

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	医療法人 雄久会
代 表 者 名	奥村 雄外
事 業 所 名	グループホームうらら
評 価 確 定 日	2022/9/30

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	1870101431		
法人名	医療法人 雄久会		
事業所名	グループホームうらら(2階)		
所在地	福井県福井市木田1丁目3308番地		
自己評価作成日	令和4年7月27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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【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8月10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)】

入居者の健康と安全に配慮しながら認知症があっても穏やかな日々を過ごせるよう生活全般を支援しています。また各種レクリエーションを取り入れ、脳の活性化や体力の維持に努めています。入居者の方にとって、第二の家と思ってもらえるような施設を心がけています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は、福井市の中心から南東の木田地区にある。近年は、新しい都市化が進み、子どもから高齢者の増加が進む地域である。北に足羽川が流れ、事業所周囲には、様々な店舗ができて生活しやすい環境が整っており、公園も多く、住宅地でありながら自然が多く残る地区である。母体法人は医療機関であり、事業所敷地内には、地域包括支援センター、居宅介護支援、デイサービス、訪問介護事業所があり、複合型介護施設になっている。病院運営があるため、医師の訪問診療、看護師による週1回の訪問も行っている。特に、必要に応じた緊急時の対応、健康管理を含めた協力体制が整っているため、利用者や家族が心配する「医療と介護」両面の支援体制が整っ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 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	職員の名札の裏に理念を刷り込み、常に携帯して理念に基づくサービスの徹底を心がけている。朝礼時には理念を唱和している。	法人理念を基に、事業所独自の運営理念・行動指針(わたしたちの誓い)を作成し、名札裏、事務所入口やフロア内に掲示している。日々の業務を行う中で、振り返るように心がけている。	年度当初に作成する「人事考課・役割人事評価表」の中に、今年度の「事業所目標や個人目標」欄があるが、人事考課の書式である。今後は、運営理念や行動指針と同様に、「事業所年度目標」、「個人目標」を作成し、共有化することを期待する。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	年に2回、地域の一斉清掃活動に参加している。公民館長や民生委員は運営推進員として協力してもらっている。	地域自治会に法人が加入し、法人主催の納涼祭や秋祭り等の開催に地域住民の参加がある。また、2階には事業所入口とは別入口の「セミナー室」があり、「100歳体操」、地域包括支援センター主催の「介護予防教室」、地域住民向け「認知症サポーター養成講座」等を開催している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	セミナー室を地域の人に無料で貸し出している。複合型施設として包括支援センターの催しにも参加している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	事業所の活動実績や行事予定、ヒヤリハットなどを報告し、委員から出た意見や要望は職員間で検討しサービスの質の向上に活かしている。	運営推進会議は2ヶ月毎に開催し、公民館長・民生委員・介護相談員・家族代表・地域包括支援センター職員が参加している。議事録は、いつでも閲覧でき、各フロアに配置している。会議内の意見や要望は、サービス向上に活かしている。	運営推進会議は、地域交流の実際が検討する場であり、参加者だけではなく、全家族への配布が望ましい。また、「うららの家・うららだより」にも、気になる周知事項等の記事掲載を期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	地域の包括支援センターと同じ建物で連携しあっている。コロナ禍なので介護相談員は受け入れ中止している。	事業所内の「地域包括支援センター」との連絡体制がとれている。市内グループホームとのZOOM会議、コロナ禍で自粛しているが「福井市介護相談員」を受け入れ、情報の入手と連携に心がけている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	毎年勉強会を開き身体的拘束等適正化の指針について周知徹底を図っている。身体的拘束等適正化委員会も2ヶ月に1回開催している。	「身体的拘束等適正化の指針」を策定し、内外の研修、毎月フロア会議で研修を行っている。相手の立場を考えた行動、身体拘束をしないケアに心掛け、運営推進会議時には「適正化委員会」を開催している。事業所は2・3階にあり、日中は玄関の施錠はしていない。外出した場合は、職員が同行している。夜間はセコムが作動している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃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	内部研修の中で高齢者虐待についての勉強会を行っている。不適切なケアについても他部署の意見を聞きながら職場全体で話し合い注意を促している。		

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
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	内部研修の中で権利擁護についての勉強会を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 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	入所時に、管理者・ケアマネージャーより本人、家族に説明し同意を得て署名捺印を受領している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	日頃の面会を通して家族の意見や要望を聞き、運営に活かすようにしている。また施設入り口には意見箱を設置し気兼ねなく意見や要望を提案できるようにしている。	様々な機会から家族の意見、要望を聞き取り、意見箱も設置している。家族会三役には電話で相談も行っている。利用者とのかかわりの中で得た思いや要望を記載、職員間で共有し、日々のケアに反映している。家族会は、月1000円の会費を集め、イベント時の経費に使用している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回職員会議を開き、職員の意見や提案を聞いて、皆で協議している。	年2回の個人面談、フロア会議(職員会議)で職員の意見や提案を聞く機会があり、意見を言いやすい環境にある。独自の「うららの家 接遇アンケート」があり、職員の意見や取組む内容を明示し、ケアに活かせると共に、様々な話し合いの場や機会を確保している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	毎年個別面談を実施し一人ひとりの意見を聞くようにしている。またうらら会議では職場環境や労働条件についても定期的に協議している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	経験年数に応じて介護技術の基礎研修や専門研修に参加させている。グループ内の研修も行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム連絡協議会に加入し、他施設と情報収集を図っている。また包括支援センター主催の意見交換会などにも参加している。		

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
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前にケアマネージャーが情報収集し介護職員へ申し送り、入居時にも本人、家族と話し合ってサービス開始時の不安を解消するようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前にケアマネージャーが情報収集し介護職員へ申し送り、入居時にも本人、家族と話し合ってサービス開始時の不安を解消するようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ケアマネージャーによる事前情報と入居時の聞き取りを元に入居日から施設サービス計画を開始するよう心がけている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一緒に食事したり休憩中も同じフロアで過ごすようにしている。掃除や洗濯なども入居者と一緒に取り組むようにしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	コロナ禍なので面会や外出は制限を設けているが、予約制ではあるが面会の機会を設け、なるべく本人の希望に応じるようにしている。体調等の変化については家族に連絡をとり、場合によっては専門医への受診をお願いするなど対応を相談している。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	出来るだけ馴染みの人との関係ができるよう支援している。オンラインの面会で、県外の家族とも自由に面会できるようにしている。馴染みの家具など個別の持ち込みも自由になっている。	人や物等の馴染みの関係は、センター方式記録シートに記録し、職員間で共有している。家族の協力を得ながら面会方法の工夫、各居室のレイアウトには、使い慣れた家具や絵、写真、作品等を掲示し、関係が継続できるよう努めている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士が馴染みの関係を築けるようグループ作りや席の配置を工夫している。談笑しながらテレビを見られるようソファの配置もその時々で工夫している。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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	契約終了後も系列の施設を利用している方には機会を見て面会するなどしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	センター方式のアセスメントに定期的に意向や思いを記録し安全や健康に問題ない範囲で対応に努めている。追加情報は日付を入れて記入している。	入所時に家族の思いや意向の情報、利用者とのかわりの中から得た思いや意向は、センター方式記録シート、介助記録ノートに記載し、毎月のモニタリングを通して、職員間で共有している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントにセンター方式を活用し事前情報や本人家族との話し合いを通して把握に努め、ケアに反映させている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の行動や様子観察、本人との会話を通して把握に努めている。介護記録や日誌に記入し、現状を把握している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	センター方式に基づき、日々の様子や本人家族との話し合いや、主治医からの助言を受け、介護計画を作成している。	利用者担当を決め、職員全員が記入する「個別・気付きノート」の利用で、担当職員以外の気付きや課題等も個別シートに記録し、毎月のモニタリング、フロア会議が行われることによって、全職員がケアプランに参加できる体制を整えている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	食事量や水分量、排便記録、バイタルなど毎日カルテや日誌に記録している。日々の様子や気づいたことなども個別に記録し、職員間での情報共有などに活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	系列の老健リハビリや栄養士などに専門分野の技術的な相談をする等、グループの特性を活かして多機能化を図っている。		

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 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	コロナ禍による面会制限、外出制限があるが、友人知人からの電話や差し入れの受け渡しなどは行っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人家族の希望で併設病院以外のかかりつけ医を希望する利用者には、継続出来るよう支援している。受診は家族にお願いしているが、緊急時には系列病院を受診し、受診結果を家族に報告している。また、月1回の母体法人の医師による回診と週1回の看護師の訪問が受けられる体制がある。	従来からのかかりつけ医には3名が受診しており、付添は家族が行い、受診後に報告を受けている。緊急時と通常の協力病院の受診は職員が付き添い、受診結果を家族に電話で報告している。また、協力病院医師による毎月の回診、週1回の看護師の訪問を行っている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	体調に変化があれば看護師に相談し指示を仰ぎ、薬の処方や受診につなげている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	看護師来所の他、入居者の状態を毎日、系列病院の主治医に報告。他、月に1度のDr回診や急変時の受診等により常に病院とは密接に連絡をとり関係を作っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	契約時に、事業所ができる最大限の対応について説明している。また、利用者の状態悪化時や終末期の対応については定期的に家族と話し合い、病院・別事業所の情報を提供し、移行について提案している。出来るだけ利用者の気持ちに沿った対応を心掛けている。	契約時に「医療連携体制同意書」を取り交わし、「重度化した場合の対応に係る指針」により、事業所が行う最大限の対応と、看取りは行わないと説明している。基本的には、状態悪化時や終末期の対応、家族と話し合い等々、移行への提案をしている。	利用者は、いつ重度化になってもおかしくない年齢状況にあり、重度化・終末期の対応について学ぶ機会を持たれることが望ましい。外部調査のこの項目は、連続6回目の「期待するところ」となるため、市との関係において、『目標達成計画』の作成することが望ましい。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	施設の研修で急変や事故発生に備えて応急手当や初期対応の勉強会を設けている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練や非常参集訓練を年に2回実施している。少人数での避難、系列施設への応援依頼など、夜間を想定した避難訓練も行っている。	年2回(昼、夜)の火災想定避難訓練を、災害対策マニュアル(緊急連絡網参集等)に沿って実施し、消防署の指導助言を受けている。事業所は原子力災害時の、避難者受入施設の指定を受けている。非常用(表作成)として、食料品、水、備品等3日分を常時備蓄している。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	勉強会や話し合いの場を設け、職員一人一人が意識して対応に努めている。	法人の年12回の研修は、接遇からハラスメント等を含め6回行い、運営理念「わたしたちの誓い」でも尊重とプライバシーを謳っている。職員の不適切な発言等は、管理者が個別に注意をしている。個人情報に関する文書及び保管は、フロア内の事務棚に収め、管理している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	なるべく本人の思いを汲み取り本人の意思で日常生活が決定できるように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	健康や安全に配慮しながら本人のペースに合わせたケアを心掛けている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	特に衣類の制限はなく本人の好きな物を着てもらっている。毎日化粧をされている人や、毎朝職員と相談しながら普段着を選ぶ入居者もいる。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	湯呑み、茶碗などは個人の物を使用している。食事形態や量なども人により変えている。また食事の準備や片づけは入居者と職員が一緒に行っている。	3食全てフロア調理場で職員が調理する。法人管理栄養士が食材準備と献立をたてている。利用者は準備、後片付け等を手伝っている。食事は利用者の状態に応じて刻みやお粥なども提供している。季節に応じた食事、バイキング、弁当も出し、利用者専用の茶碗、湯呑、箸を使っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	管理栄養士が立てた献立に基づき、カロリー、栄養バランスのとれた食事を提供している。水分量を確認し、1日1000～1500ml摂れるよう努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後に口腔ケアを行っている。一人一人に合わせた見守りや介助を行っている。		

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
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄の記録をつけ、状態に合わせてオムツの種類や排泄のタイミングに対応している。夜間のみポータブルトイレをする人や、オムツ使用していない人もいる。	トイレでの排泄を基本として、一人ひとりの排泄パターンを把握し対応している。夜間のおむつ使用は1名で、他の人は紙・布パンツにパッドを当てている。夜間、居室内にポータブルトイレ4名、センサーマット3名の利用がある。声掛けや対応には、他利用者に注意しながら対応している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	運動、水分摂取、食物繊維の接種を勧め、場合によっては主治医の指示の元、下剤を服用している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	なるべく希望に沿うようにしている。拒否ある時は時間をおいたり対応職員を変えたり翌日に変更するなどの工夫も行っている。1対1で会話をしながらゆっくりと入ってもらっている。	日曜以外の午前中に週2回入浴を基本とし、入浴剤は使用せず、シャンプー・リンスは個人用で、体調や要望に沿うよう心掛けている。通常は職員1名で着替え、入浴、髪乾燥を行うが、湯船に1人で入れない場合は、2名の職員で対応している。湯船だが2階は2人用、3階は1人用でリフトはない。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	入居前の習慣を考慮して支援している。眠くなるまで職員と会話したりテレビを見たりする人もいる。体調や本人の希望により午睡をとる事もある。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の概要は主治医や看護師に確認し、把握して支援している。副作用など症状に変化があればすぐに報告している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	体操や工作、ゲームや会話など多様なレクリエーションや日常の家事の中から本人の好みや持っている力に合わせたものを提供している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	現在外出制限をしているため、天気がいい日にベランダで日向ぼっこをしたり、季節に合わせたドライブを行っている。	コロナ以前は、外出、買い物、イベント参加後の喫茶店が恒例行事であった。現在は建物外の散歩も自粛しており、事業所内の散歩、2階の広いテラスを利用し、腰痛・便秘体操、リハビリ、ゲーム等が増えている。その他は室内で歌、塗り絵などを行っている。唯一の外出としては、ドライブで景色や人が少ない公園などに行くことがある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	原則的に個人でお金を使用することはないが、希望があれば管理できる範囲で所持している人もいる。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	自由に電話できる。携帯電話の所持も可能。希望があれば年賀状なども支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	明るい環境の中、毎日清掃し安全と清潔を心掛けている。季節の花を生けたり毎月季節感のある作品の展示を行っている。	季節感の花・作品を飾り、フロア中心部にガラス張り吹き抜け階段があり、光が差し込み明るい空間を作っている。2階に広いテラスがあり喫茶、運動・ゲーム等を行える気持ちの良い空間になっており、3階ベランダではプランターで季節の野菜を作っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	利用者同士が思い思いに過ごせるよう工夫しているが、視野を遮るなどの空間にはなっていない。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	持ち物には特に制限はない。本人家族の希望でなじみのものを居室に置いている。部屋の飾りや写真立てなど持参されている人もいる。	居室もスマホ画像で確認している。自宅で使っていた馴染みの家具、記念の写真、制作した作品を飾り、トイレや洗面所が無く、スッキリとした居心地の良さそうな居室になっている。居室入口に名前パネルや写真を飾り、自分の居室であることがわかり易いよう工夫している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	人により表札を大きくしたりトイレの表示を分かりやすくしたりしている。本人の希望で表札をつけていない人もいる。		

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	1870101431		
法人名	医療法人 雄久会		
事業所名	グループホームうらら(3階)		
所在地	福井県福井市木田1丁目3308番地		
自己評価作成日	令和4年7月27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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【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8月10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)】

入居者の健康と安全に配慮しながら認知症があっても穏やかな日々を過ごせるよう生活全般を支援しています。また各種レクリエーションを取り入れ、脳の活性化や体力の維持に努めています。入居者の方にとって、第二の家と思ってもらえるような施設を心がけています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

グループホームうらら(2階)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 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々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 (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	職員の名札の裏に理念を刷り込み、常に携帯して理念に基づくサービスの徹底を心がけている。朝礼時には理念を唱和している。	グループホームうらら(2階)と同じ	グループホームうらら(2階)と同じ
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	年に2回、地域の一斉清掃活動に参加している。公民館長や民生委員は運営推進員として協力してもらっている。	グループホームうらら(2階)と同じ	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	セミナー室を地域の人に無料で貸し出している。複合型施設として包括支援センターの催しにも参加している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	事業所の活動実績や行事予定、ヒヤリハットなどを報告し、委員から出た意見や要望は職員間で検討しサービスの質の向上に活かしている。	グループホームうらら(2階)と同じ	グループホームうらら(2階)と同じ
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	地域の包括支援センターと同じ建物で連携しあっている。コロナ禍なので介護相談員は受け入れ中止している。	グループホームうらら(2階)と同じ	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	毎年勉強会を開き身体的拘束等適正化の指針について周知徹底を図っている。身体的拘束等適正化委員会も2ヶ月に1回開催している。	グループホームうらら(2階)と同じ	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	内部研修の中で高齢者虐待についての勉強会を行っている。不適切なケアについても他部署の意見を聞きながら職場全体で話し合い注意を促している。		

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
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	内部研修の中で権利擁護についての勉強会を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 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	入所時に、管理者・ケアマネージャーより本人、家族に説明し同意を得て署名捺印を受領している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	日頃の面会を通して家族の意見や要望を聞き、運営に活かすようにしている。また施設入り口には意見箱を設置し気兼ねなく意見や要望を提案できるようにしている。	グループホームうらら(2階)と同じ	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回職員会議を開き、職員の意見や提案を聞いて、皆で協議している。	グループホームうらら(2階)と同じ	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	毎年個別面談を実施し一人ひとりの意見を聞くようにしている。またうらら会議では職場環境や労働条件についても定期的に協議している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	経験年数に応じて介護技術の基礎研修や専門研修に参加させている。グループ内の研修も行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム連絡協議会に加入し、他施設と情報収集を図っている。また包括支援センター主催の意見交換会などにも参加している。		

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
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前にケアマネジャーが情報収集し介護職員へ申し送り、入居時にも本人、家族と話し合っサービス開始時の不安を解消するようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前にケアマネジャーが情報収集し介護職員へ申し送り、入居時にも本人、家族と話し合っサービス開始時の不安を解消するようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ケアマネジャーによる事前情報と入居時の聞き取りを元に入居日から施設サービス計画を開始するよう心がけている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一緒に食事したり休憩中も同じフロアで過ごすようにしている。掃除や洗濯なども入居者と一緒に取り組むようにしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	コロナ禍なので面会や外出は制限を設けているが、予約制ではあるが面会の機会を設け、なるべく本人の希望に応じるようにしている。体調等の変化については家族に連絡をとり、場合によっては専門医への受診をお願いするなど対応を相談している。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	出来るだけ馴染みの人との関係ができるよう支援している。オンラインの面会で、県外の家族とも自由に面会できるようにしている。馴染みの家具など個別の持ち込みも自由になっている。	グループホームうらら(2階)と同じ	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士が馴染みの関係を築けるようグループ作りや席の配置を工夫している。談笑しながらテレビを見られるようソファの配置もその時々で工夫している。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約終了後も系列の施設を利用している方には機会を見て面会するなどしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	センター方式のアセスメントに定期的に意向や思いを記録し安全や健康に問題ない範囲で対応に努めている。追加情報は日付を入れて記入している。	グループホームうらら(2階)と同じ	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントにセンター方式を活用し事前情報や本人家族との話し合いを通して把握に努め、ケアに反映させている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の行動や様子観察、本人との会話を通して把握に努めている。介護記録や日誌に記入し、現状を把握している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	センター方式に基づき、日々の様子や本人家族との話し合いや、主治医からの助言を受け、介護計画を作成している。	グループホームうらら(2階)と同じ	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	食事量や水分量、排便記録、バイタルなど毎日カルテや日誌に記録している。日々の様子や気づいたことなども個別に記録し、職員間での情報共有などに活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	系列の老健リハビリや栄養士などに専門分野の技術的な相談をする等、グループの特性を活かして多機能化を図っている。		

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 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	コロナ禍による面会制限、外出制限があるが、友人知人からの電話や差し入れの受け渡しなどは行っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかか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	本人家族の希望で併設病院以外のかかりつけ医を希望する利用者には、継続出来るよう支援している。受診は家族にお願いしているが、緊急時には系列病院を受診し、受診結果を家族に報告している。また、月1回の母体法人の医師による回診と週1回の看護師の訪問が受けられる体制がある。	グループホームうらら(2階)と同じ	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	体調に変化があれば看護師に相談し指示を仰ぎ、薬の処方や受診につなげている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	看護師来所の他、入居者の状態を毎日、系列病院の主治医に報告。他、月に1度のDr回診や急変時の受診等により常に病院とは密接に連絡をとり関係を作っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に、事業所ができる最大限の対応について説明している。また、利用者の状態悪化時や終末期の対応については定期的に家族と話し合い、病院・別事業所の情報を提供し、移行について提案している。出来るだけ利用者の気持ちに沿った対応を心掛けている。	グループホームうらら(2階)と同じ	グループホームうらら(2階)と同じ
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	施設の研修で急変や事故発生に備えて応急手当や初期対応の勉強会を設けている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練や非常参集訓練を年に2回実施している。少人数での避難、系列施設への応援依頼など、夜間を想定した避難訓練も行っている。	グループホームうらら(2階)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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	勉強会や話し合いの場を設け、職員一人一人が意識して対応に努めている。	グループホームうらら(2階)と同じ	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	なるべく本人の思いを汲み取り本人の意思で日常生活が決定できるように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	健康や安全に配慮しながら本人のペースに合わせたケアを心掛けている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	特に衣類の制限はなく本人の好きな物を着てもらっている。毎日化粧をされている人や、毎朝職員と相談しながら普段着を選ぶ入居者もいる。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	湯呑み、茶碗などは個人の物を使用している。食事形態や量なども人により変えている。また食事の準備や片づけは入居者と職員が一緒に行っている。	グループホームうらら(2階)と同じ	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	管理栄養士が立てた献立に基づき、カロリー、栄養バランスのとれた食事を提供している。水分量を確認し、1日1000~1500ml摂れるよう努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後に口腔ケアを行っている。一人一人に合わせた見守りや介助を行っている。		

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
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄の記録をつけ、状態に合わせてオムツの種類や排泄のタイミングに対応している。夜間のみポータブルトイレをする人や、オムツ使用していない人もいる。	グループホームうらら(2階)と同じ	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	運動、水分摂取、食物繊維の接種を勧め、場合によっては主治医の指示の元、下剤を服用している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	なるべく希望に沿うようにしている。拒否ある時は時間をおいたり対応職員を変えたり翌日に変更するなどの工夫も行っている。1対1で会話をしながらゆっくりと入ってもらっている。	グループホームうらら(2階)と同じ	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	入居前の習慣を考慮して支援している。眠くなるまで職員と会話したりテレビを見たりする人もいる。体調や本人の希望により午睡をとる事もある。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の概要は主治医や看護師に確認し、把握して支援している。副作用など症状に変化があればすぐに報告している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	体操や工作、ゲームや会話など多様なレクリエーションや日常の家事の中から本人の好みや持っている力に合わせたものを提供している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	現在外出制限をしているため、天気がいい日にベランダで日向ぼっこをしたり、季節に合わせたドライブを行っている。	グループホームうらら(2階)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 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	原則的に個人でお金を使用することはないが、希望があれば管理できる範囲で所持している人もいる。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	自由に電話できる。携帯電話の所持も可能。希望があれば年賀状なども支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	明るい環境の中、毎日清掃し安全と清潔を心掛けている。季節の花を生けたり毎月季節感のある作品の展示を行っている。	グループホームうらら(2階)と同じ	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	利用者同士が思い思いに過ごせるよう工夫しているが、視野を遮るなどの空間にはなっていない。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	持ち物には特に制限はない。本人家族の希望でなじみのものを居室に置いている。部屋の飾りや写真立てなど持参されている人もいる。	グループホームうらら(2階)と同じ	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	人により表札を大きくしたりトイレの表示を分かりやすくしたりしている。本人の希望で表札をつけていない人もいる。		