

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 26

事業所番号	2690500018		
法人名	医療法人 三幸会		
事業所名	ケアサポートセンター吉祥院		
所在地	京都市南区吉祥院里ノ内町71-1		
自己評価作成日	平成27年8月7日	評価結果市町村受理日	

【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)】

南区内の関係機関との様々なネットワークに参加し、日々、地域に向けて認知症に関する啓発・活動の一助となり、認知症ケアの専門職としての役割を果たすために活動している。法人で開催している研究発表会で事業所として地域に向けてのイベントを開催し、一定の顔の見える関係の構築ができた。その後も地域とのつながりからのボランティアとの関わりも少しずつではあるが増えている。更なる関係構築のために、認知症あんしんサポーター養成講座の受付や啓発活動を広報誌内に掲載し、地域への回覧も積極的に活用している。事業所の理念・基本方針の下、個々の権利を擁護、また個々の要望に耳を傾け一人一人の思いの把握に努め、利用者が楽しみをもって生活できるようサポートに力を入れている。医療関係者と連携を取りながら利用者の体調管理に努めている。

※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27年8月24日		

【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)】

管理者は利用者が自己決定しながら、人間らしいあたりまえの暮らしができるグループホームという目標をもち、職員とともに実現していくためにさまざまな取組をしている。それは①非常勤職員も含めて積極的に外部研修に派遣し報告書を詳細に点検、②事業所内研修は職員を講師に実施、③運営推進会議に職員を同席、④職員は利用者を担当し、家族に毎月手紙を書く、⑤ヒヤリハットの要因と防止策を自主的に考える等であり、職員のレベルは高い。また医師や歯科医の往診、訪問看護師や口腔ケアのために歯科衛生士が来訪、訪問マッサージによるリハビリの支援等、医療連携の取組も大きい。また南区医療・福祉ネットワークでの活動により、さまざまな地域貢献をしている。その結果、職員は退職が少なく、長く勤務している人が多く、利用者も長く利用している人が多いこともあり、認知症の進行が穏やかになっており、利用者は自分流の暮らしを送っている。

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

[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	『住み慣れた地域で自分らしく暮らしたい』を基本方針に掲げ、“自分らしさ”の把握に努めたサポートを心がけている。	理念は「一人ひとりがその人らしく」であり、開設時に職員が話し合っている。パンフレットや広報誌に掲載し、利用者、家族、地域の人に周知を図っている。毎年理念を基に職員の話し合いにより年度方針を立てている。職員は利用者の理解に努め、「その人らしさ」を考えている。理念にそって利用者のペースを大事にした暮らしを支援している。	
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	日常的な交流という面では不十分。 運営推進会議への参加呼びかけを継続して町内会長へ行っているが参加には至っていない。町内清掃等、参加しやすい行事への参加。食材等の購入品は地元商店等を利用している。	町内会に加入し、回覧板が回ってくる。広報誌を回してもらっている。事業所の夏祭りやクリスマス会に近隣の子どもたちも参加してくれる。吉祥院小学校の運動会や学区の祭りに利用者と共に参加している。南区あんしんサポーター相談窓口を引き受け、看板を掲げており、地域の人が相談に来訪する。南区医療福祉ネットワークに関わり、年4回地域住民向けの研修会を開催している。	事業所として南区という広いエリアでの地域貢献の大きな活動をしているものの、グループホームの隣近所と利用者との日常のおつきあい、散歩、買物、おしゃべり、お茶する等ができることが望まれる。
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	南区認知症あんしんサポートネットワークでの構成員としての活動を行っている。事業所も認知症あんしん相談窓口となっている。認知症あんしんサポーター養成講座の告知も広報誌を通じて行っている。	/	/
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践、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	話し合いの中で出たケアそのものや運営について出た意見をできる限り取入れ、質を上げるように努力している。	家族、自治連合会会長、町内会会長、南区福祉介護課、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催し、記録を残している。事業所から行事、事故等、資料と共に詳細に率直に報告している。「職員自身が事故の要因と防止策を考えないと事故はなくなるしない」「地域とのつながりの取組ができないか」等、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	管理者を窓口として、互いに顔が見える関係、相談できる関係が構築できている。 運営推進会議参加への呼びかけを行う等、必要に応じて随時行っている。 南区の事業所連絡会議に参加している。	日常的には南区とは連携をとっている。南区医療・福祉ネットワークに加入し、約90の事業所とともに情報交換するとともに、年4回の市民にも公開する研修を実施している。南区認知症ネットワークの構成員となり、地域の認知症の人への見守り隊の活動をしている。	

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身体拘束をしないケアに取り組んでいる	やむを得ず拘束を行わなければならない可能性があるケースではケースカンファで話し合い、最小限の方法を想定し、家族への事前説明や同意を書面でもらっている。身体拘束についての研修の機会は事業所内外問わずに設けている。	身体拘束をしない方針を契約書に明記し、職員研修は毎年実施している。職員はスピーチロックについても認識している。現在やむを得ず夜間のみ、ベッド柵の利用者が1人あり、職員の検討会議を実施し、家族の同意書をもらっている。門扉はなく、玄関ドアや非常口は施錠していない。エレベーターにキイロックはない。	
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	職員個々で注意している。また、ケースカンファレンス等を活かし、日々の支援について話し合いをする場もある。事業所内外での研修の場を設け学びを深めている。入浴時等には身体観察も行い状況の把握に努めている。		
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	権利擁護という大きな枠に関しての研修の機会はあるが、個々について十分に話し合っているとはいえない。現状、活用する利用者はいない。		
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	十分な説明を行い、契約書内容の説明・同意を得て理解してもらっていると思うが、不安や疑問点が返ってくるものがそれほど多くはないため、不十分な可能性もある。		
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	運営推進会議への参加案内。来訪時に要望等を伺い、運営に反映するために職員会議等に取り上げているが、運営推進会議や苦情受付窓口を十分に活用できているとはいえない。ごく一部から意見をいただけるにとどまっている。要望等は職員間で共有を行い、取り組めるところから改善に向け取り組んでいる。	家族は年3～6回、面会にきており、利用者の受診の同行や介護計画の話し合いに来訪している。事業所の夏祭りやクリスマス会にも来訪し、利用者とともに楽しんでいる。家族には職員異動や行事報告を掲載した広報誌を配布するとともに、利用者の担当職員が写真を入れたおたよりを書いて毎月送っている。年2回家族会をする等、家族との連携は良好である。家族の意見は「外出させてほしい」が多い。	

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
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	ケースカンファレンスや職員会議の場を毎月設けている。希望者とは個別での面談も行う。まだまだ少ないため、言いやすい雰囲気を作り上げることが必要。意見を反映させているかは疑問。	運営の話し合い、ケースカンファレンス(利用者を1~2人担当)、事業所内研修と、毎月3回の会議を実施している。「ホールの掃除は利用者が就寝してからにしてはどうか」「申し送りの話し合いは利用者には聞こえないようにしたい」等、職員は活発に意見交換している。事業所内研修と外部研修の他、年6回の法人の研修と自主的に企画する年3回の研修にも参加している。職員は異動、外部研修受講、資格取得等の希望を述べるができる。また毎年自身の目標をたて管理者等との話し合いで達成に励んでいる。	
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	管理者は事業計画に基づき代表者との面談の機会があり、アドバイスを受け、環境整備に取り組むよう努めている。職員全員がやりがいを有する職場を目指している。勤務状況が把握されていない。		
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	法人内外の研修参加の機会は多く、ケア向上に結び付けようと努力しているが、積極的に参加する職員はまだまだ少ない。月に一回事業所内での研修の機会を持ち、不参加者には伝達講習を行っている。		
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	南区内での医療・福祉関係のネットワークへの参加を積極的に行っている。京都地域密着型サービス事業所協議会の各部会や研修の参加も積極的に行っている。		
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	計画作成担当者を中心にヒアリングを行い、ケアプランへ活かしている。現状で困っていること、困っているであろうことは日頃から耳を傾けている。		
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	計画作成担当者を中心に行っている。後日の問い合わせにも対応できるよう努めている。また、不安が解消できるように努めている。ケアプラン作成のためにも必須である。		

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
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	特に医療との連携も考慮しながら、必要な支援の見極めに努めている。 訪問マッサージ、口腔指導等を導入している。		
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	共に生活するという立場で接し、食事や家事を一緒に行うことによって共感できることを増やしている。できることはできるよう支援している。 押し付けにならない様、利用者の意見や同意を求めよう努めている。		
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	家族の支援もケアの一環としてとらえ大切にし、できる限り家族にも支援への協力を依頼を行い、関係が断絶しない様にしている。 レクリエーション等に家族の参加もある。		
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	馴染みの人との関係を継続できるよう、家族を中心に面会等の機会はあるが、馴染みの場所へ出向く機会がほとんどない。 全てに職員が入らず、関わる機会を失わないように心掛けている。	面会にきた家族とはゆっくり話ができるようにしている。外出が好きな利用者は職員よりも息子と行きたい思いが強いので、家族に連絡をとり、出かけるときの利用者の笑顔が印象的である。家を見たいという利用者の希望があり、予め家を見に行くに廃屋になっており、実現していない。	直系の家族が少ない利用者が多く、利用者の友人や親しかった人、好きなこと等の情報が少ないため、馴染みの人との関係支援が困難としても、希望が言える利用者の思いに応じたり、写真や絵を見せる等、さまざまな工夫で利用者の「馴染み」を探ることが望まれる。
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	リビングの座席の配慮等を行い、関わり合える支援を行っている。支え合いの面でも比較的ADLの高い利用者を中心となりできている。反面それが負担となっていることもある。 それぞれの性格を理解し、上手く交流がもてるように努めている。 職員が繋ぎ役となる支援をしている		
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	事業所から敢えて関わることはしないが、相談があれば対応できる体制が取れている。 使用しなくなったオムツ類の寄付をいただくこともあった。		

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	日々の関わりの中での観察を通じ、利用者の意向や思い付きについて職員間で話し合うようにしている。 意向はかなえてあげたいとの思いで、皆で努力している。	利用者の情報は本人や家族から聴取し、「穏やかに暮らしたい」等、利用者の思いが記録されている。子どものいない利用者が多く、キーパーソンは姪や兄弟の配偶者等、利用者をよく知らない人であるものの、生涯独身、郵便局で働いていた、大工をしていた、夫の仕事は公務員、子どもは2人、趣味は海外旅行、縫い物が得意、熱烈的な阪神ファン等、生活歴や好きなことを把握している。		
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	家族や関わりのある方にはなるべく尋ねて、情報を得て把握に努めている。 計画作成担当者が中心となっているが、他の職員がより積極的に関わり、協働していく余地はまだある。			
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	毎月のモニタリングを行い、変化にも気をつけ、個々の生活ペースを把握するように努めている。 日々の関わりの中での観察、医療職との連携を通じて現状把握に努めている。			
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	毎月モニタリングを行い、会議で検討し反映している。 家族とも必要に応じ相談。意見や要望も職員間で話し合っている。	ケアマネジャーが「毎日歩く」「会話」「好きなことを楽しむ」等、個別で自立支援に向けた介護計画を立て、介護記録に記載し、職員への周知を図っている。介護記録は毎日の生活記録の内容が多く、介護計画のどの項目を実施したのか、そのときの利用者の様子やその効果についての内容は不十分である。モニタリングは「ケアの実施状況」「目標達成度」「今後の方針」について、職員とともに毎月検討し、記録を残している。	利用者の自立支援と生活を豊かにするための介護計画があるので、介護記録はそれぞれ項目を実施したときの利用者の発言や表情、拒否があったときにはその要因を記録に残すこと、モニタリングには「利用者の状況」「利用者・家族の満足度」の項目を加えること、以上の2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	研修の機会を設けながら、全職員が気づき等を共有できる記録のスキルを身に付けられるように取り組んでいる。 記録し、情報共有することで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	併設事業所との連携をより深め、地域の力をいかに活かし増やしていくかに取り組んでいきたい。			

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
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	まだまだ、地域とのつながりが強いとは言えない。顔の見える関係作り、事業所からの発信をよりすすめていきたい。 地域の商店での食材仕入れを行っている。近所の公園などへの散歩を楽しんでもらうこともある。		
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	個々の希望を重視している。 希望があれば往診医を紹介している。かかりつけ医とも情報共有し、関係構築に努めている。	利用者の馴染みのかかりつけ医に受診している人が多く、家族が同行し、事情がある場合には職員が同行している。グループホームで把握している利用者の情報は「情報提供書」に記載し、医師に伝え、医師の診断も文書でもらっている。認知症の受診をしている。医師や歯科医が往診にきてくれ、歯科衛生士が毎週口腔ケアの指導にきてくれる。訪問看護や訪問マッサージを利用している人もいる。	
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	訪問看護ステーションとの相談・連絡体制がとれている。 訪問看護に気づきを伝え、日常的に支援する方法を相談している。緊急時にも相談できる体制を構築している。		
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。	協力医療機関を中心に、日々の連携を大切にしている。 入退院の支援、その間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	契約時に終末期に向けての指針の説明を行い、必要な際には随時話し合いを行う旨の理解を得ている。 家族の希望を聞き、医療機関との連携により支援できるよう、体制づくりに努めている。	利用者の重度化や終末期に関して、グループホームの方針を重要事項説明書に記載し、利用者や家族に説明し、意向を把握している。「最期までグループホームでみてほしい」という希望が多い。職員に医療や看取りケア等の研修をしており、不安はあるものの「最期までみたい」という気持ちをもっている。2年前に利用者の希望で最期までみた事例があり、職員には大きな経験となっている。	
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	対応マニュアルの整備や研修の機会を設けている。 AED訓練を行っている。		

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
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回の消防訓練を中心に取り組んでいる。地域との訓練や、地域からの訓練への参加の打診を開始したが、参加実現には至っていない。	火事を想定し、消防署の協力を得ながら年2回の避難訓練を実施している。風水害については2階に避難することを申し合わせている。備蓄を準備している。AEDを備え、職員は救命訓練を受けている。	
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	職員一人ひとりが意識をし取り組んでいるが、職員により声掛けの質の差がある。会議等を通して、是正するように努めている。	接遇研修は毎年実施しており、理念に掲げるように利用者一人ひとりを尊重した対応や言葉かけを常に心がけている。ときに、なれなれしい言動や上から目線の言葉遣いがあるときにはお互いに注意しあっている。職員の業務連絡は利用者聞こえないようにしている。利用者好みのおしゃれができるように、美容師に利用者の好きな髪形を伝えている。	
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	日々の会話の中から引き出していけるように取り組んでいる。誕生日での個別支援を行い、希望が叶う機会が少しずつ増えている。		
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	一人ひとりのペースは大事にしているが、業務優先になってしまうこともある。利用者の調子や希望に沿った支援ができるように日々改善に向けて努力している。		
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	家族へ協力もお願いし、季節にあった衣類等を準備してもらっている。利用者同士でも衣類の乱れも注意し合う等の関係が作れている。		
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	調理に参加可能な利用者が参加できる機会がある。調理の下ごしらえや後片付け等を利用者とともにやっている。メニューは利用者の希望も取り上げている。	朝食と夕食はご飯を炊いたり、近くの商店でおいしいパンを買ってきて、副菜はクックチルを利用している。昼食は職員が利用者の希望を聞きながら献立を立て、食材は配達してもらっている。いずれの場合も野菜の多い、季節感のある献立である。利用者は野菜を切ったり、煮物の味見をしたりしている。4人ずつの食卓で利用者が縫ったランチョンマットを敷き、職員と共に会話しながら食事を楽しんでいる。オヤツも手作りしている。	

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	摂取量を把握し、一人ひとりの状態把握に努め、他職種との連携を行っている。制限がある利用者もいるので、トータル的に考え支援している。		
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	毎食後行えるように努めている。できることはできるだけ本人の力を大切にしている。歯科医師・歯科衛生士との連携も取り、必要な指導を介護職員が受けることができる。		
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	各自の排泄パターンの把握を行い、必要に応じた声掛け・誘導を行い、できる限りトイレでの排泄を目指し日々取り組んでいる。その人にあったパット選びや、自分で排泄できるよう残存能力に配慮した介助を行っている。	尿意のある利用者が多く、自分でトイレに行く人やそぶり等で察知して職員が誘導する人がほとんどである。夜間は利用者ごとのパターンを把握して声掛けしている。緩下剤を飲んでいる人が多いので、毎日の運動と水分を心掛けている。	
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	排便状況の把握をし、摂取物への工夫、水分摂取の促しや体操を行えるよう働きかけている。主治医等との相談をし、必要な際は薬剤調整も行っている。運動面での働きかけはやや不十分なところもある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	時間は決めず、利用者の体調やタイミングを見ながら入浴を促している。希望があればなるべく添えるように配慮しているが、職員側の都合になっている部分も多い。夜間入浴や毎日入浴希望への対応は実践できていない。	午前中から入浴の準備をし、利用者が希望する声を逃さず、毎日3人から4人の入浴を支援している。湯温、長風呂等も利用者の希望に合わせており、利用者は1日おきに入浴ができています。しょうぶ湯も楽しんでいる。入浴拒否には声掛け等の工夫で対応している。	
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	夜間はなるべく入眠できるよう、日中の適度な運動は心がけているも実践できていないことも多い。個々の状況に応じ、臥床時間を設けている		
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	薬の量や種類に変更があった時は申し送り等で職員間で共有し、本人の変化に注意している。配薬、与薬は職員のダブルチェックで行っている。		

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
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	個々の好きなこと、得意なことには積極的に取り組めるよう働きかけている。誕生日には本人の要望に沿った楽しみ実現の支援を行っている。 フラワーセラピーを取り入れている。		
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	職員配置によっては気分転換していただける日もあるが、職員の人的確保の不足もあり、希望通りにはなかなかいっていない。外出を大きくとらえず、数分の外気浴から始めることを積み重ね、外出に対する職員の意識改善とスキルアップが必要。	日常的には玄関先のプランターの花を見に降りたり、近くの公園に散歩に行く等しているものの、その頻度は非常に少ない。吉祥院天満宮、善峰寺、府立植物園、水環境保全センター等での初詣、花見、藤棚見物、紅葉狩り等、季節ごとの外出やホテルでのケーキバイキング等、行事としての外出は利用者の楽しみである。また誕生日当日に利用者が希望する外食に出かける等、個別外出をしている。	グループホームの生活で最も避けなければならないのは、利用者の閉じこもりである。利用者全員が毎日1度は外気に触れたり、5分でも散歩したりできるように、また近隣の人や商店の店員等、利用者が出会う人と話したり、社会的交流をすることの2点が望まれる。
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	金銭管理については家族と相談して支援している。 立替金があり、好きなものを食べたり、一緒に買い物ができる機会がある。お金を所持すること大切さ、所持できる喜びは理解しているが、リスク管理を優先した対応となっている。		
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	希望があればいつでも電話をかけられる、電話があれば取り次げる環境である。手紙が届くこともあり、本人に手渡している。利用者が手紙を出すこともある。年賀状を書く機会を持つことに継続して取り組んでいる。		
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	生活感や季節感を感じられるような空間づくりを心掛け、雰囲気大切にしている。温度・湿度には気をつけ、できる限り一人ひとりの希望に近づきよう調整している。 狭く使い勝手の悪いところもある。	道路から玄関までに石畳の空間があり、その両側にプランターに花や野菜を植え、利用者の目の保養となっている。玄関から階段やエレベーターで2階に上がるとゆったりとした空間が広がり、居間兼食堂となっている。大きな窓から季節ごとの外の景色をみることができる。食卓の椅子、大きなソファが利用者の居場所である。認知症に混乱を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	生活空間を固定することなく、自由に居室に戻れる。リビング内の好きな場所で過ごすことができるが、食事席かソファに限られていることも多い。		

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
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	できる限り馴染みの物を持ってきてもらえるよう家族へ働きかけている。新しい物も本人と相談しながら、一人ひとりの状態に合わせて、使いやすい物を心がけている。室内整理等も行っている。	全室畳敷きで、大きな窓が室内を明るくし、外からの季節感を取り入れている。押入れがあり、布団や衣類を入れることができる。利用者はベッド、ふとん、箆笥や衣裳ケース、整理棚、置時計等、お気に入りのものを持ち込み、自分の部屋としている。自分がつくったティベアのぬいぐるみが一番のなぐさめの利用者がいる。季節の生け花が雰囲気や和らげている。	
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	時間や場所、居室や献立等がわかりやすいように配慮している。 動作の流れや本人の能力を大切に、自分でできる達成感をできるだけ味わえるように努めている。		