

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	2671300206		
法人名	社会福祉法人 弥勒会		
事業所名	グループホーム いでの里		
所在地	京都府綴喜郡井手町大字井手小字弥勒1-1		
自己評価作成日	令和4年7月14日	評価結果市町村受理日	令和4年9月13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。

基本情報リンク先	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_022_kami=true&jiqyosyoCd=2671300206-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会		
所在地	〒600-8127京都市下京区西木屋町通上ノ口上の梅湊町83-1「ひと・まち交流館 京都」1階		
訪問調査日	令和4年8月10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)】

入所後も利用者と家族様、地域の方々との関係性を継続できるよう支援させて頂いています。また、それぞれの利用者様、家族様に対する対応を心がけています。以前は、年間行事(夕涼み会・敬老会・新年会等)やお茶会等を通して、家族様同士の親睦を深めることを行っていました。コロナ禍の為、季節行事を利用者様と職員のみで行えるよう内容を変更したり、中庭を利用した野菜作りや体操に力を入れてADL低下予防に努めています。誕生日は担当職員が利用者様の要望をお聞きし、その方にあったそれぞれのお祝い方法を模索し、行っております。

【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)】

桜の名所、玉川堤のほど近くに、井手町高齢者総合福祉センターがあり、1階はデイサービス等の居宅系、2階は特別養護老人ホーム、3階はケアハウスと認知症高齢者グループホームの居住系サービスとなっています。定員9名の当事業所では、コロナ禍でも可能な限り行事の充実を図り、利用者様を喜ばせる取り組みをされています。施設長のサンタクロースや、節分にはデイサービス職員扮する鬼等も登場して利用者様を喜ばせ、自家菜園の野菜を使った焼肉パーティー、本物の柏の葉を使った柏餅作り等で食の楽しみを味わい、花見や春・秋の外出では特製弁当やテイクアウトの寿司も楽しんでいます。その様子は、毎月の「ありがとう通信」やホームページで発信しています。また、昨年11月末や今年1月には、町や、井手町社会福祉協議会とともに、地域の2つの小学校で認知症サポーター養成講座を開き、キッズサポーターの養成に一役買う等、専門性を活かした社会貢献の姿勢も忘れません。さらに、2階の特別養護老人ホーム看護師による週1回の来所と利用者把握、夜間オンコール体制、主治医との連携体制等に見られる、医療的サポート体制も、利用者・家族・職員の大きな安心材料です。

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	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	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 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

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念やケア目標、職員の心得、接遇目標などを事業所内に掲示し、常に意識できるようにしている。また、それを基に利用者や家族への関わりを行っている。	「寄り添ってともに暮らす その方に応じたサービスを！」他1項目のケア目標を職員間で定め、事業所内に掲示し、以前は朝礼時に唱和していたが、勤務時間の短縮やコロナ関連の休職者等が重なり、現在唱和はしていない。ケア目標は介護計画作成に反映させて実践に繋げている。	勤務時間短縮により、現在は唱和をしなくなったので、職員の意識が薄れないように、ケア目標を毎月の広報紙に掲げる、あるいは、職員会議の冒頭で全員で確認する等により、更なる意識浸透を図られては如何でしょうか。
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	コロナ禍以前は、月に2回、社会福祉協議会のボランティアの方に訪問して頂き、コーラスの開催や、4ヶ月に1度、地域の太極拳サークルの方がリズム体操を行って下さっていたが、地域の行事(さくらまつり、文化祭、福祉祭り)も中止となり、地域ボランティアの方々が行われている「いで野菜作りの会」の参加も見合わせている。R3年度は、「いで野菜作りの会」の方が、利用者様が行いやすいようにと、プランターに芋掘り用の芋を準備して下さり、室内での芋掘りを開催するなどの、細々とではあるが、地域との繋がりを持っている。	コロナ禍により、以前のような行事やボランティア等を通じた付き合いは出来ないが、地域の方が小松菜や青梗菜を持ってこられたり、老人会の方がジャガイモを下さったりして交流している。町や、井手町社会福祉協議会とともに地域の小学校で「認知症サポーター講座」を開き、スライドを見てもらう等の啓発活動をしている。小学生の中にはグループホーム利用者の孫さんもおられる。	
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	地域の小学校の認知症勉強会のサポート役をさせて頂いている。		
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	利用者の状況(人数、介護度、状況、事故報告等)や活動報告を書面にて行っている。入所申し込みをされている方については、事前情報など電話でご対応して頂いている。R4年7月には、対面での開催をし、現在の地域のご様子をお聞かせ頂く予定である。	なかなか対面での会議開催は難しかったが、7月には対面で実現し、井手町役場高齢福祉課長、地域包括支援センター、老人クラブ連絡協議会会長、井手町社会福祉協議会事務局長等の参加のもと、利用状況、近況及び活動報告、事故・ヒヤリハットの分析や猿の出現等、地域色の濃い話題も交えて活発な意見交換をしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	グループホームいでの里では、地域性や井手町の範囲の狭さがある為、運営推進会議では地域資源の有効活用として、特に待機者確保の為、地域の実情など話し合い、協力して頂いている。	運営推進会議に町の高齢福祉課長や地域包括支援センター職員が参加し、話し合う機会を持っている。新型コロナウイルスに関連する物品の支給やPCR検査の連絡調整、骨折等の事故報告で、日頃から相互に連携している。利用者や入所待機者と行政の方とが、地縁的なつながりがあったり、顔見知りである場合も多く、親身になってくれている。	

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 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設周辺の環境、(階段、坂、周囲が竹藪)から、玄関の施錠は行っている状況であるが、閉じ込められていると思われぬ様、散歩や用事で外へ出る、スピーチロックを行わない様努めている。R4年5月に、GHでのスピーチロックのレポート提出を行っている。	法人内の安全対策委員会で、各事業所の代表者が毎月身体拘束の話し合いをおこない、事業所に持ち帰り報告している。また、5月に事業所内研修を実施し、全職員がレポートを提出している。年度内に別のテーマでもう1回実施予定である。職員会議でも、帰宅願望に対する接し方や、事故報告から見える接遇面の問題点等を検討して、職員が自ら考える機会を増やすようにしている。現在センサーマット使用者や拘束事例はない。	職員の研修レポートは一人ひとり丁寧に書かれています。書式がバラバラで、テーマや実施日時、記録日といった基本的な情報が記載されていません。法人内の身体拘束の話し合いの記録とともに、職員研修レポートも様式を整え、「身体拘束に関する記録」として整備・保管されるよう期待します。
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	上記と同様に、身体拘束の勉強会の際に、高齢者虐待についても学びの機会を持ち、職員同士が虐待を廃止する意識を共有し、声掛けや対応についても虐待に当たるものかどうかの見直しの機会を日々持っている。		
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	成年後見制度を現在も利用されている方がおられる為、十分とまではいかないが、学ぶ機会となっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	申し込み時、面接時には、事業所の特色(特養との違い等も含む)を説明し、GHでケアが出来る限界を説明し、利用者様が安心・安全に過ごして頂けるよう家族様にも協力を求めて、その上で契約を取り交わしている。不安や疑問はその都度お聞きし、納得して頂けるよう努めている。		
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	面会やお電話で家族様の意見の聞き取りを行っています。2月には家族様に向けて満足度調査を行い、頂いた意見を基にケアや運営に反映させています。また、運営推進会議で家族様の意見を報告しています。	毎年家族への満足度調査をしているが、肯定的な意見が多く、設置した意見箱にも意見は入っていない。たまに、筍が好きだったので、家族が茹でて持ってこられたり、本人に好きな食べ物を聞き、誕生日に提供する等して本人や家族の希望に沿った支援をしている。面会は扉越しであったり、距離を置いて対面して頂くなどその時の情勢に合った対応をしている。	
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	運営への職員意見は、日々聞き取りをしています。行事等の提案や計画も担当を作り、職員の意見を積極的に受け入れ、実現に向けた話し合いを持ち、担当者は利用者様が中心となって取り組めるものを提案し、職員間で共有して実行できるようにしています。	3か月に1度の職員会議では、各職員が輪番で司会者や書記になり、議題を決めて会議運営をおこない、当事者意識を高めている。年2回の人事考課面談でも、職員意見を聞く機会があるが、内容により、直接施設長や事務長に話しに行くことも出来、ストレスを溜めないように配慮している。職員1人当たりの夜勤回数が多く、職員増員への意見も出ている。	

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
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	評価制度を導入している。チャレンジシート(個人目標)をそれぞれ作成し、それにより、事業所目標と個人目標がリンクしていることをより意識でき、向上心を持って働けるよう整備をしている。半期に1回管理者との個別面談を行い、意識確認を行っている。		
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	新人職員にはプログラムを用意し、育成に取り組んでいる。また、全ての職員に対し、施設内研修・設外オンライン研修への参加も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	外部研修を通じて、他施設の情報交換を行っている。今後も外部研修など積極的に取り組み、実践を行う。令和2年度は、実践した取り組み結果を、法人・グループ内で発表を行った。		
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	サービスの導入希望があった段階で、法人内のサービスを利用されている方であれば、利用日に何度か会って話をするなど、関係作りに努めている。また、関係事業所よりその方の情報をできるだけ集め、入所当初からの混乱が少ないように努めている。		
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	申し込みの検討段階から、困りごとなどの相談を行っている。特に家族介護の負担に関しては、十分に聞き取りを行い、家族に対する精神的なケアに努めている。また、入所の順番が来ても、家での生活を継続希望があれば、その生活継続を優先できるように支援している。		
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	面接などで得た情報、馴染みの習慣の継続や、生活する上で必要不可欠な支援に重点を置いた暫定プランを立案している。また、医療面においては、主治医との連携についても、関係作りを家族も含めて行っている。サービス開始当初は家族様への連絡を蜜にとり、情報共有を行っている。		
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	自宅で行っておられた家事等を施設でも役割を持って行って頂けている。また、共に行う事も実践している。一方的な関係性にならないよう、行事食や昼食作りなど、職員が教えて頂きながら行っている。		
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	必要時の受診同行は家族様に行って頂いており、その為の情報提供は随時行っている。また、事故報告などを通して、対応策などを家族様と一緒に検討するなど、共に運営し、支え合える関係作りに努めている。		

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
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	今まで通われていた主治医への通院の継続や、往診依頼も可能な限り行っている。入所以前に、地域で交流を持たれていた方の面会時には、歌集を持参して下さり、共に歌う場の提供を行っている。	在宅時にカラオケサークルに入っておられた頃の友人の面会で、一緒に歌を唄ったり、1階のデイサービス利用の配偶者に会ったり、昔からおこなっていたラジオ体操や、口腔体操、好みの歌手のDVD視聴、馴染みの歌の歌唱、プリンターでの野菜栽培、洗濯物干し、電話の支援等を通じて、趣味や人間関係、生活習慣の継続を図っている。職員は毎月の「ありがとう通信」を家族に発送し、ホームページでも利用者の日頃の様子を知らせている。	
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	物作りや調理、用事等といった作業、ゲーム等のレクリエーションを行う事で、関係作りや連帯感がもてるように努めています。また、食事の時間などの呼びかけも、利用者様が時間を見て行って下さったり、ティータイムの飲み物や食事時のお茶の提供をして下さっています。		
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	いでの里特養に入所された方には、時々本人と特養にて話をするなど、関わりを持っています。又退所後も、家族様と経過状況の確認を取り、家族自身の介護相談を受けたり、支援を継続しています。		
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	家族様には入所時に、情報提供書(センター方式)を提出して頂き、面接やその他の相談時の(要望も踏まえた上で、ケアプランを作成している。入所後は1年に1度程度、担当職員が利用者様・家族様の意向に関しての把握を行う聞き取り調査を行っている。	所定のアセスメント表と、センター方式のシートの一部を用い、本人や家族の意向を書き留めている。日々の個人ケース記録にも、詳しく本人の言動や様子を記載し、意向の把握と実現に努めている。暴力的な言動のある方も、職員の対応により症状が和らぐ場合が多々あり、細かな支援方法を定めた、綿密な介護計画を作成している。3か月ごとに計画を更新し、事前にケースカンファレンスを開催し、職員間で方針を共有している。	
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	センター方式のA-1・4、B-1・2・3、C-1-2を家族様に記入して頂き、それを職員皆が周知する事で、把握に努めている。また、入所後も利用者様や家族様にお聞きし、把握する事に努めている。		
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	全職員がモニタリングを実施。プランの更新月には、利用者担当がプランの再検討を行う。計画作成担当者は、家族に次回のプランの意向等もお聞きした上で、再検討を基にカンファレンスを行う。全員からアセスメントしている現状に即した介護計画ができるように努めている。また、日毎気が付いた事をケース記録や連絡帳に記載し、職員間で共有している。		

京都府 グループホーム いでの里

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
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	個人のケース記録を基に、モニタリングでプランを、ケアアセスメントで身体の評価を行っている。モニタリングの中にセンター方式のC-1-2心のシートを設けることで、気づきや細かな変化、新たな要望なども記入しており、共有と見直しを行っている。	全職員が毎月個々の介護計画に目を通し、モニタリングをおこない、追記や新しい発見、違った見解があれば都度加筆し、全員で検討している。その結果をもとに、3か月ごとに介護計画を更新し、家族に同意をもらっている。また、入退院や急性増悪、支援内容の変更等があれば都度計画を変更している。	本人が様々な支援に支えられている事が一目で分かるように、介護職以外の他職種(主治医・看護師・歯科医・家族)等の関わりも施設サービス計画書(2)に記載すると、更に計画に具体性が出ると思われます。ご一考願います。
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	個人のケース記録を基に、モニタリングでプランを、ケアアセスメントで身体の評価を行っている。モニタリングの中にセンター方式のC-1-2心のシートを設けることで、気づきや細かな変化、新たな要望なども記入しており、共有と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	必要に応じて、職員が受診に同行している。また、医療連携体制をとっていることにより、主治医と特養医務との連携から、医療という場面で、家族様に対応しきれない部分や、施設生活を継続しながら療養を行える体制づくりが行えている。		
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	コロナ禍の為地域資源の活用ができていないが、感染が心配ない状況になれば、以前行っていた地域の方々のお力をお借りしたいと考えている。		
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	入所後も、基本的には利用者様のかかりつけ医にかかって頂いている。普段の状態・変化等は、受診時やそれ以外でも連絡を取り合い、情報共有に努めている。また緊急時や歯科は、協力医療機関に診て頂くよう体制を整えている。	在宅時からのかかりつけ医(3医療機関)が継続して訪問診療に訪れている。認知症専門病院には日頃の様子を伝えるためスタッフが受診に同行している。24時間の情報を伝えることにより服薬調整が上手くいき、穏やかに過ごされた例もある。2階の特別養護老人ホームの看護師を介して主治医と連絡を取り、緊急時も適切な指示が得られるようになっている。眼科や皮膚科など専門外来受診は家族に依頼している。歯科は希望者のみ訪問診療や口腔ケアを受けている。	
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	全員外部のかかりつけ医にかかっておられる為、受診時や往診時に適切な指示を頂くようにしている。令和2年2月より医療連携体制が運用開始となり、受診相談や必要時の看護を受けられるよう連携をとっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は、介護情報提供を行う。早期退院に向けて、病院SWや家族様と情報共有し、自施設で出来る事、できない事への明確化、退院後どのように生活していけるかなど、細かくやり取りを行っている。		

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
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	入所前より、GHでできる事とできない事を明確に伝え、お互いで共有している。サービス開始後は、普段の状況や変化について家族と共有し、入所の継続が難しくなってくると思われる時点で、次のサービスについての相談を開始する。地域の関係者には、運営推進会議時に報告を行っている。	介護度が高くなられた時は、浴槽の階段を昇降できるかを目安とし、同一法人の老人保健施設や特別養護老人ホームを紹介している。看取りの実績もあり、家族や本人から希望があれば、関係職種が協議の上、受け入れる考えである。「重度化した場合における対応に関する指針」に沿って、主治医や2階の特別養護老人ホームの看護師と医療連携体制を取り、関係者や家族が話し合いながら看取り計画を進めている。看取りの外部研修に職員を参加させてスキルアップを図っている。	
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	消防訓練時には、避難誘導・緊急連絡方法を学ぶ。		
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2回定期的に避難訓練を実施して、利用者様にも参加して頂くようにしている。例年11月と3月に行っている。	消防署も立ち会い、併設施設全体で年2回、消防訓練(含夜間想定)をおこなっている。利用者とともに、事業所と同じ3階の駐車場側テラスへの避難経路の確認をしている。水害や土砂崩れについては安心できる立地のためおこなっていない。停電は経験しているがそのたび反省会をもち、マニュアルを確認している。日頃からランタンを定期的にチェックする等していたため困ることはなかった。食材は法人としての備蓄に加え、現実的に必要なものを事業所内でも保管している。近隣と離れ、長い坂のある立地で、地域との連携はとりづら	
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	共有スペースでは、特にプライバシーに配慮した声掛けを行っており、対応としては基本的には申し送りという方法を行っていない。入所者様が聞き耳をたてられたり気にされるので、情報収集という形で、書面で伝達できるように努めている。	排泄の誘導には直接的な言葉を使わないようにし、言葉を替えるなどして羞恥心に配慮している。認知症の程度によって部屋の位置を考慮し、部屋の区別がつかず、他者の居室トイレを使われる等の利用者同士のトラブルが無いよう気を配っている。居室にて更衣やトイレを使用される際にはカーテンや扉を閉めるようにしている。介護記録には他利用者の名前は記録せず、部屋番号で記入するようにしている。	
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	日常の中ではティータイム時の飲み物等、選ぶことのできる働きかけを行っている。		

京都府 グループホーム いでの里

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	起床や臥床、食事の時間(良識の範囲内)は、個人のペースで。好みもパンかご飯の希望を聞いている。その日の段取り(入浴時間をいつにするか)等も、できるだけ希望に沿えるよう支援している。常にホールに居ることを強要せず、自由に部屋に戻って頂いたり、廊下に設置しているソファの思い思いの場所で、ゆったりと過ごして頂く様に見守っている。		
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、可能な方は声掛けをし、ご自分で。必要な方は支援でブラッシングなど、みだしなみを整えて頂いている。また、洋服選びなども行って頂くようにしている。特に外出時は、外出用の服選び・行為が行えるよう、早めに時間を伝え準備して頂けるよう支援をしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	行事やお茶会時には、メニュー決めや調理作業を、利用者様と必ず行うようにしている。可能な範囲ではあるが、下ごしらえから調理まで行って頂いている。令和4年6月からは、職員休職中の為、栄養課へ宅食を注文している。	以前は事業所で手作りの食事を用意できたが、人員の問題もあり、現時点では法人の厨房から食事を届けてもらっている。週に1回弁当をとり、汁物はキッチンで作るなど変化を持たせている。行事や誕生日には利用者に食べたいものを聞き、用意している。業者のカatalogを一緒に見て、食べたいもの、飲みたいものを聞いて注文したり、普段食べられないお刺身やノンアルコールビールも提供している。焼き肉の時はベランダで育てた野菜を収穫して食し、柏餅・三色団子等の手作りおやつも楽しんでいる。食事の時はテレビをつけているが、食事に集中してほしい方は座席の配置に気を付けている。	
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	現疾患や既往症により、禁止食材、塩分制限、水分確保、摂取量制限などは、ケアプランに位置づけ、皆が把握し対応している。習慣に関しては、午前中や食後、おやつ時、ティータイムにコーヒーや紅茶など、お好みの物を提供できるように努めている。		
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	自分で可能な方、介助が必要な方にも口腔ケアは実施している。また、歯科の協力医の往診で、口腔内の消毒や義歯の洗浄などをして頂き、清潔に努めている。		
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	排泄に介助が必要な方には、排泄チェック表を用い、排泄パターンの把握に努めている。パット内での失敗が見られた場合、誘導の時間帯を早めにする等、トイレで排泄できる、またはパット類の使用頻度を減らすように努めている。家族様にも情報提供をし、その方に合ったパットなどの購入をお願いしている。	多くの方は自室トイレに自分で行くか、意思表示された時に職員が誘導している。新しく入所された方や必要な方には排泄チェック表をつけて、誘導や介助をしている。現在布パンツの方は一人で、他はリハビリパンツである。日々の職員間の会話の中で情報を共有し、家族とも話し合い、その時の身体状況に最適な排泄用品を使用してもらっている。	

京都府 グループホーム いでの里

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
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	排便チェック表を用い、主治医と連携しながら、排便コントロールを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	施設の都合で、9時から16時までがお湯の循環している時間帯である為、その範囲内で入浴時間の設定を行っている。またその中で時間希望もお聞きし、入浴が嫌いな方への配慮(頻度や誘い方)も行っている。	2日に1度の入浴を基本とし、服の準備段階から見守りや支援をおこなっている。入浴拒否の方もいるが、職員がタイミングや声がけの仕方を変えるなどして問題なく入浴されている。浴室には循環式浴槽があり、タイル張りで銭湯のような雰囲気である。複数人で入ることも可能だが現在は一人ずつ入浴されている。手すりをもって浴槽内の階段を昇降し、体調不良の方以外は全員湯船に浸かっている。好みのシャンプーは使用できるが、循環器の保全のため季節湯等はおこなっていない。	
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	毎日の入眠状況を考慮し、日中の関わり方を工夫している。不眠状態であれば起床時間を遅らせ、それによる延食を行っている。個々の生活時間に配慮しながら、対応させて頂いている。		
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	現疾患に関する薬は、本人の状態により、調整などが必要で、変化の観察はケアプランにも記載。常に医師との連携が必要である為、職員皆が目的・用量などを理解している。事務所内にて薬の管理を行い、服薬忘れや誤配のないように注意している。		
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	洗濯物干しやたたみ、調理作業、掃除などの家事を自身の役割として思い、率先して行っている方もおられる。歌や工作、野菜作りなどは、日常の中で行えるよう提供している。		
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	年間行事で、春と秋に外出行事があり、ドライブやいつもと違う場所での散歩が行える場所選びをしている。コロナ禍の為、誕生日外出などは控えているが、ホーム周囲の散歩に出かけたり、中庭や駐車場での外気浴を行っています。	コロナ禍で以前のような外出行事は少なくなったが、春や秋には人込みを避けつつ花見や公園散歩に出かけている。気候の良い時は広い駐車場や前面道路の坂の下まで散歩に行き、歩行の不安な方も車椅子で出かけている。同一フロアのケアハウスから入所された利用者は、ケアハウスの友人に会いに行かれている。家族から要望があり、一階のデイサービスに通所されている夫に会いに行かれる方もいる。在宅時に利用されていたデイサービスの送迎スタッフが、グループホームの外出時の送迎役を兼務し、外出時にはその職員との再会を楽しみにされている利用者もいる。	

京都府 グループホーム いでの里

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
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	利用者本人が金銭の所持を行って頂いていない。また預かり金が廃止となり、事前に外出などが決まっていれば、家族様にお金を持参して頂く事ができるが、突発的に自動販売機でジュース購入などは行えない体勢になっている。		
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	希望がない為、電話のやり取りは行っていないが、携帯電話を持たれている方もある為、その方は自由に電話を使用されている。また、ありがとう通信で、家族様にご本人の様子を毎月伝えて、面会の来られない方にも様子がわか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	月毎にテーマを決めて制作した、季節に応じた飾り付けを行うことで、季節を感じられるようにしている。食堂とは別にソファを置く事で憩いの場所を設け、思い思いの場所で過ごして頂けるような工夫を行っている。冷暖房については事務所管理とし、気温の変化に負担のないようにしている。	明るいリビングには家庭的なオープンキッチンや冷蔵庫や食器棚が配置されている。テーブルは用途により丸くしたり一直線にしたり変形・分割できるようにになっている。利用者が作成した季節の花が壁面に飾られ、利用者自ら観葉植物の世話をされている。リビングの東西に居室が並び、居室に至る長い廊下は日常的に下肢筋力強化に役立っている。休憩のため多くのソファが配置され、廊下の壁には職員が飼っている犬や猫の写真(アニマルセラピーにも来所)が貼られている。静かにくつろぐ方やマッサージチェアに座られる方など各自お気に入りの場所で過ごされている。広いテラスで洗濯物干しやミニ菜園を楽しむ姿もある。	
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	気の合った利用者様同士が食堂などで、世間話や一緒に用事や作品作りができるようアプローチしている。		
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	家族様には、面接前の説明の段階から、使い慣れた物を持参して頂ける様お伝えしている。現在入所されている方の中には、ソファなどを持ち込んでおられる。	部屋には表札以外にその方の目の高さに合わせて居室を示す張り紙がされている。広い居室の入り口付近にトイレと洗面台があり、カーテンで区切られている。出入り口からはベッドが見えないような配置で、ベッドでの生活を送るようになっても更衣や排泄時のプライバシーを保つことが出来る。エアコン、カーテン、ベッド、床頭台、ミニタンスは事業所が用意しているが、テレビやソファ等の家具類・装飾品は、個人の趣向に合わせて自由に持ち込むことが可能である。大きな窓からの採光は良い。	
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	用事(役割)は、できる限り自発的に行えるように、目に留まる場所に洗濯物等を置いたり工夫している。洗濯場への行き来も自由でもある為、自身で洗濯機まで投入され、洗濯物を干されている方もおられる。		