

### 1 自己評価及び外部評価結果(絆ユニット)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2693300200
法人名	特定非営利活動法人 ふくし京丹後
事業所名	グループホーム長岡 絆
所在地	京都府京丹後市峰山町長岡3-3
自己評価作成日	平成31年2月13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31年3月4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)】

平成29年3月25日開所の新しいホームです。地域で子供からお年寄りまで集う憩いの場としての公園の前に立地し、ホールのテラスから眺める風景は生き生きと笑顔にあふれる人々であふれています。時にはその中の一員として公園を散歩したり、季節の花などに触れて頂いたりしております。生活歴を大事にし、孤独感の払拭を心がけ、尊厳を守る事をモットーに、やりがい・生きがいを見つけて頂ける共同生活を目指しています。毎日の生活の何事にも決定権を持って頂き、自立支援を職員一同心がけています。

【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)】

京丹後市峰山町の西部、長岡地区の住宅街に建つ木造新築、開設2年になる2ユニットのグループホームである。目の前の公園で地区の子どもからお年寄りまでが毎日団欒、お弁当を食べる、散歩、マラソン、スポーツをしている。管理者の交代はあったものの職員の異動はなく、利用者もホームの暮らしに馴染んでいる。職員は利用者のことを第一に考え、介護する人、介護される人という関係性ではなく、このホームで一緒に暮らす仲間として接している。利用者は巻きずしを巻く、調理を一手に引き受ける、切り干し大根や干し柿をつくる等、利用者の力を引き出して食生活は豊かである。手作り弁当を持つてのピクニック、小町公園、岩滝のあじさ園等へのドライブ、中でも京丹後鉄道に乗ってのウオッチ館への小旅行は「久しぶりに電車に乗った」と利用者の大満足を引き出している。

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	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、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		

### 1 自己評価及び外部評価結果(和ユニット)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2693300200		
法人名	特定非営利活動法人 ふくし京丹後		
事業所名	グループホーム長岡 和		
所在地	京都府京丹後市峰山町長岡3-3		
自己評価作成日	平成31年2月13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31年3月4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)】

平成29年3月25日開所の新しいホームです。地域で子供からお年寄りまで集う憩いの場としての公園の前に立地し、ホールのテラスから眺める風景は生き生きと笑顔にあふれる人々であふれています。時にはその中の一員として公園を散歩したり、季節の花などに触れて頂いたりしております。生活歴を大事にし、孤独感の払拭を心がけ、尊厳を守る事をモットーに、やりがい・生きがいを見つけて頂ける共同生活を目指しています。毎日の生活の何事にも決定権を持って頂き、自立支援を職員一同心がけています。

【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)】

絆ユニットに同じ

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している (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(絆ユニット)

[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	地域密着型サービスの意義を全職員に徹底し、事業所理念との関連性を理解したうえで各ユニットごとにも見れる様、理念の掲載を行っています。ユニットごとで夜勤者の日勤者への申し送りの際は合同で理念の唱和を行い周知徹底しております。	グループホームの理念として「笑顔と思いやりの介護、尊厳を守る、地域貢献する(要約)」を開設時の職員の話し合いで策定、パンフレットに明記、ホーム内に掲示している。職員は毎朝唱和している。地域の人や運営推進会議の委員に周知を図っている。理念の実践として、職員は日ごろ利用者の思いを大事にし、職員サイドの介護をしないように心がけている。ホーム内では利用者と職員が一緒に笑い合う場面がよくある。	
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	運営推進会議にこの地区の区長さんをはじめ、3人の民生委員さん、老人会会長さん、福祉委員代表の方々に出席いただき、それぞれの立場から地域情報収集、地区のお祭り、運動公園で行われるスポーツ応援参加などの交流を行っています。	グループホームの目の前に大きな公園があり、地域の人たちがスポーツ、散歩、ピクニック等をしており、利用者はホームから見たり、応援をしたりしている。ふだんの散歩は公園やホームの周りを歩いている。郵便局、理美容店、買物等は職員の車に同乗して出かける。近くの小学校の運動会を見に行く。神社の秋祭りの神輿と太刀振りがホームの前に来るので喜んで見物している。利用者が公園で運動したりすることはない。地域貢献の取り組みはない。	グループホームは利用者にとって自宅である。散歩に行っても出会う人とおしゃべりしたり、友達になったり、犬の散歩にきている人や犬と仲良くなったり等、近くの公民館での趣味の会や老人会のサークルに参加したり等、利用者の地域生活を支援すること、地域に住む高齢者や認知症の人たちの相談相手として支援すること、以上の2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	施設見学にお見えになった方や、運営推進委員の方々に認知症の方々の共同生活の様子や問題点などの情報提供をさせて頂き、認知症の実態をご理解いただく様啓蒙活動を行っています。		
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	運営推進会議では、毎回現状報告としてご利用者の入居人数、介護度、出身地域、入退院の様子、事故、ヒヤリハット、苦情、イベント、研修内容などの報告を行い、意見交換の席でサービス向上につながるご意見を頂いています。	家族、区長、老人会会長、民生委員、福祉委員、市長寿福祉課が委員となり隔月に開催、議事録を残している。ホームから利用者の状況、行事、事故・ヒヤリハット、職員研修を報告後意見交換している。地域情報、裏山の土砂崩れ、インフルエンザ等が話し合われ、事故・ヒヤリハットのアドバイスをもらう。	
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	開設に向け市町村担当者よりご指導頂いたり、2か月ごとに運営推進会議、町のケア会議、地域密着事業所会議などで情報を頂いたり、相談したりしている。日頃の業務で疑問があれば市の担当者に電話やメール、窓口でで問い合わせしている。	市や町とは必要な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、情報交換している。市の地域密着型事業所連絡会が隔月に開催、管理者が参加、情報交換や学びをしている。市のグループホーム連絡会は3か月ごとに開催、職員が参加して情報交換や学びをしている。SO S認知症ネットワークに協力、認知症ランに参加して走っている。	

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
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	施設内の勉強会や外部の研修会などで、身体拘束にあたる事項を学び、禁止行為(言葉・薬物による拘束も含め)を行わない様徹底しています。緊急やむを得ない3要件を理解し夜間のベッド柵の使用やセンサーマットなどの使用時は、家族様に説明し、確認書を	身体拘束に関して職員研修を年2回実施、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、スピーチロックについて認識している。1人の利用者に夜間帯にベッド4点柵を実施、家族の同意をとっている。玄関ドア、ユニットのドアは日中施錠していない。	
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	虐待の種類や内容について職員会議で日頃の行為が虐待に繋がっていないかなどを話し合ったり、新聞報道など具体的な事例を研究し、施設内研修で虐待防止に努めている。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度の勉強会を行い相談があれば説明できるように施設内研修を行っております。これからご利用を検討されている家族さんもある為、それらを活用できるよう支援しております。		
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、解約、改定にあたって担当者会議の席で重要事項説明を中心とした理解、納得を頂く様疑問や質問に応じさせて頂いている。		
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	運営推進会議に家族様代表者に参加頂き意見を聞かせて頂いたり、クリスマス家族会では自由に意見交換を行い要望など聞かせて頂いている。又3か月に1度は家族様に手紙を書き担当者がご利用者の近況を伝えさせて頂いている。	家族は毎月来訪、利用者の受診に同行している。広報誌を発行していないため家族に行事や献立の報告、職員紹介等をしていない。3か月ごとに利用者の担当職員がその利用者の様子を手書きで書いた「たより」を送っている。クリスマス会に家族を招待、3家族が来訪、利用者と一緒に楽しい時を過ごしている。家族同士の交流の機会を作っていない。	家族は職員と共に利用者を支える車の両輪のひとつである。家族には行事報告とお誘い、献立、職員紹介と職員の異動等を毎月知らせてグループホームの運営に協力してもらうこと、家族同士の交流の機会をつくること、以上の2点が望まれる。
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	リーダー・サブリーダーが日頃の運営に対する意見を取りまとめ、職員会議で全職員の要望事項として事業運営に反映させている。	職員会議は勤務外の人も含めて全員参加で毎月実施、運営についての話し合いと研修を実施している。研修は必要なテーマで毎月実施、外部研修は情報を職員に周知、希望者や指名した人が参加している。ユニット会議も毎月実施、ケースカンファレンスとユニットの行事等を話し合っている。職員は会議でも日常的にもリーダーやサブリーダーに意見や提案、希望等を言っている。職員は広報委員、イベント委員、衛生委員、研修委員に属し、利用者を1～2人担当する等、役割分担している。市のグループホーム連絡会に参加、他のホームから学んでいる。	

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	管理者を中心とし、リーダー・サブリーダーが職員の勤務時間、勤務態度、努力、実績など把握し、代表者に報告している。結果を職場環境、条件整備に反映できるよう努めている。		
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	法人内研修としてメンタルトレーニングや希望者は病院等で行われている講習会に参加したり、地域で開催される講習会への参加、認知症対応実践者研修への参加を進めている。		
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	市内8つのグループホームで順番に職員同士の意見交換会を2か月に1回開催している。管理者による地域密着事業所会議を2か月に1回京丹後市主催で開催し、結果を職員会議の場で発表している。		
<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	アセスメントにより得られた情報からご本人にとって何が必要なのか要望や要求を分析する。実際ご本人にどんなサービスが必要なのか出来るだけ聞かせて頂き、ご本人が安心できるサービス提供が出来る様信頼関係を築く様努めている。		
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	入居前の面談で家族様の要望事項を十分聞かせて頂く。その後サービス導入段階でホームとしてご家族の要望事項が実現できるようサービス計画を立て、変更や追加があれば充分説明させて頂く。		
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	アセスメントによって得られた情報分析から優先順位をつけご本人や家族様に提案します。必要なサービスがなんであるか納得頂く様説明し、より良いサービスがあれば他のサービス利用も対応していくよう努めている。		

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
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	介護される立場は時として管理される立場に陥りやすい為、それを防ぐためにはご利用者と職員は対等の関係からよりご利用者に寄り添う関係を築いていくよう努めている。決定権はご利用者にあり、自己決定を心がけている。		
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	ご本人が家族様に面会を希望されたら、孤独感を持たれない様家族様にホームに面会に来ていただくなどの協力をお願いしている。一時帰宅を希望された場合はご家族様の協力を頂き帰宅して頂いている。		
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	お付き合いのあった近所の方や友人の方が野菜や果物を持参されたり、昼食と一緒に出掛けられたりしている。昔やられていた着付けやお花の会などに連れて行っていただくことも有る。	利用者の友人や近所付き合いしていた人が野菜や果物を持って来訪、利用者は楽しそうにおしゃべりしている。利用者が趣味でお花の会や着付けの会でお付き合いのあった友人が来訪、利用者をその会へ連れて行ってくれる。友人が面会に来て利用者が希望する外食に連れて行ってくれる。	
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	仲の良い方は隣同士になって頂いたり、ご利用者同士が声掛けし、自発的にゲームをしたり合唱して頂いたりしている。日中は居室にこもらない様ご利用者が一緒になって出来る事を提供出来る様にしている。		
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	退所された後、転入先を訪問した時は、その後の様子を訪ねている。家族様から相談があればお話を伺っている。退所後の入所先からご本人のかつての様子の問い合わせがあればお答えしている。		

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
<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	日々の関りの中で、ご本人の生活への意向や希望を出来るだけ聞かせて頂く様務め、あればその都度連絡ノートに気づきとして書き込み、職員間で情報の共有に努めている。私の姿と気持ちシートの書き込みを担当以外の職員と共有している。	契約時に管理者が利用者・家族と面談、介護や医療、生活の様子等の情報を収集している。入居後に利用者からグループホームでどんな暮らしがしたいかを聞き、記録している。利用者の思いは「役割や生きがいをもって暮らしたい」「できないことはしてほしい」「妻のことが気がかりだ」等である。2人の利用者と同じ文章の「思い」がある。生活歴は担当職員は一部把握しているものの記録はない。	長い人生を過ごしてきた利用者の生活をグループホームで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。出身地、父母や兄弟姉妹等生家のこと、子ども時代、現役の時の仕事、仕事仲間や友人、趣味等、夫や妻の仕事、子どものこと等結婚生活等々、利用者の生活歴の情報を収集すること、利用者の暮らしへの思いは一人ひとり異なるものであり、その「思い」を利用者の発言のままに記録すること、以上の2点が望まれる。
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	アセスメント、前任ケアマネージャーからの情報提供、認定情報、ご家族からの生活歴、生活環境など聞き取り情報をもとにご本人の記憶の範囲内で確認させて頂いている。		
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	毎日の生活の様子はケース記録に記入し、職員同士で情報を共有している。出来る事、出来ないことの把握に努め、出来る事は自分でやって頂いている。出来る事を増やしていくよう努めている。		
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	介護計画は各担当職員が、サービス計画作成担当者と相談しながら計画書を作成しケアマネージャーが確認し、最終的に作成している。モニタリングは月1回ケア会議で検討し実施している。	入居後担当職員を決め、ケアマネージャーがアセスメントしている。担当職員が介護計画を作成、カンファレンスで意見交換している。介護計画は身体介護の他に楽しみや役割の項目を入れているものの、どの利用者にも共通の内容である。利用者の「思い」や家族の「思い」が介護計画に入っていない。介護記録は利用者の様子を書いており、介護計画の実施記録はない。モニタリングは「介護計画」「ケアの実施」「利用者の状況」「利用者・家族の満足度」「目標達成度」「今後の方針」の項目で毎月点検、記録を残している。	介護計画は利用者ごとに個別である。楽しみも役割もその利用者が好きなこと、役割として誇りに思うことを介護計画に入れること、利用者や家族の「思い」を介護計画に入れること、介護記録は生活の記録の他に介護計画を実施した記録が必要である。実施した時の利用者の発言や表情を、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、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	毎日ケース記録やサービス項目に日々の様子やケアの実践結果を記録している。夜勤者が日勤者に夜間の様子を引継ぎ、24時間の情報を共有している。ご本人が発せられた言葉や思いなど記入している。モニタリングの結果次第で、計画の見直しを行っている。		

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
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	外出希望があれば、散歩やドライブ、職員と買い物に出かけたり、帰宅願望があれば家族さんに依頼し、一時帰宅して頂いたりしている。その日の希望をご利用者にお聞きしニーズに対応できるよう支援している。		
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	目の前にある運動公園で行われる、スポーツ祭典を応援したり小・中学マラソン大会の応援をしたりしている。グランドゴルフは毎日のように行われている。又日課として公園を散歩をする時地域の方と触れ合う機会がある。		
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	原則かかりつけ医の受診はご家族の付き添いをお願いし、受診の時はホームでの様子を情報提供させて頂いている。家族様の受診付き添いが難しい場合、協力医による往診を月1回お願いしている。かかりつけ医が往診に来られる場合もある。	利用者の従来のかかりつけ医への定期受診は家族が同行しており、利用者の情報を文書にまとめ家族から医師に伝えている。職員が同行、直接医師に伝えることもある。グループホームの協力医をかかりつけ医としている利用者は毎月往診を受けている。歯科は訪問歯科医を利用している。認知症は京都認知症疾患北部医療センターに随時受診している。	
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	施設内研修で介護職が出来る医療行為について学習した。医療行為が必要な場合は同じ法人内の他の施設の看護師に相談し、摘便などの医療行為が必要な場合は応援に来てもらっている。月一回の往診時には事前に協力医の看護師さんにご利用者の様子を伝えている。		
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、病院に入院までの様子、既往歴や服薬中の処方箋などの情報提供を行っている。一ヶ月をめぐりに退院して頂ける様病院関係者をお願いするなど退院につなげる様働きかけ、利用復帰に努めている。		



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
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、事業所ですることが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	年に数回入退院を繰り返されたご利用者の家族さんに、ホームで出来る事と出来ないことを説明し、今後の方向として延命処置をどうするのか、終末期を迎えるまでに他の施設に移られるのか、他に方法がなければこのホームで終末期を迎えるのかなど話し合いをしている。マニュアルにより終末期の対応を勉強している	利用者の重度化や終末期について、グループホームとしての方針は「看取りに対応しない」であり、文書にしていない。利用者や家族に口頭で説明している。利用者や家族に終末期に関する希望を聞いていない。職員の気持ちを確認していない。	利用者の重度化や終末期について、早い段階から一人ひとりの希望を聞いておくことが望まれる。
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	施設内でマニュアルを作成しておりいつでも手順が確認できるよう各ユニットごとに保管している。運営推進会議で協力依頼したり消防署から緊急救命の方法など教わっている。緊急連絡方法や救急車が到着するまでに準備することなど職員会議で話し合っている。		
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	避難訓練ではご利用者の安全を第一に考え、避難介助の方法を一人一人検討し、自力で避難できる方以外は優先順位をつけ全員が避難できるよう計画している。他の災害でも同様、慌てず避難の原則を守り安全に地域の公民館まで避難するよう訓練している	消防署の協力により火事についての避難訓練を年2回実施している。その際に地域の人の協力は得られていない。地震、風水害、夜間帯の訓練はしていない。備蓄を準備している。ハザードマップは掲示していない。職員の緊急連絡網を作成しており、法人内の相互協力体制がである。	避難訓練は火事のみならず、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、その際に地域の人の協力が得られるようにすること、ハザードマップをスタッフ室に掲示、職員は危険個所を認識しておくこと、以上の3点が望まれる。
<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	尊厳の順守はホームの理念であり、ご利用者と接する基本であることを常に意識する心がけています。生活歴に寄り添い、知り得た情報を必要以上に口外したり誇りを傷つけるような言動は慎むようにしています。	利用者の尊厳や誇りを傷つけるような対応や言葉遣いを禁止、敬語を使うようにしている。ときにはくだけた会話もする。利用者の好みで苗字や名前前で呼んでいる。暮らしのなかで着る服や飲み物等を選んでもらっている。自分で化粧する人もあり、希望があれば化粧やマニキュアを支援している。ヘヤーの希望は美容室や床屋に同行、利用者は自分の思いを言っている。	
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	日頃の会話の中で「はい」や「いいえ」で終わるような質問は避け、自己決定できるような質問を心がけている。出来るだけ本人の思いや希望を聞き出せる様会話に気を付けている。		

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
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	食事や入浴時間をご利用者のペースに合わせている。食事に時間がかかる方はゆっくりと自分のペースで食べて頂いている。ご利用者の気持ちを優先し強要はしていません。		
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	入浴時更衣の衣類をどれにするか伺ったり、季節を考え最適な衣装を提案したりしている。マネキュアや化粧のお手伝いをしている。ヘアカットはご家族がなじみの店に連れていかれたり、協力いただけるパーマやさんをお願いして来ていただいている。		
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	職員が何でもしてしまうのではなく、出来る方には会話しながら調理や盛り付け等手伝って頂いている。自分の役割として食器洗いや鍋拭きなども楽しんでやって頂いている。食事前には献立の説明を行っている。	カロリー値、栄養バランスを点検、献立とそのレシピ付きの食材をタイヘイから購入している。地元の食材で季節感がある。その食材で別の献立にすることもある。おせち、節分、ひな祭り等の季節の行事の際は注文、毎週1回は利用者と相談して別の献立を注文等、職員が工夫している。プランターで育てた野菜や貰い物の野菜も食卓に上る。利用者と一緒に調理し、献立の説明をして共に食卓を囲み、会話しながら食事を楽しんでいる。時には「手作り弁当をもって外で食べよう」や外食、おやつ作りの日もある。	
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	職員が何でもしてしまうのではなく、出来る方には会話しながら調理や盛り付け等手伝って頂いている。自分の役割として食器洗いや鍋拭きなども楽しんでやって頂いている。食事前には献立の説明を行っている。行事食を組込み、いつも一緒にならない様、季節の献立を考えて提供している。タイヘイの食事メニューだけでなく、オリジナルメニューを加える事で、あきの来ないメニューにしている。		

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
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	毎食後、声掛けや働きかけを行い口腔ケアを行っている。出来る方はご自分で自ら、出来ない方は声掛け誘導を行っている。特に夕食後は睡眠時誤嚥性肺炎予防の為、念入りに歯磨きをして頂いている。		
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	排便チェック表で失禁の多い方は定期的にトイレ誘導を行っている。ご本人が希望される以外はおむつの使用はしていない。パットなどの使用時はご家族と相談し、了解を得てその方にあつた物を使用させて頂いている。	ほとんどの利用者は尿意があり、トイレの場所を知っており自身でトイレに行っている。時には利用者の様子や表情を察して職員が声掛けし、トイレ誘導することもある。1人の利用者は用心のため夜間のみおむつを使用している。排便に関しては食材の工夫や水分提供、運動等により予防している。下剤を常用している利用者もいる。排泄に関して入居してから在宅時より改善して自立している利用者もいる。	
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	施設内研修で便秘の原因や腸の働きなど知識を学習し、排便表によりチェックを行っている。薬だけに頼らず、繊維質の多い食品やヨーグルト、牛乳などの摂取、散歩などの運動によって便秘予防を行っている。		
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、個々にそつた支援をしている	事前に入浴希望日をお聞きし、入浴時は湯加減を尋ねるなど気配りをしている。しょうぶ、ゆず湯など季節を感じて頂く風呂にも入って頂いている。湯船につかりながら世間話をしたり、くつろいで頂く様心がけている。	浴室のドアにピンク色の毛糸で編んだ「ゆ」という暖簾を掛け、明るい雰囲気になっている。少し広めの浴室に低くまたぎやすいユニットバスを据えている。毎週2回の入浴を支援しており、「今入りたくない」という人がいても時間や日を変えて声を掛けると入っており、入浴拒否の人はいない。湯の温度は好みに合わせ、ゆっくり入っている人にもせかさない。季節にはゆず湯やしょうぶ湯を楽しんでいる。	
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	生活習慣で夜遅くまで起きておられる方は、居眠りせず、日中は出来るだけホールで起きて過ごして頂いている。食後しばらく居室で休んで頂いたり、ご自分に合った就寝時間に安眠して頂く様、寝具や居室の温度調整、換気に気を配っている。		

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
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	個別に処方箋と一緒に管理している。受診、往診記録を付け、薬の変更があれば、連絡ノートに記入し申し送りをして職員全員が分かるようにしている。服薬チェック表にて服薬済の確認を行っている。		
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	調理の手伝い(盛り付け、野菜切り、配膳など)を出来る方をお願いしている。洗濯物干し、たたみなど役割としてやって頂いている。下膳や食器洗いの手伝いをお願いしている。パズル、工作、などご自分の趣味としてやっておられる。		
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	天気の良い日は日課として前の公園を散歩して頂いている。ドライブの行き先をご利用者に決めて頂いたり、夏祭りなど季節の行事に参加出来る様計画している。季節を感じて頂ける様事前に外出計画を行っている。	気候が良く天気が好ければ利用者はホームの周りや前の公園等を散歩している。近くの公民館、郵便局、散髪屋や美容院、スーパー等へは職員の車で出かける。金毘羅神社への初詣、小町公園、野村記念館、天女の里、魚知館等、季節ごとにドライブや外食を楽しんでいる。利用者から好きなお菓子やお酒を買いたい等の希望が出ると職員が車で同行している。	
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	家族様から預かったお金は紛失がない様事務所で金庫に保管させて頂いている。希望があればいつでもご本人にお返ししている。買い物に出かけられる場合はその都度お渡ししている。		
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	独居の方は住所をホームに移して頂き、郵便物が届くようにしている。電話は事務所やホールの子機から取り付いたり、かけて頂いている。携帯電話が使える方は居室から電話して頂いている。手紙やはがきを書かれる方は準備をし、郵便局に持参している。		

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
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	共用の空間には季節感が感じられるかざり付けを行っている。(クリスマス、正月飾りなど)。玄関には季節の花を生けたり、雛飾りなどを飾っている。室内の温度調整や外気の騒音などないよう気を付けている。	玄関からに向かって左右に建物が延び、2つのユニットになっている。玄関土間に下駄箱、正面に七段の雛飾り、横の大きな花瓶に枝ぶりの良い桃の花、左右にユニットのドア、ドアの上に「絆」と「和」の木製の表札の額がある。ドアを開けると広くゆったりと明るいミニキッチン付きの居間、南側は全面ガラス戸、椅子や机を置いて気の合った人が季節の風景を見ながらおしゃべりできる。北側に居室が並んでいる。壁には利用者の行事の写真、利用者が折り紙で作った季節の色紙等が貼ってあり、賑やかで楽しい暮らしの様子が伝わる。認知症の混乱を招く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	ホールのテーブル席は仲の良い方どうしが隣同士になるよう席を決めさせて頂いている。テラスから公園の風景が眺められる様、ソファを置きいつでも座って頂き、外の景色がよく見える様に設置している。		
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	入所時その方の愛用品などご本人や家族さんと相談して、持ち込んで頂いている。各部屋にカレンダーを貼り、毎日の日付けが確認ができるようにしている。入り口には名前と似顔絵を貼らせて頂いている。	居室のドアに表札と利用者の好みの折紙で作った小さな花の色紙を貼っている。洋間に木製の低床ベッド、使いやすいタンス、衣装掛け、椅子等を備えている。奥は大きな窓、季節の風景が目に入り、室内は明るい。利用者は愛用の掛布団、毛布、枕、季節ごとの衣類を持ち込んでいる。窓の棚やタンスの上に置いた小さな飾り、手鏡、化粧品類、置き時計、壁には自作の塗り絵、写真等を貼り、ドアに自分が編んだ暖簾をかける等、利用者のその人らしい部屋となっている。	
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	工作の好きな方には作業用テーブルや習字用のテーブルを準備させて頂いている。卓球の好きな方には卓球台を用意させて頂いている。歌が好きな方にはカラオケで唄って頂いている。		

## 自己評価および外部評価結果（和ユニット）

〔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	地域密着型サービスの意義を全職員に徹底し、事業所理念との関連性を理解したうえで各ユニットごとに理念の掲載を行っています。又2ユニットが合同で夜勤者の日勤者への申し送りの際は合同で理念の唱和を行い周知徹底しております。	以下の刻目すべて絆ユニットに同じ。	
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	運営推進会議にこの地区の区長さんをはじめ、3人の民生委員さん、老人会会長さん、福祉委員代表の方々に出席いただき、それぞれの立場から地域情報収集、地区のお祭り、運動公園で行われるスポーツ応援参加などの交流を行っています。		
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	施設見学にお見えになった方や、運営推進委員の方々に認知症の方々の共同生活の様子や問題点などの情報提供をさせて頂き、認知症の実態をご理解いただく様啓蒙活動を行っています。		
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	運営推進会議では、毎回現状報告としてご利用者の入居人数、介護度、出身地域、入退院の様子、事故、ヒヤリハット、苦情、イベント、研修内容などの報告を行い、意見交換の席でサービス向上につながるご意見を頂いています。		
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	開設に向け市町村担当者よりご指導頂いたり、2か月ごとに運営推進会議、町のケア会議、地域密着事業所会議などで情報を頂いたり、相談したりしている。日頃の業務で疑問があれば市の担当者に電話やメール、窓口で問い合わせしている。		

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	施設内の勉強会や外部の研修会などで、身体拘束にあたる事項を学び、禁止行為(言葉・薬物による拘束も含め)を行わない様徹底しています。緊急やむを得ない3要件を理解し夜間のベッド柵の使用など家族様に説明し、確認書を頂いている。		
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	虐待の種類や内容について職員会議で日頃の行為が虐待に繋がっていないかなどを話し合ったり、新聞報道など具体的な事例を研究し、施設内研修で虐待防止に努めている。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度の勉強会を行い相談があれば説明できるように施設内研修を行っております。すでに制度利用されている方のご利用がある為必要性があり、それらを活用できるよう支援しております。		
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、解約、改定にあたって担当者会議の席で重要事項説明を中心とした理解、納得を頂く様疑問や質問に応じさせて頂いている。		
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	運営推進会議に家族様代表者に参加頂き意見を聞かせて頂いたり、クリスマス家族会では自由に意見交換を行い要望など聞かせて頂いている。又3か月に1度は家族様に手紙を書き担当者をご利用者の近況を伝えさせて頂いている。		
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	リーダー・サブリーダーが日頃の運営に対する意見を取りまとめ、職員会議で全職員の要望事項として事業運営に反映させている。		

12	<p>○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</p>	<p>管理者を中心とし、リーダー・サブリーダーが職員の勤務時間、勤務態度、努力、実績など把握し、代表者に報告している。結果を職場環境、条件整備に反映できるように努めている。</p>		
13	<p>○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</p>	<p>法人内研修としてメンタルトレーニングや希望者は病院等で行われている講習会に参加したり、地域で開催される講習会への参加、認知症対応実践者研修への参加を進めている。</p>		
14	<p>○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</p>	<p>市内8つのグループホームで順番に職員同士の意見交換会を2か月に1回開催している。管理者による地域密着事業所会議を2か月に1回京丹後市主催で開催し、結果を職員会議の場で発表している。</p>		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
15	<p>○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</p>	<p>アセスメントにより得られた情報からご本人にとって何が必要なのか要望や要求を分析する。実際ご本人にどんなサービスが必要なのか出来るだけ聞かせて頂き、ご本人が安心できるサービス提供が出来る様信頼関係を築く様努めている。</p>		
16	<p>○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</p>	<p>入居前の面談で家族様の要望事項を十分聞かせて頂く。その後サービス導入段階でホームとしてご家族の要望事項が実現できるようサービス計画を立て、変更や追加があれば充分説明させて頂く。</p>		
17	<p>○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</p>	<p>アセスメントによって得られた情報分析から優先順位をつけご本人や家族様に提案します。必要なサービスがなんであるか納得頂く様説明し、より良いサービスがあれば他のサービス利用も対応していくよう努めている。</p>		



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	介護される立場は時として管理される立場に陥りやすい。それを防ぐためにはご利用者と職員は対等の関係からよりご利用者に寄り添う関係を築いていくよう努めている。		
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	ご本人が家族様に面会を希望されたら、孤独感を持たれない様家族様にホームに面会に来ていただくなどの協力をお願いしている。一時帰宅を希望された場合はご家族様の協力を頂き帰宅して頂いている。		
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	以前通っておられた、地元のデイサービスを訪れ同級生と再会されたり交流をして関係継続をに努めている。		
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	出身地や趣味が合う方同士仲良くされるよう共通の話題を提供するよう心がけている。トランプや合唱などにできるだけ声掛けし参加して頂いている。仲良くされている方が隣同士になるよう座席に配慮している。		
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	退所された後、転入先を訪問した時は、その後の様子を訪ねている。家族様から相談があればお話を伺っている。退所後の入所先からご本人のかつての様子の問い合わせがあればお答えしている。		
<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	日々の関りの中で、ご本人の生活への意向や希望を出来るだけ聞かせて頂く様務め、あればその都度連絡ノートに気づきとして書き込み、職員間で情報の共有に努めている。私の姿と気持ちシートの書き込みを担当以外の職員と共有している。		

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	アセスメント、前任ケアマネージャーからの情報提供、認定情報、ご家族からの生活歴、生活環境など聞き取り情報をもとにご本人の記憶の範囲内で確認させて頂いている。		
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	毎日の生活の様子はケース記録に記入し、職員同士で情報を共有している。出来る事、出来ないことの把握に努め、出来る事は自分でやって頂いている。出来る事を増やしていくよう努めている。		
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	介護計画は各担当職員が、サービス計画作成担当者と相談しながら計画書を作成しケアマネージャーが確認し、最終的に作成している。モニタリングは月1回ケア会議で検討し実施している。		
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	毎日ケース記録やサービス項目に日々の様子やケアの実践結果を記録している。夜勤者が日勤者に夜間の様子を引継ぎ、24時間の情報を共有している。ご本人が発せられた言葉や思いなど記入している。モニタリングの結果次第で、計画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	外出希望があれば、散歩やドライブ、職員と買い物に出かけたり、帰宅願望があれば家族さんに依頼し、一時帰宅して頂いたりしている。その日の希望をご利用者にお聞きしニーズに対応できるよう支援している。		
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	目の前にある運動公園で行われる、スポーツ祭典を応援したり小・中学マラソン大会の応援をしたりしている。グランドゴルフは毎日のように行われている。又日課として公園を散歩をする時地域の方と触れ合う機会がある。		

30	(11)	<p>○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</p>	<p>原則かかりつけ医の受診はご家族の付き添いをお願いし、受診の時はホームでの様子を情報提供させて頂いている。家族様の受診付き添いが難しい場合、協力医による往診を月1回お願いしている。かかりつけ医が往診に来られる場合もある。</p>		
31		<p>○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</p>	<p>施設内研修で介護職が出来る医療行為について学習した。医療行為が必要な場合は同じ法人内の他の施設の看護師に相談し、摘便などの医療行為が必要な場合は応援に来てもらっている。月一回の往診時には事前に協力医の看護師さんにご利用者の様子を伝えている。</p>		
32		<p>○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。</p>	<p>入院時、病院に入院までの様子、既往歴や服薬中の処方箋などの情報提供を行っている。一ヶ月をめでに退院して頂ける様病院関係者をお願いするなど退院につなげる様働きかけ、利用復帰に努めている。</p>		
33	(12)	<p>○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</p>	<p>年に数回入退院を繰り返されたご利用者の家族さんに、ホームで出来る事と出来ないことを説明し、今後の方向として延命処置をどうするのか、終末期を迎えるまでに他の施設に移られるのか、他に方法がなければこのホームで終末期を迎えるのかなど話し合いをしている。マニュアルにより終末期の対応を勉強している。</p>		
34		<p>○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</p>	<p>施設内でマニュアルを作成しておりいつでも手順が確認できるよう各ユニットごとに保管している。運営推進会議で協力依頼したり消防署から緊急救命の方法など教わっている。緊急連絡方法や救急車が到着するまでに準備することなど職員会議で話し合っている。</p>		

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	避難訓練ではご利用者の安全を第一に考え、避難介助の方法を一人一人検討し、自力で避難できる方以外は優先順位をつけ全員が避難できるよう計画している。他の災害でも同様、慌てず避難の原則を守り安全に地域の公民館まで避難するよう訓練している。		
----	------	--	--	--	--

**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	尊厳の順守はホームの理念であり、ご利用者と接する基本であることを常に意識する心がけています。生活歴に寄り添い、知り得た情報を必要以上に口外したり誇りを傷つける様な言動は慎むようにしています。		
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	日頃の会話の中で「はい」や「いいえ」で終わるような質問は避け、自己決定できるような質問を心がけている。出来るだけご本人の思いや希望を聞き出せる様な会話に気を付けている。		
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し、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	食事や入浴時間をご利用者のペースに合わせている。食事に時間がかかる方はゆっくりと自分のペースで食べて頂いている。ご利用者の気持ちを優先し強要はしていません。		
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	入浴時更衣の衣類をどれにするか伺ったり、季節を考え最適な衣装を提案したりしている。マネキュアや化粧のお手伝いをしている。ヘアカットはご家族がなじみの店に連れていかれたり、協力いただけるパーマやさんをお願いして来ていただいている。 又、白髪染めに3ヶ月に一度、美容院へ行かれる利用者もあり、オシャレが出来る様に支援している。		

40	(15)	<p>○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</p>	<p>職員が何でもしてしまうのではなく、出来る方には会話しながら調理や盛り付け等手伝って頂いている。自分の役割として食器洗いや鍋拭きなども楽しんでやって頂いている。食事前には献立の説明を行っている。行事食を組込み、いつも一緒にならない様、季節の献立を考えて提供している。タイヘイの食事メニューだけでなく、オリジナルメニューを加える事で、あきの来ないメニューにしている。</p>		
41		<p>○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</p>	<p>食べる量や水分量は入居者チェック表にて管理出来ている。栄養バランスは食材専用業者にてカロリー計算など行ったものを使用している。好き嫌いなど食生活の習慣を把握し、食べ残しの無い様配慮している。食生活アドバイザーの資格保有者による、栄養バランスや、食の大切さを知り勉強しながら、支援を行っている。</p>		
42		<p>○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</p>	<p>毎食後、声掛けや働きかけを行い口腔ケアを行っている。出来る方はご自分で自ら、出来ない方は声掛け誘導を行っている。特に夕食後は睡眠時誤嚥性肺炎予防の為、念入りに歯磨きをして頂いている。</p>		
43	(16)	<p>○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</p>	<p>排便チェック表で失禁の多い方は定期的にトイレ誘導を行っている。ご本人が希望される以外はおむつの使用はしていない。パットなどの使用時はご家族と相談し、了解を得てその方にあつた物を使用させて頂いている。</p>		
44		<p>○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</p>	<p>施設内研修で便秘の原因や腸の働きなど知識を学習し、排便表によりチェックを行っている。薬だけに頼らず、繊維質の多い食品やヨーグルト、牛乳などの摂取、散歩などの運動によって便秘予防を行っている。</p>		

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	事前に入浴希望日をお聞きし、入浴時は湯加減を尋ねるなど気配りをしている。しょうぶ、ゆず湯など季節を感じて頂く風呂にも入って頂いている。湯船につかりながら世間話をしたり、くつろいで頂く心がけている。		
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	生活習慣で夜遅くまで起きておられる方は、居眠りせず、日中は出来るだけホールで起きて過ごして頂いている。食後しばらく居室で休んで頂いたり、ご自分に合った就寝時間に安眠して頂く様、寝具や居室の温度調整、換気に気を配っている。		
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	個別に処方箋と一緒に管理している。受診、往診記録を付け、薬の変更があれば、連絡ノートに記入し申し送りをして職員全員が分かるようにしている。服薬チェック表にて服薬済の確認を行っている。		
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	季節に合わせ、昔ながらの行事、手仕事を取り入れながら、楽しんで頂いている。秋にはおはぎ、吊るし柿を作ったり、手作り弁当を持って外出したりしている。		
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	天気の良い日は日課として前の公園を散歩して頂いている。ドライブの行き先をご利用者に決めて頂いたり、夏祭りなど季節の行事に参加出来る様計画している。季節を感じて頂ける様事前に外出計画を行っている。年に一度、鉄道を利用して外出の計画を実施するようにしている。		
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	家族様から預かったお金は紛失がない様事務所で金庫に保管させて頂いている。希望があればいつでもご本人にお返ししている。買い物に出かけられる場合はその都度お渡ししている。買い物の要望があれば、一緒に同行させて頂いている。		

51		<p>○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</p>	<p>独居の方は住所をホームに移して頂き、郵便物が届くようにしている。電話は事務所やホールの子機から取り付いたり、かけて頂いている。携帯電話が使える方は居室から電話して頂いている。手紙やはがきを書かれる方は準備をし、郵便局に持参している。</p>		
52	(19)	<p>○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</p>	<p>共用の空間には季節感が感じられるかざり付けを行っている。(クリスマス、正月飾りなど)。玄関には季節の花を生けたり、雛飾りなどを飾っている。浴室の入口には、利用者が手作りした暖簾をかけ「ゆ」の字で大きく印して分かりやすくしている。</p>		
53		<p>○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</p>	<p>ホールのテーブル席は仲の良い方どうしが隣同士になるよう席を決めさせて頂いている。テラスから公園の風景が眺められる様、ソファを置きいつでも座って頂き、外の景色がよく見える様に設置している。</p>		
54	(20)	<p>○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</p>	<p>入所時その方の愛用品や仏壇などご本人や家族さんと相談して、持ち込んで頂いている。目が見えにくい方には目線に合わせた位置に時計などを置いている。各部屋にカレンダーを貼り、毎日の日付けが確認ができるようにしている。ベッドの使用が嫌いな方には、畳を敷いて寝て頂いている。</p>		
55		<p>○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</p>	<p>壁時計や居室入り口の表札はご利用者の目線に合わせている。トイレ入口が分かるよう大きな字で表示している。視力の弱い方には、トイレの手すりやドアが分かるよう赤いテープを貼っている。手作りの日めくりカレンダーを作り今日何月何日と分かるようにしている。          お膳を準備するテーブル近くに「和ユニット1日の流れ」と解りやすくスケジュール表を貼っており、大体の時間を見えやすく説明している。</p>		