

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	2693300119		
法人名	社会福祉法人 丹後大宮福祉会		
事業所名	グループホームおおみや		
所在地	京都府京丹後市大宮町三坂132番地の3		
自己評価作成日	平成31年1月8日	評価結果市町村受理日	令和元年6月10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	www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2693300119-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会		
所在地	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅浜町83-1「ひと・まち交流館京都」1F		
訪問調査日	平成31年1月29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)】

昨年度まで利用者の健康管理と疾病予防に力を入れ職員個々が些細な変化に気づけるようになり介護力の向上に繋がりました。今年度は利用者が生き生きと生活できる施設をめざし「得意な事、今でも出来る事」をコンセプトにそれぞれが役割を持ち生活する事を支援してきました。ようやく利用者に意識付けが出来てきた所です。又食事は楽しみであり健康の源であるとの考えから旬を大切に手作りにこだわった食事の提供を心掛けています。法人内の地域福祉部に属し、地域密着の施設である為地域と相互に支え合う事に力をいれサロン活動、健康体操、涼やかスポットの協力、認知症カフェの開催等専門性を活かした地域貢献、地域行事の協力、奉仕活動等地域の一員として役割を果たし、秋祭り、地藏盆等地域行事に参加し地域と交流を深め信頼される施設になるよう努力しています

【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)】

事業所は、大宮町の中心地を走る国道312号線の大宮IC口に位置し、地域連携の多目的室を備えた木造平屋建て開設10年目。独自の理念「笑顔と安心」の”家づくり”を柱に、二つの目標を掲示して共有し、「個々の思い」や「その人らしさ」を反映させるケアを、生活の中で実践されています。これまでの健康管理支援に加え、新たに個々の得意な事・昔やった事・今出来る事をコンセプトに、食材づくりから片付け・畑の収穫と加工・掃除・洗濯・買い物等々に歌や体操、学習などの趣味や娯楽も取り入れた支援状況を、写真や活動記録で確認。利用者は毎日の役割があり、1人ひとりの張り合いと楽しみにつながり、残存する力を活かした協働の“笑顔あふれる元気な家”を実感します。また、南北に長い廊下を活用し、小野小町の共同作品や生け花・絵手紙・ちぎり絵・書道・標語・こども園との交流会や遠足等の記録写真を連ねて展示し、家族や来訪者への理解と利用者の生活歴から、その人らしい夢を誘うよう、工夫されています。10年の「あゆみ」から、さらなる飛躍を期待します。

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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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

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	理念を具体的に取り組みやすくするよう今年度から理念をふまえた形で事業所目標を設定し日々のケアに取り入れている。	事業所独自の理念として、利用者一人ひとりの「笑顔」と「安心」の”家づくり”を柱に、二つの実践目標を掲示して共有し、個々の思いや、その人らしさ、したいこと、今できること等々を反映させるケアを暮らしの中で実践し、理念への理解度と写真や支援記録で確認し、利用者の”夢”実現に取り組んでいる。	
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	施設の立地が地域と山1つ隔てた場所にある為密に交流する事は難しいが地域の奉仕作業、行事の協力をいっしょに少しずつ良好な関係作りが出来つつある。	自治会に加入し、地域行事の運動会、地蔵盆への参加や、事業所の多目的室を地域交流の場に提供し「認知症カフェ」・サロン活動などを開催。隣接のこども園との交流もあり、広報紙も配布して日常的に交流している。	
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	サロン活動、健康体操の協力、施設内ホールで涼やかスポット、認知症カフェの開催、安心サポート相談窓口設置等専門性を活かし実践している。		
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	利用者の状況報告、行事案内、事業所の悩み、身体拘束の取り組み報告等を行い意見を聞いている。	会議には、家族・市担当者・民生委員・福祉員・こども園等が参加して開催。事業所から現況・課題・企画事業等を報告し、地域に反映する運営があり、有効な会議となっている。防災訓練の立ち合いもある。	
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	運営推進会議には毎回、市の職員に参加して頂き意見交換をしている。 市、福祉課主催の高齢者部会に参加し地域情勢や市の取り組み等情報を得ている。	市主催で2か月毎の地域ケア推進会議や高齢者部会にも出席し、現況報告や情報交換をするなど、連携した関係が確保されている。また、市主催の防火訓練にも参加して協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	施設内の身体拘束ゼロ委員会に職員が所属し情報交換や身体拘束ゼロに向けた事業所の取り組みを行い施設全体の研修で発表している。施設内研修に職員全員が参加し、外部研修に2名が参加している。	運営規定及び利用契約書に「身体拘束をしない」を明記し、身体拘束ゼロ委員会により、全員研修で意識を高めている。事務所に言葉使いや人権指針を掲示し、研修発表や外部研修も受け、最重要課題として取り組んでいる。	

京都府 グループホーム おおみや

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	身体拘束と関連し不適切なケアから虐待に繋がらない様施設内研修、外部研修に職員が参加している。職員が常に安定した精神状態で日々のケアに関われるよう職員のメンタルケアにも取り組んでいる。		
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	事業所内事務所に関連したパンフレットをファイリングいつでも閲覧できるようにしている。現在1名権利擁護制度利用しており支援員来訪の際は職員が交代で関わり情報交換し制度理解を深める機会を作っている。		
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	契約解除の際は事前に状態報告と解約理由を説明し納得をされてから解約手続きを行っている。制度改定等については文書で内容説明を行い質問受け付け窓口を明確にし同意を得ている。		
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	今年度利用者家族対象にサービス向上アンケートを行い、指摘事項は速やかに改善している。	全員参加の「家族会」や面会時、手紙等々で意見や要望を聞き取ると共に、今年度から「サービス向上アンケート」を実施し、結果を分析して共有に努めている。利用者の衣類管理に反映している事例がある。	
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	毎月のケア会議の議題に「職員からの提案」を設け職員から気軽に提案できる機会を作り、業務見直し等業務に取り入れている。	管理者は日常的に職員と対話し、課題を共有。毎月のケア会議では、職員提案項目を設けて意見や提案に努め、年2回、施設長との個人面談もある。提案に冷凍食品の検討や面会時の記録ノートの作成など、有効に反映させている。	
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	人事考課制度により職員個々の努力や実績を把握し給与、賞与、昇進に繋げている。今年度より評価のフィードバックを行い個々のレベルアップに繋げている。		
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	職員個々の能力や力量を把握し外部研修参加や介護支援専門員資格取得の為に勉強会を開催している。		

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
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	市内8か所の同業者の意見交換会に職員派遣をしたりユニットin北京都のネットワークを利用し職員交換研修、茶話会、取り組み発表会を行いサービス向上につなげている。		
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	入所時プランに「信頼関係の構築」を援助目標に掲げ何事も本人の意向確認して行う事を徹底している。		
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	入所決定した時点で来訪して頂き事業所の方針、緊急時の対応、退所の条件等説明、不安や要望の聞き取りを行い納得して頂いてから契約を行う。入所後も落ち着かれるまで細かく様子を伝え、面会の促しを行い関係作りに努めている。		
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	入所前面接で得た情報と家族の要望、担当ケアマネージャーからの聞き取りを行いケアプラン作成しサービス提供している。		
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	日々の生活の中で各自が出来る事(洗濯物たたみ、調理補助、草取り等)を役割として行なえる様準備、見守りを行い共同生活を意識したケアを心掛けている。		
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	家族が面会に来やすい雰囲気作りを心掛け、面会時には生活の様子を細かく説明する。年度末には家族会を開催し日頃の様子をスライドで見て頂き職員と家族、家族同士の交流の機会を作っている。		
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	施設入所になると馴染みの関係が途切れてしまいやすく年数経過すると知人の面会が減ってくる。本人が希望する場所への外出を行ない、又馴染みの方の面会は次へつながるよう対応している。	年数経過による「馴染みの関係づくり」を課題として、在宅時の店舗利用や友人・知人との年賀状、面会者との交際、施設間の相互訪問、写真を提示する事前確認や希望地の外出など、多様な対応を心がけている。	開設10年・・・を機に、個々の馴染みの人・物・場所の生活歴データを見直し、本人・家族と共に、利用者本人の“自分史”となるような「情報シート」を作成しては如何でしょうか。

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	認知症の状態、難聴、性格等考慮しトラブルに発展せず一緒に作業したり談笑が出来るよう職員が関わっている。		
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	当事業所のサービスが終了後も次の事業所から問い合わせがある場合など必要に応じて情報を提供している。		
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	サービス計画更新時(6ヶ月ごと)本人意向を聞いている。実現可能な意向であれば援助内容に入れている。確認困難な場合は本人の立場に立って考えている。	利用者の担当制を取り入れ本人に深く寄り添うと共に、面会時の聞き取り、日々の表情・しぐさ・言動から得た「気づき」や「ことば」を介護記録に記録している。毎月のケア会議で共有し意向の把握に努めている。	
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	入所前面接での聞き取り、又入所後家族、本人から担当者会議、雑談の場で聞き取っている。		
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	アセスメントシートの形式を現状把握しやすい形式に変更し半年に1回見直しを行っている。日々ご利用者の言動、気が付いた事を詳細に記録し状態把握に努めている。		
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	半年毎、及び状態が大きく変化した場合に担当職員とケアプランの見直しを行なっている。プラン見直しの際本人、家族の意向、要望を確認し出来る事はサービス計画に入れている。サービス計画は担当者会議で家族に説明し了承を得ている。	援助項目を列記したモニタリング表に、毎日、評価結果を記載し、全員で共有。実践結果を3か月毎にまとめ、全員のケア会議で短期目標達成を確認している。介護計画は、その後の実践状況やケア会議、家族情報を踏まえて見直し、家族参加による担当者会議を経て計画を立てている。特別な状況変化がない限り6か月毎に見直ししている。	きめ細かなモニタリングが毎日行なわれていますが、6か月毎のプランを見直すまでの間、様々な状況やアセスメントを計画に反映させるため、経過記録の内容やカンファレンスケア会議、担当者会議等々、有効で効率的な運用のあり方を検討されては如何でしょうか。
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、本人の言動を記録し必要に応じていつでも閲覧できるようにしている。担当職員がケアプラン見直しに活かしている。		

京都府 グループホーム おおみや

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	受診時の送迎、付添代行、衣類、消耗品等生活に必要な物の買物、入院家族への面会付き添い等家族状況や本人の希望に合わせ出来る限り対応している。		
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	地域行事参加やサロンのお誘い等あるが本人の状態、職員体制から参加できなかった。		
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、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	本来定期受診は家族対応としているが、利用者が車椅子の場合医療機関までの送迎、家族が受診対応できない時は受診付添い遠方の家族には往診医療機関の紹介等柔軟な対応を心掛け受診時は情報提供書を作成している。	従来のかかりつけ医受診で家族対応としている。受診時には、身体状況を記入して情報提供書と共に、必要に応じた受診支援を行っている。結果は家族から聞き取り記録している。また、毎月、協力医療機関からの往診や歯科受診もある。	
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	法人内の看護職に必要なアドバイスを受けたり受診の必要性を相談している。現在の所訪問看護が必要な利用者がないと判断している。		
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。	入院時は情報提供書を提出し地域連携室、病棟看護師と情報交換しカンファレンス参加を行い早期に退院し安心して生活できる様支援している。病院とは入院者がある時のみの関わりであり十分な関係作りは出来ていない。		
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、事業所の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	入所申し込み時、看取りケアはしていない為重度化した場合状態に応じた施設に入所して頂く方針を説明している。入所後特養申請できる段階で助言し申請して頂き、担当者会議で終末期のあり方、特養入所について考えを聞いている。地域の特養担当者とは連携を取っている。	利用申し込み時「看取りケアは行わない」方針を説明し、了承を得ている。しかし、看取りや重度化支援は日常ケアの延長上にあることから、通過施設として変化に応じて、その都度連携した適応策や施設紹介などに努めている。	
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	施設内研修で心肺蘇生、AEDの使用方法、感染症の予防、発生時の対応を実戦形式で身に付け、マニュアルを閲覧できるようにしている。		

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
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	火災については法人内防火管理者の立ち会いの元、年2回訓練を実施している。市の災害危険区域施設には指定されていないが施設が作成した避難マニュアルがあり職員は周知している。	事業所の災害時マニュアルや連絡体制を確立し、火災や地震等の自然災害を想定した対応訓練を実施している。訓練には、地域の推進委員の協力参加を求め、緊急災害時の避難所開放も伝えている。	
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	身体拘束ゼロの取り組みの一環として言葉の拘束廃止に取り組み適切な言葉を一覧表にして職員に配布し意識付けを促している。	法人の理念に「その人らしく・・・」、運営規定に「利用者の人格を尊重し・・・」を明記し、苑内研修で接遇マナーや身体拘束を学び、全職員に周知。事業所では、言葉使いや利用者の自己決定の手法にも取り組んでいる。	
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	利用者には意思決定を促す声掛けを心掛けている。自分で意思決定が難しい利用者には「はい」「いいえ」等答えやすいように選択肢を提示している。		
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	基本的な1日の流れの時間は決まっているが強制する事無く、利用者各々のペースで生活して頂いている。		
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	入浴、外出時の衣類選び、行きつけの美容室に行くなど出来る限り援助している。衣類の汚れ等は絶対に無いように気を遣い好みの服を聞きながら清潔感のある服装に配慮している。		
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	手作りや季節感にこだわり利用者と一緒に調理、配膳、後かたづけをしている。誕生日には本人希望の献立を取り入れている。行事食、伝統料理は利用者に学ぶ事も多くコミュニケーションツールの1つになっている。	利用者が「自分に出来ることをする場」として、全員参加の食事づくりを実践。地場産中心の食材準備・献立書き・盛りつけ・片付け等々、広い調理台をいっぱい活用している。これが笑顔と活力を生み、会話と信頼関係の「源」となっている。誕生会献立も取り入れている。	
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	食事量の少ない方は間食で補い、水分量の少ない方はジュースや果物で代替えし少量ずつこまめに提供するなど個々の状態に応じ臨機応変に対応している。食事は旬の食材、季節の果物を取り入れ栄養バランスの良い食事を提供している。		

京都府 グループホーム おおみや

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	朝夕全利用者個々の状態に合わせて口腔ケアを実施している。この冬はカテキン(緑茶)が感染予防に役立つとの情報から試している。		
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	利用者の排泄リズム、排便間隔を把握し個々の状態に合わせてトイレ誘導している。現在はリハパン、尿とりパッド使用の方が7名、自立の方が2名であり全員がトイレ、トイレを使用している。	介護度平均2.4を認識し、全員トイレ排泄を目標に掲げている。排泄パターンによる誘導、夜間対応、ポータブルの位置、水分摂取、飲み物や食材にも配慮し、現在、全員トイレ排泄の状況を維持している。	
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	摂食、排泄のサイクルをスムーズにする事は健康維持の大きな要因ととらえ個々の排便状況を把握し、乳製品、果物を多く取り入れ、水分摂取が苦手な方にも摂取しやすいよう多種の飲み物を揃え提供している。		
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回の入浴を基本とし拒否される時は日にちや時間帯を変更し対応している。必ず一人ずつ入浴しマンツーマンで介助している。入浴方法も個人の身体状況に応じた方法で支援している。	利用者個々の生活習慣に合わせて、週2回を基準に柔軟に対応し、自主性を高めた入浴を心がけ、見守りと個々の入浴支援をしている。また、時季に合わせて「しょうぶ湯」や「ゆず湯」も取り入れ楽しんでいる。	
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	利用者個々が自由に居室で臥床したりテレビを観て過ごして頂いている。安眠できるよう湯たんぽを使用したり、就寝前に足浴をするなど状況に応じて対応している。		
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	利用者個々の薬剤情報をファイリングし目的、副作用を直ぐに確認できるようにしている。薬の取扱いについてはマニュアルを参考に、準備は複数名で行ない、配薬は呼名・日付けを読み上げ飲み込みまで確認し配薬を行っている。		
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	利用者の生活歴を把握し花が好きの人、調理が得意な人、草取りが得意な人等得意な事を役割としてして頂き、コーヒーが好きな方には随時提供する等楽しみと張り合いのある生活が送れるよう支援している。		

京都府 グループホーム おおみや

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	出来る限り本人の希望に沿って外出できるように支援している。家族と外食、他施設入所中の夫に面会に行く等個人外出に力を入れているが現在地域の人と外出はできていない。	事業所周辺の散策や、毎日の食材購入、希望に合わせた買い物外出のほか、法人の喫茶カフェ、弁当持参の施設間訪問などもある。また、四季折々の遠足や家族との外食など、利用者の希望を入れた外出支援に努めている。	
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	小遣いを自己管理している利用者が1名ある。一緒に買物に行ったり、利用者から依頼された希望の品物を職員が買いに行く事は度々ある。		
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	利用者より依頼があれば電話を掛けてもらう事が出来るがほとんど希望されることはない。レク活動の一環で絵手紙を作成し家族に送ったり、娘の誕生日に電話をする等されている。		
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	共有空間に花を活けたり、季節の飾りつけを行い家庭的な雰囲気作りをしている。湿度、温度のこまめな調節や、明るさ調節ができ暖かみのあるLED照明に交換するなど落ち着いた生活空間の提供に努めている。家族向けに行事等活動の様子を知って頂く目的で写真を展示している。	中央に食堂と和室があり、天井も高く採光、照明、空調も良好。ウッドデッキや家庭菜園にも近く、木造の家庭的な落ち着いた空間となっている。両端の談話室や廊下に加湿器・湿温計を置き、生け花、共同作品、絵手紙、ちぎり絵、書道、標語、写真等を展示し、心地よい有効な活用を工夫している。	
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	施設内にソファー、テーブル、コタツ等を配置しゆっくり過ごせる空間を提供している。		
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	入所時は寝具、家具等今まで使用していたものを持ち込んで頂き自宅の延長として落ち着いた過ごせるよう配慮している。	洋室7・和室2の入り口には、花を生け、木の表札を掲げて自宅の延長の"家"とし、馴染みの家具や飾り物など持ち込みは自由。ベット、空調、車椅子対応の洗面台があり、意向に沿った部屋づくりを支援をしている。	
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	自室にはわかりやすく表札を掛け、トイレの位置、使用方法等メモを貼り一人でできるようにしている。時間を意識して行動できる様自室に日課表を貼っている利用者もある。		