

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	2693300150		
法人名	特定非営利活動法人 ふくし京丹後		
事業所名	グループホーム 善王寺 もみじ・Bユニット		
所在地	京丹後市大宮町善王寺527		
自己評価作成日	令和4年1月20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	
----------	--

【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	京都市左居区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	r令和4年3月31元		

【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)】

周囲が田畑、遠くに山がそびえる。窓からの眺めは四季折々の季節の移り変わりを楽しみながら食事をしたりして生活を楽しんでいます。時々コウノトリやシラサギの飛来があり、コウノトリによく似たシラサギの時は会話がはずみます。安らぐ環境の中でご利用者の状態維持、向上を図り、生活リハビリの一環として、時間を要しても出来る事はして頂く、能力低下防止につなげている。コロナ禍で外出不可の中の取り組みとして今年度は園芸療法を取り入れ、全員で苗植え、水やり、草取り、途中に芽づる試食、収穫、調理、利用者さんの手で運営推進会議で構成員の方に提供、試食して頂く事が出来ました。。京丹後市主催の「介護研究発表会」で「昔に戻って畑仕事」題材で発表することが出来ました。

【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)】

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)
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		

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2671200109		
法人名	株式会社ケアトラスト		
事業所名	グループホームメイプルリーフ		
所在地	京都府宇治市木幡南山74-7		
自己評価作成日	令和4年6月10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	
----------	--

【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	令和4年6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)】

当ホームは、宇治市の住宅街の中に位置し、民家型ホームで、利用者定員が6名のとても家庭的な雰囲気の小規模なホームです。当社の理念である「自立」「解放」「支えあい」「前向き」を常に念頭に置き、小規模の強みをいかし、職員は日々意欲的にケアを行っています。毎年、職員が意見を出し合って年間目標を設定し、定期的に目標の振り返りを行い、目標の達成に努めています。利用者一人々の要望にもすぐに対応できるのも小規模ならではの強みであり、ご家族の意向も取り入れたケアを実践しています。行事や外出で地域との交流も図り、ご家族や馴染みの方との関係も大切に、毎日を、笑顔で楽しく、張り合いを持って生活が出来ることを目指しています。又、今までの経験を活かし、終末期のケアにも取り組んでいます。訪問医や協力医療機関との連携にも力を入れ、早期の対応が出来るように努めています。退所となったご家族とも連絡を取り合い、様子を伝え合い、関係を継続しています。

【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)】

宇治市木幡にあるグループホームである。6人という少数の利用者をきめ細かく、ていねいに介護している。グループホームの原点のような事業所である。開設20年になる。3食手作りの食事、時には食べたいものを希望したり、みんなで楽しく作ったりしている。入りたいときに入れる入浴を支援しており、毎週3回入る人もいる。ホームの暮らしで、できることを自分の役割としてやりがいをもって果たしている利用者もいる。コロナ禍でも感染対策をしながら散歩やドライブを支援している。

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)
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)
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)
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	事業所の見えやすい所に理念を掲げ、職員一同で共有できるよう実践している。	グループホームの理念は「①自立、②解放、③前向き、④支え合い」である。開設時に法人が策定している。玄関に掲示、利用者、家族、地域の人に広報している。職員の新人研修や継続研修に実施している。職員会議では職員が理念を実践しているかを常に話し合っている。	
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	コロナウイルス感染症が流行するまでは地域の方と交流していたが、現在は出来ない。	ホームの近くには郵便局、理美容店、コンビニ、スーパー、保育園、小学校、幼稚園、喫茶店、外食店等がある。利用者は時には利用することもある。利用者はふだんホームの前の通りや近くの公園を散歩し、四季の風景を楽しんでいる。地域の自治会に加入している。現在は行事には参加していない。ホームの外にある掲示板にメイプルリーフのことを広報している。日用品や食材は地域の店を利用している。	
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	困りごとがあった時は気軽に相談して頂けるよう、運営推進会議等を通じて発信している。		

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
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か月に一度開催し、(現在は書面での開催)そこでの意見をサービス向上に生かしている。	宇治市介護保険課、地域包括支援センター、民生委員、家族ならびに家族のOB等が委員となり、隔月に開催し議事録を残している。議事録は全家族に送付している。現在はホームから書面で利用者状況、活動や行事、事故・ヒヤリハット等の報告を委員に送付、書面で意見をもらっている。「利用者の過ごし方や楽しめる行事を工夫して取り組んでいることがわかる」、「地域の様子がわかって有難い」等の意見を貰っている。	
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	現在はコロナウイルス感染症の状況もある為、訪問相談員のオンラインでの相談等活用しながら取り組んでいる。	市には必要な報告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。グループホーム連絡会に参加し情報交換と学びをしている。	
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	身体拘束についての研修を都度行い、最新の情報を職員間で共有し、身体拘束をしないケアを実践している。	身体拘束について職員研修を年2回実施、職員はスピーチロック、やむを得ず拘束する場合の3要件等を認識している。身体拘束の事例はセンサーを含めてない。玄関ドア、エレベーター等、日中は施錠していない。	
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	虐待防止についての研修を都度行い、日々のケアを職員会議等で話し合い、適切にサービスが提供されているか検討している。		
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	主任研修時に権利擁護に関する制度の研修を行った。成年後見人制度についても行政書士の講習を受け、現場職員も参加している。		

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
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	計画作成者が、御家族が納得するまで、説明、話し合いを行っている。現場スタッフも介護支援専門員に密に連絡報告を行っており、説明がスムーズに行えるよう支えている。		
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	年二回、ケアプラン説明時に機会がある。介護相談員、外部評価、運営推進会議を取り入れ、機会を設けている。	コロナ禍のため家族の面会は原則禁止している。年に1回家族会を開催、ほとんど全員の家族が参加している。家族には行事の写真と共に利用者の様子を職員が書いた手紙を毎月送付しており、喜ばれている。「コロナ禍でもできることを工夫して利用者を楽しませている」という家族の意見を貰い、励みにしている。	
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	月一回職員会議があり、意見交換をし、取り入れている。また、定期的に常勤勉強会、職員面談を行っている。また、ユニット会議にも参加し、職員の意見を聞くようにしている。	職員会議は毎月実施、行事の計画、業務の改善、利用者カンファレンス等を検討している。職員は積極的に意見を出し、季節の壁画、食事レク等が決められている。働きやすさのため、職員の情報連絡は事務所で行っている。法人の研修は年間プログラムのもと必要なテーマを計画的に実施している。事業所内の研修も同様である。外部研修に参加する場合は補助がある。	
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	常勤は年2回の面談と、自己評価の提出をしている。		

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
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	2カ月ごとに常勤で事例研究の勉強会を行っている。外部の研修に積極的に参加している。報告書を提出することで振り返りしながら次の業務へ活かしていく。		
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	グループホーム連絡会に所属し、勉強会や職員の交換研修に参加している。		
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	会話を多く持つ様にし、何を思っているのか、どうしたいのか等、聞き出せるように努めている。日々の会話の中で聞きだすこともある。		
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	来訪時には、会話を持つようにし、話しやすい雰囲気を作るように努めている。連絡を密にとる為必要時には電話をし、速やかに情報が伝わるようにしている。		
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	相談があった際に、必要であれば他のサービスの紹介も行っている。		
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	利用者一人一人を尊敬し、色々なことを教えてもらっている。学ばせてもらう気持ちを大切にしている。お礼の言葉も忘れず伝えようとしている。		

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
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	会話の中に若い頃や家族との思い出などを話していただくなどで絆を大切にしていこう努力している。年に一度は、ご家族を招き交流会を行っている。		
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	小規模多機能型居宅介護を利用していたご利用者については、共にレクリエーションをしたり、おやつ作りをする機会を作っている。ドライブで子供の家に行ったりすることもある。	利用者の友人や知り合いが面会に来ることはない。利用者が「以前住んでいた家に行きたい」と希望した場合は同行している。利用者の友人や知り合いと電話や手紙のやりとりはしていない。	利用者のこれまでの長い人生で、子どもの時の友だち、隣に住んでいた人、成人の時の仕事仲間や趣味の友人等、もう一度会いたい。生まれた家、結婚して住んでいた家、毎年見に行っていた桜の名所等、もう一度行ってみたい。このようにもう一度会いたい人、もう一度行きたい場所への支援をすることが求められる。
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	一緒に外出する機会を作ったり、会話に巻き込んでいき、他利用者と関わっていけるように気をつけている。集団レクの提供時に共同作業をされる場面が多く見受けられる。		
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	現在、契約終了後に、継続して関わりを持っている利用者はいない。		

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
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	センター方式を活用し、思いや意向の把握に努めている。一人一人を尊重し、希望や意志を大切にしている。個別レクにも力を入れている。	契約時に利用者、家族と施設長が面談、グループホームの説明をし、利用者と家族の意向を聴取している。同時に利用者の介護や医療の情報を収集、利用者の生活歴を記録している。利用者の生活歴は京都市、滋賀県等の出身地、畑仕事、父の仕事のため神戸、大阪、滋賀等を転々とした、車の整備会社等生家のこと、子ども2人、結婚後離婚、お好み焼き屋、会社経営等の結婚生活、趣味は物づくり等の記録である。その人の人生が浮かび上がるほどではなく、非常に情報が少ない。	グループホームで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。特に出身地、生家のこと、子どもころの情報が必要である。すべての利用者の生活歴の情報を記録することが求められる。
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	家族の方にセンター方式の生活歴等の記入をしてもらっている。本人、家族の方から、これまでの生活について、会話の中で聞いている。昔のアルバム等を借り、その方の暮らしや遊び方についても教えて頂いている。		
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	一日どのように過ごしていたか、様子等を個別ケースに毎回記入し、月一回のケース会議、又は、必要時に意見交換している。申し送りを徹底して行っている。一日の申し送りを夜勤者が次の出勤者へ伝えるようにしている。		
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	ご本人、家族の意向を取り入れ、ケース会議で全スタッフがモニタリングや課題分析を行ったものを計画作成者がまとめ作成している。	管理者が利用者のアセスメントをし、計画作成担当者が介護計画を作成している。介護計画には利用者、家族、かかりつけ医の意向を反映している。介護計画は身体介護、暮らしの楽しみ、認知症不穏時の対応等必要な項目が入っている。ただ計画は利用者に個別のものである。計画を見ればその利用者が浮かび上がるような固有の介護計画ではない。介護計画の実施記録は職員が実施したことを書いている。介護に対する利用者の発言や表情はない。モニタリングは毎月職員が実施している。	介護計画は利用者により個別のものであり、計画を見ればその利用者が浮かび上がるような固有の介護計画にすること、介護計画の実施記録は職員が実施した介護の内容と共に利用者の発言や表情を書くこと、以上の2点が求められる。

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
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	出勤者は、必ず一日の様子等を個別ケースに記入、確認し、情報の共有に努めている。また、その記録と職員の意見を元にケアプランの見直しを行っている。		
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	急を要する場合の病院受診の付き添いや要望に応じたレクリエーションの提供に努めている。定期受診の際、ご家族の車への移乗をスタッフが行なっている。		
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	近隣の小学校の行事や地域の防災訓練に住民として参加し、地域と交流を図り、地域資源の把握と協働に努めている。		
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、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	ホームの主治医による月2回の往診、必要時には相談、往診してもらっている。入居前からのかかりつけへ通っておられる方もいる。外部のかかりつけ医に日頃の様子を伝えるため、連絡ノートを作っておりアドバイスももらっている。	協力医療機関の病院から毎月医師が往診に来て、利用者のかかりつけ医となっている。入居前からの医師に受診する場合は家族が同行している。利用者の状態は職員が文書にして家族に渡している。歯科も医師と歯科衛生士が来訪してくれる。認知症については状態により受診している。	

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
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	馴染みの看護師と24時間連絡が取れる体制になっている。		
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。	地域医療連携室と相談しながら、病状の把握や早期退院に向けた話し合いを行っている。		
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、事業所ま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	ケアプランの作成時にご家族の意向を確認している。また、ご本人の意思の確認も行っている。方針を立て、ケース会議で統一したケアができるように取り組んでいる。「私の想い」事前指示書も記入に向けて動いている。	利用者の重度化や終末期についての対応方針は文書にし、契約時に説明している。家族の意向は「最期までホームで過ごさせてほしい」である。利用者の意向は聞いていない。	
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	救急法の講習を受けている。		
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2回避難訓練を行っている。災害時には、地域住民に協力をお願い出来るように文書を出している。夜間想定訓練も実施。ホール内に避難用具を置き、すぐに使用できる状態にしている。	火災、地震、洪水、台風等の災害に対して避難訓練を年2回実施している。食料品、飲料水などの備蓄を準備している。ハザードマップは職員室に置いている。職員は危険個所を認識している。災害時における法人内相互協力体制の規定を作成している。災害時に地域の人の協力を依頼している。	

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
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	トイレや居室でのドアを開ける際はノックをしている。又、丁寧語や尊敬語を使うように徹底している。	利用者への対応と言葉遣いについての基本方針は「利用者を敬う気持ちを忘れずに対応していねい語で対応する」であり、このことを職員研修している。職員にはくだけ過ぎた表現で話しかけることを禁止している。スピーチロックと利用者を指導するような言葉は禁止している。利用者の自己選択を大事にし、職員は必ず利用者の意向を聞くようになっている。飲み物はほうじ茶、コーヒー、紅茶、緑茶、ゆず茶、梅昆布茶、スポーツドリンクを準備し、利用者が選んでいる。利用者の髪型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	何を食べたいか、どこに行きたいか等、リクエストを聞いたり、服を選んでもらったりしている。何かをするときは、尋ねて意思を確認するようにしている。食事・献立作りにも参加を促している。		
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	一人一人のペースで生活できるように努め、外出希望がある方には、できる限り応じるように心掛けている。日常の会話で今日はどのように過ごすかの希望を聞くようになっている。		
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	朝起床時にご本人に選んでいただいている。外出時には、お化粧を促している。		
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	献立を一緒に考えたり、野菜の皮むき、味付け、盛り付け、後片付けをして頂いている。一緒に買い物に出掛け、選んだ食材をメニューに追加している。野菜を育て、採れた野菜と一緒に調理する。	食事は3食手作り、職員が献立を立てている。カロリー値や栄養バランスについては保健所に相談している。旬の食材を使い、季節感のある食事である。京都の食文化を入れるようになっている。利用者も野菜を切る、おにぎりをにぎる等、できることをしている。食事は同じ食卓で利用者と一緒に会話をしながら楽しんでいる。時には外食や出前を取ったりしている。	

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
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	スタッフが、主に皆様の好きな食材を考慮し、一日のバランスを考えながら支援を実施している。水分はお茶やコーヒー、スポーツドリンク等を提供している。		
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	朝・昼・夕食後は口腔ケア。毎食後・食前の水分補給をしている。また月2回の訪問歯科時に衛生士より口腔ケアを受けている。		
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	尿意のない方のみ、定時トイレ誘導を行い、排泄のタイミングをつかみトイレでの排泄ができるように促している。全利用者の排泄チェック表を作成し、役立てている。	尿意があり、トイレの場所を知っていて自身で処理できるという排泄の自立をしている利用者は約半数である。日中もオムツ利用の利用者はいない。水分、牛乳提供、体操や散歩の支援等で、自然排便を支援しているが、利用者は全員下剤を使用している。	
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	食事の工夫をしている(食物繊維を多く含む食材の提供など)。腹部マッサージを行う。ホットパック、ホットミルクを提供している。		
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	週に3回と回数は決まっているが、時間帯の希望がある方にはそれに応じている。菖蒲湯やゆず湯等も提供している。	利用者の入浴は毎週3回を支援している。入りたい時間、介助の職員、湯の温度、ゆっくり湯につかりたい等は利用者の希望に対応している。入浴拒否の利用者はいない。季節にはしょうぶ湯やゆず湯を楽しんでいる。	

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
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	昼間にできるだけ活動を促し、夜間ゆっくり眠れるように心がけている。疲れているときは、昼寝を促している。		
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	服薬情報シートを使用している。服薬管理表のチェック。		
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	洗濯、買い物、調理等本人の好みに合わせてしていただいている。		
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	集団での外出にこだわらず、個別に希望を聞くようにしている。喫茶店やスーパー等へは日常的に出かけている。百貨店やカラオケにも出掛けている。	気候が良く、天気が好ければ、利用者は毎日全員散歩に出かけている。ホームの近くには公園が多い。ドライブはコロナ禍のため途中下車はなく、花見や紅葉の見物をしている。毎月2～3回は出ている。利用者の個人的に行きたい所へもできるだけ対応しようとしている。	
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	ご本人の希望があれば、ご家族と検討し、所持して頂けるよう支援している。お金を持っていないからと遠慮のある利用者には、預かっていることを伝え、安心に繋げている。		

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
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	電話をかけたいという希望をかなえるように支援している。精神的に落ち着いて頂けるよう努めている。		
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	机の上に季節の花を置き、季節感を楽しんでいただく工夫をしている。又プランターで野菜を育てている。その月に合った植物や生き物を壁画にしている。	利用者の居間兼食堂(ホール)は、ゆったりとしている。椅子と食卓、テレビ、ソファ、本棚、電話があり、壁には七夕、クリスマス等、職員が利用者と一緒に作成した季節の飾り絵を貼っている。電話台や食事には季節の花を生けている。ホームの庭やプランターでは花を育てており、利用者が水やりをしている。	
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	仲の良い利用者同士の席を近くし、コミュニケーションをとっていただいている。一人の時間を過ごしたい方は個人の個室へ誘導を促す。		
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	なじみのある家具を持ってこられたり、仏壇を持ち込まれる方もいる。居室の様様替えなどは、本人と共に行う。お気に入りのご家族、本人の写真飾っている。	利用者の居室は洋間、ホームがベッド、カーテンを備えている。利用者はテレビ、思い出の品などを持ち込んで自分の部屋にしている。	
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	バリアフリー対応。居室の前に表札を掲げている。		