

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 2019

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 スズランユニット
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	2019年10月5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	2019年10月23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>・ご利用者が安心して楽しく生活ができる場を作っています。</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んでいます。</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、交流を大切にしています。</li> </ul>
--

【外侮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>JR園部駅から程近い住宅街、3階建に小規模多機能型居宅介護事業所と地域密着型特養を併設した2ユニットのグループホーム、開設満7年になる。3階に庭や露天風呂があり、利用者は自宅である居室を出て村の通りである廊下を歩き、自由に行動している。常勤や資格保持者が多い職員が「利用者の思い」に寄り添う介護を徹底している。人と人との関係である介護について、自身の経験と優れた想像力を働かせ深く考える職員、人生の先輩である利用者のその人らしい人生を支えたいと考える職員等、管理者・リーダーと共に優れた職員集団である。開設以来入居している利用者もあり、認知症ステージが進み、意思疎通が困難であっても職員は一瞬の一言や表情を喜んでくれる。したいこと、行きたいところ、食べたいもの、職員はほとんど叶えている。そのため利用者は自分の望みを自由に言っている。里帰りしたい利用者を高知へ同行、懐かしい土讃線に乗り皿鉢料理に舌鼓を打った。</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		項目		取り組みの成果	
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、活き活きと働いている (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

[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、理念を元に生活支援が出来るよう、職員室・ユニット玄関に掲示している。	「はぎの里オアシス」の理念「利用者本位、誠実、貢献」をふまえてグループホームの理念は「その人らしい生活環境を提供します」と策定・ホーム内に掲示している。パンフレットに掲載、利用者・家族や運営推進会議で周知を図っている。理念の実践として、職員は利用者を一方的に介護されるだけの人と考えず、毎日の暮らしでは何をする時も「…してください」とは言わず「…しましょうか」「…しませんか」との言葉で介護を実践している。利用者は自分がしたいこと、してほしいことを自由に言っている。	
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	自治会に加入し、夏祭り、運動会、敬老会等地域行事の案内を頂き、参加している。その他、日常的に散歩等を通じて地域の方と挨拶等を交わし交流している。	利用者はふだんホームの周りを散歩、近くのAコープやスーパー松本、ゆたか等買い物に行ったり、美容院や喫茶店に出かけている。自治会に加入、夏祭り、運動会(パンくい競争)、敬老会(ブラスバンド演奏)等、地域の行事に参加、利用者は友人と会い談笑している。地域貢献として相談窓口の開設、オアシスカフェレストランでオレンジカフェの取り組み、災害時避難場所と備蓄の提供、次世代育成事業として小学4年生の実習、高校生の福祉の授業、国際看護医療大学の実習等を受け入れている。	
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・行事を通じ模擬店の出店などの機会を設けている。小学校・高等学校等の見学・実習や、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。		

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他、議事録を全ご家族に配布、事業所内に掲示している。出席者から貴重なご意見を伺う機会となっている。	家族、自治会長でもある区長、老人クラブ会長、民生児童委員、南丹市高齢福祉課、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催、議事録を残すと共に全家族に送付している。事業所から利用状況、事故・ヒヤリハット、職員研修、行事や活動を報告後意見交換している。「車のスピードを出している職員がいる」「こんなことまでしてもらって家族として感動する」「利用者の服に汚れがある」等の意見をもらい、改善している。	
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や相談を怠らず、連携を保っている。地域ケア会議に参加している。ラン伴の取組に協力している。介護相談員を受け入れ、相談員2人が毎月1～2回来訪、利用者の声を聞いてくれる。グループホーム連絡会に加入、利用者とグループホームオリンピックに参加、職員の交換研修をしている。	
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	身体拘束の事例はないが、職員研修を実施し、3カ月毎に委員会を開催している。	身体拘束・虐待をテーマに年2回職員研修を実施、職員は身体拘束11項目とやむを得ず拘束する場合の3要件、スピーチロック等について認識している。身体拘束廃止委員会があり、3か月に1回話し合っている。身体拘束の事例はない。玄関ドア、ユニットのドア、エレベーター等、日中は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いないこともあり、全職員が制度への理解が不十分である。		

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	契約時には十分な時間をとり、説明の他、ご利用者・ご家族の思いに耳を傾けている。、入居後も、必要に応じ説明や話し合いを行い、理解して頂ける様、努力している。		
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	意見は主に面会時や電話連絡、運営推進会議等で頂いている。ご意見・要望は職員間で申し送り職員会議等で検討し、随時対応している。。	家族は多い人は毎週、少ない人でも2、3か月に1回面会に来る。家族には「はぎの里オアシス」の広報誌『はぎ』と利用者別に一言を書いた写真満載の『グループホームだより』を交互に発行、運営推進会議の議事録と共に送付している。家族の行事参加はグループホームの夏祭りにゆかたを着て盆踊りや金魚すくい、敬老会では職員紹介、スライドショー、利用者へのプレゼント、みんなで昼食、クリスマス会では職員のサンタクロースから利用者にプレゼント、職員演じる「二人羽織」を楽しんでいる。家族には毎年満足度調査を行い、結果を報告、面会時にも意見を聞いている。「居間で職員同士が大きな声で話している」という意見があり、改善している。	
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。人事考課時の面談の他に、管理者・リーダーが随時職員面談を行い、要望や思いを聞いている。	グループホーム会議を毎月開催、法人との情報交換、運営の検討、年間プログラムによる内部研修をしている。ユニット会議は月2回、利用者の情報共有とカンファレンスをしている。会議では行事の提案や運営について積極的に意見を言っている。身体拘束廃止委員や広報誌担当、利用者担当等役割分担している。自己評価シートにより目標を自己申告し、上司と年2回面談している。資格取得や外部研修受講等の希望を言ったり、個人的な事情も考慮してもらえるので働きやすいと言う。グループホーム連絡会に加入、他のグループホームの職員と交流や学びをしている。	
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	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、ユニットリーダーが必要に応じて面接を実施している。		

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
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	研修などに参加し、意見交換や、交流の機会としている。グループホームオリンピックに参加し、他施設のかかわりなどを身近に見たり、交流することで、サービスの向上につなげている。		
<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	入居前よりご本人の情報を大切に信頼関係が構築できるようにしている。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	入居前の段階から、ご家族の思いをしっかり聞き取り、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	入居前の情報や面接時の情報を基に、ご利用者、ご家族の想い・希望を把握し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	余暇活動などは、ご利用者の経験や趣味をい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。また、グループホーム新聞で施設での様子をお伝えしている。外出や外泊・地域の行事にも参加していただき、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。自宅に外出もされている。	利用者の希望が出れば、行きつけの美容院、自宅、墓参り、八木町の夫の実家等に同行している。孫から手紙が届き、利用者は何度も読み、大事に枕元に置いている。他のグループホームにいる妹に会いたいという利用者連れて行っている。高知出身の利用者が「高知で食べた魚はおいしかった」といつも高知の話をしており、職員2人が同行して里帰り旅行をしている。	
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。		
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、ご家族の希望や思いの把握に努めている。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。	契約時には管理者とケアマネジャーが利用者宅を訪問、家族も一緒に説明、利用者の医療や介護の情報を収集すると共に「どんな暮らしがしたいか」の思いを聴取している。「できることをしたい」「別のグループホームに妹に会いたい」「この建物の1階に行きたい」「こんなに変わった姿を見られたくない」「義歯をきれいにしたい」等、利用者の率直な思いを記録している。利用者の生活歴は日吉町、京都市、綾部、高知県、宮城県等の出身地、木材店、呉服屋、土木業、瓦屋、公務員、学校の先生等夫の仕事、ブラザーミシンの営業、工場の事務員、電々公社勤務等利用者の仕事、子どもは2人、子どもはいない等の結婚生活等、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	入居前に自宅を訪問し、生活環境・生活習慣の把握に努めている。入居前面接情報と入居前情報ツールを使用し情報提供を行っている。		

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
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。		
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	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実施している。職員が介護計画の内容を把握するため計画一覧表(2種類)を作成しケース記録入力時に見える位置に置いている。	利用者の入居後、ケアマネジャーがアセスメントし介護計画を立てている。カンファレンスで職員の意見を聞いている。介護計画は身体介護の項目と共に「みそ汁をつぐ」「1階に行けるように支援」「妹に会いに同行」等、利用者の思いを反映している。介護計画に生活のなかの楽しみや役割の項目が入っていない利用者がある。介護記録はバイタル、食事量、水分量、排泄、入浴等のデータと毎日の利用者の様子を書くと共に介護計画を実施した時の利用者の様子を書いている。更にいつも喜んでいた「妹への面会」について、ある日利用者が「今日はやめる」と言ったことについて書いており、モニタリングの根拠となる介護記録である。モニタリングはケアマネジャーがカンファレンスでの職員の意見を踏まえて毎月実施している。	「利用者にはできることをしてもらおう」という介護計画ではなく、その利用者は「何ができて、何を喜んでほしいと思っているか」について具体的に書くこと、「新しくできることを見つける」という、前向きな介護計画にすること、すべての利用者の介護計画に生活のなかの楽しみや役割の項目を入れること、以上の3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	記録は主にコンピューターソフトに入力している。ケアプランの実践状況がわかりやすい様、プランにナンバーを付け入力している。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。		

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	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。	利用者の従来からのかかりつけ医に家族同行で定期受診している。受診にあたってはグループホームでのバイタル表、体調等のデータを文書にして渡している。往診してくれる医師に変更した人もいる。歯科は訪問歯科医を利用している。認知症は京都中部総合医療センターに受診している。	
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	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、施設の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。		
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。入院中は定期的な面会し、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、今の事業所でできる内容をお伝えし、了承を得たうえで検討している。	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の方針は契約時に家族に説明している。方針とは「グループホームでは医療の対応はできない。かかりつけ医の指示に従う。医師から終末期という診断が出た時、医師、家族、グループホームの三者で話し合う」としている。協力医療機関や利用者のかかりつけ医を含めてターミナルケアに協力する医師はいない。最期までここで見てほしいという家族や特養の申し込みをする家族もいる。	
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	急変や事故発生時は、マニュアルを基に行動する事としているが、すべての職員が実践できるまでには至っていない。今後、研修などを通して、実践力を身につけていく。3年に1回救急救命講習は受講している。		



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	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。	火災に対する避難訓練は消防署の協力を得て年2回実施している。避難訓練に地域の人に参加している。地震、風水害、夜間帯の訓練はしていない。災害時の法人内相互協力の規定がある。備蓄を準備、ハザードマップは事務室に掲示、職員は危険箇所を認識している。地区の防災委員会に参加、災害時に備蓄や避難場所として提供することを申し入れている。AEDを備え、職員は救急救命訓練を受講している。	地震や風水害も含めて夜間帯の火災に対する避難訓練を実施することが望まれる。
<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	人生の先輩であるご利用者への接し方、接遇などについての研修を行っている。ご利用者同士の会話では、その場面や雰囲気、ご利用者の表情等をみて職員が会話に入り、対応している。	利用者は人生の先輩、目上の人として尊重し、言葉遣いや対応について職員に接遇の研修をしている。「…して」「待って」「どこへ行くの」等、利用者に指示したり、行動制限することを禁止している。職員会議は事務室で、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。暮らしの中ではどんなことも利用者に決めてもらうように飲み物や着る服等、選択できる工夫をしている。化粧や髪形等、利用者の希望を聞いて支援している。	
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	思いが聞き取れた際には、実現に向けて職員間で情報を共有している。又、ご利用者の状態に合わせた声掛けで、自己決定できるよう働きかけている。		
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	新規のご利用者もあり、過ごし方について把握できていない部分もあるが、ご利用者同士の会話などから思いを聞き取り、実施につなげている。		
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	洋服等ご本人の身にまつわるものは、好みを取り入れ、季節に合った服を着て頂いている。整容を手伝う場合も好みの髪形など、思いを聞き取っている。普段の身だしなみでは、衣服の汚れや尿臭にも気を付けている。		

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
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	入居時に、食事についてはしっかり聞き取っている。なるべく、嫌いなものや苦手なものは、別の食材に変えて提供し食事を楽しんでいただけるよう対応している。食材の小分けや、配膳、下膳なども手伝っていただいている。	管理栄養士がカロリー値、栄養バランスを点検した食品を3食利用している。季節感があり、肉と魚のバランスがとれている家庭食である。毎月の食事委員会で利用者の意見を伝えて改善されている。おせち、ひなまつり等の行事食や黒豆の枝豆等京丹波の食文化を大事にしている。毎週3回の昼食やおやつ類は食材を生協に注文、利用者と一緒に手作りしている。注文や野菜の皮むき、味見等利用者ができることを楽しんでいる。数人ずつが食卓を囲み、会話しながら食事を楽しんでいる。認知症により食事摂取に課題がある利用者には職員が寄り添い介助している。	
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	食事の摂取量が少ないご利用者には、食事形態を検討したり、ご家族や主治医と相談しながら、栄養補助食品で補うなどの支援をしている。水分を摂られないご利用者には、ゼリーなどで水分確保に努めている。		
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に、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、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ご使用頂いている。	トイレの場所を知っていて尿意があり布パンツを使用しているという、排泄の自立をしている利用者は2,3人、日中もおむつ使用の利用者は1人、あとの人は排泄パターンを把握し、利用者の訴え、行動、表情等を察知した職員がトイレ誘導している。きなこやオリゴ糖を提供し自然な排便を支援している。下剤を服用している利用者もいる。入院していた利用者が退院後、支援により排泄が改善している。	
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	緩下剤になるべく頼らず、乳製品やオリゴ糖などを摂っていただく工夫をしている。運動不足が今後の課題です。		

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
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臨機応変に対応している。1階のヒノキ風呂にも入り、楽しんでいただいている。	浴室は1室で2つのユニットのどちらからも入ることができる。低いしきりの両側にそれぞれ個浴を据え、湯船に浸かりながら大きな窓から四季の風景が見え、露天風呂の雰囲気である。利用者ごとの入浴日や時間等スケジュールを決めず、午前や午後に声掛けし、「入りたい」という利用者の入浴を支援、どの利用者も毎週2、3回の入浴をしている。湯温や入っている時間等は利用者の希望に添っている。入浴中に別のユニットの利用者同士が会話を楽しんでいる。利用者が「入りたい」という声があれば1階にあるひのき風呂に同行している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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、睡眠についての情報を共有し、必要に応じ日中昼寝を促している。また、夕食後は自然に睡眠に入れるよう、自由に過ごしていただいている。特に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	薬の説明書などから、副作用などを確認するようにしている。定期受診の際には、日々の状況をかかりつけ医に伝えたり、往診の際に相談したりしている。		
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	不定期であるが、レクリエーションを実施。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取り入れている。又、お手伝い等をお願いし、役割をもってもらうよう配慮している。		
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に支援している	ドライブや散歩、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。(自宅でご家族、親戚と過ごせる支援等)	車椅子の人も含めて利用者はふだんホームの周りや近道を散歩している。買い物、美容院、喫茶店、外食等町内の外出は車で出かける。亀岡での花見、琴滝、光悦村、嵐山で昼食を食べ、トロッコ列車で帰った日帰り旅行等、季節ごとの楽しいドライブをしている。利用者が行きたいという自宅等、個別外出をしている。	

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
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。		
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	電話があった際は、職員が誘導し使用頂いている。お孫さんなどから、写真や手紙も届いている。受け取られた際の様子などを、ご家族にお伝えしている。		
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	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、作品や行事の写真等を廊下やリビングに展示している。空きスペースでは、季節の花を育てている。	グループホームは建物の3階、建物の外側を廊下がめぐり窓から四季の風景が見える。廊下の内側に居室、ミニキッチン付きの居間兼食堂、浴室、事務室等がある。廊下のところどころに机と椅子を置き、利用者の居場所としている。建物の中央は花や芝生を植えた庭、3階にいることを忘れさせる。廊下や居間の壁には利用者の書や額に入れた行事の写真を掛けている。明るく、ゆったりと落ち着いた共用空間である。	
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。ご利用者同士で、居室や廊下の椅子でお話しされることもあるが、重度化が進み機会が減っているため、今後の課題である。		
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なじみの家具などを持ち込んで頂き、ご自分の部屋(家)として居心地よく落ち着いて過ごしていただけるようにご家族にお願いしている。	居室は和室と洋間があり、廊下から格子戸を開けて入る。奥は障子戸を開けると縁側、庭に出られる。各室にトイレと洗面台がある。廊下側の窓際に低い棚があり置物を飾っている。和室は畳敷き、襖のついた押し入れがあり、ふとんを敷いて寝ている。洋間はクローゼットがあり、板敷に絨毯を敷いてベッドを置いている。壁に大きな掛け時計とカレンダーを掛け、時の見当識に備えている。寝具類、使い慣れた筆筒、机、本棚、洋服掛けの衣類、壁に貼った家族の写真、自宅で使っていた机と2脚の椅子、ベッド横の籐椅子、愛読書、自作のパッチワーク、マフラーやセーター、帽子等、どの部屋も利用者の人柄と暮らしぶりを表している。	

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
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	歩行が不安定なご利用者が、夜間トイレに行きやすい様ベッドの位置などを変えている。又、食事の盛り付けや、配膳なども提供している。		