

### 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   | 1870400205              |            |  |
| 法人名     | 株式会社 オアシス               |            |  |
| 事業所名    | グループホームおあしす(ユニット1 せせらぎ) |            |  |
| 所在地     | 福井県小浜市雲浜1丁目8-8          |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和 4年 10月 31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 4年 12月 6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)】

毎月1回必ず担当職員を変えながら職員手作りの催しを起案している。クリスマスや節分の豆まき、ひな祭りなど季節に合わせた行事を行っている。現在はコロナ禍のため人混みへの外出は自粛しているが、ドライブなどで気分転換を行っている。

【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)】

事業所は市街地から少し離れた海寄りの静かな場所に位置している。建物は鉄筋で安全な構造になっている。近くにスーパー等があり天気の良い日には買い物を楽しむことができる。また、遠方へドライブに出かけたりと楽しみを増やしている。事業所近くの協力医、看護師により夜間対応もできているなどしっかりと医療体制を確立し、利用者や家族は安心して利用できている。

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<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)             | ○<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) | ○<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)     | ○<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、生き活きと働けている<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) | ○<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

[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  | 理念である「家族愛」と「おあしす」という標語的な理念がある。目に付きやすい玄関やスタッフルームに掲示し、周知しているが全職員が共有出来ていないのが現状である。ユニット会議での再確認もなかなか行えていない。  | 開所当初より「家族愛」並びに思いのある言葉の頭文字を取って「お」「あ」「し」「す」と事業所独自の理念を掲げている。また、玄関、スタッフルームの目に付くところに掲示しており職員に浸透している。     | 理念である「おあしす」の意味をわかりやすくパンフレットに掲載し、家族へ説明することが望ましい。 |
| 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  | コロナ禍のため、地域との交流はほぼ行えていない、近所の美容室や買い物などで地域のお店を利用している。  | 自治会に加入し広報誌も回覧している。地域の祭り際には太鼓や獅子舞等、利用者のために披露がある等地域との繋がりをもっている。以前は小学生の発表の場として児童を迎えた。                  |   |
| 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  | オアシス広報誌を年2回発行している。活動写真や各事業所ごとの紹介なども掲載し地域へ配布している。  |   |   |
| 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                                     | 2か月に1回開催し、市や家族、区長、民生委員、地域のサロン代表等に各事業所の利用状況を報告したり、意見や要望などがあつた際にはサービス向上に活かすよう努めている。   | 区長、民生委員、家族代表、市職員、いきいきサロンの代表等、約10名が参加し運営推進会議を2か月に1回開催している。身体拘束について報告する等情報交換している。また、会議の議事録は家族に送付している。 |   |
| 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   | 運営推進会議等でも、市担当者とは問題点などがあればその場で相談している。その他わからないことがあればその都度市窓口へ連絡し相談している。  | 市職員と関係ができています。運営に関する相談など適宜連絡している。また、運営推進会議の場で情報共有している。  |   |
| 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 | 日中は基本施錠は行っていない。その他、拘束が必要な場合には家族の同意を得ている。毎月のスタッフ会議、2か月に1回の身体拘束廃止委員会でも拘束しないケアに取り組めるよう検討している。やむを得ず身体拘束を必要とする方に関しては経過観察し再検討記録に残している。身体拘束廃止に関しての研修を年に2回実施している。 | 身体拘束については指針、マニュアルを整備している。また、身体拘束廃止委員会により研修を企画し、虐待防止のテーマも併せて年2回実施している。                               |   |
| 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                                     | 知らず知らず言葉の暴力も含め虐待となっていないかを会議等でも話し合い注意を払って防止に努めている。高齢者虐待防止研修を受けた職員からの伝達講習なども行っている。  |   |   |

| 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    | 理解し活用する機会はなく、知識も全職員で共有できていない。  |  |  |
| 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                         | 管理者が主に契約・解約の業務を行っている。十分な説明を行い、理解納得した上で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                     | 利用者からは、日頃の会話から意見や要望を聞くようにしている。家族とは、電話連絡時や定期的な担当者会議等で相談があった際には早急に対応しサービスに反映している。意見箱の設置も検討したができていない。                                       | 利用者の意見は日々の関わりの中で思いを把握している。家族には主に電話連絡時に意見を聞いている。年2回の広報誌と毎月の利用者個別の便りを送付し生活の様子を伝えている。 | 運営等に関わらず意見、要望を受けやすくするため、意見箱の設置や年に1回、家族アンケートを実施することが望ましい。 |
| 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                                      | 毎月のユニット会議や、日常的に職員からの意見や提案を聞き、それを代表者会議等で報告相談しているが運営に反映されていないこともある。  | 職員は日常的な気付きがあればその都度管理者に相談している。また、ユニット会議で議題にあげて協議している。                               |  |
| 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      | 職員一人ひとりの勤務状況を把握し、不平不満がないよう努めてはもらっているが、全ての職員がそうではなく改善されない部分もあり、やりがいを感ぜられない職員がいるのも事実である。年に1回は代表者と全職員と面談を行い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。 |  |  |
| 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         | 積極的に研修への参加を勧めてもらってはいるが、人員不足などにより参加できないこともある。介護実務者・初任者研修など経験に合わせて参加してもらっている。  |  |  |
| 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 | コロナ禍以前は、地域連絡協議会の入所部会に登録し定期的に他事業者との情報交換をする等の交流する機会があったが、現在は交流できていない。  |  |  |

| 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 |
| <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 | 本人との対話から要望や思いに耳を傾け寄り添うことで、環境の変化に不安なく過ごしてもらえるように、安心を確保するための関係づくりに努めてはいるが、意思疎通も困難なこともあり全てではない                                   |  |                   |
| 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            | 入居前の面談等で、家族が困っている事や不安に思っていることに耳を傾け、その後も利用者の状況をこまめに報告し家族との関係づくりに努めている。   |  |                   |
| 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        | 始めに本人・家族からそれぞれ要望や思いを聞き取り、必要としている支援を見極めた上で全職員へ周知し情報を共有、サービス提供に努めている。   |  |                   |
| 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                        | 本人のやる気や、体調に合わせ職員見守りのもと利用者同士で協力しながら洗濯物を干したり畳んでもらうことで、共に生活する者同士の関係が築けるようにしている。  |  |                   |
| 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         | 常に困ったことや、問題点はすぐに家族に相談し共に解決している。できる限り本人との絆が保てるよう、本人の訴えがあった際には電話の取次ぎや時には受診などお願いし共に本人を支えていく関係を築いている。スカイプを使い、オンライン面会ができる体制を整えている。 |  |                   |
| 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                     | 希望があった際には、友人知人に電話をかけ取次ぎや、やり取りが出来るよう支援しているが、馴染みの人や場との関係はなくなってきている。面会希望時には、コロナ禍の為窓越し面会ができるようにしている。                              | 希望があれば馴染みの場所へ職員が対応できるよう心掛けている。また、窓越しの面会、手紙、年賀状、電話のやり取り支援等できる限りの対応を行っている。 |                   |
| 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                 | 職員が利用者との間に入り、会話やレクリエーションを通じ関わり合いが持てるよう努めているが、利用者の重度化(認知)により意思疎通が困難な為会話が成り立たないことも多い。   |  |                   |

| 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 |
| 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                    | サービス利用終了後は、継続的な関わりはない。   |  |                   |
| <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   | アセスメントを取る際に、本人の望む生活を聞いたり、日々のケアの中で、本人の思いや意向を聞き入れ、できる限り思いに添えるよう努めている。意思疎通が困難な利用者に関しては、その方にとって良いこととは何かを毎月のユニット会議にてケース検討するよう努めている。   | 職員は1~2名の担当制としている。担当が中心となり日々利用者の思いを汲み取りケアに反映している。入所時に利用者、家族の思いや生活歴などを確認し支援している。また、ユニット会議でも協議している。 |                   |
| 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                                       | これまでの生活歴等を、本人・家族、医療機関等から、情報を聞き取り把握に努めている。  |  |                   |
| 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   | 毎日の介護支援経過記録や、バイタル測定、個々の申し送り簿を活用し現状の把握に努めている。夜間の状況についても必ず翌朝勤務者に申し送っている。   |  |                   |
| 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 | 必要に応じて全職員でケース検討をし三ヶ月に1回のモニタリング、6ヶ月・12ヶ月に1回プラン見直しを行っている。本人・家族、必要な関係者との話し合いを1年に1回行い、毎月のユニット会議でも必要に応じてケース検討した上で意見等を反映させ介護計画を作成している。 | 施設長指導の下、担当者が計画書を作成している。3か月に1回モニタリング、本人と家族の意見を踏まえて担当者会議を年に1回行っている。基本は毎月のユニット会議で利用者全員のケア内容を協議している。 |                   |
| 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                        | 個別の介護支援経過記録に、1日の記録をおよそ3時間おきに記録している。職員間で情報を共有しながら実践に活かしている。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<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               | 法人内には、居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所・訪問介護ステーション・サービス付き高齢者賃貸住宅が併設されており、ニーズに対応して継続支援が行えるような体制になっている。                                   |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 地域の区長や民生委員には、2ヶ月に1回の運営推進会議に出席してもらい地域とのパイプ役として協力してもらっている。  |   |                   |
| 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                                  | 専門外来や馴染みの医療機関へ定期的を受診の付き添いを行っているが、重度化により受診が困難な方も増えてきており、ほとんどが緊急時の対応も柔軟に行ってもらえる協力医の(月2回)往診へと切り替えている。                              | かかりつけ医について、希望があれば基本職員が対応している。2週間に1回協力医の往診とその医療機関の看護師が毎週1回来所し看ている。常に医療との連携ができています。                             |                   |
| 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                          | 協力医でもある医院の看護師と契約をし、週に1回健康チェックや相談助言をもらい主治医とも連携が取れており適切な支援が行えるようになっていく。24時間対応な為緊急時には協力医とも連携が取りやすい。                                |   |                   |
| 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。 | 利用者が入院した際は、こまめに院内の地域連携室の担当者や家族との情報交換や相談に努めている。退院前には、担当医等と今後の対応について話し合えるようケアカンファレンスを開いてもらっている。                                   |   |                   |
| 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  | 必ず契約時には重度化した場合や週末期の対応について十分に説明をし、早い段階から本人・家族、担当医も入れてその都度検討する場を設けるよう取り組んでいる。   | 重度化及び看取りの指針があり詳しく説明している。また、夜間も協力医が対応できている。過去にも希望があれば看取りを行ったことがある。重度化、看取りにおいては契約時の説明や状態が変化してきた際、家族に意向を再確認している。 |                   |
| 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  | 全職員へは急変時等の対応について定期的に確認し、日々意識を持って支援に取り組むよう指導している。また研修委員会、事故防止委員会と合同で緊急時対応の実践力が身につくよう、AED講習を受けている。今後も定期的に行っていく予定。                 |   |                   |
| 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  | 年に二回消防署の協力を得ながら昼夜両方を想定した訓練や、原子力災害についても職員への周知のため机上訓練等も同時に行っている。運営推進会議でも地域へ呼びかけ災害時について話し合う場を設けている。水災害時には、地域の方が避難できるよう場の提供を行なっている。 | 災害委員会により協議している。主には火災時の昼夜想定避難訓練を年2回実施している。地域の防災訓練への参加や協力体制も整えている。また、災害時の避難場所として指定を受けている。                       |                   |

| 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 |
| <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                   | 一人ひとりの人格を尊重し、言葉かけには十分注意を払っている。不適切な対応があった場合にはその都度職員間で注意し合えるよう努めているが、出来ない職員もいるのが現状である。言葉の虐待となっていないか等も会議で話し合うようにしている。              | 日常の介助はできる限り同性介助に努めている。利用者の自己決定ができるよう職員は人権の研修を受けている。また、日々の生活の中で丁寧な聞きとりを心掛けている。               |                   |
| 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                     | 意思疎通が困難な方も増えてきているが、できる限り利用者の思いや希望を引き出せるよう働きかけている。   |   |                   |
| 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 | 職員側の決まりや都合を優先しがちではあるが、日々のその人らしい暮らしができるよう一人ひとりのペースを大切に支援し過ごしてもらっている。職員の意識の違いで徹底できていないことも現状である。                                   |   |                   |
| 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                                  | その方らしい身だしなみができるように、衣服をどれにするか確認しながら一緒に決めていく方もいるが、決められない方に関しては、職員が決め身だしなみを整えている。  |   |                   |
| 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     | 食材は外部からの宅配サービスを利用し、施設向けのメニュー、栄養管理された食事をグループホームで準備調理している。また利用者の誕生日や行事の時には希望の食事メニューに変更したり、時には簡単な調理を職員と一緒に進めていたが、現在はコロナ禍のため行っていない。 | 通常、外部委託の宅配サービスを利用し職員が調理している。誕生日、クリスマス、季節行事食を提供している。同施設が経営する小規模多機能型居宅介護施設の調理で作ったものを楽しむこともある。 |                   |
| 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          | 毎日、毎食後食事量をチェック表に記入し全職員が把握に努めている。水分に関しては食事時以外にも、10時・15時にも補給する時間を設けており1日の水分量が十分に確保できている。  |   |                   |
| 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                   | 食後の口腔ケアの促しと介助を行っている。義歯の方は必ず洗浄消毒し清潔保持が出来るよう支援している。   |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 日々のチェック表に必要に応じて、個々の排便排尿回数や時間を記録し排泄パターンの把握に努め、状態に合わせて声かけ誘導や尿便意の意思が表せない方にも出来る限り自分の力でトイレ排泄が出来るよう支援している。   | 排泄チェック表を活用し利用者の状態を把握して対応している。排泄、バイタルを集約した様式を活用している。利用者が気持ちよく排泄できるよう、さりげない言葉掛けをしている。          |                   |
| 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  | 担当医と相談し便秘薬や下剤の服用を調整したり運動や散歩したり、水分量を調整している。なるべく薬を使用しなくても済むように支援したいが、運動量も減少しており薬での調整がほとんどである。  |  |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | ゆっくりと希望やタイミングに合わせて時間を気にせず対応出来るだけの職員が1日に配置されていないことから日々、午前午後と決められた時間に入浴介助することが現状。朝に必ず今日は入浴であることは知らせている。  | 3日に1回の個別浴を基本としている。入浴拒否の利用者には無理のない対応に心掛けている。また、入浴剤を使用し楽しめる支援をしている。                            |                   |
| 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   | 本人の意思や体調に合わせて、日中は自室で休息したり夜間は気持ちよく安心して眠れるよう環境を整え支援している。   |  |                   |
| 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  | 全職員が個々の服薬状況や目的について、薬剤情報やカルテにて把握している。症状の変化に気づいたときは速やかにかかりつけ医に相談している。変更があった場合には確実に申し送りを行っている。  |  |                   |
| 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                             | 毎月1回は普段出来ないようなレクリエーション等を企画し、日々楽しみが持てて喜びある生活が送れるよう気分転換の支援をしている。個々の得意なことや興味のあることには積極的に取り組んでもらっている。   |  |                   |
| 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 | 季節的に天気の良い日には、希望に応じて近隣を散歩したり、出来る限り出かけるようにしている。普段行けないようなお花見やお祭り、喫茶店などにも出掛けられるよう支援していたが、現在はコロナ禍のため人混みには出掛けていない。その為定期的にドライブに出かけ気分転換ができるよう支援している。 | 天候の良い時には利用者の希望により近くのスーパーへ買い物や散歩をしている。また、桜や紅葉を見にドライブを実施している。訪問理美容は利用せずに近所の散髪屋に行けるよう職員が対応している。 |                   |

| 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 |
| 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  | 契約時に個々の金銭の管理について本人管理に関しては紛失等の問題も起こりかねない為お断りしている。強い希望があった場合のみ了承の上わずかなお小遣いを所持している方もおられる。各個々に金銭出納帳にてお小遣いを管理しているが、本人が所持したり使えるような支援はしていない。 |  |                   |
| 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   | 希望があった際には家族や、友人知人に電話をかけた次ぎや、やり取りが出来るよう支援している。年賀状の時期には希望があれば購入し、依頼があれば出すこともある。   |  |                   |
| 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 | 共有空間は利用者が不快や混乱しないよう配慮している。時には利用者と一緒に作品づくりした物を飾ったり、行事ごとに季節を感じられるような掲示物を飾ることもある。  | 共用空間は明るく広く開放的でゆったりしている。利用者がくつろげるように和室空間もある。ユニット内は廊下をぐるりと散歩できるような構造になっている。また、トイレも所々にある。 |                   |
| 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  | 独りになりたい時には、本人の意思で自室へ戻られる方もいる。リビングにはソファや和室もあり思い思いに過ごせるような居場所となっているが、ほとんどダイニングテーブルの所に集まって過ごすことが多い。                                      |  |                   |
| 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  | 入居時には、馴染みの家具や使い慣れた物を持ってきてもらい使用してもらっているが、支障があるものは本人・家族に相談しながら取り除いている。  | 居室は好きなように家具の持ち込みや掲示物を貼ったり利用者が落ち着ける雰囲気になっている。全室フローリングになっているが、希望により畳を敷けるよう支援している。        |                   |
| 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   | ホーム内は、一部を除きバリアフリーとなっており、各所にも手すりを設置し安全な環境づくりとなっている。またトイレの扉にはわかりやすいように表示している。   |  |                   |