

(様式2)

令和 3 年度

## 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   | 1590200539             |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人あいあい             |            |  |
| 事業所名    | グループホーム小国あいあい(2ユニット共通) |            |  |
| 所在地     | 新潟県長岡市小国町太郎丸1520番地1    |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和3年11月22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.mhlw.go.jp/15/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/15/</a> |
|----------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 公益社団法人新潟県社会福祉士会外部評価機関「あいエイド新潟」 |  |  |
| 所在地   | 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3階      |  |  |
| 訪問調査日 | 令和4年1月15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)】

感染対策等制限がある中でも、ご利用者が安心して楽しみのある生活が送れるようにしています。地域に密着した施設の良いところを伸ばし、ご利用者一人ひとりが役割を持ち、生き生きとした生活が送れるよう支援しています。個別支援にも取り組み、個々のご利用者が今、望んでいることを実現できるように、日々ご本人の気持ちに寄り添い支援しています。

看護資格を持つ管理者による医療的ケアの強化と、週に1回理学療法士による生活リハビリの指導を受けています。また、管理栄養士が在籍し、今まで行き届かなかった栄養マネジメントについてもできるようになりました。そして、12月より歯科医師及び歯科衛生士が施設に来所され、口腔ケア、嚥下状況等口腔機能の向上に関するアドバイス、歯科検診を定期的に行うようになりました。

併設の特別養護老人ホームの看護師、医療機関との連携にも力をいれ取り組んでおります。それに伴い状態変化の対応がスムーズとなり、「最期までここで」という方の思いを実現することができ、看取りケアも行っています。

ご利用者より精神的にも身体的にも安心して日常生活を送られるとのお言葉を頂いています。介護力と知識の向上のため積極的に外部及び内部研修参加を行っています。今後もご利用者が住み慣れた地域で楽しく安心して過ごせるよう日々の業務に努めていきたいと思っております。

### 【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)】

事業所は法人理事長が、高齢になっても住み慣れた場所で最後まで生活を送って欲しいという想いと、地域からも高齢者の施設の要望があり、地域密着型特別養護老人ホームが開設したところに併設してつくられた。建物はもともと小学校があった場所で現在も校舎の名残が残っている。その後、米菓の倉庫もあった。利用者にとっては思い出の場所で生活を送ることができている。職員も地元出身の方が多く、地元の言葉が飛び交っておりなじみの関係ができている。

コロナ禍でも家族とのつながりを重視しており、早々に窓越しでの面会を実施した。本人の元気な姿を見ることができたと家族からは好評であった。また、個別担当職員から毎月利用者の写真を添え状態の報告を手紙として送っている。その他にも何かあれば、家族に電話で報告し連携がとられている。

また、住み慣れた場所で最後まで生活が送れるようにと看護師の資格を持った管理者を中心に医師の協力を得ながら、看取りの支援も行っている。コロナ禍においても家族が事業所で利用者と最後の時を過ごすことができるよう支援が行われている。

理学療法士や管理栄養士、歯科衛生士と他職種による、ケアを実践し、生活リハビリ、栄養マネジメント、口腔ケアなど様々な視点から利用者の支援が行われている。個々の利用者について職員の気づいたことを何でも書ける用紙を設置したところ、ケアの方法や疑問点など意見がたくさんでようになった。

## 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                            | リネンを様々な場所に張り出し、職員間で情報共有し実践している。  | 法人開設時に理事長の想いなどから作られた理念を継続している。毎年、理念を各ユニットで具体化した目標を職員で話し合っって作成し、利用者も眼にする場所に掲示して目標共有を図っている。目標は年度ごとに評価し、新たな目標をたてている。                   |                   |
| 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                            | コロナ禍でも、地域の行事かかし祭りに参加した。又小国の花火を鑑賞し、中学生による駅伝大会の応援を行った。地元産の野菜で料理し地域との繋がりを感ずることができた。         | コロナ禍で地域とのつきあいは限られているが、利用者と買い物に出かけた時に近所の方と挨拶をしたり、地元の食堂で出前を注文したり、かかし祭りで事業所で作ったかかしを出展するなど交流を行っている。今後、町内会への参加などできる範囲でのつきあいの場を広めようとしている。 |                   |
| 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                          | コロナ感染防止の為、地域の方々へ認知症について伝える機会を持つことができなかった。  |   |                   |
| 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       | コロナ感染のため、書面開催で、運営状況の報告を行い事業所に対する評価、要望、助言等の回答を頂きサービスの質を高めるよう、努力した。                        | 併設の特別養護老人ホームと合同で開催しているが、現在はコロナ禍で書面での開催となっている。事業所からは利用者の状況、行事、研修や事故などの報告を行っている。地域の参加者から地域の防災訓練への参加の相談があるなどサービス向上に活かしている。             |                   |
| 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取り組んでいる                  | 市の担当者と連絡を取り情報共有に取り組んでいる。市の職員が来所した際は、指導を受けて今後のサービスに繋げている。                                 | 市の担当者は運営推進会議の参加や各種手続きや書類の記載方法についてのアドバイスをもらっている。地域包括支援センターとは利用者の支援方法の相談に乗ってもらうなど連携がとられている。   |                   |
| 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 | 内部研修にて職員の教育と意識向上を図り、身体拘束防止のための話し合いの場を持つことができている。委員会を組織して方針を定めている。具体的に玄関を施錠しない等の取組を行っている。 | 内部研修で事例をあげて身体拘束に該当するどうか、どのような支援をしたらいいかを話し合っって理解を深めている。基本的には身体拘束は行わず、玄関にはセンサーが置かれているが利用者が外出した際は職員と一緒にいき、見守りを行って自由に外出ができている。          |                   |

| 自己 | 外部    | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|-------|---|---|---|-------------------|
|    |       |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 7  | (5-2) | ○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     | 内部研修にて学び自分のケアが虐待に当たらないか考えている。ユニット会議で気になる場面について話し合いの場が持たれている。全職員で防止に努めている。                       | 内部研修やユニット会議で虐待防止について学んでいる。利用者への言葉がけで強い口調になっていることがあれば、リーダー職員が注意をしている。職員のストレスマネジメントについてはストレスチェックの実施や、管理者が職員の様子をみて個別で話を聞くなど注意を払っている。                       |                   |
| 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 | 内部研修にて学び、日常生活自立支援について少しでも現在できることを継続支援している。個々の必要性については多職種で検討している。                                |   |                   |
| 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                      | 管理者、ケアマネが中心になり見学時、入所時に説明を行っている。ご家族からの不明点や不安なこと等の把握に努めている。施設案内の際、質問に答え不安解消に努めている。                |   |                   |
| 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                  | 満足度調査や運営推進会議の報告等書面開催し、家族からの意見や要望を伺っている。利用者からは日々の関わりの中で要望や意見を伺い、管理者を交えたユニット会議等で取り上げサービスに反映させている。 | 家族を対象とした満足度調査を毎年実施している。コロナ禍で他の事業所より早く窓越し面会ができるようにしたこと家族からは喜ばれた。利用者からは外出や飲酒の希望があり、ドライブの機会やノンアルコール飲料を提供したりと少しでも利用者の意見を取り入れるように配慮し、運営に反映させている。             |                   |
| 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                                   | 毎月のユニット会議で自由に発言ができています。管理者はどの職員にも対等に接していて、どうしていくかどうしていきたいもしっかり受け止めてもらっているし、会議以外にも意見や提案できる機会がある。 | ユニット会議や日常の業務の中で職員からの要望が出されており、管理者は可能な限り要望を取り入れている。個々の利用者について、状態変化や支援方法など何でも記載できる用紙を設けたところ、利用者のケア方法や気付きなど意見が多く出されるようになった。また、行事の提案や勤務の希望などの職員の意見を反映させている。 |                   |
| 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   | 管理者は職員の希望を取り上げやりがいのある職場環境になっている。職員個々の環境や背景を考慮してくれた配置やシフト作りをしてもらえ働きやすい環境にしている。給与が安い。説明なしに昇給がない。  |   |                   |

| 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 |
| 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         | リーダー研修や介護福祉士の資格に向けた研修の場に行けるようしている。また、全職員が内部研修に参加しやすいシフトになっている。                                 |   |                   |
| 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 | 外部研修に参加した際には同業者と情報交換しサービスの質を高めている。また、SNSを通じたネットワークに参加し実践に役立っている。                               |   |                   |
| <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           | 入居直後は施設に馴染んで頂けるよう、積極的に声かけを行い笑顔で接して信頼関係を作っている。ご利用者、ご家族の要望は可能な限り対応し、なんでも相談できるような環境になっていると思う。     |   |                   |
| 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                      | ご利用者ご本人とご家族にそれまでの生活歴を確認し、必要とされる支援を計画、提案、策定し、実施に持ち込むことができていると思う。                                |   |                   |
| 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                  | 入居前に面談、施設見学等を行い、入居当初に組んだサービスを3ヶ月以内に何度も話し合うことで見極めに務めることができている。ご本人とご家族の望む支援に繋がっている。              |   |                   |
| 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                                  | 会話をたくさんするよう心がけ、ご利用者と職員の間で助け合いの良い関係が築けている。ご本人の希望をできる限り取り入れ、無理なくできることはやって頂き共同生活の場としての関係作りを行っている。 |   |                   |
| 19                         | (7-2) | ○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                   | 毎月お便りを発行しご利用者の日常の様子をお伝えしている。面会時に職員から声をかけ近況をお伝えしている。電話連絡の際にも情報共有を図るため意見交換をしている。                 | 家族には通院の同行や日用品の購入などをお願いしている。毎月、利用者の写真を載せたお便りを家族に送っており、その際には担当職員から状態や日常の様子を書き添えている。また、状態の変化があった場合は管理者から電話連絡を行っている。コロナ禍においても早めに窓越しでの面会を行うなど、家族と共に本人を支えていく関係を築いている。 |                   |

| 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 |
| 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う、支援に努めている                     | 手紙の代筆や投函を代行をしている。ご友人や知人にも気軽に面会に来ていただいた。   | 行きつけの美容室や近所の方の家に遊びに出かけたり、グループホームから併設の特別養護老人ホームに移られた方に会いに行くことなど馴染みの関係が継続されるように配慮している。コロナ禍においては、ドライブで自宅前を通ったり、地元の店での買い物で近所の方と挨拶をするなど馴染みの人や場との関係を支援している。 |                   |
| 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                | 食事やお茶の時間は極力全員が集まれるように声かけを行っている。必要時は職員が間を取り持ちお互いに良い関わりができるようにしている。レクを行うときは全員が参加できるようなものを行っている。                 |   |                   |
| 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 | 同じ施設内の特養に移動された利用者にも面会に行っている。契約終了後も必要に応じて情報提供を行い、何かあった際は相談、支援に努めている。   |   |                   |
| <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                        | 個々の思いを汲み取りながら、意思の疎通が困難な方に対してはご家族や職員間で充分話し合いながら思いや意向を把握している。ユニット会議準備シートを作り職員間で情報共有を行い個々に応じた支援に力を入れている          | 利用者個別に担当職員や計画作成者が思いを聞き取っている。改まって聞いても本音が出にくい場合、普段の関わりや表情などから思いを確認している。新たな意向や思いが聞けた場合は記録に残して、職員全員で共有している。   |                   |
| 24                                 | (9-2) | ○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、その後もご本人やご家族から自宅での過ごし方などのようだったのか都度伺っており、これからの生活に活かせるよう配慮している。また、センター方式B-1～4をご家族に記入して頂き、十分な情報を把握できるよう努めている。 | 入居前には、可能な方には管理者や計画作成者などが自宅に訪問している。また、家族に「センター方式」のアセスメントシートの記入をお願いしている。そこから利用者本人の特技や好きなテレビ番組などを把握し、事業所内でのケアに取り入れており、穏やかな表情で童謡を歌われるなどの様子が見られた。          |                   |
| 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                                  | 居室担当者を中心に様子観察を行い、状態の変化を職員間で情報共有するよう努めている。変化が生じた場合、対応の一覧を更新して職員の誰もが同じ質のサービスを提供できるよう心掛けている。                     |   |                   |

| 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 |
| 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 | 定期的にモニタリング、カンファレンスを実施し、統一したケアができるように情報共有している。その上で次期の介護計画に反映させてケアを実施している。また、変更時はご家族に相談、連絡を行い介護計画に反映させ、情報共有している。 | 担当職員が原案を作り、計画作成者と協議して計画を作成して、毎月のユニット会議でケアの振り返りを行っている。計画の実施状況は毎日記録され、それをもとに毎月評価を行うとともに、3ヶ月ごとに担当職員と計画作成者でモニタリングが行われている。個々の利用者の状態変化や意見を記載する用紙を取り入れたところ、支援方法やケアへの気づきが多く職員から出されるようになった。 |                   |
| 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                        | 日々の様子を記録に残し、特に共有が必要な情報は申し送りとして常に全職員が共有できるようにしている。また、些細なことはユニット会議準備シートに記録するように工夫している。                           |  |                   |
| 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、その時々にも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             | 決まりきったサービスの提供だけでなく、一人ひとりに合ったサービスを工夫しながら提供している。また、日々の状態に合わせてサービスの内容を変更している。                                     |  |                   |
| 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                         | コロナ感染予防のため外部との交流はできなかったが、地域の人がない時間にドライブに行き、町の商店で購入したものを公園などで提供した。そして、中学生の駅伝大会の応援に参加した。                         |  |                   |
| 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                     | 併設している特養のかかりつけ医が月にお1人1回は診てもらえるよう往診してくださっている。状態に合わせて適宜薬を変更してくださっている。また、必要があれば職員が通院に同行している。                      | 併設の特別養護老人ホームのかかりつけ医による往診体制が確立しており、入居時に利用者・家族の意向を聞いてかかりつけ医にを決めている。今までのかかりつけ医への受診時も事業所の状態を家族に詳細に伝え、状況によっては職員が同行し、医療機関との連携を図っている。また、歯科医により、今後往診に協力してもらえることとなっている。                     |                   |
| 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             | 管理者が看護師であるため都度相談が出来る。また、受診先の連携もとっている。  |  |                   |

| 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  |
| 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。 | 管理者が看護師であるため入退院に関わる情報交換は常に行っている。また、入院中は病院と連携を図り退院時のカンファレンスに出席し受け入れ態勢を整えている。                         |   |  |
| 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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる   | 入居時に終末期に対するご家族の意向を伺い確認書を交わしている。「緊急時家族連絡表」を作成し迅速にご家族へ連絡が取れるようにしている。また、終末期について職員間で知識を共有し実施している。       | 入居前に「重度化及び看取りケアの指針」を用い、事業所ですることできないことを説明、理解を得ている。本人・家族の意向により、かかりつけ医と協力を得て事業所で看取り支援を行った方もいた。看取りケアの研修、看取り後の振り返りも行われている。また、重度化については事業所で入浴介助が難しくなる場合は特別養護老人ホームへの住替えの提案を行っている。 |  |
| 34                               | (12-2) | ○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  | 救急救命や誤嚥について内部研修を受けている。緊急連絡網を配備し緊急時の対応方法についてフローチャートを整備している。  | AEDの取り扱いや心肺蘇生法の訓練を定期的に行っている。救急救命法や誤嚥への対応などは内部研修で説明を行っている。利用者の既往歴、内服、状態などを記録したファイルを用意し、緊急時にも救急隊や医療機関に適切に情報提供できるよう備えている。  | 急変時のフローチャートが整備されているが、どのタイミングで看護職員や救急車を呼んだらいいかなど明確でない部分も見受けられた。応急処置に不安の声があるなかで、事業所内で想定される事態に対して実技で対応を行う訓練を実施し、より一層の実践力を身につけることが期待される。 |
| 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  | 消防署より年2回の消防訓練、指導を受けている。また、施設単独でも定期的に訓練を行っており、夜間帯や火災、地震などシチュエーション別に訓練を行っている。                         | 火災を想定した避難訓練を実施しており、そのうち1回は夜間を想定して行っている。ユニットごとに避難先を定めている。また、消化器の使用方の訓練や備蓄物の管理など災害に備えている。地域からは防災訓練参加の働きかけがあり、地域との具体的な協力体制について検討しているところである。                                  |  |
| <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  | ご利用者の立場に立ち、プライベート空間は特にプライバシーに気を付けている。年長者であり、疾患を持っている事を考え尊重した声掛けや会話、対応を通して信頼関係を築くことで誇りを損ねないよう配慮している。 | 接遇の研修を実施。事業所で「笑顔で挨拶」をスローガンにあげ、支援に取り組んでいる。プライバシーについては、申し送り時に利用者から聞こえない場所で端的に話す、パソコン入力も利用者に見られないようにするなど配慮している。  |  |
| 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  | 小さなことでもご本人に希望を伺い、自己決定できる環境作りをしている。常に話しやすい雰囲気づくりを心掛けている。   |   |  |

| 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 |
| 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 | 食事やお茶の時間はほぼ決まっており、全員集まって摂って頂いている。その他はご本人のペースを尊重している。食事やお茶に関しても要望があれば居室でお摂り頂き、ご本人の意向を優先させている。               |  |                   |
| 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                                  | ご自身で着る服を選んで頂き、好きな服を着て頂いている。定期的にご本人の希望により理髪を行っている。各居室に洗面台があり、可能な方はご自身でも身だしなみを整えられている。                       |  |                   |
| 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     | 一緒に食べたいものを購入しに出かけたり、時々出前を取りいつもと違う食事の提供を行っている。配膳、調理、後片付けのお手伝いをして頂いている。また、管理栄養士が手作りおやつを作り、楽しんでいる。            | 湯煎などで温めるタイプの食事を使用するほか、事業所で取れた野菜を利用者のリクエストに合わせて調理、提供している。利用者には野菜を刻むなどの下ごしらえ、後片付けなをお願いしている。地元の食堂から出前をとったり、寿司を買ってきたり、お菓子作りをするなど食事を楽しめるよう工夫がされている。       |                   |
| 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          | 栄養バランスの整った食事を提供しているが、残食の多い方には別途栄養補助食品等で補給して頂く等の工夫をしている。一人ひとりの摂取量や内容を把握し栄養の偏りが無いようチームケアを行っている。管理栄養士と連携している。 |  |                   |
| 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                   | 自立されている方は自ら歯磨きを行っている。声掛けすることで実施する方もいる。自立でケアが困難な方には職員が実施している。義歯の洗浄に関しても同様に実施している。また、状況を診て歯科受診も進めていた。        |  |                   |
| 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   | 一人ひとりの排泄チェックを行いパターンを把握するよう心掛け、必要であれば声掛けや誘導を行っている。日中は自立に向けた支援を行いパッドやリハビリパンツの使用枚数を減らす努力をしている。                | 排泄チェック表を用いて排泄パターンを把握してトイレへの誘導を行っている。トイレの場所がわかるように表示を大きくしたり、矢印でトイレの場所まで行けるよう配慮がされている。紙パンツを使用していた方が布パンツへ改善したり、夜間は尿器を使用してパットの使用量を減らすなど、自立に向けた支援が行われている。 |                   |
| 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                   | 下剤に頼らず乳製品を試したり、水分量を増やすなど意識付けがある。また、1日1回は運動する機会を設けている。  |  |                   |



| 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 |
| 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                        | 曜日や時間帯の計画はしてあるが、出来るだけご本人の要望に応じている。入りたくない気分の時は日にちや時間を変更したり、ご本人の意思を優先している。入浴の対応はマンツーマンでゆっくり行っている。  | 概ね週2回の入浴としている。入りたくない方には無理強いせず、時間や日にちを改めて声かけを行っている。歩きが悪い方には職員2人がかりで入浴を支援している。浴室に富士山の絵を飾ったり毎回入浴剤を使用したり、時には菖蒲湯などの変わり湯にするなど、入浴を楽しめるよう支援している。 |                   |
| 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   | 寝る時の姿勢や排泄状態に配慮し安眠して頂くことを心掛けている。就寝時間に関しても個人の意思を尊重している。夜間の排泄に関しても安眠を妨げないよう、余裕を持った誘導や排泄介助を心掛けている。   |  |                   |
| 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  | 誤薬防止にダブルチェックをしており、薬が変更した場合は与薬者にも分かりやすいように伝達し処方箋をファイリングし情報共有を図っている。状態の変化に応じて協力医に相談をし薬を調整して頂いている。  |  |                   |
| 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                             | 家事等は積極的にお手伝いして頂いている。レク、地域活動、地域への外出を行い、楽しみの時間を設けている。外出できない時期は居室でくつろがれたりダイルームでご利用者同士が会話の時間を持たれている。 |  |                   |
| 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 | コロナ感染予防をしっかりと行い、ドライブに出かけ海や紅葉など季節を感じる事ができている。また、施設内では草取りや野菜作りに取り組みたのしみを提供している。                    | 密にならないように注意してドライブに出かけている。ドライブはユニットの利用者全員で出かけ、利用者の楽しみとなっている。また、事業所の畑や草取りになど日常的に戸外に出られるように支援している。  |                   |
| 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                             | 少額でもお金を持っていたいというご要望には、ご家族の了承を得た上でご本人がお財布を管理している。その他の方は職員が管理し、必要な物品は買い物に同行したり代行したりして管理を行っている。     |  |                   |
| 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  | ご本人の希望があれば電話を掛けたり取次ぎを行っている。手紙や年賀状をお預かりして投函を代行したり代筆を依頼されて行うこともある。                                 |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 随時清掃し、温度や湿度も快適に保たれるよう配慮している。フロア内は季節ごとに掲示物を変えたり行事の写真を掲示したり障害物となるようなものを置かないよう安全性にも気を付けて居心地のいい空間づくりを心掛けている。 | 季節感を感じたり、利用者が行なってきたことを振り返ることができるよう、殺風景にならないように利用者の作品や行事の写真、観葉植物や季節の花が飾られている。食堂など共有空間で談笑することが習慣になっている方もおり、居心地の良い空間となるよう努めている。 |                   |
| 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  | 個々の居室へ出入りでき行き来もあるが、デイルームに集まって会話を楽しませられていることが多い。居室では編み物、読書、塗り絵等行ったり、一人の時間も楽しませられている                       |  |                   |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 入居時や面会時に、ご家族によりご本人が使い慣れたものや希望されるものを持って来て頂くことがある。ご本人の身体状況に合わせて家具等の配置を適宜変更して安全と居心地の良さを確保するようにしている。         | 利用者自身が作った作品や家族の写真、ソファやテレビなど使い慣れた物を持ち込まれている。部屋がわからない方には名前を大きく張り出したり、車椅子の設置場所とわかりやすいテープで表示するなど、その方に合わせて安全で居心地のいい空間づくりをしている。    |                   |
| 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   | 理学療法士より個々の状態に合わせて安全に自立生活を送れる方法のアドバイスを受け、自立支援を行っている。歩行が不安定な方には設備だけに頼らず見守りを行ったり足元センサーを置く等工夫をしている           |  |                   |

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当する項目に○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と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    |    |   |                       |   |