

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	2694000171		
法人名	社会福祉法人 京都福祉サービス協会		
事業所名	グループホーム桂坂		
所在地	京都市西京区大枝北沓掛町1丁目21番地の94		
自己評価作成日	平成30年11月20日	評価結果市町村受理日	平成30年5月1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	http://www.keigokensaku.nhw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detai_2019_022_kami=true&id=gyosyoCd=2694000171-00&PrefCd=26&VersiionCd=022
----------	---

【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 市民生活総合サポートセンター
所在地	〒530-0041 大阪府北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル
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)】

当事業所は桂坂学区の福祉ゾーンに位置し、洛西ふれあいの里保養研修センターが担ってきた地域コミュニティの拠点としての役割を踏まえ、高齢者の居場所づくりの推進や、地域住民同士の交流の場の提供など、地域で高齢者を支えるネットワークの構築に力を入れています。
 認知症があってもその方らしく最期まで暮らし続けられるように、また、認知症を正しく理解し、入居者の視点で入居者の思いに沿った支援ができるように、職員間の協力や、医師、訪問看護、薬局や訪問リハビリなど他職種との協働に関わることを意識して取り組んできました。
 そのことにより、一人ひとりが安心して暮らしていける環境を提供できるようになると確信しており、今後もさらなる協力連携体制の構築を図っていきます。

【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)】

当該ホームは『「ともに歩み」「ともに支え」「ともに暮らす」を大切にします』という施設理念を基にホームの具体的な分かりやすい運営方針を設定し、職員間で協力しながら利用者に対して、きめ細かく丁寧な支援を行っています。職員はその人らしく暮らすには何が一番大切なのかを考え、日々の気付きを取り入れた介護計画を作成し、外出が可能な利用者は慣れた場所であれば一人でもできるように支援したり、料理が得意な利用者同士で昼食を作ってもらうなどして利用者のできる力を引出しています。排泄の自立支援にも力を入れており、支援の結果失敗が減り自信を取り戻す利用者もいます。ホーム開設から3年目を迎え、地域交流スペースの貸し出しや地域行事に参加することを通じて地域交流も少しずつ深まっています。

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)	○ 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)	○ 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、安心して暮らさせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

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	スタッフルーム内に理念を掲示している。管理者及び主任により、社内メールで適宜、理念に沿ったケアが出来る様に呼びかけている。	施設理念を基にホームの年間運営目標を立て、事務所に掲示すると共に入社時の新人研修などで理念について細かく説明し理解してもらうようにしています。月1回のグループホーム会議で理念に沿った支援ができていのかどうかを振り返り、半期毎に達成度を確認すると共に見直しを行っています。	
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	地域の方が敬老祝賀会、クリスマス会、餅つきなどに参加され交流を図っている。地域のお祭りなどにもご入居者と職員が参加し、交流をしている。	ホームの1階には地域交流スペースがあり地域住民に貸し出しを行い、ホームの事を知ってもらうきっかけになり、散歩の時など行き交う人と挨拶を交わし、地域で開催される花見や夏祭り、秋祭りなどに利用者と一緒に参加したり、ホームで開催する餅つき大会には児童館の子供たちに参加してもらうなど関わりを持つよう取り組んでいます。	
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	各学区の地域ケア会議へ参加している。認知症サポーター講座などの協力をしている。ご入居者のケアプランが事業所の画一的なケアにならないように工夫しながら立案し、ケアの提供を継続する事で、地域にお住いのご家族から丁寧にケアしていただいていると評価いただけるようになった。又、訪問看護ステーション、訪問診療、診療所医師と職種間連携を積極的に図り、認知症の方が安心して暮らせる場所と評価をいただいている。		
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	運営推進会議で頂いた質問、助言に丁寧に回答をしている。	会議は利用者家族や自治連合会副会長、地域包括支援センター職員、近隣の介護福祉施設の施設長などの参加を得て、2か月に1回開催しています。ホームからは利用者の状況や行事活動報告、事故報告などを行い、参加者からは地域や行事の情報を得ており、初詣の情報や腹話術のボランティアを紹介してもらい敬老会に来てもらうなどホームの運営に活かしています。	
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取り組んでいる	地域包括支援センターに積極的に交流を図り、協力関係を築いている。	運営推進会議の議事録を担当窓口へ持参したり、分からない事が出てきたときには訪問や電話にて確認しアドバイスをもらったり解決するようにしています。行政が主催する研修などには可能な限り出席するようにして連携を保ち協力関係ができるように努めています。	

グループホーム桂坂

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	自由に外出がしたいと思われるご入居者の要望に沿うようなケアをしている。 施設の都合に合わせた画一的なケアにならないように、事業計画を作成し、ご本人の意向に沿ったケアの提供が出来るように工夫している。 身体拘束に関する研修を実施している。	身体拘束に関する研修は、法人が作成したビデオをもとにホーム内で年に2回実施し、当日参加できない職員については伝達研修も行っています。言葉による行動制止についても注意を払い、利用者の要望にすぐに応えられない場合は、理由を伝えるようにしています。不適切な対応があった場合は職員同士で注意し合っています。外出希望のある場合、元気な方は一人で出かけたり職員が付き添い散歩に出かけるなど気分転換を図るようにしています。	
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	虐待に関する研修を実施している。 丁寧な言葉づかい、丁寧な対応が出来ているか、指示的な言動は無いかなど注意を計っている。		
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	リーガルサポートによる、成年後見人についての研修を実施している。資料は全職員に配布し制度について理解を深めていけるよう教育している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約の際、解約の際は、重要事項説明書、契約書等一つずつ説明している。		
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	ご家族からの苦情、相談の報告書を作成し、管理者、主任、ケアマネ、担当職員、ご家族と話し合いをする機会を設けるなどケアに反映できるようにしている。	利用者の要望については、日々の関わりの中で聞くようにしており、家族の意見については、年1回の満足度アンケートや面会時に利用者の様子を伝えながら聞くようにしています。アンケートの結果については運営推進会議で報告し、普段の利用者の様子や支援の内容が分からないとの意見があり、職員間で検討し「毎月のお便り」を送付するなど運営に反映させています。	
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	定期的にヒヤリングを実施している。 指示的にならないようにケアに関する意見を中心に積極的に意見を聞く様にしている。	職員の意見については、日々の業務中での意見交換や3か月に1回開催されるグループホーム会議の他、年2回の個人面談、職員の様子を見て随時の面談などを行い聞いています。提案された意見の中から薬の飲み忘れや服薬ミスを無くす方法、入浴がスムーズにできるようなシフトパターンなどを話し合い、業務改善等に繋がるように全員で取り組んでいます。	
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	残業の削減、ライフワークバランス等に合わせた勤務調整などを実施している。 職員同士の間人関係、職員、ご入居者との人間関係の把握に努め、心理的負担が無いように、声掛けを中心に行っている。		

グループホーム桂坂

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		○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	経験年数に併せて、法人内研修の参加。実務者研修への参加が出来る様に勤務の調整を行っている。又、ケアについて必要な資料の配布などを積極的に行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域密着協に属し、部会に参加できるようにしているが、今年度に関しては、職員が安定せず、参加実績が少なくなっている。		
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	初回面接時、ご入居時にご本人の要望を時間を掛けて聞いている。又、事業所で出来る事等を伝えし、ご入居時に不安が出来るだけ少ないようにしている。		
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	初回面接、入居時に必ず要望を聞きケアに反映している。ご面会時には普段の様子を積極的にお伝えしている。		
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	面接時や入居時の要望について状況把握をしながら、ケアプランに反映させている。		
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	ご本人の嗜好、思いを記録し、職員間で共有している。又、ご本人にとってより良い暮らしであるかを常に問うようにしている。ご本人の意向に沿ったケアを行うために、ケアの前には必ず同意を得る様に指導している。		
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	ご本人とご家族それぞれの意向を伺いながら、ご家族が気兼ねなく、面会に来れる環境整備を行っている。		
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	ご本人の大切にしてこられた場所、思い出の場所などを積極的に伺い。職員がご入居者の生活背景を大切に出来る様にコミュニケーションを図っている。	親戚や元勤務先の同僚、囲碁サークルの友人などの来訪があり、椅子やお茶を用意し居室などでゆっくり過ごしてもらえるようにしています。職員と一緒に入居前の家に出かけたり、家族と一緒に外出する際には、身支度や薬の準備、トイレの時間のアドバイスなどをしてスムーズに出かけられるよう支援しています。	

グループホーム桂坂

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	ご入居者同士の関係性や性格などを把握しながら座席を工夫したり、交流が図れるように職員も一緒に家事やレクリエーション等を楽しむ機会を作っている。		
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	ご入居者のご家族が、認知症の症状があるなど相談を受けた場合は、積極的にフォローできるように声掛けを行っている。また、看取りケアの実施についてご家族と話し合う場を設け、当事業所が出来るケアをお届けした事で、また遊びに来ても良いですか？などのお言葉をいただいた。		
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	画一的なケアにならないよう、PDCAサイクルでケアの見直しを行っている。職員がご入居者がゆっくり関わられるように職員間で協力している。担当職員を中心にご入居者のケアの見直しや検討して欲しいことがあれば、気づき、連絡ノート等を用いている。	入居前の面談で、これまでの状況や生活歴、趣味、医療情報、本人や家族の意向や要望を確認しています。入居後は会話や表情、しぐさ、様子を見て気付いた事をケース記録や気づきノートに残し職員間で共有しています。思いや意向の把握が困難な場合は、職員間で本人本位に検討しています。	
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	センター方式のシートの作成を積極的にしている。		
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	新規ご入居者の方は、一週間24時間シートの記入。主治医や訪問看護師などに日常の様子を連絡相談している。 (主治医がそれぞれ違うので、手紙、受診付き添い、ご家族に伝えるなどニーズに合わせている)		
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	モニタリング表を職員が毎日チェックし、担当職員やケアマネが評価している。日々の記録や職員間のコミュニケーションで現状課題を分析し、チームでケア内容を決め実践している。現状に即したケアを実践するために気づきノートを積極的に活用している。	本人や家族の意向を確認しアセスメントを行った後、サービス担当者会議を開催し介護計画を作成しています。介護計画期間は6カ月が基本で、3カ月ごとにモニタリングを実施し、状況に変化があれば随時見直しを行っています。見直しの際には、再アセスメントを行い主治医や看護師の意見を事前にもらいサービス担当者会議を開き介護計画が現状に即したものになるようにしています。	
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	モニタリング表を職員が毎日チェックし、担当職員やケアマネが評価している。日々の記録や職員間のコミュニケーションで現状課題を分析し、チームでケア内容を決め実践している。現状に即したケアを実践するために気づきノートを積極的に活用している。		

グループホーム桂坂

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	モニタリング表を職員が毎日チェックし、担当職員やケアマネが評価している。 日々の記録や職員間のコミュニケーションで現状課題を分析し、チームでケア内容を決め実践している。現状に即したケアを実践するために気づきノートを積極的に活用している。		
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	これまで暮らして来られたライフスタイルの把握に努め、ご本人の要望があれば地域のサークル等に参加出来る様に工夫し支援している。		
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	面接時等に回診について伝え、これまでのかかりつけ医及び回診医を選んでいただいている。 必要に応じて、精神科、整形外科、眼科等の医療機関に受診できるように主治医や訪問看護師に相談しながら必要な医療を積極的に受けられるように努めている。	入居時に今までのかかりつけ医を継続することも可能であることを説明し選択してもらい、そのまま継続している利用者もいます。ホームの協力医は月に2回往診があり、24時間連絡が取れる体制になっています。また週1回、訪問看護師の健康管理も受けています。今までのかかりつけ医や専門医への通院は基本家族対応ですが、状況に応じて職員が付き添う事もあります。必要に応じて歯科医往診や訪問リハビリを受ける事も可能です。	
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	週一回の訪問看護師訪問時に医療連携ノートを用いて連絡している。 事故や体調の急変等は電話で相談している。 看取りの際にも、現状と当事業所が行っているケアの連絡を行い、必要なケアの提供ができる様にしている。		
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。	入院時には主治医に医療情報提供票を直ぐに送付して貰えるように手配。介護に関するサマリを提供している。地域連携室の職員とも連絡し合っている。退院時カンファレンスの依頼を積極的に依頼している。		
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	入居時に看取り指針の説明、希望書の確認を行っている。又、食事摂取量の低下や体重減少など心身機能の低下がみられる時には、主治医に相談する。看取り期である事や疾病により突然心停止などの可能性が高いなど利用者ごとに対応マニュアルの作成をしている。又、想定される内容の説明を出来るだけ主治医、ケアマネ、介護職員間で共有できるように、必要に応じてカンファレンスの実施を行っている。	入居時に看取り指針を基にホームとしてできる事やできない事を説明し意向の確認と同意をもらっています。重度化した場合は、医師より家族に対して説明があり、再度意向を確認し、家族と医師、看護師、職員で話し合い方針を決め、注意事項やアドバイスをもらいながら家族と協力し支援しています。職員に対しては看取り経験の振り返りや看取り介護指針を基に年1回、ホーム内で看取りについての研修を行っています。	
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	緊急時の対応研修を年に1回実施。各利用者ごとに緊急時対応マニュアルを作成している。		

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
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	ふれあいの里消防互助会に属し、相互に連携が取れるようにしている。昨年度より、この福祉ゾーンの施設が合同で消防避難訓練を実施し、連携を確認している。	年に2回、消防署の立会いの下、昼夜を想定した避難訓練を実施し、可能な利用者と一緒に通報や避難誘導、初期消火訓練を行っており、地域の方への声かけや運営推進会議で案内や報告をしています。また地域の消防互助会に所属し、合同消防避難訓練に管理者が参加して連携を深めています。備蓄品は3日分の食料品やカセットコンロ、ヘルメット、懐中電灯などを備えています。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	職業倫理研修の実施、事業計画に丁寧な言葉づかい、丁寧な対応実践と掲げている。	接遇マナーや法令順守についてホーム内で研修を実施し、職員に周知すると共に年2回接遇マナーに関するチェック表を基に振り返りを行っています。日頃から利用者に対して失礼のない丁寧な対応や言葉づかいを心がけ、羞恥心を伴う介護時には可能な限り同性介助ができるように配慮しています。	
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	日常生活で常にご本人の意向の確認を行っている。又希望や要望があれば、傾聴しケースに記録し、共有している。言語でのコミュニケーションが困難な利用者は、表情や仕草なども記録している。全利用者の嗜好を把握するように努めている。		
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	事業計画にも画一的なケアの提供ではなく、ご本人のライフスタイルに合った暮らしを提供出来るなど目標に上げ、センター方式シートの作成を実践しケアについて振り返る機会を作っている。 また、ご本人の意向を確認しながらケアの提供を実施できるように努めている。		
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	女性は部屋から出る前に鏡の前に誘導し、髪やお化粧の確認ができる様にしている。 男性は髭が伸びているなどに気配りをし、必要に応じて支援している。季節やイベントに合った衣類を選択できるように努めている。		
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	昼食の準備、食材の買い物などは出来る方に実践していただいている。片付けについては同テーブル間でお盆に押ししていただく。テーブルを拭くなど出来る事を依頼するようにしている。	朝食と夕食については業者から食材と献立、レシピが届き、昼食は旬のものや利用者の好みを取り入れてホームで考え、可能な利用者には米ときや野菜のカット、味付け、盛り付けなどをしてもらい、3食ともホームで作っています。職員も必要に応じて利用者の介助や会話をしながら一緒に食事をしています。適宜、外食や季節ごとの行事食、ケーキなどのおやつ作りも取り入れ、食事が楽しみなものになるように努めています。	
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	食事摂取量の把握。水分摂取量の把握に努め、必要な方はケアプランに1日の摂取水分量を入れ、職員が意識しながらご本人の負担にならない摂取を工夫している。		

グループホーム桂坂

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	口腔ケアをご自身で出来る方、出来ない方など把握し、就寝前は全員、必要な方は毎食後に口腔ケアの実施をしている。		
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	昼夜共に排泄パターンの把握。排泄用具を適切に使用している様に失禁された尿量の測定などを積極的に行い。必要な排泄用具の提供が出来ている。	座位が可能な方はトイレでの排泄を基本として、各個人の排泄チェック表をつけ、リズムを把握し表情やしぐさを見ながらトイレへの誘導を行っています。尿量も確認しパッドなどの衛生用品の使い方や支援方法を日々の業務の中でその都度検討したり、業者に排泄用品について相談しています。支援の結果、紙パンツから布の下着の使用に戻り、肌荒れ等が改善した方もいます。	
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	水分摂取量に意識をしながら、便秘傾向の方には医療従事者に相談している。		
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	入浴をご本人の希望や心身の状況に合わせて出来る様に、入浴票を作成し、入浴の有無が確認出来る表を用い、入浴支援している。	週に2回は、日中に入浴してもらえるように支援しており、希望があれば、回数を増やすことも可能です。湯は一人ひとり入れ替え、ゆず湯や菖蒲湯などの季節の湯や好みの石けんやシャンプー、リンス、洗顔フォームなども持参してもらい気持ちよく入浴してもらっています。拒否される方については、声のかけ方や時間、職員を変えたり、回数を減らして足浴にするなど無理のないよう支援しています。	
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	消灯時間は決めず、日々の暮らしの中で就寝時間が把握できるように工夫している。 (灯りの調整、夕食後の雰囲気作り、寝間着への更衣など)		
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	内服薬を全職員が把握できるよう、薬情を薬入れに入れてある。夜勤者が薬のセットをすることになっており、処方の変更があれば、医療連携ノートで申し送りしている。薬の副作用などの症状が把握できるように医師や薬剤師に積極的に確認している。		
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	生活背景等を把握しながら、食事の準備や手芸などを実践していただける様にしている。 男性は、バスに乗りし将棋サークルに通えるように支援している。 買い物に出かけたり、カラオケやレクリエーションも実施している。		

グループホーム桂坂

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	入居後、これまで通っていたなじみの店、サークル、医療機関など外出していただいている。	近所への散歩や初詣、桜やひまわりコスモスの花見等の他、長岡天満宮や紅葉狩り、植物園などへ遠足に出かけており、家族に参加してもらうこともあります。またホームから行先やバス会社、警察など各方面に予め連絡をして準備を整え、GPSの携帯を持参してもらい図書館や囲碁のサークルへバスに乗って1人で出かける利用者もいます。	
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	個別でご本人の希望に沿って、必要な物を購入して頂いたりしている。金銭管理が難しい方は、貴重品の管理委任契約を結びお預かりしている。		
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	ご本人が希望された場合は、電話を掛けていただいている。		
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	室温、湿度については、共有部分はご入居者に確認したりしながらせてい出来ている。 照明については、リビングは時間に応じて変更、窓から差し込む光がまぶしい際にはカーテン等で調整している。不必要な音が無いように丁寧な行動を意識できるように職員に伝えている。	共用空間の窓からは季節を感じられる風景が広がっており、時間帯によっては光がまぶしい時があるのでカーテンで調整をしています。テーブルやソファなどもバランスよく配置し、程よい距離感が取れるようにしています。清掃や換気は可能な利用者と一緒に行い、空気清浄加湿器も備え、体感にも配慮しながら温度調整をして心地よく過ごせるようにしています。	
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	食事の際の座席への配慮、レクリエーションや談話される時には、気の合った利用者同士が関わられるように意識している。		
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	入居の際には、ご本人になじみのある家具などの持込を提案したり、心身機能に応じて設えを変更する提案等を行っている。	入居時に今まで使っていた馴染みの物を持参してもらう様に伝え、テレビやタンス、カーテン、大切な家族の写真、趣味の編み物道具などの持参があり、動線を考えながらその人らしい居室になるように家族と相談しながら配置しています。希望の方は敷き布団を敷いて休むこともできます。掃除や換気は毎日行い、快適に暮らせるように配慮しています。	
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	ご入居者が使用されている福祉用具(シルバーカー、車椅子)の使用がしやすいように動線の確保、設置場所の確保が出来る様に工夫している。 ベッド、ベッド柵についても状態に合わせて使用できるようにしている。		