

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	2693100030
法人名	株式会社 キャビック
事業所名	すいーとハンズ物集女 1階
所在地	京都府向日市物集女五ノ坪21-4
自己評価作成日	令和元年10月8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11月13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)】

開所から10年目。2ユニットのGH。2年前と変わらず掲示板に物集女たより・空き状況等工夫して張り出し、ブログ・月1回の開放日・地域のラジオ体操参加。その効果もあり地域交流が活発になり、新しく地域の方がお抹茶の提供。また歌の会で場所提供する事で、地域の方が毎月来所。運営推進会議にも4名～6名の方が参加、それにより、ホームの事をより一層知って頂く事・認知症の啓発になっている。協力し合える関係が築けている。利用者様に関しては5年前から初めた「夢を叶える」個別レクもスタッフだけではなく、家族様の協力も頂き、家族と過ごす時間を大切に考えている。その人らしい生活が出来るように、情報をもとにその方が大切にされている事の継続・ひとりひとりに役割をもって頂き「人の役にたっている」「まだまだ出来る」という思いを持って生活されている。今年度より、家族様の要望でわくわく体操・移動スーパー等取り入れて楽しみのある生活を送って頂けるように取り組んでいます。

【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)】

向日市の北部物集女、商店や住宅の多い地域にある開設10年の2ユニットのグループホームである。介護職経験が長いベテランのホーム長を中心に常勤が多い職員集団、体調不良や自己の事情でも暖かく仕事を代り合ってもらえ、働きやすい職場だと口をそろえる。この2年地域開放日の取組を始め、地域との関係作りが飛躍的に進んでいる。若い世代が多い家族とも「困った時は駆け付けろ」との申し出等、良好な関係である。利用者は役割を果たしながら花見、七夕、流しそめん、スイカ割り、鍋パーティ等季節の行事を楽しんでいる。食の細い利用者がデパートで好きな洋食をペロリと、娘も同行して好きなウナギを名店で、かつて通っていた教会へ等々「夢をかなえる」個別ケアをしている。

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 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
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	<p>○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</p>	<p>独自の事業所理念を作り、リーフレット・玄関等に掲げ、いつでも家族様・職員・地域の皆さん・見学者の目に触れ共有している。特に理念の中に掲げている「笑顔」を重視し日々のケアにつなげている。</p>	<p>法人の理念を踏まえてグループホームの理念を職員の話し合いにより「利用者、家族、地域の人、職員も共に支え合い、優しさで笑顔あふれるすーとハンズ物集女」と定め、表の掲示板、玄関正面、パンフレット等に掲載、利用者・家族、地域の人、運営推進会議の委員等に周知を図っている。職員は会議で常に話し合っている。理念の実践として利用者はメニュー書き、食材の整理等何か役割をもってお互いに助けあっている。家族は「ホームで何か困った時はかけつける」と申し出ている。地域の人にはホーム開放日の取組と共に地域の人から抹茶やコーヒーをふるまってもらっている。職員同士は互いに助け合っている。</p>	
2	(2)	<p>○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</p>	<p>地域の包括・居宅には月1回の訪問を継続して行う事で交流を図っている。地域と繋がりがながら生活出来るように地域のボランティア来所。地域のカフェのマスターに月1回のコーヒー提供・自治会の方によるお抹茶の会月1回・歌の会に月1回の場所提供する事で、地域の方がホームに来て頂く事が増えた事で、交流が活発になっている。また地域のお店で買い物や食事をする事で、地域の1員になっている。</p>	<p>利用者はふだんホームの周りや保育園、商店等散歩したり、喫茶店でコーヒー等、地域になじんでいる。喫茶店のマスターがコーヒーを、自治会の方が抹茶をホームでふるまってくれる。近くの家立派な桜の花見をしている。地域貢献としては介護相談の受付窓口、見学、高校生の体験、大学生の実習等の受け入れをしている。地域開放日を設けている。自治会のお茶の会、歌の会に毎月ホームの1室を貸しており、その時は利用者との交流の機会となっている。</p>	
3		<p>○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</p>	<p>月1回のホーム開放日を設け、介護相談を受けの窓口を設置。学生さんの体験・介護相談員さんの受け入れ・インターンシップの実習の受け入れ・地域の方の来所等で認知症の事を少しでも知って頂く為に貢献している。</p>		

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か月に1回開催し、ホームの現状(運営・行事・事故・レク・取り組み)等正直に報告している。地域交流が活発になったおかげで、地域住民の参加(4名～6名)が増えている。その結果ホームの事や、認知症について知って頂く良い機会になっている。地域の事も聞く事が出来ている。皆さんの意見は会議で職員に伝え、サービスに繋げている。議事録は全家族様に送付している。	家族、自治会の人、老人クラブ会長、市社協、地区社協、地区民生児童委員、市高齢介護課、地域包括支援センターが委員となり隔月に開催、議事録を残している。ホームから利用状況、行事や事故・ヒヤリハット、職員研修等を報告、意見交換している。社協から認知症についての新しい取り組みが呼び掛けられ参加している。「災害のとき職員や家族のケータイに緊急通報が直接入るような仕組みが必要だ」の意見があり、検討している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議で日頃の状況等報告している。重大事故が起きた時は速やかに報告し、指示を仰いでいる。対応が難しかったり、疑問に思う事は担当者に相談している。市からの依頼はお断りする事なく、協力し良い関係が築けるように心かけている。4か月に1回の乙訓グループホーム協議会の集まりに参加し、情報交換や他施設との関係も大切にしている。	向日市とは必要な報告、相談を怠らず連携している。市の取組「ラン件」に準備の会議から参加、当日は家族も参加、利用者、職員が走っている。市から要請があったことは万難を排して受け入れており、学校で認知症の話をしている。市の介護相談員を受け入れている。乙訓グループホーム協議会に加入、情報交換や学びをしている。	
6		○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	法改正により減算されないように、虐待・拘束委員を中心に2ヶ月に1回の会議と講師を招いて年2回の研修会を行う事で、拘束11項目や、やむを得ず拘束する3要件(スピーチロック)について、会議で何回も話し合い認識している。内部研修も計画をして実施している。身体拘束を行う場合も職員全員で話し合い、家族様の承諾のもと行い、記録を残している。解除できるように取り組んでいる。	虐待・拘束委員会を立ち上げ4人の委員が隔月に会議、日常の事例を話し合っている。身体拘束をテーマにした法人の研修、ホームの内部研修共に年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。4人の利用者のベッド脇に夜間センサーマットを使用しており家族の同意をとっている。玄関ドア、ユニットのドア、エレベーター、すべて日中は施錠していない。	
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	法改正により減算されないように、虐待・拘束委員を中心に2ヶ月に1回の会議と講師を招いて年2回の研修会・内部研修では、事例問題をもとにグループワークをしたりと計画的に実施。お互いに注意し合い予防に努めている。		
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	成年後見人制度を使われていた方が、1名ありましたが、退去された為現在はありません。制度や内容を理解しておく事は必要な事です。内部研修に組み込んで学ぶ機会を持ち、必要な方に支援出来るようにしていく。		

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	契約に関しては、契約書・重要事項説明書を用いて一語一句読み合わせを行い説明している。質問や不明な点がある場合は、その時に対応し理解・納得して頂いている。今年度は重要事項説明書に14項目を増やしたので、利用者全員に記名・捺印を頂く。10/1より消費税が改正された為、再度記名・捺印を頂いている。		
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・家族会で意見が言える場を提供している。又面会に来られた時や、ケアプラン説明時にホームに対しての意見や、要望・思いを聞き、会議で職員に伝えホームの運営やケアプランに反映している。	家族の面会は多く毎週来る人もあり、少ない人でも年3、4回、そのたびに話を聞くようにしている。家族にはカラフルな写真を数多く掲載した広報誌『もずめだより』、運営推進会議の議事録、利用者の写真等を送付している。もずめ祭りやクリスマス会等の行事に参加する家族もいる。家族会は年2回実施、数家族が参加、懇談会をしている。「下肢筋力の低下を防いでほしい」「外出の機会を多くしてほしい」等、家族からの意見があり、対策として「わくわく体操」に取り組んでいる。次の家族会で披露する予定である。	
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	今年度より、議題提案書を作り、職員から会議で話し合ってもらいたい内容を提出して貰い、フロア会議月2回・リーダー会議月1回の中で話し合っている。また参加者全員が発言出来るように心配り、業務の改善や職員の意見を尊重し反映している。	ホーム長とリーダーの会議は毎月1回、ユニット会議は毎月2回開催、職員が議事提案書を出し、その議事が話し合われるときは提案した職員が司会をする。職員は種々提案や意見を積極的に出している。今年度の方針は職員が取り組みやすいようにホームの毎月の目標を定めている。法人の研修とホームの研修はそれぞれの年間計画表により毎月実施している。職員は自己評価により自身の目標を申告、上司との面談で達成に励んでいる。乙訓グループホーム協議会への参加により他のグループホームから学びをしている。	
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	勤務状況はタイムカードで把握し、時間外手当・有給等取れるようにしている。また職員の能力・持病等加味した上で無理なく働けるシフトを作成。向上心を持って働けるように評価制度・誕生日休暇を作っている。職場環境に関しては会議で話し合い整備に努めている。		

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
13		○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	新人職員にはOJT制度を利用。29年度より各施設のホーム長が研修会の講師になり勉強会を継続。職員の力量を把握し、実践者研修・その他の研修に参加の機会は確保している。外部研修の掲示をしているが参加職員が少ない為、内部研修を充実したいと考えている。介福・ケアマネ資格取得のサポートあり。		
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	ホーム長は乙訓グループホーム協議会参加や・訪問する事で、交流の機会は多い、市役所・社協からの依頼はお断りせずに引き受け、サービスの質を向上出来るように取り組んでいるが、職員が同業者と交流する機会は少ない。今後の課題である。		
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	入居前面談の時に、不安感を持たれないように「笑顔」でご本人さんとお話させて頂き、ご本人・家族様より、困っている事・不安に思っている事をお聞きし、情報は職員全員に伝え、安心確保に努めている。		
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	入居が決まれば、入居前に利用されていた所からの情報を頂いたり、事前面談でご本人・家族様から不安な事・困っている事・要望等聞き、ケアプランに反映。入居時には「笑顔」でお迎えし安心して頂けるように心掛けている。暫くは様子を細目に連絡して、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	入居前の生活習慣や、やっておられた事等は崩さずサービスの継続。ホームの生活に慣れて頂く事をまずは目標にしています。またご本人・家族様の要望をお聞きして、無理のないようにプランに上げて支援している。他のサービスも受けられる事・他施設の申し込みがある場合も対応させて頂く事も伝えている。		
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	出来る事・やりたい事等把握し、それぞれに役割を作る(メニュー書き・メニューの写真撮り・夕刊運び・食材運び・お茶出し・カーテン閉め)等、職員と一緒にする事で役割が出来た喜びや、感謝の気持ちを伝える事でよい関係が築けている。個別レクでは、担当職員と1対1で過ごし、より深い関係が築けている。		

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
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	面会に来られた時、電話をかけた際に日頃の様子をお伝えしているが、こちらの一方的にならないように対応には気を付けている。家族様との時間を大切に考えて、家族様との外出をお願いしたり個別レク時には、家族様の参加もお願いしている		
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	交流があった方との面会等はして頂いてもよい事を家族様に伝えている。馴染みの方や場所がある時は、個別レクを利用して馴染みの人や場所との関係が継続出来るように支援している。また家で飼っていたペットとも触れ合うようにしている。ペットも家族の1員。	住んでいた家が気になっている利用者連れて家に行くと、利用者はホームでより元気に歩き、家の中を説明しながら案内、写真や思い出ものを出して見せる。10人くらいきた近所の人が「百歳おめでとう」と言ってくれて利用者は満面の笑み、みんなと昔の話が尽きない。猫を飼っていた利用者、猫の思い出を話すのでペットショップへ連れて行ったり、猫ロボットを借りたり、猫を飼っている地域の人に猫を連れて来てもらったり、利用者は喜んで猫と遊んでいる。	
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	利用者同士の関係を把握した上で、職員が間に入り援助する事で、孤立する事もなく良い関係が出来るように支援に努めている。		
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	他施設に転居されても、施設訪問時に面会に伺ったり、様子を尋ねたりしている。家族様の中には、ホームを訪ねてくれたり、施設で必要な物品を下さったり、介護の相談に見えたりしている。今後も関係を断ち切らないようにしていく。		
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	契約時に家族様から、年代別の生活歴・今までの暮らし方等情報を記入して頂いているが、情報が少ないのが現状である。日々の会話の中や面会時、ケアプラン説明時に希望、意向等を訪ねるよう努め、思いや意向の把握に努めている。	契約時はホーム長、リーダー、ケアマネジャー等が自宅や介護事業所、病院等を訪問、ホームの説明をすると共に利用者の医療・介護の情報を収集している。利用者や家族からそれぞれの意向を聴取、「パンは毎日食べたい」「入浴は面倒」「読み聞かせをしたい」「夫は元気か」「することあったら言うてや」「毎日字を書きたい」等々利用者の生の声を記録している。利用者の生活歴は家族に依頼しているものの情報は非常に少ない。	長い人生を過ごしてきた利用者が今グループホームで生活している。利用者の毎日の暮らし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。出身地や父、母、兄弟姉妹のこと、子ども時代、夫の仕事や子どものこと等結婚生活、好きなことや趣味、得意なこと等の情報を収集することが望まれる。

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
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	入居前にご家族、病院・在宅・施設のケアマネ・デイサービス等利用されている方には事業所に出向き情報収集し、全職員が把握出来るようフェイスシートに記入。会議や申し送りノートで伝え確認印を押し情報が周知徹底出来ているか確認している。		
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	朝の挨拶時の視診・バイタル測定・食事量等で心身状態を把握し、普段と様子が違う方があれば情報共有し、無理のない過ごし方をして頂いたり必要に応じて看護師連絡も対応している。一人ひとり役割のあるケアプランを作成して、持っておられる力や能力を発揮出来るように現状の把握に努めている。		
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	利用者担当が毎月モニタリングを行い、状況を把握した上で、3ヶ月毎にHL・L・CM・担当者が話し合いケアプランを見直し変更している。家族様の参加はありません。面会時や電話連絡時に希望・要望を聞き、プランに反映できる等作成している。	ケアマネジャーがアセスメントし、利用者と家族の意向を反映した介護計画を作成、ユニット会議で職員の意見を聞き確定している。介護計画は「メニューを書く」「おいしいものを食べに行く」「買って来た食材の整理」等利用者の「思い」が入っている。一方「思い」が入っていない人もある。また暮らしの楽しみの項目がない人もある。介護記録はバイタル、食事、入浴、排泄等暮らしのデータと時間ごとの利用者の様子を書いている。介護計画を実施した時の記録もあり、利用者の様子や発言を書いているが状況がわかりにくい。介護拒否の記述もあるが拒否の理由とその後の経過は書いていない。モニタリングは担当職員が「サービス項目」「実施状況」「短期目標達成度」「利用者の満足度」「今後の方向性」で毎月点検している。	介護計画には利用者の意向を必ず入れること、重度な人にも暮らしの中の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時の利用者の様子、拒否があればその理由とその後の経過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	日々の様子やケアプランに沿った記録は勿論、拒否や利用者様の様子やお声も記録している。気が付いた事は送りノートや訪看・往診ノート記入し情報共有している。大きな変化があればカンファレンスを行いケアプランの見直し変更をしている。		

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
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	日々の関わりの中や、家族面会時の話しの中から希望やニーズを把握して、個別レクや受診の支援を行っている。一人ひとりに合ったケアを提供する為、利用者の状況に合わせて福祉用具の検討、家族様の要望により体操等提供している。		
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	社協と連携してボランティアの活用。地域のカフェマスターがコーヒーの提供・地域の方によるお抹茶の提供・うたの会に場所提供・移動スピーカー等取り入れて楽しんで生活して頂くように支援している。		
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	契約している病院より月2回委託医による往診と週1回の訪問看護により利用者様に適切な医療を提供している。往診後・訪問看護後変わった事があれば、家族連絡をしている。かかりつけ医がある場合は継続する事も出来る事を伝えている。受診は基本家族様対応ですが、行けない時は協力している。歯科は訪問歯科医を利用している。	武田病院から医師が毎月2回往診にくる。この医師がほとんどの利用者のかかりつけ医である。毎週来る訪問看護を利用している。1人の利用者は家族同行で従来のかかりつけ医に定期受診しており、ホームでの状況は文書にして家族に渡し、家族も受診結果を報告している。歯科は訪問歯科医を利用している。	
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回の訪問看護時に、利用者様の状況を確実に伝える事が出来るようにファイルを用意して全職員が記入して共有している。また24時間相談出来る体制をとり、適切な医療が受けられ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。	入院された際は、直ぐに介護サマリーで情報を提供している。面会にも伺い様子を尋ねたり早期退院を目指すように医療連携室と相談もしている。退院が決まれば様子を伺いに行き、スムーズにホームの生活が出来るように連携している。		
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	重度化した場合に関しては、契約時に説明し同意書を頂いている。ターミナルケアに関しては、行っていない旨契約時にお伝えしている。特養申請の希望があれば、相談に応じている。病状の悪化や重度化した場合は主治医の指示に従って対応している。	利用者の重度化や終末期に関してグループホームの方針を「医療連携との連携内容と利用者が重度化した場合の指針」という文書にし契約時に家族に説明、同意を取っている。方針では「看取りはしない」であり、特養の申し込みをしている家族もいる。	

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
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	各自救急救命の講習を受けている。受けていない職員には早急に受けるように指導している。日々AEDのある場所の確認、急変・事故発生時のマニュアルを昼夜別に作成し各階に置いている。またフロア会議の中で研修会も行っている。新人夜勤時に、夜間の救急搬送の練習や初期対応の練習を行っている。		
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	火災に関しては色んな状況を設定して行っている。水害に関しては、2階へ避難。地震の訓練が出来ていない。今年度は地域交流が活発なので地域との協力体制は築けている。消防訓練は年2回実施。夜間は職員が少ない為、救済ルートを作成し体制をとっている。浴槽に溜め水をしている。	火災に関しては出火時間や場所を種々予想して消防署の協力のもと避難訓練を実施している。家族から「駆け付ける」という申し出があり、法人の協力も得られる。夜間帯の火災については職員の連絡網作成、家族に連絡する担当を決め、ホームの向かいのガソリンスタンドの協力等の準備をしている。水害は2階に避難する。地震は頭を覆って机の下に入る。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。	
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	一人ひとりの性格や好み・生活習慣等を尊重し、その方のプライドが損なわれないように、その方に合ったケアや言葉かけをするよう心掛けている。また朝着る服や・水分補給等自分で選んで頂いている。	男性職員にはあまり気軽に話したくない様子の利用者には女性職員が話を聞き対応している。こうした利用者の好みや性格に配慮して声掛けや対応を心掛けている。職員会議はスタッフ室、ホールで行う職員同士の申し送りは小声で、利用者のプライバシーに配慮している。毎日の暮らしではどんなことも利用者によって決められるように飲み物はメニュー表を作成、着る服はおしつけでなく選択の支援をしている。自分の化粧品で化粧する人、口紅をひく人、美容師に好みのスタイルを言う人、好みの洋服を買う人等、利用者はおしゃれにも積極的である。	
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	日々の生活の中で自己決定して頂く事を大切に思い、飲み物はメニュー表から選び、字の書ける方には、名前と飲み物を書いて貰っている事を継続して行っている。何か話したそうにしている方・困っている方には寄り添い時間をかけて関わっている。		

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
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	業務が優先してしまう事もあるが、日中どのように過ごしたいか・何をしたいのか等尋ね、一人ひとりのペースも配慮しながら、楽しく生活出来るように心掛けて支援している。		
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	起床時職員と一緒に季節やその方の好みを知った上で服を選んでいる。また月1回の理美容を利用して、カットと髪染めをして髪を整えている。髭剃りは毎日行き清潔を保持。汚れた服はすぐに着替え身だしなみ・清潔に気を付けている。		
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	楽しみながら食事が出来るように、馴染みの食器を使ってもらったり、音楽をかけてゆったりとした環境の中で食事をしている。好みや嚥下状態が違うので、その方に合った食事形態で提供。盛り付け・テーブル拭き・お盆拭き・食事の号令等出来る方には、職員と一緒にしている。	朝食、昼食と夕食のごはんとみそ汁はユニットで手作りしている。昼食と夕食の副菜はクックデリーのメニューを予約、調理済を湯煎して盛り付けている。3食とも野菜、肉や魚等バランスのとれた和洋中の家庭食、季節感があり、行事食もある。ごはんとパンは利用者が選択する。毎週日曜日は3食手作り、鍋パーティ等を楽しんでいる。カロリー値、栄養バランスの点検をしている。職員も一緒に数人ずつが食卓を囲み、利用者は自分の食器を使い、会話しながら食事を楽しんでいる。	
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	普通食・軟飯・お粥・一口大・刻み・トロミ等利用者様の状態に合わせて提供。アレルギーのある方には別の物で対応している。食事量・水分量は記録に残し、少ない方に関しては情報を共有して医療に繋げている。		
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	毎食前には口腔体操を実施。毎食後には口腔ケアを実施。介護度や口腔内の状況に応じて、一部介助・全介助・見守り等で行っている。本人が出来る事はしてもらいが、確認は職員がしっかりとって口腔内の清潔を保持。痛みや義歯が合わない時は歯科に繋げている。		

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
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	おむつやパットの使用を出来るだけ減らす為に排泄状況を記録でつかみ、その方に合った排泄の仕方を会議で話し合っている。間隔があいた方には職員が声をかけてお誘いしている。	パットやリハパンを使用せずトイレでの排泄を支援するという方針のもと、利用者は布パンツで過ごしている。尿意があり自身でトイレに行ける自立の人は数人、その他の利用者は声やしぐさ、表情、立ちあがる等の動作から職員が察知してトイレ誘導している。牛乳、ヨーグルト、食物繊維の食材、腹部マッサージ等で自然排便を支援している。無理な利用者には下剤を使用している。入院後退院してホームの支援で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	頓服で薬が処方されているが、出来るだけ服用せずに排便出来るように、牛乳・ヨーグルト・繊維質な食べ物。マッサージ・ホットタオルで温めたり運動(散歩・体操)等工夫している。出ない時は頓服の使用、それでも出ない時は医療につなぐ。		
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	入浴表により一日3人週2回の実施。出来るだけ希望やタイミングを見て入浴して貰っている。入浴剤使用したり、お湯の入れ替え等で清潔な環境のもとで楽しく入浴して頂いている。入浴拒否の方には温泉券を発行したりと工夫している。	浴室はこじんまりとした家庭風呂、個浴を据えている。週2回の入浴を支援、利用者に声掛けして「入りたくない」という人は後回しにしたり、翌日にしている。入浴拒否の強い人には全国各地の温泉キップを作り、誘っている。湯の温度や時間は利用者の希望に添っている。しょうぶ湯やゆず湯を楽しんでいる。	
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	日中・夜間とも気持ちよく休んで頂けるように、空気の入れ替え・季節に合った寝具を整えている。安眠出来るように傾聴したり、眠れない時はその原因を探りみんなで話し合い対応している。温度にも気を付け安心して休めるように支援している。		
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	薬の効果・副作用に関してはファイルに綴じているので、いつでも確認できる状態にある。服薬の支援を行っている、飲み方や症状の変化には十分に気を付けている。変化が見られた時は医療に繋げている。		
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	個々の生活歴や出来る事・したい事を情報より収集して、楽しみ事や役割を支援している。(メニュー書き・写真撮り・お米の注文・お茶出し)等。わくわく体操・お抹茶・カフェ・移動スーパー・散歩・ドライブ)等取り入れて気分転換の支援をしている。		

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
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	2ヶ月に1回、1階・2階と順番に外出レクを実施。日々の外出は、玄関までの外気浴・日光浴・ドライブ等。日頃行けないような所に関しては、個別レクで計画し、家族様にも協力してもらっている。地域のカフェを利用する事で地域の協力もえられている。	利用者はふだん車椅子の人も含めて玄関先のピロティで日光浴や外気欲をしている。ホームの周りを散歩したり、保育園を見に行ったり、喫茶店や商店等へ行く。ユニットごとに月交代で利用者3人くらいずつドライブや外食に出かけている。高島屋洛西店や近くのイオンモール等での外食、ペットショップでペットと遊ぶ等、利用者の希望による個別外出をしている。	
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きさを理解しており、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	お金はホームでお預かりしてる。本人が買い物を希望された場合は、家族様の承諾を頂き付き添いのもと出かけて使えるように支援している。今年から移動スーパーをしている自分でお支払い出来る方にはして頂くよう支援していく。		
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	1階には電話や手紙の希望される方がおられない希望があれば支援は出来る。本日の出来事等書かれている方はおられる。		
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	居室には作られた作品が展示・家から持って来られた飾り等があり、落ち着いて過ごせるようになっている。玄関には花を飾り、季節を楽しんでもらえるようにしている。玄関の掲示には便り・メニュー・昼食の写真レクの状況等掲示。共用部分は常に清潔・温度に気を配り、居心地のよい環境を作っている。	玄関ドアの横の植木鉢に季節の花を植え、ドアを開けると正面に大きな絵、土間の下駄箱、傘立と共に家庭的である。ミニキッチン付きの居間兼食堂はガラス戸から陽が入り、町の音も小さく聞こえる。数個の食卓と椅子、雑誌やCDを入れた棚等、ゆったりと落ち着ける。壁には大きな絵、利用者の行事の写真等を掛けている。ホールの奥に並ぶ居室のドアがカラフルで暗い廊下を柔らかくしている。	
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	フロアの入口・窓側にソファを置いて、一人で過ごせる場所を工夫しているが、自席で過ごされる方が多く、活用されていない。一人になる時は自室に戻られることが多い。		

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
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	入居時に家族様と相談しながら、馴染みのある物を持ってきて頂き、環境を変えないように工夫している。生活される中で危険があればその都度家族様と相談しながら、心地良く過ごせるようにしている。	居室は洋間、奥のガラス戸から日光が差し込み、四季の風景が目に入る。使っていたベッドを持ち込んでいる人もいる。使い慣れた布団、枕、筆筒、衣装ケース、洋服掛け、机と椅子、テレビとテレビ台等、利用者が持ち込んでいる。机の上の愛読書、亡夫の大きな額入り写真、息子のプレゼントの花の鉢植え、娘からの手紙、カセット、小さな飾り、壁に掛けた母の日のカーネーション、自作の切り絵、数多くの衣類等、部屋は利用者らしさにあふれている。	
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	出来る事・できない事を把握して見守りの中で行い、自立した生活が送れるように環境を工夫している。		

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	2693100030		
法人名	株式会社 キャビック		
事業所名	すいーとハンズ物集女 2階		
所在地	京都府向日市物集女五ノ坪21-4		
自己評価作成日	令和元年10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	2019年11月13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)】

1階と同じですが、2階は女性が多いので、レクが活発で細かい作業が得意です。2ヶ月に1回おやつを食べに行く事と個別レク(コンサートの鑑賞会・都をどり・おたべ作り・みたらし団子作り・好きな物を食べに行く・お買い物)等外出支援に力を入れています。今年度より、わくわく体操・お抹茶・と楽しんで頂けるように色々工夫をしています。また移動スーパーでは、好きな物を買って頂く、お買い物をテーマに開催。自分でお支払いの出来る方はして頂くように支援していきます。ラン伴に参加した事で、他施設や向日市でお店をされている方との交流が増えてきているので、もっと向日市にあるお店に出向いて交流が広がるように取り組んでいきたい。

【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)】

1階ユニットと同じ。

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)	○	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
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	独自の事業所理念を作り、リーフレット・玄関等に掲げ、いつでも家族様・職員・地域の皆さん・見学者の目に触れ共有している。特に理念の中に掲げている「笑顔」を重視し日々のケアにつなげている。	以下の項目すべて1階ユニットに同じ。	
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1員として日常的に交流している	地域の包括・居宅には月1回の訪問を継続して行う事で交流を図っている。地域と繋がりが生活出来るように地域のボランティア来所。地域のカフェのマスターに月1回のコーヒー提供・自治会の方によるお抹茶の会月1回・歌の会に月1回の場所提供する事で、地域の方がホームに来て頂く事が増えた事で、交流が活発になっている。また地域のお店で買い物や食事をする事で、地域の1員になっている。		
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	月1回のホーム開放日を設け、介護相談を受ける窓口を設置。学生さんの体験・介護相談員さんの受け入れ・インターンシップの実習の受け入れ・地域の方の来所等で認知症の事を少しでも知って頂く為に貢献している。	/	
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	2カ月に1回開催し、ホームの現状(運営・行事・事故・レク・取り組み)等正直に報告している。地域交流が活発になったおかげで、地域住民の参加(4名~6名)が増えている。その結果ホームの事や、認知症について知って頂く良い機会になっている。地域の事も聞く事が出来ている。皆さんの意見は会議で職員に伝え、サービスに繋げている。議事録は全家族様に送付している。		
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に取り組んでいる	運営推進会議で日頃の状況等報告している。重大事故が起きた時は速やかに報告し、指示を仰いでいる。対応が難しかったり、疑問に思う事は担当者に相談している。市からの依頼はお断りする事なく、協力し良い関係が築けるように心かけている。4か月に1回の乙訓グループホーム協議会の集まりに参加し、情報交換や他施設との関係も大切にしている。		
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	法改正により減算されないように、虐待・拘束委員を中心に2ヶ月に1回の会議と講師を招いて年2回の研修会を行う事で、拘束11項目や、やむを得ず拘束する3要件(スピーチロック)について、会議で何回も話し合い認識している。内部研修も計画をして実施している。身体拘束を行う場合も職員全員で話し合い、家族様の承諾のもと行い、記録を残している。解除できるように取り組んでいる。		

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	法改正により減算されないように、虐待・拘束委員を中心に2ヶ月に1回の会議と講師を招いて年2回の研修会・内部研修では、事例問題をもとにグループワークをしたりと計画的に実施。お互いに注意し合い予防に努めている。		
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	成年後見人制度を使われていた方が、1名ありましたが、退去された為現在はありません。制度や内容を理解しておく事は必要な事です。内部研修に組み込んで学ぶ機会を持ち、必要な方に支援出来るようにしていく。		
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	契約に関しては、契約書・重要事項説明書を用いて一語一句読み合わせを行い説明している。質問や不明な点がある場合は、その時に対応し理解・納得して頂いている。今年度は重要事項説明書に14項目を増やしたので、利用者全員に記名・捺印を頂く。10/1より消費税が改正された為、再度記名・捺印を頂いている。		
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・家族会で意見が言える場を提供している。又面会に来られた時や、ケアプラン説明時にホームに対しての意見や、要望・思いを聞き、会議で職員に伝えホームの運営やケアプランに反映している。		
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	今年度より、議題提案書を作り、職員から会議で話し合っほしい内容を提出して貰い、フロア会議月2回・リーダー会議月1回の中で話し合っている。また参加者全員が発言出来るように心配り、業務の改善や職員の意見を尊重し反映している。		
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	勤務状況はタイムカードで把握し、時間外手当・有給等取れるようにしている。また職員の能力・持病等加味した上で無理なく働けるシフトを作成。向上心を持って働けるように評価制度・誕生日休暇を作っている。職場環境に関しては会議で話し合い整備に努めている。		
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	新人職員にはOJT制度を利用。29年度より各施設のホーム長が研修会の講師になり勉強会を継続。職員の力量を把握し、実践者研修・その他の研修に参加の機会は確保している。外部研修の掲示をしているが参加職員が少ない為、内部研修を充実したいと考えている。介福・ケアマネ資格取得のサポートあり。		

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	ホーム長は乙訓グループホーム協議会参加や、訪問する事で、交流の機会は多い、市役所・社協からの依頼はお断りせずに引き受け、サービスの質を向上出来るように取り組んでいるが、職員が同業者と交流する機会は少ない。今後の課題である。		
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	入居前面談の時に、不安感を持たれないように「笑顔」でご本人さんとお話させて頂き、ご本人・家族様より、困っている事・不安に思っている事をお聞きし、情報は職員全員に伝え、安心確保に努めている。		
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	入居が決まれば、入居前に利用されていた所からの情報を頂いたり、事前面談でご本人・家族様から不安な事・困っている事・要望等聞き、ケアプランに反映。入居時には「笑顔」でお迎えし安心して頂けるように心掛けている。暫くは様子を細目に連絡して、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	入居前の生活習慣や、やっておられた事等は崩さずサービスの継続。ホームの生活に慣れて頂く事をまずは目標にしています。またご本人・家族様の要望をお聞きして、無理のないようにプランに上げて支援している。他のサービスも受けられる事・他施設の申し込みがある場合も対応させて頂く事も伝えている。		
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	出来る事・やりたい事等把握し、それぞれに役割を作る(メニュー書き・読み聞かせ・食器洗い)等、職員と一緒にする事で役割が出来た喜びや、感謝の気持ちを伝える事でよい関係が築けている。個別レクでは、担当職員と1対1で過ごし、より深い関係が築けている。		
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	面会に来られた時、電話をかけた際に日頃の様子をお伝えしているが、こちらの一方的にならないように対応には気を付けている。家族様との時間を大切に考えて、家族様との外出をお願いしたり個別レク時には、家族様の参加もお願いしている		
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	交流があった方との面会等はして頂いてもよい事を家族様に伝えている。馴染みの方や場所がある時は、個別レクを利用して馴染みの人や場所との関係が継続出来るように支援している。		

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
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	2階は利用者同士での会話が多いので、言い合いになる事もあるが、職員が間に入り援助する事で、よい関係が作れるように支援している。ひとりひとりが孤立しないように、職員が声掛けを行い良い関係や、支え合えるように努めている。		
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	他施設に転居されても、施設訪問時に面会に伺ったり、様子を尋ねたりしている。家族様の中には、ホームを訪ねてくれたり、施設で必要な物品を下さったり、介護の相談に見えたりしている。今後も関係を断ち切らないようにしていく。		
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	契約時に家族様から、年代別の生活歴・今までの暮らし方等情報を記入して頂いているが、情報が少ないのが現状である。日々の会話の中や面会時、ケアプラン説明時に希望、意向等を訪ねるよう努め、思いや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	入居前にご家族、病院・在宅・施設のケアマネ・デイサービス等利用されている方には事業所に出向き情報収集し、全職員が把握出来るようフェイスシートに記入。会議や申し送りノートで伝え確認印を押し情報が周知徹底出来ているか確認している。		
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	入居前にご家族、病院・在宅・施設のケアマネ・デイサービス等利用されている方には事業所に出向き情報収集し、全職員が把握出来るようフェイスシートに記入。会議や申し送りノートで伝え確認印を押し情報が周知徹底出来ているか確認している。		
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	朝の挨拶時の視診・バイタル測定・食事量等で心身状態を把握し、普段と様子が違う方があれば情報共有し、無理のない過ごし方をして頂いたり必要に応じて看護師連絡も対応している。一人ひとり役割のあるケアプランを作成して、持っておられる力や能力を発揮出来るように現状の把握に努めている。		
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	利用者担当が毎月モニタリングを行い、状況を把握した上で、3ヶ月毎にHL・L・CM・担当者が話し合いケアプランを見直し変更している。家族様の参加はありません。面会時や電話連絡時に希望・要望を聞き、プランに反映できる等作成している。		

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
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	日々の関わりの中や、家族面会時の話しの中から希望やニーズを把握して、個別レクや受診の支援を行っている。一人ひとりに合ったケアを提供する為、利用者の状況に合わせて福祉用具の検討、家族様の要望により体操等提供している。		
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	社協と連携してボランティアの活用。地域のカフェマスターがコーヒーの提供・地域の方によるお抹茶の提供・うたの会に場所提供・移動スピーカー等取り入れて楽しんで生活して頂くように支援している。		
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	契約している病院より月2回委託医による往診と週1回の訪問看護により利用者様に適切な医療を提供している。往診後・訪問看護後変わった事があれば、家族連絡をしている。かかりつけ医がある場合は継続する事も出来る事を伝えている。受診は基本家族様対応ですが、行けない時は協力している。歯科は訪問歯科医を利用している。		
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回の訪問看護時に、利用者様の状況を確実に伝える事が出来るようにファイルを用意して全職員が記入して共有している。また24時間相談出来る体制をとり、適切な医療が受けられ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。	入院された際は、直ぐに介護サマリーで情報を提供している。面会にも伺い様子を尋ねたり早期退院を目指すように医療連携室と相談もしている。退院が決まれば様子を伺いに行き、スムーズにホームの生活が出来るように連携している。		
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	重度化した場合に関しては、契約時に説明し同意書を頂いている。ターミナルケアに関しては、行っていない旨契約時にお伝えしている。特養申請の希望があれば、相談に応じている。病状の悪化や重度化した場合は主治医の指示に従って対応している。		
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	各自救急救命の講習を受けている。受けていない職員には早急に受けるように指導している。日々AEDのある場所の確認、急変・事故発生時のマニュアルを昼夜別に作成し各階に置いている。またフロア会議の中で研修会も行っている。新人夜勤時に、夜間の救急搬送の練習や初期対応の練習を行っている。		

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	火災に関しては色んな状況を設定して行っている。水害に関しては、2階へ避難。地震の訓練が出来ていない。今年度は地域交流が活発なので地域との協力体制は築けている。消防訓練は年2回実施。夜間は職員が少ない為、救済ルートを作成し体制をとっている。浴槽に溜め水をしている。		
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	一人ひとりの性格や好み・生活習慣等を尊重し、その方のプライドが損なわれないように、その方に合ったケアや言葉かけをするよう心掛けている。また朝着る服や・水分補給等自分で選んで頂いている。		
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	日々の生活の中で自己決定して頂く事を大切に思い、飲み物はメニュー表から選び、字の書ける方には、名前と飲み物を書いて貰っている事を継続して行っている。何か話したそうにしている方・困っている方には寄り添い時間をかけて関わっている。		
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	業務が優先してしまう事もあるが、日中どのように過ごしたいか・何をしたいのか等尋ね、一人ひとりのペースも配慮しながら、楽しく生活出来るように心掛けて支援している。		
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	起床時職員と一緒に季節やその方の好みを知った上で服を選んでいる。また月1回の理美容を利用して、カットと髪染めをして髪を整えている。髭剃りは毎日行い清潔を保持。汚れた服はすぐに着替え身だしなみ・清潔に気を付けている。		
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	楽しみながら食事が出来るように、馴染みの食器を使ってもらったり、音楽をかけてゆったりとした環境の中で食事をしている。好みや嚥下状態が違うので、その方に合った食事形態で提供。盛り付け・テーブル拭き・お盆拭き・食事の号令等出来る方には、職員と一緒にしている。		
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	普通食・軟飯・お粥・一口大・刻み・等利用者様の状態に合わせて提供。アレルギーのある方には別の物で対応している。食事量・水分量は記録に残し、少ない方に関しては情報を共有して医療に繋げている。		

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	毎食前には口腔体操を実施。毎食後には口腔ケアを実施。介護度や口腔内の状況に応じて、一部介助・全介助・見守り等で行っている。本人が出来る事はしてもらいが、確認は職員がしっかりと口腔内の清潔を保持。痛みや義歯が合わない時は歯科に繋げている。		
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	おむつやパットの使用を出来るだけ減らす為に排泄状況を記録でつかみ、その方に合った排泄の仕方を会議で話し合っている。日中は二人介助の方でもトイレでの排泄を支援している。間隔があいた方には職員が声をかけてお誘いしている。		
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	頓服で薬が処方されているが、出来るだけ服用せずに排便出来るように、牛乳・ヨーグルト・繊維質な食べ物。マッサージ・ホットタオルで温めたり運動(散歩・体操)等工夫している。出ない時は頓服の使用、それでも出ない時は医療につなぐ。		
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	入浴表により一日3人週2回の実施。出来るだけ希望やタイミングを見て入浴して貰っている。入浴剤使用したり、お湯の入れ替え等で清潔な環境のもと楽しく入浴して頂いている。入浴拒否の方はない。		
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	日中・夜間とも気持ちよく休んで頂けるように、空気の入れ替え・季節に合った寝具を整えている。安眠出来るように傾聴したり、眠れない時はその原因を探りみんなで話し合い対応している。温度にも気を付け安心して休めるように支援している。		
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	薬の効果・副作用に関してはファイルに綴じているので、いつでも確認できる状態にある。服薬の支援は行っている、飲み方や症状の変化には十分に気を付けている。変化が見られた時は医療に繋げている。		
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	個々の生活歴や出来る事・したい事を情報より収集して、楽しみ事や役割を支援している。(メニュー書き・お米の注文・読み聞かせ・追い焚き・食器洗い)等。わくわく体操・お抹茶・カフェ・移動スーパー・散歩・ドライブ)等取り入れて気分転換の支援をしている。		

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
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	2ヶ月に1回、1階・2階と順番に外出レクを実施。日々の外出は、玄関までの外気浴・日光浴・ドライブ等。日頃行けないような所に関しては、個別レクで計画し、家族様にも協力してもらっている。地域のカフェを利用する事で地域の協力もえられている。		
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	お金はホームでお預かりしてる。本人が買い物を希望された場合は、家族様の承諾を頂き付き添いのもと出かけて使えるように支援している。今年から移動スーパーをしている自分でお支払い出来る方にはして頂くよう支援していく。		
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	2階には電話や手紙を希望される方がおられる為、希望があれば支援している。中にはご主人様に手紙を書いて頂き、ご主人様とのやり取りが出来るように支援している。		
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	居室には作られた作品が展示・家から持って来られた飾り等があり、落ち着いて過ごせるようになっている。玄関には花を飾り、季節を楽しんでもらえるようにしている。玄関の掲示には便り・メニュー・昼食の写真レクの状況等掲示。共用部分は常に清潔・温度に気を配り、居心地のよい環境を作っている。		
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	2階エレベーター前・フロアの窓側にソファを置いて、一人で過ごせる場所を工夫している。エレベーター前のソファは時々利用している方がいる。フロア内のソファは常に利用している方がいる。(自宅でもソファを利用されていた方)		
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	入居時に家族様と相談しながら、馴染みのある物を持ってきて頂き、環境を変えないように工夫している。生活される中で危険があればその都度家族様と相談しながら、心地良く過ごせるようにしている。		
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	出来る事・できない事を把握して見守りの中で行い、自立した生活が送れるように環境を工夫している。		