下、咀嚼の状態に合わせている。		

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
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	口腔状態に応じた口腔ケアをしている。歯科医師による口腔ケア指導指示を受け対応している。		
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	排泄の状態を記録してタイミングを計ったトイレ誘導を行い失禁を防止できるように努めている。安易なオムツ使用は避けてトイレを使った排泄を行えるように支援している。		
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	なるべく自然排便となるように体操や運動を行っている。便秘症が見られる方では排便の状態を看護師に報告し、主治医と連携を図り対応している。		
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	入浴剤を使用することでリラックスして入浴して頂けるように心がけている。		
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	夜間に安眠ができるように日中には活動を意識して対応している。長時間の活動が行えない方は横になり休息をとるようにしている。		
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	服薬に関しては用法、用量、日付などに間違いがない管理に努めている。又、副作用を見逃す事もなく病態の変化に留意している。		
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	全体でのレクリエーションは毎日あり、個別レクリエーションとして変化にとんだ企画により実施している。		

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
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	定期的な外出支援を行っている。ご家族様や地域の人々との交流については不十分な状態にある。		
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	嗜好品の購入などでは立て替えでの支払いでありお金を所持できる支援まで達成できていない。		
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	希望されたときに電話をかけられるようにしている。お手紙や年始の年賀状を本人に渡している。		
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	移動がしやすいようにテーブルの配置を工夫している。生活空間に嫌な臭いがしないように配慮している。		
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	テーブル席の配置や場所には気を配り、居心地の良い空間の提供を行っている。		
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	ご入居時にご家族様、ご本人様に馴染みのもの、家族写真等を持参することを推奨している。		
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	歩行が不安定な方は杖やシルバーカーを使用している。部屋を間違えてしまうことがないように目印として入り口に取り付けている。		

# 自己評価および外部評価結果

えくせれんと聚楽第 4階

[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	運営理念の【自分らしくゆったりと】を掲げグループホームとしての役割を担えるように日頃から意識して取り組んでいる。介護理念を毎日唱和している。	以下の項目すべて2階ユニットに同じ。	
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	ご近所の方がイベントに参加している。事業所正面のお箏教室の先生がボランティア訪問演奏してくれている。地域連絡会に出席することで情報共有を図っている。町内会に加入している。		
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	ケアマネジャーがオレンジカフェに参加している。事業所広報誌を発行している。	/	
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	事業所内での会議内容や職員状況、事故発生状況、活動内容を毎回、報告し意見交換会において話し合われた内容などを記録し、参加できなかったご家族様にも郵送を行っている。		
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に取り組んでいる	上京区役所に運営推進会議議事録を提出している。計画作成担当者が介護認定更新などで必要な連絡をとっている。		
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	新任職員への身体拘束廃止の取り組みの説明と身体拘束に関する勉強会の実施をしている。リスクマネジメント委員会での身体拘束廃止の取り組みを話し合い身体拘束をしないケアの実践に努めている。		

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
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	高齢者虐待に関する勉強会を実施している。身体的な虐待以外にも心理的な虐待(言葉づかい)にも注意している。虐待防止アンケートを実施して提出している。		
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	権利擁護に関しての勉強会を実施している。成年後見人、補佐人、補助人とは必要な連絡をとりあっている。		
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	入居の契約の際には重要事項説明書を使って説明の不足がないように注意して対応している。改定の内容は文書で送付して同意をもらっている。		
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	ご意見箱による苦情の受付窓口を設置し、運営に反映させられるように心がけている。京都市介護相談員派遣の担当者からの月に2回の訪問と助言指摘を頂いている。		
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	年に2回の職員面談を実施している。意見や提案については申し出るように伝えている。各委員会を設置することで業務改善を試みている。フロア会議を定期的に開催している。		
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	給与規定からの判断の他、キャリアパスの観点から業務評価管理シートを活用し、個々の努力や実績を評価している。		
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	内部研修の他に外部で開催される研修の案内と参加、福利厚生による介護関係資格取得における費用負担がされている。		

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
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	地域連絡会やオレンジカフェに参加することで同業者との交流機会をもっている。		
<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	住みなれた地域を話題にした会話や周辺を散歩することなどで本人が地元にいることを分かってもらえるように努めている。		
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	ご家族様に信頼をして頂けるようにご入居者様の生活の様子を詳細に記入し閲覧できる状態となっている。本人の体調などに関しては随時、電話連絡している。		
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	経済的な理由により軽費で入居が可能となる福祉施設の調査と申し込みの支援などを行っている。		
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	ご入居者様が負担に感じない範囲で洗濯、掃除、テーブル拭き、調理準備などの家事を手伝って頂いている。		
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	ご入居者様が不安を訴えられたときなどには訪問や電話で対応をして頂いている。訪問しやすい環境であるように明るく出迎えている。		
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	近くの飲食店に出掛けての外出を行っている。親族や友人が面会にくることがしやすい環境であるように丁寧な対応を心がけている。		

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
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	居室に閉じこもってしまうことがないように日中にはなるべく共有のフロアへ来て頂けるようにしている。レクリエーション活動や作業を通じて共通の目的を持てるようにしている。		
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	入院などにより契約終了した方についても生活支援に係る相談や問い合わせに応じている。		
<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	ケアプラン作成に伴ってアセスメントを行う際に出来ない部分だけに目を向けるのではなく出来ている部分を更に伸ばしていけることを意識している。		
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	入居時の情報提供依頼とアセスメントシートによる情報収集を行っている。		
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	職員全体が一人ひとりの状態を把握できるようにケア記録、生活日誌、申し送り簿などを活用して周知するようにしている。全体会においてご入居者様の状態の変化などについて話し合いを行っている。		
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	サービス担当者会議を行うことでそれぞれの意見をプラン作成に反映させている。またモニタリングを行うことで介護計画が現状に即しているかを確認している。		
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	個人の記録は会社内で統一したものが使用されており日常の様子を記録している。その記録を参照し介護計画の作成に活かしている。		

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	ご家族様の負担軽減を目的として規定とされていない病院受診の支援を行えるように努めている。		
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員の方に参加して頂くことで地域の情報や運営に関する助言を頂いている。		
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	ご入居者様の希望される病院をかかりつけ医としている方がいる。月に2回の訪問診療と適宜容態連絡することで健康管理の支援をしている。		
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	専属の看護師を配置し健康管理を行っている。ご入居者様の心身の状態については随時、連絡を行うとともに申し送り簿なども活用して伝達に不備がないように努めている。		
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。	協力医療機関に協力して頂き必要な治療を行えるように入院先などを決定している。入院中の状態については連絡をとったり直接、訪問させて頂くことで健康状態を把握するようにしている。		
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	重度化した場合における指針を書類により説明を行っている。終末期に向けたケアでは本人、家族、協力医療機関、施設職員で協議のもと対応を決定している。		
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	急変や事故発生におけるマニュアルを整備している。対応の仕方についての研修を実施している。緊急時には連絡網を用いた連絡が行われるように定められている。		

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
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	災害対策のマニュアルを整備している。年に2回の消火避難訓練や研修を実施している。		
<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	朝礼で毎日、介護理念を唱和し実践に結び付けている。朝礼、及び管理者からの連絡帳により丁寧な対応を徹底するように周知している。		
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	意思表示できる方には食事の選択やレクへの参加などあらゆる場面での選択肢の提示を心がけている。		
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	予定のレクリエーション表があって各階で活動計画をもとに取り組みを実施している。		
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	髪型や身だしなみがくずれないように随時対応している。訪問理美容室を2ヶ月に1回ペース利用している。京都市派遣介護相談員担当者よりロングヘアーの対応ができていて良いと言われた。		
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	食器の洗い物や調理手伝いを行われている。食事摂取量が少ない方には協議の元に嗜好品を楽しめるように対応している。		
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	食事や水分の摂取量に関しては毎回、記録を行い心身の状態を観察して対応している。食事の形状もそれぞれの嚥下、咀嚼の状態に合わせている。		

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
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	口腔状態に応じた口腔ケアをしている。歯科医師による口腔ケア指導指示を受け対応している。		
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	排泄の状態を記録してタイミングを計ったトイレ誘導を行い失禁を防止できるように努めている。安易なオムツ使用は避けてトイレを使った排泄を行えるように支援している。		
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	なるべく自然排便となるように体操や運動を行っている。便秘症が見られる方では排便の状態を看護師に報告し、主治医と連携を図り対応している。		
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	希望により入浴時間の変更(午前、午後)をしている。入浴拒否の傾向がある方への声掛けを工夫している。		
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	夜間に安眠ができるように日中には活動を意識して対応している。長時間の活動が行えない方は横になり休息をとるようにしている。		
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	いつでも閲覧できるファイルを常備し、薬が変わった際は特に様子観察して対応している。看護職員と情報共有している。		
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	自尊心を保てるように生活の一部である家事の手伝いや季節の飾りつけ、日課を提供している。		

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
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	ご家族様との外出申し出への対応。近所に出掛けて気分転換できるようにしている。		
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	嗜好品の購入などでは立て替えでの支払いでありお金を所持できる支援まで達成できていない。		
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	希望されたときに電話をかけられるようにしている。お手紙や年始の年賀状を本人に渡している。		
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	移動がしやすいようにテーブルの配置を工夫している。生活空間に嫌な臭いがしないように配慮している。		
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	座席の配置を考えている。ソファでくつろいだり、フロア内では見守りがある中での自由な移動ができる。		
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	自身の馴染みのものも置き、自分の部屋としてくつろげるように配慮している。		
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	歩行が不安定な方は杖やシルバーカーを使用している。部屋を間違えてしまうことがないように目印として入り口に取り付けている。		