

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	入職時に法人理念の説明を行い、毎朝の朝礼で唱和し、方向性を共有している。また各ユニット出入口に、法人理念とユニット年間目標を掲示し、常に法人理念・ユニット目標を念頭に取り組んでいる。	グループホームの理念は「年間目標」を毎年ユニット別に作成している。ひまわりユニットは「利用者の楽しみの充実、利用者にあった快い介護に努める(要約)」である。これは全職員の話し合いにより作成している。ホーム内に掲示し、利用者、家族に広報している。 職員はユニットの年間目標により各自の年間目標を立て実践に取り組んでいる。	
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	以前は1F地域交流スペースを開放し、地蔵盆等の地域行事も開催されていたが、コロナ禍となり現在は停止している。また施設行事の敬老会の際には、近くの児童館の子供たちが参加され交流があったが、現在はお互いに行き来は自粛しプレゼント交換等を行い関係は維持されている。	グループホームの屋上には庭園があり、利用者は自由に散歩して四季の風景を楽しんでいる。ホームの近くには小学校、幼稚園、保育園、外食店、理美容店、郵便局、スーパー、コンビニ等がある。自治会に加入し回覧板により地域の情報を得ている。以前は1階に地域交流室があり地蔵盆が開催されていた。地域貢献としては、民生委員と共に地域の高齢者宅へ防災の呼びかけの訪問をしている。敬老会の行事の際に幼稚園の子供たちと交流していたが、現在はコロナ禍のためプレゼントの交換をしている。ホームの食料品等は地域の店を利用している。	

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
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	併設されている当施設のサービスのご利用等で自然に情報交換されている。		
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	隔月で開催していたが、コロナウイルス感染予防対策の為、現在は書面での報告となっている。	併設事業所も含めて運営推進会議を隔月に開催、議事録を残している。現在は書面で報告し、書面で意見をもらっている。委員は光徳学区民生児童委員、光徳学区社会福祉協議会、下京区社会福祉協議会、高齢サポート島原センター、下京区地域介護予防推進センター、家族である。議事録は家族に送付していない。委員からの意見は「事故報告者がわかりやすい」、「運営推進会議を対面で開催したい」等である。	併設事業所のすべてについての会議であるため、福祉、介護の専門家でない人、例えば家族や地域の一般市民には報告の内容は理解が困難なこともあり、地域密着型サービスとしてのグループホームのあり方を議論し、良い方向へ検討するのは困難だと推察される。互いに意見を出し合い検討する場になっていない。
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	運営において不明点や介護保険上の相談や報告を随時行っている。また事故報告や困難事例の際等には、詳細を説明しアドバイスや指示を受けている。	京都市には必要な報告を欠かさず、連携を保っている。地域ケア会議に参加、認知症ネットワークに協力している。	
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	以前はリスク虐待防止委員会が中心となり施設内研修を定期的に行ってきたが、令和4年5月より新たに身体拘束適正化委員会が発足されより内容が緻密になり活動されてきている。	身体拘束に関する職員研修は年2回実施しており、職員はスピーチロック、やむを得ず拘束する場合の3要件を認識している。身体拘束の実例はない。利用者によってセンサーマットや人感センサーを使用している。家族の同意をとっている。エレベーター、玄関ドア等は施錠している。	

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
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	定期的に内部研修にて全職員が学ぶ機会を設けている。令和4年5月よりリスク虐待防止委員会から虐待防止委員会のみ単独となり内容が緻密になり活動されてきている。		
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	成年後見人制度と権利擁護をテーマとした内部研修で全職員が学ぶ機会を持ち、その研修からどのように各自が今後活かしていくのかをアンケート方式に行い理解度を把握する事で次回の研修に活かしている。		
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、契約書及び重要事項説明書を朗読し、その都度疑問点や不明点がないかを振り返り確認した上でやっている。		
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	隔月で運営推進会議を開催していたが、コロナウイルスの感染予防対策に伴い現在は書面開催となっている。	家族の面会は現在1階で電話を持って窓越しに実施している。リモート面会も行っている。多い人は毎月4~5回来られる。以前は夏祭りに参加された家族がいる。現在は行事へ招待や家族会は中止している。家族には利用者の担当職員が手紙と写真を毎月送付している。家族の意見は「外出を緩和している施設がある」、「面会停止など家族には厳しいのに、職員が陽性とは職員が気が緩んでいるのですね」、という意見がある。	

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	月に1回京都五条ひまわりの郷運当会議を各部署主任、管理者、施設長が参加しその場所で一般職員からの意見や提案をその部署の所属長が代弁し、共有・反映している。	職員会議はユニット別に毎月実施、利用者介護の総合的な検討、業務改善、委員会活動、レク等の検討。職員は積極的に意見を述べている。働きやすい環境のために公休、有休等を確実にとれるようにしている。法人は新人研修を実施。認知症については外部研修受講となっている。事業所の研修は必要なテーマで毎月実施している。資格取得の外部研修は法人が費用負担をしている。	グループホームは他の法人のグループホームと交流し学びあわないと、「井の中の蛙」になりがちである。コロナ禍でもオンライン交流、研修をすることが求められる。
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	時間外勤務にならないよう定時に声を掛け合い退勤を促している。また各自有給を消化出来るように声を掛けて職員のプライベートの充実に努めている。		
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	認知症介護実践者研修等に積極的に受講を申し入れ専門職としての知識の向上に努めている。また各自の短所や劣っていると感じる職員に対し適材な外部研修参加を呼びかけている。		
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	京都市老人福祉施設協議会に加入しており、リモート研修等を通じて情報共有している。また同法人内で連携を図り職員同士が行き来し勤務する事等を行っていたが、コロナ禍により自粛している状況。		

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
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	毎日の挨拶や様々な関わりを持つことで馴染みとなり、ご利用者様に選ばれないどの職員でも声が掛けやすく安心して頂ける様な関係性の構築に努めている。		
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	面談や契約時に、管理者・介護支援専門員がご家族様とお話する機会を設け介護サービス計画にご家族様のニーズが反映出来るように取り入れている。		
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	ご本人様とご家族様の思いをお聞きし、看護師、管理栄養士等の専門職を含め様々な観点より協議しその方の最善と思われる支援を行っている。		
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	出来る事は奪わず、自立支援を軸に自信につながる声掛け・見守り支援を行いその方の尊厳を尊重している。		
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	面会時には職員が同席し、日頃のご家族様が見えない暮らしの内容をお伝えしている。		

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
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	以前は馴染みの飲食店等に行く事をしていましたが、コロナ禍により中止しているが、その方が以前暮らしていた場所やよく行かれていた所等に、個別でドライブに行くお花見ドライブ企画をコロナ禍がきっかけとなり始めた。	利用者のかつての友人との交流、利用者の希望により自宅を見に行く、等のなじみの関係支援はしていない。	長い人生を過ごしてきた利用者は今グループホームで人生の最後の日々を暮らしている。子どもの頃の仲良し、学校や職場の友達、等にもう一度会いたいと思っている。生まれた家、先祖の墓、結婚して住んでいた家、いろいろな思い出のある場所、毎年花見に行った桜の名所、などにもう一度行ってみたい。 このように利用者の会いたい人、行きたい所への関係を支援することが求められる。
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	上手くコミュニケーションが取れないご利用者様の代弁や、ご利用者様間のトラブルが生じた際には、どちらにも不利益にならないように自然な形のさりげないサポートをしている。		
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	他施設へ移られる際には、詳細な情報の提供、またご逝去された際にはグリーフケアを実施し、その方が施設でお過ごしになられたご様子が分かるアルバムを作成しご家族様へお渡ししている。		

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	契約時ご本人様とご家族様の思いと希望を確認され、それに基づかれた介護サービス計画が作成され実践されている。また、ケアプラン見直しの際には生活に対する意向をしっかりと聞き取り、把握に努めている。	契約時や入居時には、管理者、ケアマネ等が利用者と家族に面談しグループホームの説明をすると共に、グループホームでどんな暮らしをしたいのか利用者、家族の意向を聴取している。また利用者の医療、介護の情報を収集、生活歴を記録し、職員が共有している。利用者の生活歴は韓国、滋賀県、京都市等の出身地、4人兄弟、7人兄弟等の子ども時代、紳士服の仕事、魚屋、子ども男女1人ずつ等の結婚生活、趣味jはものを作ること等等。生活歴は情報が非常に少なく、入居前の状況や入居の理由が主となっている。	グループホームに入居した利用者の暮らしを支援するためには、その利用者の生家、子ども時代、現役の時の仕事、結婚相手の仕事、子どものこと等の結婚生活、利用者の趣味や特技などの情報が欠かせない。利用者の人生が浮かび上がるような情報が求められる。
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	ご入居時に、ご本人とご家族様から情報収集を行い、職員間での共有に努めている。また必要に応じセンター方式シート(B-3)を活用し、出来る限りこれまでの暮らしに近い生活を送って頂ける様に努めている。		
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	必要に応じて、職員又は看護師が付き添い受診している。また入居前からのかかりつけ専門医の往診を受けられている方もおられ、ご家族様・看護師・職員が立ち合い日常の様子を伝え、共有している。		
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	入居時にサービス担当者会議を開催、ご家族様を含め各専門職が参加しその方に適したサービスを協議しており、入居後も状況を評価した上で必要に応じ担当者会議を開催し、介護計画を変更している。	入居後ケアマネと担当職員が利用者のアセスメントをし、介護計画を作成している。介護計画には、利用者、家族、医師、職員等の意見を反映している。介護計画には利用者の身体介護、暮らしの楽しみや役割を入れている。認知症不穏時の対応の項目が不十分である。介護計画の実施記録は職員が書いており、利用者の発言や様子も書いているが、不十分である。モニタリングはユニット会議で話し合っている。	グループホームの利用者は認知症であるため、常に不穏や混乱が起こることに注意する必要がある、その対応項目が欠かせない。カンファレンスを実施、センター方式のシートを用いて時間ごとに分析することが求められる。

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
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	日々の言葉や行動を記録に記載し、毎日の申し送りや情報共有に努めている。また介護支援専門員が中心となり職員より聞き取りを行い必要に応じて介護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	小規模施設のメリットを活かして、新たな規定の作成や変更をスピード感を持ちその都度変更している。		
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	現在は外出や地域交流が難しい状況、施設付近にある中央卸売市場より定期的に果物を頂きご利用者様へ提供している。成年後見制度を利用されている方はおられないが、定期的に内部研修にて学ぶ機会をもっている。		
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	かかりつけ医による月2回の回診があり、必要に応じて専門医へ職員又は看護師が付き添い受診している。また入居前からのかかりつけ専門医の往診を受けられている方もおられ、ご家族様・看護師・職員が立ち合い日常の様子を伝え、共有している。	協力医療機関から医師が2週間に1回往診にきており、利用者のかかりつけ医になっている。認知症についての受診もしている。歯科は訪問歯科を利用、歯科衛生士も来てくれる。	
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	常駐施設看護師に毎日のご様子を伝えその都度適切な処置や排便コントロールを行っている。夜間帯は看護師に不在の為、オンコールで指示を受けスムーズに対応している。		

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
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。	地域連携室と密に連絡を取り合い、長期入院によるADLの低下に繋がらないように慎重に退院となるゴールを相談している。		
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、事業所です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	契約時に重度化や終末期に向けた方針の確認を行い書類に記入して頂くが、終末期を迎えられた際にはご家族様の意向を改めて確認しカンファレンスを行い主治医の指示仰ぎ対応している。	利用者の重度化や終末期について契約時に利用者、家族に説明している。家族の意向は聴取し記録している。かかりつけ医の協力が得られる。	
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	各ユニットに緊急時マニュアルが常備され、新人研修の際に伝えられている。また施設看護師に24時間体制で指示が上げ訓練も定期的に行われない為、経験頼りになっているのが課題として挙げられる。		
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	防災委員会が中心に年2回(うち1回夜間想定)の避難訓練を企画し実施している。また定期的に緊急連絡網を予告なしに回して職員の災害への意識向上を図っている。	防災委員会が避難訓練を計画し実施している。火災に対する訓練だけである。地震、風水害、夜間帯等は実施していない。食料品、日用品、医療用品を種々取り揃えた備蓄を準備している。ハザードマップは掲示していない。災害時の法人内相互協力の規定がなく、連絡網のみである。災害時に地域の人に協力を依頼していないが、事業所は災害時における地域の人の避難所として指定されている。	近年災害が多い日本である。避難訓練は地震、風水害、夜間帯にも実施すること、地域の人に災害時の協力を依頼すること、この2点が求められる。

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
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	同性介助が必要なご利用者様には両ユニット間で職員が行き来し、協力のもと行っている。トイレ介助の際には、職員は外で待機し必要最低限の支援を行っている。	利用者への対応と言葉遣いについての基本方針は職員研修している。職員には「タメ語、名前のちゃん付け、上から目線の話し方、配慮のない言葉かけ等を禁止している。くらしでは利用者の自己選択を大事にするために、職員は介護の前に必ず声をかけて利用者の意向を確認している。飲み物はコーヒー、紅茶、ミルクティー、レモンティー、ココア、カルピス等を準備、利用者が選んでいる。自分で化粧する人がいる。髪型は訪問美容を利用しており、自身で好みを注文する人もある。	
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	自己決定が出来る方には行っているが、自己決定が難しいご利用者様にはご家族様からの情報や生活歴等の情報をもとに職員の判断で行い情報を共有している。		
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	基本的にはご自由に過ごされているが、介助の必要なご利用者様は、起床時間・就寝時間は勤務形態の都合上、職員ペースになることがある。		
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	毎日の洋服を選んで着用されているご利用者様もおられるが、自己決定が出来ないご利用者様は、ご家族様や以前にご本人様から得られた情報を参考に、職員が選ぶこともある。また好みのシャンプーや整髪料を使用されている方もおられる。		
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	月に2回昼食、おやつレクリエーションを行っており、感染予防対策の中で可能な限り密にならないように準備等で参加して頂いている。また普段よりその方の趣向をリサーチし、お誕生日会で提供できる物は管理栄養士に相談し提供している。	食事は(株)日清医療食品に委託、厨房で作ってもらっている。カロリー値、栄養バランス点検済みの管理栄養士が立てた献立は、季節感があり京都の食文化をふまえている。毎月1日はあずきごはんである。ときには利用者の希望を聞いた献立にしている。誕生日は利用者の好みのものを提供している。またレクとして、おやつや昼食作りをみんなですることもある。	

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
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	施設に管理栄養士が常駐しユニット会議に参加され、ご利用者の体重減少・増加や食事形態の相談をスピード感を持って対応している。またご家族様に協力を呼びかけ好みの飲用水等の持参を依頼し水分量を確保している。		
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	ご本人様の気分が損なわれない程度にお声掛けし自力で出来ない方には支援しケアしている。ご家族様がご希望される方には毎週1回に歯科医による往診にて治療・口腔ケアのアドバイスを受けている。		
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	各ご利用者様の排泄パターンを職員で共有し、声を掛ける時間等を統一してその方がその時出来ない事のみを支援している。	尿意がありトイレの場所を知っていて、自身で処理できるという排泄の自立をしている利用者は約半数である。日中もオムツ使用の人はいない。体操の呼びかけ、オリゴ糖の使用等で自然排便を支援している。利用者はほとんど下剤を服用している。	
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	歩行運動や体操、乳酸菌飲料を提供している。また施設看護師と連携し、排便コントロールができています。		
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	基本的には週2回の入浴または清拭を実施しているが、希望される方には3回の入浴を実施している。また個浴が不可能なご利用者様には上階特養に設置されたリフト浴や寝台浴を週1回実施している。	利用者の入浴は毎週2回支援している。3回入る利用者もいる。入浴拒否の利用者には職員が時間をかけてコミュニケーションし、対応している。2週間位で入浴できるようになっている。入りたい日や入りたい時間、湯の温度、介助の職員については利用者の希望に添っている。自分用のシャンプーを持っている利用者がある。季節にはゆず風呂を楽しんでいる。	

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
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	昨夜の睡眠状況を毎日の申し送りで共有し、傾眠や眠気がみられるときには、時間を取り決め臥床して頂き休息の時間を設けている。自立の方は日中ご自由に居室を行き来されお昼寝されている為見守り・声掛け対応を行っている。		
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	個人ファイルにその方が服用されている内服薬のお薬情報を入れ込み内容は各職員が理解出来ている。もし普段と様子が異なる際には施設看護師に報告し指示を仰ぎ対応している。		
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	その方の出来る事を共有し、家事を中心とした役割をして頂き自信につながる様にさりげないサポートをしている。また施設屋上庭園へ散歩や、歩行不可能なご利用者様には外気浴を行い支援している。父の日やお誕生日の際には希望される方へノンアルコールビールをジョッキにいれ		
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	コロナ禍前にはご家族様とご利用者様が職員付き添いのもと外食に出かけられた実績があったが、現在は中止している状況。	気候が良く天気のいい日は多くの利用者が散歩に出かけている。屋上庭園が多い。利用者が希望するところ、以前に住んでいたところの近くの花見ができるところ等に年1~2回ドライブしている。利用者が行きたいと思った所へはできる限り同行している。	
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	ご入居前から使用されていた財布を現在を自身で所持されているが、コロナ禍での感染予防対策の観点から現在は外出制限があり買い物等には行けていない状況。		

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	現在は携帯電話を所持されている方はおられないが以前はご自由に居室から外部とやり取りをされていた。またご家族様へ連絡を受けた際には、お電話を交代し、お話し頂ける様に持ち掛けている。		
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	外部の清掃業者が共有部の清掃を行っており清潔感が保たれている。また自立のご利用者様と一緒に居室の清掃をリネン交換日に実施している。また随時ご利用者様がトイレに行かれた後には、トイレ内を確認し必要に応じて清掃を行い、毎回皆様に気持ち良く使用して頂ける様努めている。	利用者の居間兼食堂(ホール)は明るくゆったりと広い。壁にはその月その季節の飾りつけをしている。正月には鏡餅、宝船、2月は鬼、豆まき、春になると桜、5月は兜、こいのぼり、ダルマ等である。これらは職員が利用者と一緒に作った大きなちぎり絵である。また、利用者の書、手作りのカレンダー等も貼っている。	
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	リビングに設置されているソファが活用されている。以前はソファを二人掛けされ話されたりする場面も見られたが、感染予防対策により複数で過ごされる事がなくなっている。		
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	ご入居の際に、使用されていた家具の持ち込みやご家族様の写真等の持参を呼びかけている。また各担当職員を中心とした環境整備を定期的に行い、危険箇所の確認をし、安全に暮らして頂ける様取り組んでいる。	利用者の居室は洋間。ホームが電動ベッド、エアコン、カーテン等を備えている。利用者は筆筒、クリアボックス、テレビ、ハンガーラック等を持ち込んでいる。	
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	各ご利用者様の居室前には、毎月自身で制作された作品を各ご利用者様の居室前に飾り付けをして個性を出している。またご自身の活動様子等の写真をラミネートし張り出している。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2690400086		
法人名	社会福祉法人 京都眞生福祉会		
事業所名	グループホーム 京都五条ひまわりの郷(ひまわりユニット)		
所在地	京都市下京区中堂寺前田町26番地		
自己評価作成日	令和4年5月19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	http://www.shinseifukushikai.jp
----------	---

【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	令和4年6月27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)】

新型コロナウイルス対策での面会制限がある中、内線電話を用いた窓越しのご面会、iPadでのテレビ通話面会を行っています。毎月2回の昼食・おやつのリクリエーションを実施し、お天気の良い日は屋上庭園への散歩や外気浴を随時行っています。お一人お一人に応じた個別ケアを担当職員を中心に発案・実施しており、お正月には密にならぬ様にお一人ずつ近所の神社へ初詣に、桜のお花見の季節には、お一人ずつお花見ドライブに行くことが出来ました。職員は認知症介護の外部研修に積極的に受講し、知識とスキルの向上を図り少しでもご利用者様の生活が豊かものになる様にと取り組んでいます。

【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)】

京都市南西部、五条にある2ユニットのグループホームである。開設5年になる。屋上に庭園があり、コロナ禍でも、利用者は四季の風景を楽しみながら、十分な距離の散歩を楽しんでいる。また食事は季節感があり、京都の食文化をふまえたものである。介護福祉士の資格をもった職員が多く、基本的な介護のレベルは高い。さらに認知症の知識を積み重ねている。ケアマネは一人ひとりの利用者者を深く理解し、利用者の暮らしの固有の楽しみや役割を入れた介護計画を作成している。

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 ↓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 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、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			