

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	2690500083		
法人名	医療法人社団 清怜会		
事業所名	グループホーム京都久世の家(1号館)		
所在地	京都市南区久世殿城町458番地		
自己評価作成日	平成30年9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	平成30年10月11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)】

施設の外に出て散歩やドライブや又ショッピングを楽しんでいただけるように支援しています。季節の野菜作り(白菜・ほうれん草・はつかだいこん)や地域のイベントへの参加など利用者様が楽しめ笑顔で暮らしていけるような施設作りをしています。施設でチェックシートを作成し職員の質の向上をはかっています。

【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)】

京都市南西部、向日市に接している地域の国道に面して建つ3階建て、開設4年になる2ユニットのグループホームである。ホームの裏手は昔ながらの住宅街、散歩すると庭に咲いている花が楽しめる。「地域と手をつなぎ」という理念を掲げ、地域の住民との友好関係を築きたいと願い、努力しており、少しずつ進んできている。開設以来管理者の交代が続き、介護職員の人手不足という現在の社会状況も重なり、介護職経験1年未満の職員が多い。しかし、管理者を中心に多数の職員は有資格者であり、介護職経験も長く、グループホームで利用者と一緒に「あたたかい家庭をつくる」と励んでいる。比較的元気な利用者が多く、ホールでは利用者と職員が楽しく賑やかに冗談を言い合いながら会話している様子が見られる。マイペースで暮らす利用者に良い季節の外出や外食、地域での運動会や菊花会等は日常を彩る思い出になると思われる。

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、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

グループホーム京都久世の家1号館

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	「地域と手をつなぎみんなが笑顔になれる暖かい家庭をつくります」という理念をフロアごとに掲示し、職員間で意識づけしています。職員の入職時には、理念を具体的に実践できるよう細かく指導しています。	開設時に職員の話し合いにより「地域と手をつなぎ、みんなが笑顔になれるあたたかい家庭をつくります」というグループホームの理念を策定、玄関に掲示している。職員はミーティングで唱和、実践に励んでいる。ホーム内は家庭のように暖かい雰囲気にし、職員と利用者は気軽に冗談を言い合えるような関係にしたいと思っている。理念はパンフレットや広報誌に書いていない。地域の人に周知を図っていない。地域との友好関係は不十分である。	理念はパンフレットや広報誌に掲載すること、契約時に利用者や家族に説明すること、地域の人たちに周知を図ること、地域の人たちとの友好関係をつくること、以上の4点が望まれる。
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	人員体制や移動手段の都合もありますが、事業所のある久世殿城町の一員として、地域の運動会や菊花会に参加しています。玄関の掲示板に行事の案内を貼って告知するなど、地域での認知度を高める努力をしています。	ふだん利用者はホームの近くの小学校への散歩やスーパーやドラッグストアでの買物をしている。地域で開催される区民運動会や菊花会に参加している。ホームの玄関に行事案内を出しているものの夏祭りに地域の人の参加はない。地域貢献の取組をしていない。	利用者にとってグループホームは自宅である。利用者がお気に入りの散歩コース、いつも出会う人と馴染みになり、おしゃべりを楽しむ、お気に入りの商店や喫茶店等、利用者や地域の人との日常的な交流をすること、グループホームにふだんから気軽に地域の人が入ってくる取組、例えばホームで趣味の教室やイベントを開催すること、認知症の専門職がいるグループホームとして地域の人への講座やオレシカカフェを開催すること、以上の3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	南区認知症サポートネットワークにも参加している。		
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	地域の他のグループホーム職員、町内会長、地域包括センター職員等が参加しています。道路から事業所を目視しにくいため看板を設置してはどうか、という意見をもらうなど、取り組みの改善に役立っています。	家族、自治会長、久世地域包括支援センターが委員となり、年6回開催、利用状況等を報告後意見交換し、議事録を残している。「地域のサポーター講座に場所を貸してほしい」「地域の行事に参加してください」「表から事業所がわかりにくいので看板を出してはどうか」等の意見をもらっている。	
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	2ヶ月に一度行われる南区認知症サポートネットワークに参加し、南区の担当者や同じ地域内の他のグループホームと情報交換を行っています。外部評価結果や運営推進会議議事録を直接届出で関係性を構築しています。	南区とは必要な報告や相談を怠らず、連携を保っている。南区認知症ネットワークに参加している。地域ケア会議に参加し、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	自分がされて嫌なことはしない、出来ないことをサポートするという目線で、入居者への対応方法については職員同士で都度声掛けをしあっています。月1回の職員会議内で行われる内部研修で、職員への指導・情報共有を行っています。	「身体拘束をしないケア」を重要事項説明書に明記、身体拘束点検委員会で3カ月ごとに話し合っている。身体拘束に関する職員研修を年2回実施、職員はスピーチロック等を認識している。日常不適切な発言や対応があった場合はその場で指導している。玄関ドア、エレベーターはキイロック、非常口は施錠している。	利用者が他のフロアや外部に自由に出入れないのは身体拘束である。職員の話合いにより、日中の一定時間、ロックを外すことが望まれる。
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	本部からの指導やマニュアル・職員会議の際にも注意を促し虐待の無い介護を行っています。		
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	成年後見人をつけている利用者もおられ職員にもそれを学ぶ環境を持っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約前に契約書と重要事項説明書をお渡しし家でしっかり見ていただき契約時には十分に説明をしています。		
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	家族が面会に来られた際に、都度本人の状況報告をしたりささいな事でも意見を頂くことができるよう、コミュニケーションの確保に努めています。	家族の面会は毎週来る人もあり、少ない人でも2カ月に1回来ている。ホームの夏祭りには3家族くらいが参加、利用者と一緒に楽しんでいる。家族には行事報告や予定、職員異動の報告等を掲載すると共に、個別の利用者ごとの様子を職員が手書きで書き、その人のスナップ写真を張り付けた広報誌を毎月送付している。家族の意見は面会の際に聞き、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	月に1度の職員会議やフロア会議において、インシデントや事故の報告だけでなく、運営に対する要望も聴取しています。年2回定期面談を行うほか、個別に面談を都度行うことで、お互い話しやすい雰囲気をつくっています。	毎月職員会議を開催、運営の話合い、ケースカンファレンス、研修を実施している。会議では職員は積極的に意見を出している。研修は法人の年間プログラムと資料により実施している。働きやすい職場のために職員のシフトの希望を聞いている。職員が自身の年度目標を自己申告、年2回、管理者との面談で達成に励んでいる。	

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
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	職員が長く働けるように声掛けや意見を聞きやりがいのある職場を目指しています。		
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	法人内で研修があったり、法人外の研修も職員が望めば休みなどを優先して取り組んでいます。		
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	南区認知症サポートネットワークに入っているため講演会や勉強会など職員にも参加していただいています。		
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	入居前に職員カンファレンスを設け、入居後も本人に意見を聞きできるだけ要望に応えられるように努めています。		
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	入居前に家族さんから意見をもらい信頼していただけるような関係性を作っています。		
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	入居前に施設見学していただき管理者・ケアマネージャーとともに意見をお聞きし必要な支援ができるよう努めています。		
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	事業所理念にもあるように家族のような信頼関係を築き暖かい家庭を作っています。		
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	家族面会時や家族からの電話の際、様子をお伝えし家族との信頼を得るように努力しています。		

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
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	面会に来られた方は、各入居者の個室やリビングのどちらでも落ちついて対応できるよう配慮しています。入居時に聴取した情報だけでなく、日頃の言動から把握した情報を記録して職員間で共有し支援に繋げています。	利用者のこれまでの情報が少なく、実施できていない。	長い人生を過ごしてきた利用者はいまグループホームで最後のステージを暮している。しばらく会っていないけれどどうしているか気になっている甥や姪、友人や仕事仲間等馴染みの人、夫や妻に初めて出会った場所、いつも花見に行っていた所、毎年見ていた送り火等、もう一度会いたい人、もう一度行きたい場所等々、利用者の希望に添える取組が望まれる。
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	ドライブや外出や日々のレクリエーションなどにより利用者同士が関わり合え支えあえる関係性を作るように支援しています。		
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	退居後も相談にのるようにしています。		
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	入居時に本人、家族等から聴取した内容に加えて、日常の関わりの中で気づいたことを記録しています。個々の利用者に対して適宜ミニカンファレンスを持ち、対応方法を職員間で共有し介護計画に落とし込み、支援に活かしています。	入居時には管理者が訪問、利用者と家族に面談し、介護、医療等の情報を収集している。利用が始まると計画作成担当者が利用者の思いを聴取、「話ができる人がいたらいいな」「お手伝いしたい」「みなさんと仲良く暮らしたい」「このまま安心してほしい」等、利用者のありのままの思いを記録している。与謝野町生まれ、京都市で仕事、趣味は歌、おしゃべり、裁縫等、利用者の生活歴は情報が非常に少なく、生活歴の記録がない人もある。	グループホームでの利用者の生活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。そのためには生活歴の情報が必要である。出身地、生家、兄弟姉妹、子ども時代のこと、現役の時の仕事や活動、友人や仕事仲間、結婚生活、夫や妻の仕事、趣味、子どものこと等々、情報を収集することが望まれる。
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	これまでの生活歴を本人・家族からお聞きしケアにいかしています。		
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	一人一人のできる事を職員が把握しケアにいかしています。		

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
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	初回は3か月、以降は状態に変化が無い場合は6か月ごとに介護計画を見直しています。サービス担当者会議では、参加できない方から事前に意見を聴取し反映できるよう工夫しています。	計画作成担当者がアセスメントにより介護計画を作成、カンファレンスで職員の意見を聞いている。アセスメントの書式は生活の項目が少ない。介護計画は利用者の「思い」に添って、どの利用者にも共通の項目が多い。暮らしのなかの楽しみの項目がない人もある。サービス担当者会議は家族の参加が少ない。介護記録は日常生活記録と介護計画の実施点検(○、×)であり、介護計画を実施したときの利用者の反応の記録はない。モニタリングは「長期・短期目標」「実施状況」「目標達成度」等の項目で毎月実施しており、介護計画の評価になっていない。	アセスメントの書式は利用者の生活の項目が多いものにする、介護計画は利用者の「思い」に添ったもので具体的な内容にし、どの利用者にも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発言や表情、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の評価であり、「介護計画」「実施状況」「目標達成度」「利用者・家族の満足度」「今後の方針」の項目で毎月実施すること、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	日々の様子は記録におとし職員間の申し送りノートや利用者ノートを通じて職員間で共有できるようにしています。		
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	外出や本人希望の買い物など出来る限り支援しています。		
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	国道沿いにありますが、少し歩くと神社や公園があり四季折々の季節感が満喫できます。		
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	1～1か月半に1度の定期受診のほか、2週間に1度歯科医の往診も受けています。かかりつけ医の継続も可能で、必要な情報を共有し対応しています。看護師の健康チェックも定期的実施しています。	ほとんどの利用者は金井病院や吉祥院病院の往診センターの医師の往診を毎月受けている。1人の利用者は入居前からのかかりつけ医を受診しており、家族と職員が同行している。認知症は金井病院を受診している。歯科は本田歯科からの訪問歯科医を受診している。	
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	週1回看護師が勤務しており気づきや情報を共有しています。		

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
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。	入院された際は病院を連携をとり、お見舞いに行ったり細にも情報を聞くようにしており出来るだけ早く施設にかえられるように支援しています。		
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	事業所として医療行為ができず退居となる旨を入居時に説明しています。出来る限り事業所で生活を継続できるように家族も交えて工夫しながらも、万が一退居となった際は、スムーズに対応できるよう心掛けています。	利用者の重度化や終末期に関して文書化されたものはないもののグループホームとしては利用者や家族の希望があれば看取りに対応するという方針である。契約時に利用者や家族に方針を説明、利用者や家族の意向を聴取している。グループホームでの看取りを希望する人もいる。職員は不安はあるものの利用者を最期まで看たいと思っている。看取り対応の事例はまだない。	
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	急変時のマニュアルを作り勉強会を行い急な対応のできる職員を育てています。		
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	消防署立会いのもと、火災・風水害・地震を想定した年2回の避難訓練を入居者も参加して行っています。実施した訓練については都度消防より助言を頂き、マニュアルの改訂や業務改善につなげています。	消防署の協力のもと火事を想定した避難訓練を年2回実施している。その際地域の人の協力は得られていない。地震、風水害、夜間帯の避難訓練はしていない。備蓄を準備、ハザードマップをスタッフ室に掲示、職員は危険箇所を認識している。法人内の相互協力体制の規定はない。	避難訓練は火事だけでなく地震、風水害、夜間帯も含めて職員の身に付くように年数回実施すること、災害の際地域の人の協力が得られること、法人内の相互協力体制の規定を作成すること、以上の3点が望まれる。
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	年長者としての尊厳を保ち、上から目線の対応にならないよう注意しています。不適切な言葉かけは都度注意しています。来客者への対応や外部との電話対応についても、接遇研修を受講しスキルアップに努めています。利用者からの希望で同性介助を実施し、羞恥心に配慮しています。	職員は接遇について法人の研修を受講しており、利用者の高齢者としての尊厳を重んじ、馴れ馴れ過ぎないように声掛けや対応に注意している。職員会議は利用者のいない1階の会議室で、ホールでの職員同士の申し送りは小声で行い、利用者のプライバシーに配慮している。訪問美容の際には利用者が自分の髪型の希望を言っている。	
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	日々の関わりの中で本人の思いをくみとり決定していただける環境を作っています。		
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	出来る限り本人の希望をお聞きし、その方のペースに応じた支援をしています。 7/20		

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	訪問美容を毎月第2水曜に行っています。一人一人の希望の身だしなみを毎日行うようにしています。		
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	原則、朝食とおやつ以外は業者から購入した者を利用していますが、簡単な準備や配膳、後片付け等については出来る範囲で入居者に携わってもらっています。月2回は手作り昼食にし、入居者の意向に沿って普段食べられないものや旬のものを中心に一緒に作っています。	昼食と夕食はカロリー値や栄養バランスを点検した調理済のものを「タイヘイ」から購入している。献立、味付け等利用者の意見を伝え、改善を求めることもある。朝食はパンと簡単な副菜を夜勤者が作っており、食材は近くのスーパーに毎週買物に行っている。月2回は利用者の希望を聞いてちらし寿司やカレー等を職員が手作りしている。数人ずつが食卓を囲み、食事している。年数回は回転寿司等に外食に出かけている。	
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	その方の状態に応じて食事を提供し、10時と3時も必ず水分補給していただいています。水分が少ない利用者には個別に水分表を作って支援しています。		
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	自分で出来る方は職員が横についていただき、できない方は職員が口腔ケアをその方に応じてしています。		
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	一人ひとりの排泄パターンを排泄記録から把握し、失禁を出来るだけ少なくするよう、トイレ誘導のタイミングや方法の工夫をしています。こういった情報は職員間で共有され、パットの使用量削減や排泄状況の改善に取り組んでいます。	半分以上の利用者が尿意があり、トイレの場所を知っているという、排泄の自立をしている。日中もおむつ使用の人は3人、残りの人はリハパンとパットを使っており、排泄パターンを把握している職員が声掛けトイレ誘導している。入居以来ケアにより失禁が減る等排泄が改善した利用者もいる。水分補給や運動等で自然排便を目指しているものの半分からいの利用者は下剤を常用している。	
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	身体を動かす歩行訓練や外出・散歩を行い水分補給や必要に応じて牛乳など提供しています。		

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
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	週2回の入浴を基本に、どうしても拒まれる方は無理強いすることなく、担当職員や時間帯を変更したり清拭で対応しています。介助にあたる職員も、コミュニケーションの場と捉え楽しめるよう工夫しています。	浴室は比較的広く、ゆったりした浴槽を据えている。毎週2回の入浴を支援している。おおむね午後の時間帯に声掛け、湯の温度や入っている時間の長さ、同性介助等、利用者の希望に添っている。時に「今日は入らない」「部屋から出ない」等、入浴しないという利用者には別の時間帯や別の日に変えている。どの利用者も1週間に1回は入浴できている。お気に入りのシャンプーや化粧水を使っている利用者もいる。浴槽に浸かって「ああ、いい気持ち」と入浴を楽しんでいる。	
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	各利用者に沿った支援を行い、なるべく自然な眠りにつけるように支援しています。		
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	職員全員が各利用者の薬を理解し服薬チェックも重ねがさねに行い異常があれば看護師・医師に相談できる環境を作っている。		
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	毎日、レクリエーションや体操を行っており出来る限り散歩も行っています。		
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	近隣の飲食店、ショッピングモールへの外食や公園へのドライブ等、季節に応じて本人の想いを叶えられるよう柔軟に対応しています。また、菜園の水やりや洗濯物干しなど、屋外に出るちょっとした時間を大切にしています。	酷暑や厳冬以外、雨天でなければほとんどの利用者は玄関前に出て国道の風景を眺めながら外気にあたり、洗濯物を干しながら季節を楽しんでいる。日常的には歩ける人や車椅子の人はホームの近くの小学校まで散歩している。日常の買い物に利用者を連れて行ったり、小畑川での花見や紅葉狩り、イオンモールやくら寿司での外食や買物等はドライブで出かける。個々の利用者の買い物等の希望は家族が連れ出している。	

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
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	ほとんどの方は金銭トラブルの原因になり可能性があるため職員が代行して買い物等をしています。		
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	電話や手紙の取次などは出来る限り対応しています。		
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	入居者の作った作品や行事の写真を壁に掲示し、華美にならない程度に季節に応じた飾りつけを行っています。換気や掃除を毎日行うことで、共用空間の温度や湿度には特に気を配っています。	エレベーターを出ると利用者の靴箱があり、ドアを開けると中央にミニキッチン付きの居間兼食堂がある。ゆったりと広く明るい。その両側に居室が並び、それぞれのドアには利用者好みのカラフルなプレートを貼り、廊下が殺風景にならないように工夫している。廊下の壁にはカラー紙で作ったもみじや月見の貼り絵を飾り、季節感を表現している。認知症の混乱を引き起こすような大きな音や強い光はない。	
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	リビングにはソファもありそれぞれの居場所が作られています。		
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	入居時に持ちこむ物は原則拒否せず、家族の協力も得て、使い慣れたテレビや仏壇等の馴染みの家具や、絵・寄せ書きの色紙等の思い出の品を持ち込んでもらっています。	居室は洋間、奥は大きな窓があり、明るく、四季の風景が目に入る。ベッドが備えてあり、利用者は洋服タンス、整理タンス、衣装ケース、衣装かけ、机と椅子、テレビ等、使い慣れた家具を持ち込んでいる。ベッドの上のふとん類、仏壇、タンスの上に飾っている家族の写真、愛用の時計、本、筆記具、壁に飾った誕生日の色紙、自作の塗り絵等が利用者のその人らしさを表している。	
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	その方の出来る事・できない事を把握し安全に暮らしていけるように支援しています。		

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	2690500083		
法人名	医療法人社団 清怜会		
事業所名	グループホーム京都久世の家(2号館)		
所在地	京都市南区久世殿城町458番地		
自己評価作成日	平成30年9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	京都府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10月11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)】

<p>施設の外に出て散歩やドライブや又ショッピングを楽しんでいただけるように支援しています。季節の野菜作り(白菜・ほうれん草・はつかだいこん)や地域のイベントへの参加など利用者様が楽しめ笑顔で暮らしていけるような施設作りをしています。施設でチェックシートを作成し職員の質の向上をはかっています。</p>

【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)】

<p>1号館に同じ。</p>

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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させている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが			

シナリオ	4. ほとんどいない
------	------------

自己評価および外部評価結果

グループホーム京都久世の家2号館

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	「地域と手をつなぎみんなが笑顔になれる暖かい家庭をつくります」という理念をフロアごとに掲示し、職員間で意識づけしています。職員の入職時には、理念を具体的に実践できるよう細かく指導しています。	以下の項目すべて1号館に同じ。	
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	地域の方との繋がりを大切にしています。自治会長・民生委員会長等の話し合い、地域の催し等の参加などにさっそって頂いている。		
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	運営推進会議で情報を提供・交換できるように努めています。	/	
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	施設での日常生活等の取り組みや提案などを職員会議にかけて話し合い実際のサービス向上に役立てている。		
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	生活保護の方の入居もあり、行政との連絡は常にとっているが、不十分な点もある。		
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	完全とは言えないが内部、外部の研修などでケアの実践に取り組んでいる。		

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
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	言葉使いや心理的虐待等を含めて常に注意を払っている。		
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	司法書士事務所と連絡を取り合い入居の方が必要な方については成年後見人の利用や日常生活自立支援事業を活用している。		
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	契約時には十分説明を行い理解をしてもらえるように心掛けている。		
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	管理者・職員は多くの会話の機会を持つようになっている。また、ご家族様にはお便りを送ったりと連絡も密にとっている。		
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	職員会議・普段の会話で話し合いをしている。		
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	勤務状況等を把握して給与等の改善を考慮している。		
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	資格修得へむけた相談などを含めて研修を積極的に行うように努めている。		
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	研修等で知り合い交流につながるよう努力している。		

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
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	初回面接や契約・入居当初など細心の注意を払い認知症の悪化や混乱を招かない様にはいりよしている。		
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	契約時、サービス利用開始時と段階毎に信頼関係が築ける様に留意している。		
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	面接の際に本人の状況把握。御本人・ご家族の意思を尊重してサービス内容を検討する。		
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	御本人と一緒に生活しているという意識を持って普段の会話から学ぶ事は多い。共に生活しているということを理解して頂いている		
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	面会時に会話を取れるような機会を増やして家族の思いを汲み取るようにしている。		
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	面会に来やすい雰囲気づくりをしている。		
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	利用者同士が馴染の関係になるまで仲介者として関わる。孤立される方がいない様な関わりの場をつくっている。		
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	退去後の相談も乗っていただける様に心がけます。		

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
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	会話から思いを引き出し利用者本位の暮らしを心掛けている。		
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	面接時に聞く情報は限られているが、入所された後も一人一人の暮らししてきた事を把握するように努めている		
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	介護記録・申し送り・関わり等によって把握するように努めている。		
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	ケアプラン・モニタリングの把握。様子観察にて変化があった際には状況を的確にとらえ関係者との話し合いをもってケアプランを作成する。		
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	個別記録・ケアプラン・モニタリングを分けて使用し個別のケアの実践をおこなっている。情報の共有に努めている。		
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	事業所の多機能化が新設され、ニーズに応じて支援し取り組んでいる。		
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	地域の行事等の参加、消防署の立会いのもと防災訓練を実施した。		
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し、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	本人や家族の希望に合わせてかかりつけ医の受診や往診に対応している。近隣の総合病院等も利用し随時、家族と相談している。		

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	週1回、月4回の看護職員が訪問している。		
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。	地域の病院との連携はできています。		
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	家族との話し合いはできている。重度化・終末期の対応は介護・医療共に方針を共有してバックアップする関係を結んでいる。		
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	随時カンファレンスを行い緊急時の対応を常に心がけている。		
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	消防署の立会いのもと避難訓練・消火訓練を実施し近隣の協力を得るようにしたい。消防訓練は年2回、実施している。		
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	業務中及び勤務時間外でも、守秘義務を守り、その人の尊厳を守ることを徹底している。		
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	利用者一人一人の会話を大事に傾聴する。本人が自分で自己決定出来る様な支援を務めている。		

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
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	利用者が施設生活をしているのではなく、在宅での生活をしている事を意識しながら楽しく生活できる雰囲気づくりをしている。		
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	訪問理容を依頼していることで、御本人の意向を聞いてくれている。		
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	食事を楽しくしていただけるように支援している、その人と職員と一緒に準備、片付けをしている。		
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・水分量とも確保できているが、偏食の方は栄養バランスに考慮している。		
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	朝夕、口腔ケアをしています、自力で出来る人と出来ない人の把握をし、その人に応じた口腔ケアを行っている。		
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	排泄パターンを把握し、申し送り等をおこないトイレ上での排泄を心掛けている。		
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・水分摂取量などに気を配り適度な運動、腹部マッサージ等も行っている。こまめに医療に相談している。		
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2~3回の入浴確保し、希望があれば随時の対応も行っている。		

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
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	安易に眠剤を使わず、生活習慣の改善ケアの働きかけに努めている。		
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	誤薬の無いように管理できている、薬の状況については症状の変化の確認に努めている。		
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	張り合いのある喜び、達成感を持てるように支援している。		
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支援している	買い物(食材購入等)と一緒に声掛けする。散歩等の声掛けも取り入れている。		
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	物盗られ妄想、トラブル紛失等を防ぐ事、家族の希望もあり預かりとしている。希望に応じて本人がお金を使える様に支援しています。		
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	基本的電話を持たれることはお断りしているが、一部利用者所持されている。電話や手紙は必ずご本人に連絡しています。		
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	共用空間づくりはできている、不快や混乱を招かないように配慮し、居心地良く過ごせるような工夫をしている。		

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
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	一人になりたいとき、気の合った者同士で楽しく過ごせるように居場所作り出来ている。		
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	居室もその人らしく部屋作りをしている一人ひとりの使い慣れた物や好みの物を持ち込んでもらい居心地良く過ごされている。		
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	安全な環境づくりは出来ている。トイレの場所を表示したり、自室の表札を掲げる等の工夫をしている。		