

## 地域密着型サービス外部評価結果報告書

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会が実施した下記の事業所の外部評価の結果をご報告します。  
この報告を貴事業所におけるサービスの質の向上に向けた取り組みの一助としてご活用いただき、地域における認知症等高齢者の生活・介護等の拠点として一層ご活躍されることをご期待申し上げます。  
また、本報告書は、以下のような場面などでご活用ください。

- ・ 利用申込者またはその家族に対する重要事項等の説明
- ・ 事業所内の見やすい所への設置または掲示
- ・ 運営推進会議など関係者への説明

|           |              |
|-----------|--------------|
| 法 人 名     | 社会福祉法人 坂井福社会 |
| 代 表 者 名   | 理事長 木村 洋子    |
| 事 業 所 名   | ウエルネス木村      |
| 評 価 確 定 日 | 2021/12/16   |

### 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   | 1870800123          |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 坂井福祉会        |            |  |
| 事業所名    | ウエルネス木村 (ユニット:まごころ) |            |  |
| 所在地     | 福井県あわら市自由ヶ丘2-15-23  |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和3年11月2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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 福井県福井市光陽2丁目3番22号  |  |  |
| 訪問調査日 | 令和3年11月17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)】

家庭的な雰囲気の中で、個性や生活リズムを崩すことなく住み慣れた環境を整えることでご利用者に安心感を与えるように努めています。また、座談会やお手紙などを通じてご利用者の思いや意向を引き出し生活意欲に繋げています。四季の季節感を味わって頂けるように、コロナ禍であってもドライブなどの外出は継続しながら、施設内での行事やレクリエーションは3つの密を心がけ、普段通り行っています。くもん学習療法での認知機能の維持や地域の通学路での見守り活動などを通じて、ご利用者一人一人が生きがいを見い出せるように心がけています。

2年後に開通予定の北陸新幹線芦原温泉駅が事業所付近にある。屋上からは新幹線と街並みが見え、都会のような風景である。建物はすべて広々と設計し、開放感は十分で、全フロアがホテルのような空間となっている。6階のケアハウスのお風呂には露天風呂もあり、利用者が入浴を楽しんでいる。安全・管理委員会を毎月開催し、「禁止用語・言い換えリスト」を具体的に作成して掲示することで職員の言動は利用者の生活環境の一部であることを表示し、利用者への身体拘束の防止やプライバシーの確保に取り組んでいる。さらに、勉強会も開催し、サービスの向上に取り組んでいる。町内の集会場や民生委員が立ち上げたボランティア団体に場所を開放し、地域の福祉の発信地を目指している事業所である。

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<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)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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)   | ○                     | 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 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 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)                     | ○                     | 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)                   | ○                     | 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<br>(参考項目:4) | ○                     | 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<br>(参考項目:36,37)     | ○                     | 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、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 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)                  | ○                     | 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                                       | ○                     | 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)         | ○                     | 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                                   | ○                     | 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 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

[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                  |
| <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  | 事業所独自の理念を作成し、フロアーに掲示し各自目を通すようにしている。朝礼の際には全員で唱和します。   | 理念は事業所の大切にしている思いをわかりやすく表現し、職員は理念を掲示・唱和して実践に繋げている。また、法人理念を名札に入れて常に意識しやすいように努めている。                |                                    |
| 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  | 日中の人口が少ない新興住宅地の中にあり、交流の機会が得にくい。同じ建物内の通所介護事業所やケアハウスの利用者などと日常的に交流を行っている。また、災害時における地域住民の協力体制ができています。地域で行われる行事には積極的に参加し、近隣の児童さんの登下校時の見守り隊としての関わりを行っている。            | コロナ禍で地域との付き合いは制限しているが、登下校の見守り隊で子供たちとふれあい、道路の高架下の除草のボランティア活動に参加している。また、4～5年前から町内の正月集会に場所を開放している。 |                                    |
| 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  | 運営推進会議を通して認知症についての勉強会を開催する予定。地域の方にも参加の声を掛けていく。   |   |                                    |
| 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                                     | 運営推進会議は、入居者家族、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、坂井地区広域連合職員に参加して促して、2ヶ月毎に開催している。会議ではホームの運営状況を報告後、各委員が自由に意見交換し、活発な会議となっている。議事録についても分かりやすくまとめ、全家族に送付している。                      | コロナ禍で2か月ごとに書面会議を開き、議題案や状況報告を郵送しているが、委員からの意見は少ない。  | 運営推進委員の意見が出るよう、アンケート形式等の工夫に期待している。 |
| 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   | 市の地域包括支援センターの職員が、運営推進会議のメンバーであり、同建物内の他の事業所への訪問時に立ち寄ってもらい、近況報告を行ったり、運営について相談する等良好な関係を築いている。   | 制度的な相談や身近な相談も、市や地域包括支援センターと連携し取り組み、協力関係も良好である。  |                                    |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 2Fの出入り口のエレベーターは暗証番号で管理されているが、エレベーターまでの玄関ドアは開放されている。また南北のベランダは洗濯物を干したり自由に入出入りできるように開放されている。入居者の行動の変化を見守り、散歩や外出に付き添っている。施設が定める身体拘束等の適正化に関する指針に従って委員会活動、研修を行っている。 | 安全・管理委員会を毎月開催し、勉強会も年2回行っている。委員会にて「禁止用語」の言い換えリストを作成して掲示し、職員が行動しやすく身体拘束をしないケアに取り組んでいる。            |                                    |
| 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                                     | 施設が定める身体拘束等の適正化に関する指針に従って委員会活動、研修を行っている。   |   |                                    |

| 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 |
| 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    | 自施設内で内部研修を行い、職員の疑問に答え内容の理解を深めるように努めている。   |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約書、重要事項説明書を基に、十分な説明を行い、同意をもらっている。  |   |                   |
| 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                     | 推進会議、意見箱、面会時の意見聴取、満足度アンケートで意見・要望の収集に努めている。内容については推進会議、運営会議等で検討し運営に反映させている。            | 面会はタブレット・スマートフォン等で行い、現在は1階の相談室でもできるようになった。毎月の便りで個人的な健康状態を写真入りで報告しており、家族も喜んでいる。                        |                   |
| 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                                      | 毎月カンファレンスを開いている。意見や提案を挙げ話し合い、業務や運営に反映させている。   | 普段の気づきを申し送り等に記録し、「お試し期間」を設けて対応し、その結果を職員間で話し合っている。また、職員の意見や提案は日常的にユニットごとの主任・副主任が受入れている。年2回の管理者との面談もある。 |                   |
| 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      | 適時、職員1人ひとりと相談や個別面談の機会を設け、問題解決に努めている。職員には労働時間の超過にならないように促したり、休憩時間をきちんと確保出来るように取り組んでいる。 |   |                   |
| 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         | 自施設での研修は毎月行っている。また、外部への研修も、順番に研修に参加している。職員には資格の取得を促している。                              |   |                   |
| 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 | ネットワーク坂井を通じて他施設間での情報交換や事例研究等の勉強会に参加している。  |   |                   |

| 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 |
| <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 | 入所される前には本人、家人との面接を行い、生活状況の確認を行っている。その際、要望や困っていることを把握している。可能な限り、事前にGHの見学も行って頂いている。 |   |                   |
| 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            | 入所される前には本人、家人との面接を行い、生活状況の確認を行っている。その際、要望や困っていることを把握している。可能な限り、事前にGHの見学も行って頂いている。 |   |                   |
| 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        | 専門的なリハビリが必要な利用者で、希望があれば協力病院のリハビリの利用を行う等、対応に努めている。                                 |   |                   |
| 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                        | 家事や居室掃除は共同で行い、食事は職員利用者とも同じテーブルで食べている。   |   |                   |
| 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         | 面会の際には本人様の状況をお伝えしたり、カルテの開示を行い、近況を報告している。また、家人の要望も参考に、支援方法を話しあっている。                |   |                   |
| 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                     | 家人には可能な限り面会や外出等をお願いしている。本人様の友人や、兄弟、姉妹、孫さんも面会に来ている。                                | 現在は、コロナ禍で制限しているが、6年前から利用者との座談会を毎月開催して意見を聞き入れ、自宅までドライブに行くこと等の支援に努めている。 |                   |
| 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                 | 職員が中に入り利用者間の関係を築いている。   |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 同施設内でのフロア移動後には、情報を共有しながらご本人やご家族の方との関わりが持てるように努めている。  |  |                   |
| <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   | ケアプランを立てる場合には、継続的に本人からも意見を聴取するなど、グループホームでの生活はどうか尋ねている。困難な場合は、担当の職員を含めてカンファレンスを開き、話し合いを行っている。                                     | 毎月、利用者との座談会で意見を聞き入れ、会話が困難な利用者には身振りや表情を見ながら思いの把握に努めている。座談会等から出た希望をもとに、ドライブや食べたいものを提供できるように取組んでいる。 |                   |
| 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                                       | 本人や家族に聞き取りを行い、その情報はカルテに記載を行っている。   |  |                   |
| 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   | ケアプランの立案前に、本人の状態について話し合いを行ってから支援の方向性を決めている。状態の悪化や変化が見られた場合は適時話し合い、支援方法を決めている。  |  |                   |
| 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 | ケアプランを立てる場合、継続的に本人の様子を伺ったり、グループホームでの生活はどうか尋ねている。家人にも面会時や書面にて意向を聞き、できる限り家人の参加を促している。その後、担当の職員を含めて必要に応じて多職種でカンファレンスを開き、話し合いを行っている。 | 介護経過記録に支援内容の項目を提示し、毎月のモニタリングに活かしている。6か月ごとの見直しの際には家族が参加できる希望日を選択できるように依頼し、現状に即した計画になるよう努めている。     |                   |
| 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                        | 個人の日々の記録は、午前、午後、夜間に分けて記録を行っている。1ヶ月毎の評価をしながら6ヶ月毎にプラン作成の為の担当者会議の他、適宜カンファレンスを行っている。   |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 専門的なりハビリが必要な利用者で、希望があれば協力病院のリハビリの利用を行う等、対応に努めている。又、希望者はくもん学習療法に取り組んでいる。また、あわら市からも介護相談員の派遣を受け入れている。                               |  |                   |

| 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   |
| 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                                      | 地区の祭りに利用者と職員が参加して地域の住民と関わりを持つ機会を作っている。また外出支援等必要に応じて行っている。  |   |   |
| 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                                  | 家族や、利用者の希望する医療機関を確認し受診を行っている。  | 協力医の往診等、医療機関の充実を希望し、かかりつけ医を変更する利用者が多い。歯科医等の通院には家族が同行している。看護師がいつでも対応できる体制にあり、家族も安心している。            |   |
| 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                          | 毎日のバイタル測定や介護上の身体状況の変化を看護職員と共有しながら、早期の異常発見に努めている。   |   |   |
| 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。 | 入院の際には、看護経過や口頭での情報説明などを行っている。また、退院までの間は入院中の経過の把握ができるように病院との情報交換を行っている。   |   |   |
| 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  | グループ内に協力病院があるため、医療的なケア(胃瘻、24時間点滴の管理等)が必要な場合は、入院や、他施設への移動を行うことで家人には了解を得ている。又、身体面や、医療面の状況を家人に伝え、今後の生活支援の方向性について早めに話しあっている。 | 重度化や終末期の移行の判断は、家族と医師・看護師等の関係者で方針を共有し適切に行っている。   |   |
| 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  | 緊急時の対応の手順に沿っての勉強会を実施しながら、職員が不安なく対応できるように努めている。   |   |   |
| 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  | 避難訓練を年2回実施している。(内1回は夜間想定)  | 併設施設と合同で避難訓練を年2回開催しており、建物的な設備も完備している。消防署からは、火元を避け慌てず事故のないように、と指示を受けている。また、地域の緊急時の避難場所として指定を受けている。 | 職員だけの誘導の限界を踏まえ、地域住民や地元の消防団、町内の自警団等を交えて避難訓練を開催することを希望している。 |

| 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 |
| <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                   | 愛情と対話の施設理念に基づき、ご利用者に対しては敬語を心がけ安心感を与える言葉かけに努めている。                                 | 安全・管理委員会が作成した「禁止用語の具体的な言い換えリスト」等を活用して適切な声掛けや対応を行うことにより、利用者の人格を損ねないための取組みに努めている。 |                   |
| 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                     | ご利用者と関わりながら会話や表情を通じて考えや思いを引き出す工夫をしている。   |   |                   |
| 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 | 月1回の座談会を開催し、日々の暮らしに於いて利用者の思いや意向を聞き出すことに努めている。                                    |   |                   |
| 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                                  | クローゼット内の衣服は自由に出し入れできるように環境を整え、女性には乳液や化粧品など在宅で使用されていた物を持ち込んで頂いている。                |   |                   |
| 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     | 自炊の日、おやつ作りの日を設け利用者が調理する楽しみを味わうことで食欲に繋げている。盛り付け、配膳等においては出来る役割を分担しながら声掛けや支援を行っている。 | 毎月1回の自炊の日は、朝・昼・夕食の1品とおやつを利用者と一緒に調理している。手伝いの当番を掲示し、利用者の楽しみとなっている。                |                   |
| 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          | 食事・水分量はチェック表に記載し、定期的に体重測定を行っている。栄養の偏り、摂取量低下がある場合は栄養士に相談している。                     |   |                   |
| 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                   | 毎食後行っている。義歯に関しては、就寝前には洗浄剤を使用し清潔に努めている。   |   |                   |



| 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 |
| 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                              | 各居室にトイレがある為、プライバシーは保たれている。排泄については失禁の有無を確認したり、排泄チェック表を用いて、個別の誘導時間を設定している。                       | 自室にトイレを設置してプライバシーを保ち、排泄チェックリストで排泄パターンを把握している。  |                   |
| 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  | なるべくフロア内で歩いたり、腹部マッサージ、体操等、体を動かす事を利用者に促している。乳製品などを取り入れたり水分補給も促し、チェック表で水分量や、排便があったかどうかの確認も行っている。 |  |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 入浴は火金(午前と午後)、水土(午前)に行い、機械浴が必要な方と感染症の方は個別に対応している。また随時、希望があれば入浴可能である。                            | 入浴は週2回で、利用者の体調や希望で変更可能である。広い浴室で友達と一緒に入浴することや、6階の露天風呂の利用もでき、利用者の楽しみとなっている。機械浴はデイサービスにて対応している。                   |                   |
| 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   | 個人のペースに合わせた生活が送れるよう心がけている。   |  |                   |
| 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  | 連絡ノートやカルテに通院時の薬の情報を記載しているので、職員は目を通して業務にあたっている。本人の状態も申し送りで確認している。                               |  |                   |
| 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                             | 個人の生活習慣に合わせた家事の役割分担を行い、季節に応じた畑作りや花壇作りで生活に変化を持たせている。  |  |                   |
| 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 | 希望に添って散歩や畑、近くの公園に行っている。春は花見、秋は遠足等の外出行事も企画している。   | 現在は、コロナ禍で外出を制限しているが、平時には、四季を感じる取り組みとしてドライブに出かけている。日頃の散歩では玄関前の畑や花壇を見に行ったり、体操や共用空間内での歩行するなどし、利用者の体力低下防止に取り組んでいる。 |                   |

| 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 |
| 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  | 施設内で管理し、外出や外部業者での購入時に渡し自身で支払うことができるように支援している。  |   |                   |
| 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   | 毎月発行するGH便りに自筆のお手紙を同封して日々の生活状況が分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<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 | ご利用者同士が、同じ話題でコミュニケーションがとれるように、掲示板を利用し行事やレクリエーションを撮影したものを掲示している。また、廊下やフロア空間には季節感を感じて頂けるように創作物を掲示している。 | 共用空間は明るく、イベント等を開催できる広さがあり、作品物が展示してある。                                   |                   |
| 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  | 畳の間に座布団や、座椅子を置いたり、共用フロアに本棚をおいたりとくつろげるように工夫を試みている。  |   |                   |
| 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  | ご自宅で使用されていた小物やアルバムなど在宅での生活に近い環境を提供している。  | エアコン・ベッド・トイレ・洗面所・使いやすいクローゼットの押し入れを設置し、利用者がテレビやソファ等を持ち込んでいる。写真や作品が飾ってある。 |                   |
| 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   | 部屋はバリアフリーでゆとりを持った造りとなっていて、車椅子の利用者の方でも移動が行いやすくなっている。居室内やフロアの床材に、転倒時の衝撃を緩和できるクッションシートを使用している。          |   |                   |

### 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   | 1870800123           |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 坂井福祉会         |            |  |
| 事業所名    | ウエルネス木村 (ユニット: やすらぎ) |            |  |
| 所在地     | 福井県あわら市自由ヶ丘2-15-23   |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和3年11月2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 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 福井県福井市光陽2丁目3番22号  |  |  |
| 訪問調査日 | 令和3年11月17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)】

家庭的な雰囲気の中で、個性や生活リズムを崩すことなく住み慣れた環境を整えることでご利用者に安心感を与えるように努めています。また、座談会やお手紙などを通じてご利用者の思いや意向を引き出し生活意欲に繋げています。四季の季節感を味わって頂けるように、コロナ禍であってもドライブなどの外出は継続しながら、施設内での行事やレクリエーションは3つの密を心がけ、普段通り行っています。くもん学習療法での認知機能の維持や地域の通学路での見守り活動などを通じて、ご利用者一人一人が生きがいを見い出せるように心がけています。

まごころユニットと同じ

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)     | ○                     | 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)   | ○                     | 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 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目: 18,38)           | ○                     | 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)                     | ○                     | 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)                 | ○                     | 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<br>(参考項目: 4) | ○                     | 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<br>(参考項目: 36,37)   | ○                     | 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、生き活きと働けている<br>(参考項目: 11,12)                                      | ○                     | 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)                | ○                     | 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  | ○                     | 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)       | ○                     | 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                                    | ○                     | 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) | ○                     | 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

[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 |
| <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  | 事業所独自の理念を作成し、フロアーに掲示し各自目を通すようにしている。<br>朝礼の際には全員で唱和します。  | まごころユニットと同じ |                   |
| 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  | 日中の人口が少ない新興住宅地の中にあり、交流の機会が得にくい。同じ建物内の通所介護事業所やケアハウスの利用者などと日常的に交流を行っている。また、災害時における地域住民の協力体制ができています。地域で行われる行事には積極的に参加し、近隣の児童さんの登下校時の見守り隊としての関わりを行っている。             | まごころユニットと同じ |                   |
| 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  | 運営推進会議を通して認知症についての勉強会を開催する予定。地域の方にも参加の声を掛けていく。  |             |                   |
| 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                                     | 運営推進会議は、入居者家族、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、坂井地区広域連合職員に参加して促して、2ヶ月毎に開催している。会議ではホームの運営状況を報告後、各委員が自由に意見交換し、活発な会議となっている。議事録についても分かりやすくまとめ、全家族に送付している。                       | まごころユニットと同じ |                   |
| 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   | 市の地域包括支援センターの職員が、運営推進会議のメンバーであり、同建物内の他の事業所への訪問時に立ち寄ってもらい、近況報告を行ったり、運営について相談する等良好な関係を築いている。  | まごころユニットと同じ |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 2Fの出入り口のエレベーターは暗証番号で管理されているが、エレベーターまでの玄関ドアは開放されている。また南北のベランダは洗濯物を干したり自由に入ることができるように開放されている。入居者の行動の変化を見守り、散歩や外出に付き添っている。施設が定める身体拘束等の適正化に関する指針に従って委員会活動、研修を行っている。 | まごころユニットと同じ |                   |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 施設が定める身体拘束等の適正化に関する指針に従って委員会活動、研修を行っている。  |             |                   |

| 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 |
| 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    | 自施設内で内部研修を行い、職員の疑問に答え内容の理解を深めるように努めている。   |             |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約書、重要事項説明書を基に、十分な説明を行い、同意をもらっている。  |             |                   |
| 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                     | 推進会議、意見箱、面会時の意見聴取、満足度アンケートで意見・要望の収集に努めている。内容については推進会議、運営会議等で検討し運営に反映させている。            | まごころユニットと同じ |                   |
| 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                                      | 毎月カンファレンスを開いている。意見や提案を挙げ話し合い、業務や運営に反映させている。   | まごころユニットと同じ |                   |
| 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      | 適時、職員1人ひとりと相談や個別面談の機会を設け、問題解決に努めている。職員には労働時間の超過にならないように促したり、休憩時間をきちんと確保出来るように取り組んでいる。 |             |                   |
| 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         | 自施設での研修は毎月行っている。また、外部への研修も、順番に研修に参加している。職員には資格の取得を促している。                              |             |                   |
| 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 | ネットワーク坂井を通じて他施設間での情報交換や事例研究等の勉強会に参加している。  |             |                   |

| 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 |
| <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 | 入所される前には本人、家人との面接を行い、生活状況の確認を行っている。その際、要望や困っていることを把握している。可能な限り、事前にGHの見学も行って頂いている。 |             |                   |
| 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            | 入所される前には本人、家人との面接を行い、生活状況の確認を行っている。その際、要望や困っていることを把握している。可能な限り、事前にGHの見学も行って頂いている。 |             |                   |
| 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        | 専門的なリハビリが必要な利用者で、希望があれば協力病院のリハビリの利用を行う等、対応に努めている。                                 |             |                   |
| 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                        | 家事や居室掃除は共同で行い、食事は職員利用者とも同じテーブルで食べている。   |             |                   |
| 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         | 面会の際には本人様の状況をお伝えしたり、カルテの開示を行い、近況を報告している。また、家人の要望も参考に、支援方法を話しあっている。                |             |                   |
| 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                     | 家人には可能な限り面会や外出等をお願いしている。本人様の友人や、兄弟、姉妹、孫さんも面会に来ている。                                | まごころユニットと同じ |                   |
| 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                 | 職員が中に入り利用者間の関係を築いている。   |             |                   |

| 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 |
| 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                    | 同施設内でのフロア移動後には、情報を共有しながらご本人やご家族の方との関わりが持てるように努めている。  |             |                   |
| <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   | ケアプランを立てる場合には、継続的に本人からも意見を聴取するなど、グループホームでの生活はどうか尋ねている。困難な場合は、担当の職員を含めてカンファレンスを開き、話し合いを行っている。                                     | まごころユニットと同じ |                   |
| 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                                       | 本人や家族に聞き取りを行い、その情報はカルテに記載を行っている。   |             |                   |
| 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   | ケアプランの立案前に、本人の状態について話し合いを行ってから支援の方向性を決めている。状態の悪化や変化が見られた場合は適時話し合い、支援方法を決めている。  |             |                   |
| 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 | ケアプランを立てる場合、継続的に本人の様子を伺ったり、グループホームでの生活はどうか尋ねている。家人にも面会時や書面にて意向を聞き、できる限り家人の参加を促している。その後、担当の職員を含めて必要に応じて多職種でカンファレンスを開き、話し合いを行っている。 | まごころユニットと同じ |                   |
| 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                        | 個人の日々の記録は、午前、午後、夜間に分けて記録を行っている。1ヶ月毎の評価をしながら6ヶ月毎にプラン作成の為の担当者会議の他、適宜カンファレンスを行っている。   |             |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 専門的なりハビリが必要な利用者で、希望があれば協力病院のリハビリの利用を行う等、対応に努めている。又、希望者はくもん学習療法に取り組んでいる。また、あわら市からも介護相談員の派遣を受け入れている。                               |             |                   |

| 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 |
| 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                                      | 地区の祭りに利用者と職員が参加して地域の住民と関わりを持つ機会を作っている。また外出支援等必要に応じて行っている。  |             |                   |
| 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                                  | 家族や、利用者の希望する医療機関を確認し受診を行っている。  | まごころユニットと同じ |                   |
| 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                          | 毎日のバイタル測定や介護上の身体状況の変化を看護職員と共有しながら、早期の異常発見に努めている。   |             |                   |
| 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。 | 入院の際には、看護経過や口頭での情報説明などを行っている。また、退院までの間は入院中の経過の把握ができるように病院との情報交換を行っている。   |             |                   |
| 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  | グループ内に協力病院があるため、医療的なケア(胃瘻、24時間点滴の管理等)が必要な場合は、入院や、他施設への移動を行うことで家人には了解を得ている。又、身体面や、医療面の状況を家人に伝え、今後の生活支援の方向性について早めに話しあっている。 | まごころユニットと同じ |                   |
| 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  | 緊急時の対応の手順に沿っての勉強会を実施しながら、職員が不安なく対応できるように努めている。   |             |                   |
| 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  | 避難訓練を年2回実施している。(内1回は夜間想定)  | まごころユニットと同じ |                   |



| 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>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                   | 愛情と対話の施設理念に基づき、ご利用者に対しては敬語を心がけ安心感を与える言葉かけに努めている。                                 | まごころユニットと同じ |                   |
| 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                     | ご利用者と関わりながら会話や表情を通じて考えや思いを引き出す工夫をしている。   |             |                   |
| 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 | 月1回の座談会を開催し、日々の暮らしに於いて利用者の思いや意向を聞き出すことに努めている。                                    |             |                   |
| 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                                  | クローゼット内の衣服は自由に出し入れできるように環境を整え、女性には乳液や化粧品など在宅で使用されていた物を持ち込んで頂いている。                |             |                   |
| 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     | 自炊の日、おやつ作りの日を設け利用者が調理する楽しみを味わうことで食欲に繋げている。盛り付け、配膳等においては出来る役割を分担しながら声掛けや支援を行っている。 | まごころユニットと同じ |                   |
| 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          | 食事・水分量はチェック表に記載し、定期的に体重測定を行っている。栄養の偏り、摂取量低下がある場合は栄養士に相談している。                     |             |                   |
| 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                   | 毎食後行っている。義歯に関しては、就寝前には洗剤を使用し清潔に努めている。  |             |                   |

| 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 |
| 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                              | 各居室にトイレがある為、プライバシーは保たれている。排泄については失禁の有無を確認したり、排泄チェック表を用いて、個別の誘導時間を設定している。                       | まごころユニットと同じ |                   |
| 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  | なるべくフロア内で歩いたり、腹部マッサージ、体操等、体を動かす事を利用者に促している。乳製品などを取り入れたり水分補給も促し、チェック表で水分量や、排便があったかどうかの確認も行っている。 |             |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 入浴は火金(午前と午後)、水土(午前)に行い、機械浴が必要な方と感染症の方は個別に対応している。また随時、希望があれば入浴可能である。                            | まごころユニットと同じ |                   |
| 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   | 個人のペースに合わせた生活が送れるよう心がけている。   |             |                   |
| 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  | 連絡ノートやカルテに通院時の薬の情報を記載しているので、職員は目を通して業務にあたっている。本人の状態も申し送り確認している。                                |             |                   |
| 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                             | 個人の生活習慣に合わせた家事の役割分担を行い、季節に応じた畑作りや花壇作りで生活に変化を持たせている。  |             |                   |
| 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 | 希望に添って散歩や畑、近くの公園に行っている。春は花見、秋は遠足等の外出行事も企画している。   | まごころユニットと同じ |                   |

| 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<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  | 施設内で管理し、外出や外部業者での購入時に渡し自身で支払うことができるように支援している。  |             |                   |
| 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   | 毎月発行するGH便りに自筆のお手紙を同封して日々の生活状況が分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<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 | ご利用者同士が、同じ話題でコミュニケーションがとれるように、掲示板を利用し行事やレクリエーションを撮影したものを掲示している。また、廊下やフロア空間には季節感を感じて頂けるように創作物を掲示している。 | まごころユニットと同じ |                   |
| 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  | 畳の間に座布団や、座椅子を置いたり、共用フロアに本棚をおいたりとくつろげるように工夫を試みている。  |             |                   |
| 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  | ご自宅で使用されていた小物やアルバムなど在宅での生活に近い環境を提供している。  | まごころユニットと同じ |                   |
| 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   | 部屋はバリアフリーでゆとりを持った造りとなっていて、車椅子の利用者の方でも移動が行いやすくなっている。居室内やフロアの床材に、転倒時の衝撃を緩和できるクッションシートを使用している。          |             |                   |