

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	2671800155		
法人名	社会福祉法人 松寿苑		
事業所名	グループホームたのやま		
所在地	京都府綾部市田野町田野山2番地183		
自己評価作成日	令和5年6月1日	評価結果市町村受理日	令和5年8月4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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_detaji_022_kani=true&JievsyoCd=2671800155-00&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る梅湊町83番地1「ひと・まち交流館京都」1階
訪問調査日	令和5年7月5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)】

グループホームたのやまでは、事業計画の3つの実践目標をもとにサービスを提供しています。1つめに「幅広いニーズにこたえられる施設づくり」とし、総合施設のメリットをいかし、ご家族とともにその人らしい穏やかな暮らしの中でのターミナルケアの実践に努めています。2つめには「ご家族や地域の人とともに、ご利用者のその人らしい暮らしの実現」とし、なじみの人や地域との関係継続とともに、気軽に人が集う居心地良い環境をつくり、暮らしに広がりを持たせるとともに、認知症ケアへの理解を深める事に努めています。3つめには「地域における認知症ケアへの理解を深め、認知症の方やご家族が安心して暮らせる地域づくりの支援」として、相談窓口や認知症初期集中支援チームの活動による継続した相談援助にて、メンタル面でのサポートと、地域ニーズの発掘など、安心して暮らせる地域づくりに向け、実践を積み重ねています。

【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)】

「グループホームたのやま」は社会福祉法人松寿苑の傘下として、平成16年7月1日に開設されました。利用者の平均年齢88.3歳、平均介護度は3.4です。共同型デイサービスの利用者も毎日3名来られています。利用者の中には共同での作業やレクリエーションのできなくなった方もおられますが、できる範囲で工作やゲーム、トランプなど楽しんでます。敷地内には広い畑があり、若い職員とともに畑仕事のできる利用者たちが各種野菜を育てています。中でも毎年秋に収穫するお芋で開催する「焼き芋パーティー」が喜ばれています。また、職員が趣味で続けている「そば打ち」で、利用者にもふるまう「そばパーティー」もあります。この3～4年の間に利用者の半数の入れ替わりがありました。コロナ感染は職員の家族に発症があり勤務調整が大変でしたが、幸いにも利用者に影響はなく経過しています。

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)	○	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	法人理念を元に①幅広いニーズにこたえられる施設づくり②ご家族や地域の人とともに、ご利用者のその人らしい暮らしの実現③地域における認知症ケアへの理解を深め、認知症の方やご家族が安心して暮らせる地域づくりの支援の3つの事業理念を掲げ、事業計画立案、実践している。	法人理念「人類愛善～ひとりひとりを大切に～」に基づいて「その人らしい暮らしを支える」をスローガンとし、人材、財務、業務、利用者の4つの視点から単年度事業計画を立案している。利用者の視点には「1.その人らしい暮らしの実現 2.健康管理 3.認知症の人やご家族が安心して暮らせる地域づくり」の支援と行動計画がある。利用者(家族)との関わりの中でくみ取ったことを考慮して立案している。3か月ごとにスタッフ会議で進捗状況を話し合っている。	
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	コロナ禍にて外出や地域交流が制限される事が多い。法人行事についても中止せざるを得ない。感染拡大状況を考慮しながら、馴染みの場所への外出や美容室利用については、継続できるようにしている。	コロナ禍でも綾部市の文化祭は継続されており、毎年利用者の作品(ちぎり絵、編み物、荷作りひもでの暖簾など)を出品している。「認知症あんしんサポート相談窓口」では電話での相談を継続し、綾部市の「認知症の初期集中支援チーム」の活動もズーム会議や電話訪問で継続している。今年度「オレンジロードつなげ隊」の啓発活動にも、保健所との企画会議に職員が参加している。田野町の夏祭りも開催が予定され招待が届いている。	
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	相談窓口・初期集中支援チーム・オレンジロードつなげ隊の活動を通し、啓発活動、相談援助、交流の場の提供を行っている。介護者教室・介護職員養成講座で認知症ケアについて話す機会を持っている。		
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	家族、町内会、介護相談員、高齢者支援課職員等で構成している。現在は時間、人数を縮小したり、書面開催としている。今年度は2名の委員に新たに加わっていただいた。	今期、家族と介護相談員を新たな会議メンバーとして迎えている。以前の介護相談員は地域代表として継続されており、「地域サロン」活動などからの助言は多い。6月から対面会議を開始し、利用者との接触をさけるため、別の事業所内の広い会場を使用している。利用者情報や行事、事故、ヒヤリ・ハット報告などおこない、意見交換や助言がある。職員への報告は、閲覧と申し送りでおこなっている。議事録は全家族に送付している。	

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	市の担当者が運営推進会議に参加、介護相談員受け入れ、初期集中支援チーム、オレンジロードつなげ隊への参加、事業運営や感染対策に関する相談等、話しやすい関係、協力関係が築けている。	行政に運営推進会議議事録や事故報告書を手渡しで届けている。市の高齢者支援課職員が運営推進会議メンバーである。各種地域活動にも積極的に取り組み、綾部市事業者連絡会や地域ケア会議への参加など、行政との連携は確立している。	
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	「身体拘束ゼロ推進委員会で手引き作成、研修会実施、外部研修参加等にて意識、知識向上を図っている。グループホームスタッフも委員として参加し、活動内容をチーム内に報告している。	「身体拘束等の適正化のための指針」を作成している。法人の「身体拘束ゼロ推進委員会」に職員が参加している。委員会では職員に向けて、年1回「身体拘束実態調査」を実施し、課題の抽出をおこなっているが、当事業所では特に問題はない。利用者の気持ちのくみ取り方に少し差があると感じた時は、ケアカンファレンス時や引継ぎ時に個々の事例に合わせ話し合っている。昼間は施錠せず、見守りの中で利用者は過ごしている。	
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	研修会実施、情報を、文書や口頭で報告している。スタッフのメンタルサポートを意識し、カンファレンスを充実させ、悩みや不安の共有に努め、産業医によるメンタルヘルス研修も行っている。		
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	成年後見制度利用を通し、後見人と接する機会があり、外部講師による研修の機会も設けている。		
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	契約時に重要事項説明書で説明、同意を得ている。その後も必要に応じ説明の機会を設けている。		
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	苦情相談窓口を明記し説明している。苦情は「苦情解決第三者委員会」で集計、広報誌で公表している。サービス質検討委員会でアンケートを実施している。家族には面会や電話、手紙、メールで利用者の様子を伝え、意見や要望を伝えやすい関係づくりに努めている。面会を制限しており、家族との関係づくりに難しさを感じる事も多い。	利用者の意向は日々聞き取っており「郵便局にお金を下ろしに行きたい」「家に帰りたい」などある。6月から対面での面会を再開している。事前に予約し、2人まで15分間をロビーでおこなっている。入院していた利用者で、食欲が低下の状態のまま帰ってこられた方に対して、家族からの体調や暮らしの様子の問い合わせに対応し、本人の食欲が回復している。法人で アンケート調査を年1回おこなっている。感謝の言葉が多い。	

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
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	ミーティング、スタッフ会議、人事考課育成面接等で意見や提案ができる機会を設けている。個人的に話し合う機会も設けている。意見を言いやすい雰囲気づくりに努めているが、年齢や経験年数、性格等から発信には個人差がある。	令和3年度に業務手順書(排泄、オムツ交換、入浴介助)の見直しをしている。職員の意見は、スタッフ会議や人事考課の年2回の面接で聞いている。スタッフ会議は育児中の職員以外は全員の参加がある。管理者は「職員は意欲的で意気込みがあり、一生懸命であるため、セーブすることもあります」と話している。議題にデイサービスの送迎調整、カンファレンスの持ち方、たのやま創立記念日開催、野菜作りをデイサービスやケアハウスとの共同作業としての取り組むことなど多彩である。	
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	管理者のミーティングで各事業所の状況を共有し、心身ともに健康的に働ける職場づくりについて検討している。人事考課制度では、自己評価した上で面接を行い、成果や課題、目標を評価し、経験や個性、実績に応じチーム内や法人内での役割や責任を確認するとともに、メンタル面の把握に努め、サポートを検討している。		
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	「スタッフ育成チーム」を設置し、必要に応じた研修を計画実施している。外部研修は法人から提示され、希望や段階に応じスキルアップを踏まえた研修機会が確保されている。		
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	研修参加や、「オレンジロードつなげ隊」「認知症職集中支援チーム」等の活動を通じ、他事業所のスタッフとの交流があり、ネットワークづくりに繋がっている。		
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	利用者の思い、暮らし、家族関係、入所後暮らしについて話し合っている。最近の入所者は法人内のデイサービス、ショートステイ、小規模多機能利用者だったため、詳細な情報収集が可能で、不安を最小限に抑えることができた。		
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	入所前から時間をかけて話し合い、家族の思いを知り、家族にもグループホームケアを理解してもらった上でサービス開始している。面会制限する中で、家族と出会う話をしながら関係を深めていく事の大切さを痛感している。		

京都府 グループホームたのやま

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	相談受付時から、リスクや家族関係、入所後の暮らしや在宅生活継続の可能性について、家族、ケアマネ、サービス担当者、医療関係者等と話し合い、入所決定や在宅生活継続のための支援を行っている。		
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	利用者の言葉や考え方からの学びは多い。認知症の進行、重度化に伴い、気づきが不十分で、スタッフ本位のケアになっているのではないかと感じる事もある。利用者の状況から必要な支援を冷静に考える力、気づきの発信力、実践力を高め、チーム力を向上させる必要がある。		
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	家族とともに利用者の暮らしを支える事について様々な場面で繰り返し伝え、支え合える関係づくりに努めている。毎月1回、近況報告の手紙と「たのやまだより」を郵送し、暮らしを知っていただき、状態の変化やアクシデント等については、その都度報告し、一緒に対応を考えている。		
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	利用者の高齢化や重度化、面会制限等により、友人や知人との交流の機会の確保は難しくなっている。行きつけの美容室は、できる限り継続して利用できるようにしている。	「私の支援マップ」で支えてくれる人や、生活史を把握している。家族から電話がかかることはあるが、知人友人からはほぼない。コロナ禍で外出支援を自粛していたが、馴染みの美容院への通院者は7人おられ、職員の付き添いで続けている。編み物やトランプ、ちぎり絵、ぬり絵など、手芸で枕カバーや座布団カバーも作成している。畑では、トマト、スイカ、トウモロコシ、さつま芋、などを育てている。元職員が季節ごとに花の植え替えに訪れており、コロナ禍でも継続されている。利用者の近況は、管理者(介護支援専門員)が手紙と「たのやまだより」で月1回家族に報告している。	
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	利用者同士の関係を把握し、和やかな時間を過ごせるよう支援したり、家事や趣味活動時の役割分担等で、良好な人間関係保持に努めている。生活歴、性格、認知症の症状からトラブルになる事もあり、利用者の気持ちに気づき、フォローできる力をつける必要がある。利用者の介護度にはばらつきがあり、一人ひとりに合った過ごし方やかわり方を工夫し、人のかかわりの温かさを感じる暮らしづくりを考える必要がある。		

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
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	サービス利用終了したケースは、状況は様々だが、それぞれの利用者、家族と最後まで関係継続する事ができた。利用者が亡くなられてからも、多くの家族と電話や手紙、メールのやりとり等の関係が継続しており、そういった家族の存在がスタッフにとって大きな支えとなっている。		
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	利用者、家族、ケアマネ、サービス担当者、医療関係者、友人等から情報収集し、センター方式で共有している。入所後も思いの把握や共有、実践のためカンファレンスにて検討を繰り返しているが、希望や意向の表出が困難になる利用者も多く、ケアを振り返り、本人本位の視点を大切に考える機会を多く持つ必要がある。	利用者の情報はセンター方式で詳細に収集しており、好みの室温やテレビの番組なども記入がある。利用者の状態変化時や新しい情報を得た時は、アセスメントシートに追記している。利用者の中には、寝たきりの方や単語のみの会話の方などおられるが、不愉快な表情やしぐさをよみ取りながら支援している。	
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	本人や家族、友人や知人からの聞き取りをセンター方式で共有している。センター方式は入所時のアセスメントツールとしては有効活用できているが、更新が不十分で、詳細な情報把握が必要な場合に特定のシートのみ活用したり、異動や採用により情報把握が必要な状況が生じた場合に更新するという活用になっている。		
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	1日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を把握し、ケース記録、生活記録、センター方式活用等で共有している。必要に応じて24時間シート等も活用し、詳細な情報把握に努めている。重度化に伴い、現状を把握した上で支援方法を適切に変化させる事に時間を要する場合もあり、その時の状態を理解した上で、適切なケアを探るためのスキルアップが必要である。		
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	月1回、ケアカンファレンスを行い、おおむね3か月ごとに更新している。必要に応じ、医療機関、他のサービス事業所、管理栄養士と話し合い、計画に反映させているが、家族の思いは個人差があり、十分とは言えない。長期間の面会制限の中で、家族に利用者の状態を把握していただいた上で希望や思いを聞き出す事の難しさを感じている。	毎月ケアカンファレンスを開催している。介護計画は1.(楽しい食事・適切な栄養)2.(排泄・陰部の清潔)3.(安全な入浴・身体の清潔保持)4.(安全な移動)5.(安心できる暮らし)で項目ごとに、ニーズ・現状を把握し、目標、援助内容を立案している。介護課題に合わせ、実践状況を3か月ごとにモニタリングしている。モニタリング前には家族の意向や医師や看護師からの情報を得ている。ケース記録には、介護課題、援助内容に沿った記録があり、利用者の状態がよく理解できる。ケアカンファレンスに家族の参加はない。	コロナ禍でもあり、モニタリング時の家族への意向確認は、電話でおこなっていますが、対面での設定も開始されてはどうか。ともに利用者の生活を支える実感が、家族に浸透するのではないかと期待します。

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	ケース記録、生活記録、必要時の24時間シート等により情報共有するとともに、ミーティングやケアカンファレンス、スタッフ会議にて情報発信し、共有している。交代勤務や夜勤回数の増加に伴い、情報の有効活用には不十分さを感じており、情報共有の方法、実践のためのスタッフ間連携について検討しているが、成果は十分とは言えない。	
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	グループホームだけでは対応困難な場合も、併設施設や多職種との連携で支援が継続できる事は総合施設の大きなメリットとなっている。デイサービスや併設施設のクラブ活動等への参加も可能である。	
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	学校や保育園、自治会との交流行事や災害時や緊急時等の消防署や警察との連携等、協力の得られる関係づくりを進めたり、地域の趣味の会への参加や講師を招いての趣味の教室、歌や踊りの訪問等の機会を多く持ってきたが、中止、延期、縮小しなければならない状況が続いている。	
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	かかりつけ医や、協力医療機関を受診している。困難になった場合に、往診で健康管理を行っている。ターミナル期は、法人診療所医師へ情報提供依頼し、日常の体調管理を行い、体調の変化に応じ、必要ならかかりつけ医を受診している。	入居前からのかかりつけ医に、職員と家族が付き添って通院している。もともと近隣の医院や施設の協力医療機関にかかった方が多い。通院が困難になったときは松寿苑診療所(特別養護老人ホーム内で開業)に変更している。松寿苑診療所は毎日診察があり、受診可能である。24時間オンコール体制で、処方や緊急搬送の指示を受けている。入院の時は管理者と看護師が介護・看護サマリーを作成し、情報を提供している。現在訪問診療を受けている方は一人のみで、他の方は通院と往診で対応している。
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	グループホーム配属看護師を中心に併設施設看護師と連携をとり体調管理を行っている。併設施設看護師には緊急時や夜間対応も協力依頼しているため、情報提供票にて情報共有している。	
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。	家族、主治医、看護師と話し合い、安心して医療が受けられるようにしている。可能な限り病院を訪問し、状態把握するとともに、早期退院に向け、主治医や看護師と話し合う機会を多く持っている。	

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	入所時に「看取り(及び重度化対応)に関する指針」、にて説明し、書面で意向を確認している。ターミナルケアの必要性が生じた場合には、家族とともに主治医の説明を聞いた上で、再度、指針を元に説明し同意を得ている。	「看取り(及び重度化対応)に関する指針」があり、入所時とその後必要性が生じたときに説明している。入所から終末期までの経過と、それに応じた介護についても、指針の中でフローチャートを用いて詳しく説明している。敷地内の他の事業所を含め、利用者に対応できる看護師が2名いるため、普段からカンファレンスや相談する機会を持っている。多くの方は外部受診が難しくなったら松寿苑診療所に変更し、今後について話し合っている。今年度は看取りをおこなっていないが、これまで多くの経験を積んでおり、今も重度の方に寄り添っている。	
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	委員会から、事例検討やマニュアル再確認に関して発信があり、カンファレンスやシュミレーションを行っている。感染対策については緊急セットを常備し、1か月に1度、備品を点検、更新している。経験やスキル不足により夜間対応には不安を感じる点もあり、学びの機会や現状に即したマニュアルの見直し、訓練実施等が必要である。		
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	安全管理委員会を設置し、マニュアルや消防計画が作成されている。訓練は火災と地震想定訓練を年2回ずつ行う。他事業所への応援訓練、連絡網作動訓練、AED講習等にも参加する。	法人全体で連携を取り、防災に取り組んでいる。地震や土砂災害と火災訓練を年2回ずつおこなっている。夜間想定で避難誘導、発電機、投光器の動作確認もおこなっている。看護師がAEDの勉強会を企画し、消防署が普通救急救命講習会を開催している。福祉避難所となっているため備蓄も十分整備している。	
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	研修で学びの機会を設けるとともに、常に人権、プライバシー尊重を意識した対応に努めている。利用者の思いを聞き対応しているが、認知症の進行により思いを理解できず、思いに添わない対応になってしまう事もある。	コロナの為、集まった研修はできなかったが、動画を用いて全員が学んでいる。日頃から自分たちのおこないを振り返り、不適切なケアがなかったか、毎日ミーティングで話し合っている。利用者が不穏になったときには、職員の対応などがその誘因となっていないか検証している。日頃の声かけが「～ちゃん」付けや命令口調にならないよう気を付けている。	

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
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	状態に合わせ、思いや希望を表出しやすいよう工夫し、自己決定できるよう働きかけているが、重度化に伴い、思いの表出が困難になる方も多く、アプローチ方法を検討する必要がある。		
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	利用者の希望を聞き、思いに添えるようにしているが、思いの表出が困難な方も多く、スタッフからアプローチして行動してもらう事が多い。勤務体制により、食事や入浴時間等、思いに添う事が難しい場合もある。表情や言動から対応がどうだったか検証し、できる事を検討する必要がある。		
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	整髪、化粧はできるだけ自分で行ってもらっている。服装は一緒に選んで着用してもらい、困難な方は好みを考慮しながら選んでいる。家族との信頼関係づくりの視点からも利用者の身だしなみから与える印象は大切な要素だと、スタッフ間で繰り返し確認している。		
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	レストラン部で調理されたものを盛り付けている。行事や季節の催しの際には、調理する事もある。状態に合わせ、食事形態、盛り付け方、食器等について食べやすさの工夫をしている。	ご飯以外の食事は法人から届く。それ以外でも畑で野菜がとれたときや利用者との会話中のリクエストに応え、キッチンで一品作って提供している。配膳や食器洗いは職員と利用者が一緒におこなっている。お好み焼きや餃子なども事業所で作って楽しんでいる。おやつも一緒に作ることもあり、畑でとれたサツマイモなどを利用している。花見の時期にはお花見弁当、正月にはおせち料理とおとそで季節を感じている。共用型デイサービスの方には、帰宅時に配食サービスの夕食を持ち帰るように、連携を取って包括的に支援している。	
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	主治医や看護師、管理栄養士と相談しながら適切な食事、水分摂取量、食事形態等を検討した上で提供し、摂取量を記録し把握している。食器の色や形、配膳の順番等を工夫したり、好みの飲み物を準備して水分摂取を促す等の対応を行っている。		

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
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	状態に応じ、歯磨きや、スポンジ、口腔ケアティッシュでの口腔内清拭を行っている。昼食後の口腔ケアが気分や暮らしの流れにより、不十分になる事がある。		
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	排泄パターンを把握し、声かけや誘導、介助にてトイレで排泄できるようにしている。認知症の進行、ADL低下により、トイレでの排泄がうまくいかない事も多い。夜間は睡眠を優先し、オムツやパット等の排泄用品を使用している方もある。	排泄表を使用し、個々にあった排泄誘導をおこなっている。バルンカテーテル留置の方もいる。排泄表は看護師が毎日確認している。リハビリパンツや布パンツ、紙おむつ、パットなどその方の状況に合わせ選択している。共用部分に2つと各居室にトイレがあり、利用者は我慢しながら長距離を歩く必要がない。ポータブルトイレの使用も一人だけである。夜間は睡眠重視で紙おむつやワイドパットを使用し、無理に起こしての誘導はしていない。	
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	排便状況を記録で把握し、繊維質の多い食品や乳製品の摂取、水分摂取の促し、腹部マッサージ等で便秘予防に努めているが、内服が必要な方もある。運動不足が便秘の大きな原因となっているため、適度な運動の機会を工夫する必要がある。		
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	特浴利用している方以外は、グループホームの浴室で入浴できているが、全介助の人が増えたことや、共用型デイサービス利用者の入浴がある事から、入浴に要する時間や人員が多くなったため、利用者の意思を尊重しながらではあるが、入浴日や入浴時間を決めて対応している。	その日の予定と職員配置により入浴日と時間は限定されるが、週に2~3回入浴している。一人ひとり湯を入れ替え、ゆず湯も楽しんでいる。重度の方は隣接のデイサービスの寝台浴槽で、ゆったり浸かっている。身体状況で問題があれば看護師を呼び、肌には処方された薬やローションを塗って保湿に努めている。現在入浴拒否の方はいないが、その場合は人や時間を替えて対応している。同性介助を希望される方には対応している。デイサービスで来所の方たちは、希望があれば毎回入浴サービスを受けている。	
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	習慣や体調、その時の状況に応じ、就寝促し方法を工夫している。就寝までの時間は安心して休めるよう、過ごし方を工夫している。睡眠リズムが乱れる方もあり、日中の過ごし方、内服調整等、暮らし全体から安心して眠れる支援を検討するが、改善が難しい事が多い。		

京都府 グループホームたのやま

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
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	内服薬の内容や副作用が分かるようファイルし、看護師から説明を受けた上で対応している。服用しやすい方法を工夫するとともに、チェックシートにより服薬の最終確認をしている。		
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	趣味や趣向を把握し、家事や趣味活動の支援を行っている。重度化に伴い、活動には偏りがある。できない事や困難になる事は増えるが、声かけや雰囲気を感じてもらう等から、楽しみややりがいを感じ、気分転換の機会が持てるようにしている。		
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	イベント参加や外出自粛が続いている。施設周辺の散歩や季節の花の見学、馴染みの場所へのドライブ等は少人数に分かれて行っている。	制限のある中でも花見やバラ園、あじさい寺、由良川河川敷の花壇展など、季節ごとのイベントやドライブに出かけている。玄関の花壇を見に行ったり、庭園の散歩も継続している。利用者は中庭に出て、掃除したり花に水をやったり、ベンチに腰掛けて職員と一緒にくつろいで過ごしている。	
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	不安を感じられる数名については、家族と相談の上、所持してもらっている。支払いする事が難しかったり、不安を感じられる方が多いため、店選び、店員の方への協力依頼等、安心して自分で支払いできる支援が必要である。		
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	3～4名は、家族や友人と電話や手紙、年賀状等のやりとりをされている。電話での会話が聞き取りにくくなったり、文字を書く事が困難になる方もあり、スタッフが代筆等の支援をしながら、家族や友人との繋がりを大切にしていきたい。		
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	中庭や玄関前の花壇に季節の花を植える、季節の花や絵を飾る等で季節を感じられるようにしている。照明や温度、音楽等の雰囲気づくり等、できるだけ快適に過ごせるよう配慮している。	玄関ホールは広く、椅子やテーブル、ソファを置き、コロナ禍では面会場所になっている。水槽でメダカも飼っている。廊下が広く、中庭を囲んで居室とダイニングがある。天井近くまでのガラスの窓で利用者は四方から庭の様子を望められる。テラスや中庭には洗濯物を干す場所もたくさんある。ダイニングには大きな和紙で作ったペンダントが下げられ、暖かい光を放っている。対面キッチンのカウンターには、職員と利用者が入院中の方の為に折った千羽鶴が飾ってある。毎月ちぎり絵をして季節の飾りを壁に飾っている。床の間風のニッチには日本人形も飾っている。	

京都府 グループホームたのやま

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
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	食堂には食事テーブルと余暇時間のためのテーブルやソファ、廊下にもソファを配置し、一人ひとりが自由に過ごせる空間づくりをしている。移動介助が必要な方には、どのように過ごしたいかを決定する支援が不足していると感じる。		
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	好みや使いやすさを考え、家具を持ち込んでもらっている。居室内の雰囲気づくりに関しては、個人差がある。転倒リスクが高い方については、雰囲気づくりより安全を優先しなければならない場合もある。	居室は和室と洋室が用意されていたが、利用者の身体状況も考慮して、入れ替わりのタイミングで順次畳をフローリングにリフォームしている。エアコン、洗面台、トイレが備わっているが、ベッドは持ち込みかレンタルである。布団も持参である。自宅をそのまま残しての入居者も多く、家具は新しく購入したものが多く。キャスター付きのものは除去して使用している。居室は、掃除担当職員が毎日おこない、利用者の手伝いもある。	
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	手すりや車いす用トイレ、居室内には洗面所とトイレを設置している。転倒リスクの高い方の移動空間には、手すりがわりにソファ等を置き、転倒防止の工夫をしている。歩行状態や体調、場面に応じ、杖やシルバーカー、歩行器、車いすを使用したり、履きやすく歩行しやすい履物等の工夫もしている。		