

### 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   | 2690200023                |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 柗野福祉会              |            |            |
| 事業所名    | グループホーム千本笹屋町              |            |            |
| 所在地     | 京都市上京区笹屋町通千本東入笹屋町3丁目622番地 |            |            |
| 自己評価作成日 | 令和4年7月1日                  | 評価結果市町村受理日 | 令和4年10月17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 | <a href="https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2690200023-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2690200023-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a> |
|----------|---|

【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4年9月8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)】

・生活の主役はご入居者ご本人である、ということ念頭に、その方にとっての過ごしやすさや楽しみについて日々考えながら、ご入居者にはそれぞれの『できること』を役割として、また趣味活動として、行っていたりしている。  
 ・介護経験が20年近い職員が大半を占め、開設当初からいる2名の職員を含め、当事業所での勤務歴もほぼ全員が10年近い。ご入居者とはなじみの関係性が構築できており、看取り介護の経験も豊富にあるため、ご入居者・ご家族には、最期までグループホームで過ごせるという安心感を感じてもらえている。  
 ・コロナ禍になり、ご家族には長期にわたり面会制限にご協力いただいている。ご家族アンケートでの回答をもとに、定期的な状態報告の書面郵送や、公式LINEを登録いただいているご家族に対しては、おおよそ月に1回ご入居者の様子を動画撮影し、LINEにてご家族に送信している。

【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)】

グループホーム千本笹屋町は、社会福祉法人柗野福祉会の傘下として平成20年9月に開設されました。事業所理念は「認知症があっても、慣れ親しんだ地域の中で誇りを持って暮らしていただけるように」と掲げています。1ユニット9名の利用者がおられ、平均年齢91.3歳、平均介護度3.56です。利用者の高齢化、重度化が進み、入院中の利用者も数名おられます。コロナ禍も影響して、事業所の特徴であった利用者が集う作品(ペットボトルやティッシュ箱カバー、など)作りができなくなりました。レクリエーションのできるものが減り、食事もきざみやミキサー食の方が増えています。家族との面会制限がある中、LINEの動画送信で利用者の様子や表情を家族に届けています。職員は、利用者個々の安全、安楽に配慮しつつ、できることの支援を継続しています。

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<br>↓該当するものに○印  | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)            | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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   |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |  |   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                      | 法人理念をもとに、毎年グループホーム千本笹屋町としての理念(チーム目標)を全職員で検討し目標管理シートにも載せている。また、課題別研修の中でも、半年に1回程度、理念を再確認する機会を設け、理念の共有や意識づけを行っている。 | 理念に基づき、単年度チーム目標を「持てる力を最大限に引き出すことで、自信と楽しみを持ち笑顔で過ごせるように支援します」と掲げ、行動計画も立案している。この目標は職員の目につくように「排便チェック表」にも記載している。研修時に、理念の振り返りや目標の達成状況を確認し合っている。重度化が進み、誤嚥のリスクが高くなっている現状があり、「口腔ケア研修」を新たに実施している。 |   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | コロナ禍で外出できず、ご利用者が地域とのつながりを持てる機会がなくなったが、車椅子の修理を地域の自転車屋に依頼したり、参考図書の購入を地域の本屋で行ったりし、地域の社会資源を活用するよう努めている。             | 町内会に入会し、地域行事は回覧板で把握している。地域との交流(地藏盆や区民運動会、嘉楽わっしょ、児童館の児童たちの訪問、事業所もちつき行事への招待)などは、コロナ禍で自粛である。今年「今宮まつり」が開催されたが、利用者の年齢や状況を考慮し、参加していない。近所の自転車屋に車椅子の修理を依頼したり、本屋さんを利用するなどおこなっている。                 | 社会は、コロナ感染と共存しながら、活動をおこなう方向で始動を始めている。この中で、どのような方向で、家族や地域との交流を開始できるかなど、検討を期待したい。                            |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | ここ数年コロナ禍にて、運営推進会議も対面開催の機会がなく、地域の方との交流の機会がほぼない期間であったため、地域貢献の機会も設けられなかった。   |  |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | コロナ禍になり、運営推進会議の対面開催の機会がなくなった。書面開催となり、報告は行うものの、なかなか意見の聴取も十分にはできておらず、この点についてはオンラインを活用する等の課題が残る。                   | 会議メンバーは利用者、家族1名、町内会役員、地域包括支援センター、嘉楽学区社会福祉協議会の会長である。コロナ禍で書面での会議開催をしているが、会議メンバーからの意見や提案はあまりない。オンライン会議をおこなうか、意見や助言を依頼用紙で求めるかなど、検討中である。家族への会議の案内はコロナ禍でおこなっていない。議事録は全ての家族に送付している。             | 書面での会議であっても、会議メンバーから積極的な意見や助言を得られるように、議案書の内容を、もう少し具体的に記載したり、資料をつけるなど、工夫を望む。会議メンバーの協力を得て、意義ある活発な会議運営を期待する。 |

| 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<br>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                 | 1月に派遣職員1名がコロナ陽性になったことがあり、その際には介護ケア推進課や医療衛生企画課と日々情報共有や指示を仰ぐ等、コミュニケーションを図った。転倒骨折事故があった際には、京都市に事故報告書を提出した。 | 行政に、運営推進会議の議事録を届けている。事故報告は郵送している。必要に合わせ相談のできる関係はあり、コロナウイルス感染に関しての、対策指導や助言を得ている。現在、行政の主催する会議には参加できていない。   | グループホーム関連事業者の会議に参加されて、他事業所との情報の共有や協力関係を築かれることを期待する。 |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 年4回の「身体拘束適正化委員会」の開催及び内容の周知、また、年2回の課題別研修を行っている。身体拘束の実施事例はなく、鈴等の活用についても都度委員会において有効性を評価している。               | 職員会議の場で、身体拘束適正化委員会を年4回、虐待防止委員会を年2回開催している。研修も年2回実施し、接遇チェックリスト（年1回）もおこない、身体拘束の有無を確認している。移動確認が必要な方に、布団や靴に鈴を取り付けたり、布団の下にコールボタンを設置している方がおられ、有効性の評価をおこなっている。家族には、介護支援計画を立案して、説明し理解を得ている。気になる介護方法や言葉遣いは、そのつど話し合い統一している。 |   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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       | 指針やマニュアルの作成の他、年2回の「高齢者虐待防止委員会」の開催及び内容の周知、また、年2回の課題別研修を行っている。研修の中では接遇チェックリストやケアの振り返りなどを行っている。            |  |   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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   | 年1回課題別研修の機会を持ち、成年後見制度等について学びを深めている。特に成年後見制度は、実際にご利用者にも利用されている方があり、身近なこととして職員間でも意識づけができています。             |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                        | 契約時には、重要事項説明書等を用いて、疑問点が残らないよう詳細に説明を行っている。また、介護保険改正等で新たに加算を算定する等の際は、書面にて説明を行い、同意を得た上で算定を開始している。          |  |   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                    | 年1回ご利用者・ご家族を対象にアンケートを実施している。結果をまとめたものも送付し、いただいた意見について改善が必要な点に関してでもできる範囲での対応を行っている。                      | 顧客満足度調査（アンケート）を年1回おこなっている。「入居して元気になった」「よく介護してもらっている」など感謝の言葉は多い。コロナ禍で面会制限があり、解除の問い合わせがある。「利用者の様子を動画で送ってください」との要望があった。家族にLINE登録をお願いして、登録した家族には月1回程度、日常の様子を動画で提供している。また、衛生用品の負担が増えた方の家族とは、希望価格内での物品選択をおこなっている。      |   |

| 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 |
| 11                           | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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  | 年2回の職員面談の際に各職員と向き合っ<br>て意見・提案・相談等を聞く機会を設けてい<br>る。管理者も日頃現場にて利用者対応や業<br>務を行っており、日常的にもコミュニケーション<br>を図れている。                    | 管理者は業務に入っており、職員からの諸要<br>望は、そのつど聞き取っている。職員会議で<br>も職員の発言は多く「意見があれば話し合っ<br>て決めている。パートであっても同じで、急用<br>のときなど助け合うことが出来ている」との、<br>職員の言葉がある。会議では、レシートに品<br>名を書く、コーヒの入れ方や量の統一を決<br>めている。「高齢者が取りたい栄養・食品に<br>ついて」の勉強会をおこなっている。個人面<br>談は、年2回ある。職員(パートを含む)の勤<br>続年数が10年以上の方は多い。介護福祉士<br>資格者も7割を超えている。 |                   |
| 12                           |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤<br>務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがい<br>など、各自が向上心を持って働けるよう職場環境<br>条件の整備に努めている       | 法人として人事評価制度が確立されてお<br>り、その指標に則り、目標設定や管理を行っ<br>ている。年2回の職員面談でも個別に意見を<br>聴取している。  |   |                   |
| 13                           |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実<br>際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会<br>の確保や、働きながらトレーニングしていくこと<br>を進めている         | 外部研修への参加については、感染症対策<br>の観点から長期にわたり見合わせていた<br>が、昨年度末よりオンライン研修の環境整<br>備が整い、参加するようになった。法人内階<br>層別研修にも必ず参加している。                |   |                   |
| 14                           |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機<br>会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問<br>等の活動を通じて、サービスの質を向上させてい<br>く取り組みをしている | 法人内の施設ケアマネ委員会、介護リス<br>クマネジメント委員会などに参加し、同業者と<br>の交流・意見交換・事例検討等を行う機会<br>を設けている。  |   |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 15                           |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っているこ<br>と、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の<br>安心を確保するための関係づくりに努めている               | 入居面接時の聞き取りを詳細に行うことや、<br>入居後の日々のコミュニケーションにて、困<br>りごとや不安点などを言語・非言語ともに<br>キャッチできるよう努めている。                                     |   |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っている<br>こと、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係<br>づくりに努めている                          | 入居後の面会の頻度や介助に対する拒否<br>等がないかの心配・不安等、ご家族が感じ<br>られていることについては、コミュニケーシ<br>ョンを図る中で受け止め、また、状態を詳細に<br>伝えることで安心していただけるように努め<br>ている。 |   |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「そ<br>の時」まず必要としている支援を見極め、他の<br>サービス利用も含めた対応に努めている                      | 入居前の面接にて、どのような支援を必要<br>とされているか聞き取り等を行い、ケアプラン<br>に反映させている。  |   |                   |

| 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 |
| 18                                 |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                       | 歌うことが好きな方の隣に、今は歌えなくなったが以前は歌が好きだった方に座っていただき、歌を聴く楽しみを感じていただく等し、ご利用者間もしくは職員が間に入ることによって交流が広がるような支援を行っている。 |  |                   |
| 19                                 |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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        | 在宅時より継続して、ご家族と手紙のやりとりをしていただく等、ご家族との関係性を大切にしている。また、状態報告等でご家族に電話する際は、ご利用者との会話の機会も設けるようにしている。            |  |                   |
| 20                                 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                    | コロナが少し落ち着いたタイミングで、自宅マンションへの帰宅の機会を設けたところ、管理人さんや同じフロアに居住する友人2名と交流でき、活気が戻り楽しそうに過ごされていた。                  | コロナ禍で馴染みの人との関わりは、家族の方になっている。テレビ電話やLINEでの報告をおこない、家族が必要物品を持参されたときは、距離をとり顔合わせしており、職員から近況報告もおこなっている。毎月、担当介護士は利用者の生活状況や医師、看護師からの所見などを書き、写真とともに家族に送っている。利用者の書く欄もある。広報紙「うららか」年4回発行も届けている。   |                   |
| 21                                 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | 人間関係や理解度・興味のあること等を把握し、職員が間に入りながらご利用者同士の交流ができるよう支援している。(ハーモニカ演奏される方、歌を歌われる方、音楽を聴かれる方等、共に過ごせる時間を作っている)  |  |                   |
| 22                                 |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 看取り介護を行う等し退去に至った方で、喪が明けた方に関しては年賀状を送付する等している。退去されたご家族の営まれる店舗で必要物品(余暇支援に使用する物品)を購入したことも数回ある。            |  |                   |
| <b>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</b> |     |   |   |  |                   |
| 23                                 | (9) | ○思いや意向の把握<br>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                        | 年1回アンケートを実施する他、ケアプラン作成前や日常のコミュニケーションの中で意向やお気持ちなどを聞き取るようにしている。終末期や死去後のことについて、成年後見人も交話し合いの場を持った方も居る。    | 入居時は「面接記録シート」に、利用者や家族の意向を聞き取っている。利用者にも年1回、アンケート調査(行きたいところ、環境、困っていること、職員に対して、食事嗜好調査など)をしている。日常的に聞き取ったことは、ケース記録に書き、「意見要望書」で回覧し、情報を共有している。寿司やすき焼きのクエストは食事レクリエーションで対応している。「盛り付けをきれいに」の要望には、職員間で話し合い統一している。利用者の重度化が進み、趣味活動の継続ができない方が増え、意思表示の困難な方もおられるが、利用者の反応を見落とさないように注意して、介護している。 |                   |

| 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 |
| 24 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居時に、ご家族より生活歴やこれまでのなじみの暮らしや関係性について書面や聞き取りにて情報を得ようとしている。また、入居後も、状態報告を行う際等に、以前はどうであったか等聞くこともある。    |   |                   |
| 25 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 日々の関わりを通して当日出勤職員でもやりとりを行うが、毎月職員会議の場でケース検討を行っており、その際に心身状態の変化やケアの見直しについて協議するとともに、全職員に周知を図っている。     |   |                   |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご利用者・ご家族の意向を事前に確認し、また、医師・歯科衛生士・訪問マッサージ等のご利用者を取り巻くサービスの担当者にも事前に意見を聴取し、すべてのアセスメントを踏まえた介護計画を作成している。 | 面接記録シートや情報収集シートをもとに、課題整理総括表にまとめ、介護計画を立案している。利用者には担当職員がいる。担当介護士は3か月ごとに介護課題に沿った記録をしている。介護支援専門員も3か月に1回モニタリング(評価表)を実施している。毎月全員のケース検討会議を開催し、会議前にはケース検討事項用紙で、検討内容を提出している。サービス担当者会議は年1回または状態変化時に開催している。コロナ禍で利用者(家族)の出席は得ていないが、3か月に1回程度は、全家族に状況報告や意向確認をおこなっている。目標達成計画に「個別性のある利用者主体の介護計画の作成」を挙げ、取り組んでいる。 |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 毎日の記録及び、毎月の職員会議(ケース検討会議)にて、情報共有を行い、状態把握やケアの変更を行っている。それらをもとに、介護計画作成時は新たにアセスメントを実施している。            |   |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | コロナ禍で面会制限が長期化する中、毎月のお便りに掲載する写真以外で、LINEにて動画を送信したり、ビデオ通話ができる環境を整え、ご利用者の様子を伝えている。                   |   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 在宅時からのかかりつけ薬局(ご利用者の知人が営まれている)を、入居後も利用されており、処方薬を届けてもらったり、ティッシュ・トイレットペーパー等の日用品を購入したりしている。          |   |                   |

| 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 |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 在宅時から同じ診療所より往診に来ていただいているご利用者が1名。在宅時のかかりつけの病院から、グループホーム千本笹屋町の往診医に主治医を変更(状態が急激に変化し、往診できる体制を希望された)された方1名。 | かかりつけ医の選択は自由であり、在宅時からのかかりつけ医を継続している方がいる。かかりつけ医から、月2回の訪問診療を受け、24時間のオンコール体制が整っている。緊急時(夜間を含む)にも、かかりつけ医に連絡し、指示を受けている。「夜間緊急時対応フローチャート」が作成されている。訪問看護も週1回あり、健康管理を受けている。希望者には、歯科医の往診(月1回)、歯科衛生士による口腔ケア(月4回)がある。在宅時から訪問マッサージを受けていた利用者は、現在も続けている。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 訪問看護ステーションと契約を結び、週に1回訪問にて健康管理や処置、受診相談や主治医に指示を仰ぐ等している。  |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 骨折にて入院された際、病院・ご家族との情報共有や、リハビリ見学・カンファレンス等を行い、退院後の支援について病院関係者・ご家族とともに検討した。                               |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化されたご利用者について、ご家族を呼んで主治医よりムンテラしていただき、現在の状態について共通認識をもった。また、1名はご家族の希望もあり、看取り介護に移行することになり、介護計画の見直しも行った。  | 契約時に「重度化及び看取りに関する指針」により説明し、同意書をもっている。状態が変化し看取りが予想される場合には、家族に主治医からの再説明がおこなわれ、共通認識を持ち看取り介護をおこなっている。ターミナルケア研修は、年1回実施している。看取り後は振り返りをして、全職員がレポートを提出している。職員の離職率は低い。「経験を積み重ねることで、利用者、家族の思いに添えるようになってきている」と、管理者の言葉がある。今年度も1名の看取りをおこなっている。       |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 課題別研修の中で、急変時の対応や事故発生時の対応等を取り入れている。AED研修も組み込んでおり、AEDの設置場所の再周知および取り扱い方や胸骨マッサージの手技の演習等実施した。               |   |                   |

| 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<br>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           | 毎年消防訓練や水害訓練を高齢者総合施設千本笹屋町の建物全体(全事業所)で実施している。  | 訓練は「高齢者総合施設千本笹屋町」全体で実施し、消防訓練は年2回(昼・夜想定)おこない、自然災害(風水害、洪水、地震など)の訓練も実施している。利用者は、非常口までの避難をおこなっている。現在は消防署の立ち合いはない。備蓄は、事業所内で3日分準備している。防災研修は年1回全職員におこない、AEDの研修も年1回実施している。防災マニュアル、BCP(事業継続計画)は、作成されている。   |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 人生の大先輩であることを念頭においてお声掛けするようにしている。定期的なケアの振り返りを実施し、くだけた言葉遣いになってしまっている場合は研修や会議の場で話し合い、意識づけを行っている。    | 個人情報保護やプライバシー保護、権利擁護、認知症ケアなどの研修の中で、接遇やプライバシーについて伝え、「接遇チェックリスト」による振り返りもおこなっている。職員同士が好意の持てる関係を作るために、「ほめ合いカード」を活用した経緯もある。利用者の呼び方は、苗字で統一しているが、反応が弱くなった利用者には、昔呼ばれていた「〇〇ちゃん」と声掛けすると反応された。その様子をLINEの動画で家族に見てもらうと、とても喜ばれたという事例もあり、その方に合わせた関わりで支援に努めている。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 言葉で意思を伝えるのが困難になられたとしても、「〇〇しますか?」「〇〇と△△どっちがいいですか?」等お声掛けし、少しの変化・反応も見逃さないよう努めている。                   |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 朝はゆっくり寝たい方、夜は疲れが出て早めに休みたい方等、思いを伺ったり、状態の変化をキャッチ(イライラ・ソワソワされる等)し、適宜ご利用者のタイミングに合わせた対応を心掛けている。       |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 6月に訪問美容サービスにてメイクをしていただいた。事前にご家族に希望を聴取し、2名のご利用者が参加。今後も、ハンドマッサージのボランティアの導入等、コロナの状況を見つつ積極的に取り入れていく。 |   |                   |

| 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<br>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   | ペースト食等の加工が必要な方や全介助の方が増えたこともあり、なかなか毎日実施できないが、週1日は手作りやイベント食を実施している。食器拭きは日課としてご利用者に毎食後行ってもらっている。        | 昼食、夕食の副食は業者から届く。朝食とご飯、味噌汁は、職員が作っている。盛り付けや食器拭きを手伝う利用者がおられる。週1回食事レクリエーションを実施しており、利用者の希望を聞き、ちらし寿司やホットプレートを使った、餃子、パエリア、ハンバーグ、お好み焼き、焼きそばなど作っている。利用者は、調理過程を見て、においを楽しんでいる。ミキサー食の方は多い。果物は大好きで笑顔で食される。お正月のお節料理で、ミキサー食の方にはソフト食で提供している。 |                   |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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        | 見た目が多いと圧倒されて食事が進まない方には少な目で提供したり、高栄養ドリンクを飲用されている方については1回あたりの食事量を負担のない量になるようにしたり、ケース検討にて話し合いながら工夫している。 |  |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                 | うがいができない方や歯の無い方にはスポンジブラシを活用する等し、口腔ケアを行っている。  |  |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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 | ADLの変化に伴い、パッド・おむつ等を使用される人数は増えつつあるが、その方の排泄パターンを把握し、定時ではなくそれぞれのタイミングに合わせた介助を行っている。                     | 独歩の方もおられるが、手引きや歩行器歩行、車椅子など移動介助は異なる。一人ひとりの排泄パターンに合わせ、個別に支援をしている。居室内にトイレがあり、日中は全員トイレを使用している。夜間はポータブルトイレを使用する方もある。重度化に伴い衛生用品の使用も増え、料金もかさむが家族の理解を得ている。尿路感染症を起こさないように清潔に留意している。   |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                 | ヨーグルトやコーヒー等にオリゴ糖を入れたり、錠剤の薬が飲めずに粉碎対応となっている方にもオリゴ糖でまぜて内服していただいている。水分摂取が極端に少ない方には、小さいコップでこまめに勧めている。     |  |                   |

京都府 グループホーム千本笹屋町

| 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<br>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                        | ゆっくり入浴を楽しみたい方については、その日の最後に入っていただくようにしている。複数の方については、ADLの変化が顕著であり、体力に合わせて短時間やシャワー浴で対応する等している。       | 入浴は週2回を基本とし、個浴で1回ずつお湯の入れ替えをおこない、希望者には同性介助である。菖蒲湯やゆず湯などの提供がある。入浴時は褥瘡や傷がないかなど、全身を観察している。必要時は2人で介助し、安全に留意している。浴槽に浸かれない方には、足浴をしながらシャワー浴で対応している。衣服を脱ぐやシャワー音で不安になる方がおられ、音楽をかけると落ち着かれる。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | ターミナルケアを行っているご利用者に対して、リビングソファで休んでいただき、周囲に人がいることを感じられる空間で過ごしていただいている。他者も、状況に応じてソファやベッドで休んでいただいている。 |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 日中の傾眠時間が長いご利用者に対して、主治医に相談し認知症の薬が減薬されたが、より一層傾眠が強くなり食事することもままならなくなったことがあった。再度内服を再開し、状態改善した。         |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 縫物を習っていたり仕事にしていた方は、継続して縫物をしていただいている。食器拭きができる方、たたみ物ができる方、洗濯物が干せる方等、それぞれのできることを把握し、日課として行ってもらっている。  |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | コロナ禍にて、日常的な外出の機会は作れず。施設外周を歩いたり、笹屋町通りのお地藏さんを参ったり等は、気候に合わせて行っている。自宅マンションに帰宅された方1名あり。                | コロナ禍のため、日常的な外出はできなくなったが、施設の外周を歩いたり、車椅子で日光浴や外気浴を楽しんでいる。町内のお地藏さんを参ることもある。歩ける方はゴミ出しを手伝っている。4月には千本今出川の桜を1対1で見に行き、写真撮影などもおこなっている。また、職員と一緒に自宅マンションに行かれた方もある。                           |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                             | 以前は財布(お金)を居室に持っておられ、ティッシュ等を買う際には自身の財布から支払いをしてもらったりしていたが、認知症の進行やADLの変化に伴い、現在それを実施している該当者はおられない。    |  |                   |

| 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 |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 電話での通話、手紙のやりとり、LINEでのビデオ通話、LINEでの動画送信等行い、ご家族との繋がりを感じていただけるようにしている。                                  |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | ご利用者が好まれる音楽を流したり、季節に応じて飾りつけを変更して、季節感を感じていただけるようにしている。飾りつけについては、できる方とは一緒に折り紙を切ったり折ったり貼ったりする作業を行っている。 | リビングには大小のテーブルが3台置かれ、利用者はゆっくりと座られている。ソファは、リビングと廊下にも設置し、自由に休憩したり横になることもできる。廊下のモップ掛けをする利用者が、途中で休憩のためソファに座ることもある。ずっとリクライニング車椅子に座っている方のために、ソファベッドの購入を予定している。壁には京都の風景の写真が飾ってある。季節の飾り、コスモスの花を現在作成中である。換気のため窓はずっと開けていて、空気清浄機も設置されている。リビングの掃除は夕食後に職員がモップ掛けをしている。廊下は朝、掃除しており、モップ掛けは利用者が手伝っている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 限られたスペースの中でも、わざと死角を作ったり、テーブルやいすの配置、ソファの向きを変える等し、皆で過ごせたり一人で過ごせたりと、その時々によって柔軟に対応できる環境をつくっている。         |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | テレビ・仏壇・ソファ等、その方に応じたなじみの物が居室にて整備されている。   | 居室は、トイレ、洗面台、エアコン、照明器具、カーテンが設置されている。ベッドの持ち込みは自由である。タンス、テレビ、机と椅子、ソファ、仏壇、ぬいぐるみなど、好みに馴染みのものを持参されている。歌の好きな方で、壁に歌詞カードを貼っている方もある。居室掃除は週1回、リネン交換時に利用者と一緒にこなっている。トイレ、洗面台は週2回している。汚染時はその都度掃除をしている。   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | ご利用者によっては、タンスに『シャツ』『パッチ』『タオル』等テプラシールで貼り、ご本人で出し入れを管理できるよう分かりやすく環境整備している。                             |  |                   |