

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 29

事業所番号	2693400042		
法人名	社会福祉法人日吉たには会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 はぎの里 オアシス スズランユニット		
所在地	京都府南丹市園部町横田2号111-1		
自己評価作成日	平成29年9月28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29年10月26日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者が楽しく安心して生活が出来る生活の場を作っています。 ・ご利用者の笑顔が少しでも見れるように、同じ目線で一緒に歩いています。 ・ご利用者の出来る事を見つけ、個別ケアを実践しています。 ・地域の行事に参加し交流を深めています。 ・ご家族との連携、交流も大切にしています。

【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)】

<p>JR園部駅からほど近く里山風景の広がる地区にある新築3階建て、地域密着型特養や小規模多機能型介護支援事業所を併設、開設5年、2ユニットのグループホームである。地域住民との連携を意図し、レストランや多目的室を1階に設け、住民の利用が広がり、ボランティアの来訪も多く、神社のお祭りの神輿が玄関に来てくれるようになっている。広報誌は区に全戸配布、災害時の避難受け入れと備蓄の支給、電気自動車の充電器やさわやかスポットの開設、小学生と高校生の職場体験や介護福祉士受験の実習等々、数多くの地域貢献に取組み、地域の高齢者福祉の核となっている。グループホームは3階ながらベランダで園芸ができ、各室にトイレがあり、品の良い豊かな備品を揃えている。利用者は認知症ステージの高い人も、ケータイを使用、買い物のお支払ができる人も、アロママッサージにうっとりし、パステルアートや風鈴づくり等の創作活動を楽しみ、誕生日には「おいしいものをみんなで食べに行きたい」との願いをかなえてもらい、日帰り旅行等の外出が日常生活を彩っている。それぞれその人なりの自由な暮らしを楽しんでいる。</p>

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓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)
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)
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)
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	全職員が、理念を元生活支援が出来るよう、職員室・玄関に掲示している。	法人の理念を踏まえ、グループホームの理念は職員の話合いにより「利用者を家族と職員が一緒に支えます。職員の考える力、気づきの目を養います。地域住民と交流します。(要約)」と定め、毎年度確認している。パンフレットに掲載し、区の公民館に置いている。利用者の居室に排泄用品がむき出しのまま置いているのはプライバシーの観点からよくないと、職員が自発的に段ボールにきれいな紙を張り、排泄用品の入れ物を作っている。一人ひとりの職員が自分で考え、気づき、改善している、理念実践の良い例だと考えている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入している。夏祭り、運動会、敬老会等地域行事への参加案内を頂き、参加している。その他日常的に散歩等を通じて地域の方と挨拶等を交わし交流している。	利用者はふだん近道を散歩し、スーパーに買物に行っている。自治会に加入し、区の行事である夏祭り、運動会、敬老会に利用者と共に参加している。夏祭りには模擬店を出して協力している。地域の人が珍しい立派なかぼちゃが採れたと差し入れてくれたり、1階のレストランや多目的室を利用した際にホームに来訪してくれる。アロママッサージしてくれる人やパステルアートを教えてくれる人等、地域のボランティアが来訪し、利用者を楽しませてくれる。小学生や高校生の職場体験学習を実施し、交流が進んでいる。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	自治会の会議・行事を通じ模擬店の出店などの機会を設けている。小学校・高等学校等の見学・実習や、ボランティアの受け入れを通じて、認知症への理解を広めている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催している。その中で事業所の近況報告を行っている他、議事録を全ご家族に配布、事業所内に掲示している。出席者から貴重なご意見を伺う機会となっている。	利用者・家族、区長、老人クラブ会長、民生児童委員、市高齢福祉課、地域包括支援センターが委員となり、隔月に開催し、議事録は全家族に配布している。利用状況、行事、事故、研修等の丁寧な報告のあと、意見交換している。ホームの運営のみならず災害時の対策、1階のレストランへの意見、小学生との交流を喜ぶ声等が出され、検討し、改善している。	

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
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	運営推進会議の他、必要に応じ随時市の担当課と連携をとっている。	市とは常に報告、相談をし、連携している。八木町や亀岡市のグループホームと交流している。また以前の利用者が引っ越していったグループホーム美山こぶしの里と利用者も共に交流し、職員には学びとなっている。地域ケア会議に参加、情報交換している。認知症ネットワークに参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束の事例はないが、職員研修を実施し必要に応じ、マニュアルの見直しもやっている。	「身体拘束をしないケア」を契約書に明記し、マニュアルを作成し、職員研修を毎年実施している。職員は身体拘束111項目、やむを得ず拘束する場合の3要件、スピーチロック等について理解している。身体拘束の事例はない。玄関ドア、エレベーター、ユニットのドア等、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	研修を実施している。(虐待事例はない。)		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在制度を利用されている方がないこともあり、全職員が制度への理解は不十分であるかもしれないが、研修へ参加している。(法人主催)		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には十分な時間をとり、説明の他、ご利用者・ご家族の思いに耳を傾けている。、入居後も、必要に応じ説明を行い話し合いを行い、理解して頂ける様、努力している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	意見は主に面会時と電話連絡、運営推進会議で頂いている。ご意見・要望は職員間の申し送り、職員会議で検討している。	家族の面会は多く、毎日来る人や少ない人でも2か月に1回は来訪する。職員と情報交換し、率直に意見も言っている。「グループホームに直通電話をつけてほしい」や職員の言葉遣いについての苦情があり、言葉遣いについては会議で話し合い、家族に謝罪している。家族には法人の広報誌『はぎ』とホームの広報誌『しょうぶ新聞』『スズラン通信』を1か月交代で送付し、利用者の様子の写真や行事報告をしている。毎回コメント欄を設け、利用者ごとの個別の便りとなっている。敬老祝賀会に家族に参加してもらい、家族同士の交流の機会としている。	

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
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の職員会議に管理職が出席、各会議の報告、委員会活動の報告、相談を行い、反映させる機会としている。人事考課時の面談の他に、管理者・リーダーが随時職員面談を行い、要望や思いを聞いている。	オアシス全体の会議は隔月に実施、運営の検討、年間プログラムによる研修をしている。ホームの会議は毎月実施、利用者のケース検討をしている。会議では職員は積極的に発言し、「小学生の職場体験時には利用者と同じ食事を提供してはどうか」や記録の書き方についての意見等が出され、話し合っている。職員はシフト、外部研修受講、資格取得等の希望を言い、年度ごとの目標を立て、施設長との面談で達成に励んでいる。利用者を担当し、委員会活動等により、役割分担している。法人は基礎研修、ステップアップ研修を初め感染症、事故防止、サービス向上等テーマごとの研修を実施している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回の人事考課面接以外に、要望や思いを聞く場として、ユニットリーダーが必要に応じて面接を実施している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内外の研修を受ける機会を作っている。介護技術は研修や職員間で学習・伝達し、個人の力量が向上するよう努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	頻度は少ないが、他グループホームに行き交流を持っている。		
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	入居前よりご本人の情報を大切に信頼関係が構築できるようにしている。また、日々のコミュニケーションの中で心身の状態を把握し、安心して生活して頂ける関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前の段階から、ご家族の思いに傾聴し、その情報を職員間で共有し、柔軟な対応が出来る様に努めている。		

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	入居前の情報・面接時の情報を基に、ご利用者、ご家族の想い・希望を把握し必要な支援を提案し提供につなげている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	余暇活動や食事作りでは、ご利用者の経験や趣味を生かした内容となるように、検討している。職員がご利用者に教わる事も多い。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時を含めた随時連絡を取り合う中で、ご家族、ご利用者間の情報を共有している。また、新聞を作り施設での様子をお伝えしている。外出・外泊や、地域の行事に参加したりと、ご本人とご家族の関係も大切にしている。		
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	ご自由に面会して頂ける環境、昔からの行きつけの美容院などに出かけることで、馴染みの関係が継続出来る様にしている。自宅に外出もされている。	利用者の友人が面会に来て、他の利用者とも知り合いだったことがわかり、会話が弾んでいる。利用者の夫が牧師で教会に通っていた信者が会いに来てくれる、。山形出身の利用者が一度故郷に帰ってみたいという思いを叶えたいと思っているものでできていない。実家に行きたいという利用者の思いを実現するためにいろいろ話し合っている間に利用者が入院したのでできていない。	利用者はホームで人生の最後のステージを過ごしている。もう一度会いたい人、どうしているか気になっている人、もう一度行ってみたい場所、夫との思い出の場所等、会いたい人や行きたい場所という願いに添って支援することが望まれる。
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	ご利用者間の人間関係を把握した上で、必要に応じ職員が入り、コミュニケーションが円滑にとれるようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約が終了しても、ご本人への面会や必要な支援を行っている。また、施設外でご家族にお会いした時は、近況報告を交わしている。		

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	入居前の面接で、ご本人、ご家族から希望や思いの把握に努めている。ご家族とは、面会時や電話連絡時に状況報告と合わせて要望等を聞き出す努力をしている。ご本人には、コミュニケーションを図る中やケアカンファレンスに参加して頂き、希望を聞いている。	利用開始の前に利用者の自宅を訪問し、家族とも面談、利用者の生活環境を観察、生活習慣等、情報を収集している。「足の力が弱まらないように歩きたい」「仕事をしたい」「どうしたらいいのかわからない。助けてほしい」「不安がやわらぐように話をしてほしい」等、利用者の率直な思いを聴取している。京都、高知県、山形等の出身地、生家は農家、戦争中のこと、見合い結婚、子どもは1男1女、日本髪を結う仕事、電話局の交換手等、利用者の生活歴を記録しているものの情報量が少ない。	グループホームでの利用者の生活を支援し、笑顔が出る毎日を過ごしてもらうためには利用者を深く理解することが欠かせない。利用者のこれまでの人生がどのようなものであったのか、何を生きがいとしているのか等を知るために、生活歴の情報を収集することが望まれる。
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	必ず入居前に自宅を訪問し、生活環境・生活習慣の把握に努めている。入居前面接情報と入居前情報ツールを使用し情報提供を行っている。		
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	努め、申し送りを中心に職員が把握できるように努めている。新たな取り組みとして、各職員の情報を入所後情報表をアセスメントツールとして活用し情報の共有化を図っている。		
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	職員が介護計画の内容を把握するため計画一覧表(2種類)を作成しケース記録入力時に見える位置に置いている。独自のモニタリング表を基にカンファレンスで検討し、3か月ごとに見直しを実施している。	利用者の担当職員がアセスメントし、ケアマネジャーがカンファレンスで職員と話し合いながら介護計画を作成している。介護計画は身体介護の項目が中心で、一部の利用者には思いに添った項目があるものの、暮らしのなかの楽しみや生きがいの項目がない利用者も多い。介護記録は介護計画の項目に添って書いているものの、利用者の行動の記録であり、モニタリングの根拠となるには情報が少ない。ユニット会議で「介護計画の実施状況」「利用者の満足度」「介護計画の変更の有無」「変更の理由」の項目で毎月点検し、モニタリングしている。	介護計画は重度な利用者も含めて、どんな利用者にも暮らしのなかの楽しみや生きがいの項目を入れること、介護計画は目標である抽象的な言葉でなく具体的な言葉で書くこと、支援の力には家族や友人、地域の人等インフォーマルな力を入れること、介護記録は介護計画の項目に添って介護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4点が望まれる。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	記録は主にコンピューターソフトに入力している。ケアプランに沿ったケアが出来ているが、不十分な場合は必要に応じ指導している。報告・連絡・相談は申し送りノートを活用し情報共有に努めている。		

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	ご本人、ご家族の希望に応じ、可能な範囲で柔軟な対応を実施している。体調不良やADL低下された場合等も、その時々にあった個々の対応を実施している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	年間を通じて地域行事に参加している。また、ご家族の協力も得て、地域に出掛ける事もある。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	それぞれのかかりつけ医に受診されている。緊急時は施設の協力医療機関に受診している。	利用者の従来のかかりつけ医に家族同行で定期受診しており、ホームでの利用者の状況に変化があった場合は文書にして医師に伝えている。医師の診断結果は家族から情報を得ている。認知症の受診をしている利用者もいる。歯科は訪問歯科医や歯科衛生士を利用している。	
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	現在、訪問看護師の利用はない。日々の様子、関わりの中から得た気づき等は、施設の看護師に相談し職員間で共有、必要に応じて受診できるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入退院時には、的確に情報が得られるよう、また円滑に退院し元の生活が送れる様、ムンテラに出席している。入院中は定期的に面会し、ご本人の様子、病状確認等の情報交換を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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	入居時にご意向をお伺いする他、主治医より終末期と判断された場合、随時相談を受ける事としているが、現在職員体制から終末期ケアの実施は困難な状況である。	契約時に利用者・家族から終末期についての意向を聴取している。さらに利用者が重度化し、かかりつけ医から終末期との判断が出た段階で医師、利用者・家族とのカンファレンスをもち、グループホームでできることを説明、改めて意向を聴取している。職員は利用者を最期まで看たいという気持ちが強いものの、未経験なための不安も大きい。職員にはターミナルケアの研修を実施している。看取り実施の事例はない。	

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
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変や事故発生時は、マニュアルを基に行動する事としている。マニュアルはすぐに見れるところに置いている。全職員3年に1回救急救命講習を受講している。		
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	年間計画で避難訓練を年2回計画している。過去に水害に遭っており、以降水害時を想定した地域との連携の取り方(見直し)等を運営推進会議などで協議している。(災害訓練は、平成29年度第2回訓練で実施予定)	火事、水害、地震を想定した避難訓練を年2回実施、消防署の協力を得ている。水害については過去の辛い経験から、何度も話し合い、エレベーターを使わず、3階へ上がる訓練をしている。地震は市の指針がある。AEDを設置し、職員は全員普通救命訓練を受講している。ハザードマップを掲示し、職員は危険個所を認識している。地域からの避難を受け入れると表明しており、備蓄も要望があれば支給するので、大量に準備し、3階の倉庫に保管している。	
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	ご利用者同士の会話では、その場面の雰囲気やご利用者の表情をみて職員が会話に入り、対応している。トイレ誘導等個人に触れる場面では、プライドやプライバシーを損ねない対応を行っている。	高齢者への丁寧な対応と言葉遣いを基本としている。親しんできてぞんざいな言葉遣いや子ども扱いをした「○○ちゃん」は禁止、丁寧すぎる言葉も求めている。意思表示が困難な利用者にも暮らしのなかで飲み物や着る物等を自身で決めてもらいたいと、選択肢を用意したり、表情やしぐさを読み取るようにしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々の生活の中で、自己決定が出来る個別支援に努めている。特にレクリエーションでは、不定期開催としながらも、ご利用者の趣味・得意不得意を考慮し、決定して頂いている。	nakade	
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	各ご利用者の過ごし方について、ほぼ把握できている。ご利用者同士の会話から「散歩に行きたい」「旅行に行きたい」などの声を聞きとり、対応・実施している。日帰り旅行では「楽しかった、また行きたい。有難う」等、喜びの声を聞く事が出来た。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	洋服等ご本人の身にまつわるものは、好みを取り入れたり、季節に合った服を着て頂いている。外出時や行事だけでなく普段からお化粧の促しは行っている。その他普段の身だしなみでは、汚れや尿臭にも気を付けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日常の配膳や片付けの他、調理(週3回)や手作り喫茶(日々のおやつ)を行っている。不定期ではあるが、外食・喫茶外出を実施し、施設外の雰囲気や味を楽しんで頂く支援をしている。	ふだんは管理栄養士がカロリー値や栄養バランスに配慮した献立を厨房で調理したものが運ばれてくる。野菜や肉、魚等を入れた変化に富んだ献立であり、食事委員会で毎月検討している。毎週3回は昼食クッキングとしてスーパーのチラシを見ながら利用者と話し合って献立を立て、利用者と一緒に食材を買いに行き、調理をしている。野菜切り、豆の皮むき、盛り付け、食器洗い等、利用者ができることをしている。花を飾った食卓を4、5人ずつが囲み、賑やかに会話しながら食事を楽しんでいる。認知症により食事摂取に課題のある人には共に食事している職員がさりげなく介助している。誕生日は利用者の「おいしいものが食べたい」との希望であちこちの店に出かけている。	
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	食事はカロリーを考えながら提供している。水分摂取はお茶の他、ゼリーやスポーツドリンクなども提供している。必要・ご希望に応じ夜間も配茶を行っている。		
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	就寝前の口腔ケアを実施している。必要に応じ、見守り、介助を行っている。義歯洗浄剤使用については職員が管理している。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄援助が必要な方は介護計画に立案し、情報共有しながら状態を把握している。排泄物品もその方に合った物を検討しご使用頂いている。	排泄はトイレでの自然排泄となるべく布パンツが可能なように支援している。約半数の利用者は尿意があり、トイレの場所をわかっており、排泄の自立をしている。利用者の排泄パターンを把握している職員が声掛け誘導をしている。運動や水分としてゼリーを提供し、薬に頼らない排便を支援している。一部の利用者は便秘薬を服用している。	
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	十分な水分摂取と運動等により便秘を予防出来ている。排便の有無は、毎日のトイレ清掃、下着の確認、聞き取りで把握し、ケース記録で残している。		

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
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	ご希望や体調を見て入浴して頂いている。受診前や散髪後にも必要に応じ臨機応変に対応している。今年度から入浴を楽しんで頂くために、様々な入浴剤を使用し楽しい一時をお過ごし頂いている。	両ユニットから廊下伝いに真ん中の位置に浴室があり、ついたてをはさんで2つの個浴を据えており、大きな窓から四季の風景が目に入る。入浴中に会話している利用者もいる。スケジュールを決めずに午後の時間帯で利用者に声掛けし、入浴を支援している。毎週2回以上、3、4回入っている利用者もいる。入浴拒否の強い利用者にも清拭やシャンプーだけ等を含めて支援している。ゆず風呂、香りの良い入浴剤、お気に入りのシャンプー等は入浴の楽しみである。	
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	夜間帯からの申し送りで、睡眠についての情報を共有し、必要に応じ日中昼寝を促している。また、夕食後は自然に睡眠に入れるよう、リビングで過ごして頂いている。(消灯時間は決めていない。)		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	全職員が服薬内容を把握し誤薬、服薬忘れが発生しないようにしている。内服薬の変更があれば直ちに職員に伝達し、共有している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	不定期であるが、レクリエーションを実施。ご利用者が得意とされている事や楽しみにされている事を取り入れている。(料理、裁縫、歌、習字等)また、レクリエーション以外にもベランダの花や野菜の水やり、草引きなどで役割を担って頂いている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	ドライブや散歩、スーパーなどへの買い物は、日常生活の一部として随時実施している。また、ご希望に沿った外出も行っている。(自宅でご家族、親戚と過ごせる支援等)	気候が良く、天気が好い日は利用者は散歩に出かけ、建物の周りや近くの若宮神社、西福寺等へ出かけている。近の花を育てている家へ行くのは楽しみである。車椅子の人も含めて毎週1回は外に出るよう支援している。京北町での見事な桜を見た花見、日帰り旅行として京都水族館、亀岡の出雲大神宮へのお参り、おいしい店を探して行く喫茶外出等々、年に3、4回はみんなでドライブしている。利用者のおやつや飴を買いに行きたい、洋服を買いいたい等の声に対応して個別の外出をしている。	
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切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	金銭管理はご本人管理を基本としている。管理が必要な場合は預かる事もある。特に外出、買い物では、経済活動の良い機会となっている。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話があった際は、職員が誘導し使用頂いている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご利用者・ご家族・来苑者に日常生活の様子を見て頂く為に、習字などのご利用者の作品や外出時の写真を廊下やリビングに展示している。ベランダの花壇では、季節の花や野菜を育てている。	3階でエレベーターを出ると、吹き抜けの中庭のまわりに口の字型に2ユニットがあり、廊下伝いに相互に交流ができる。それぞれの玄関には下駄箱の上に季節の花を生け、ユリが香っている。廊下の外部に面した大きな窓からは四季の風景が目に入り、内部に面した一部はガラス戸からベランダに出ると芝生や畑になり、利用者が花や野菜を育てている。廊下の壁には利用者作の書や絵、行事の写真飾り、所々に置かれたソファは利用者の居場所となっている。キッチン付の居間兼食堂は広すぎず、居心地の良い空間である。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	主にリビングがコミュニケーションの場となっている。ご利用者同士で、居室や廊下の椅子で自然に談話が始まっている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご自宅で使用されていた家具などを自宅から持ち込んで頂き、居室環境を大きく変えないうことで落ち着ける空間づくりに心掛けています。	居室は洋間と和室があり、トイレと洗面台を備えベッドを置いている。和室は格子戸を開けて土間をあがり畳の部屋に入るとふすまの押入れがあり、奥のガラス戸からはベランダに出られる。明るく、四季の風景が目に入る。廊下に面した窓は障子仕様になっている。利用者はタンス、座卓、座椅子、座布団、テレビ、時計、カレンダー等を持ち込んでいる。仏壇を置き亡夫や先祖の位牌に毎日お茶とお仏飯を供えている人、好きな園芸で育てた花の鉢を並べている人、自慢の絵画、短歌を流麗に書いた書の額等を飾っている人、いずれも利用者の個性あふれる部屋となっている。	
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	居室掃除、洗濯干し、料理等ご利用者自身で出来る事は見守りを中心としている。		