

### 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   | 2774101550      |            |            |
| 法人名     | なにわ保健生活協同組合     |            |            |
| 事業所名    | びろうじゅおおよど       |            |            |
| サービス種類  | 認知症対応型共同生活介護    |            |            |
| 所在地     | 大阪市北区大淀中1丁目6-26 |            |            |
| 自己評価作成日 | 2022年1月11日      | 評価結果市町村受理日 | 2022年3月12日 |

【事業所基本情報】(介護サービスの情報公表制度の基本情報リンク先URLを記入)

[https://www.kajgokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=2774101550-00&ServiceCd=320](https://www.kajgokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2774101550-00&ServiceCd=320)

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                            |  |  |
|-------|----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 介護保険市民オンブズマン機構大阪 |  |  |
| 所在地   | 大阪府大阪市北区天神橋3-9-27 PLP会館3階  |  |  |
| 訪問調査日 | 2022年2月22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)】

開所から15年が経過し、認知症ケアのノウハウの蓄積もずいぶん進んでおり、3大目標に掲げている「自尊心に配慮したケア実践」が日々行えています。自立支援の取り組みとして日々の家事や活動に同居者様にも積極的に関わって頂いており、役割づくりや自信の回復を認知症進行防止につなげています。日々の介助場面でも時間がかかっても良いので、なるべくご本人の自力を引き出す対応に努めています。コロナ禍でイベントや行事は、あまり積極的に行っていませんが、日々の生活がより豊かになるようレクリエーションにも力を入れています。また、医療福祉生協が運営するグループホームなので、診療所や訪問看護ステーションとの医療連携体制が構築できており、内科以外にも心療内科や皮膚科、眼科等の往診を受けることができます。職員と同居者様の距離が非常に近く、職員は、同居者様の些細な体調変化も見逃さず、よく観察ができており、重篤化する前に迅速な対応ができています。

【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)】

法人が居宅に関する福祉事業のひとつとして、在宅生活で支援が必要になった高齢者のため、北区に初めて開設した認知症対応型共同生活介護の施設です。最寄りの駅も近く空中庭園や公園までの道は散歩コースになっています。屋上でボランティアと一緒に栽培している花や野菜の収穫も利用者の楽しみのひとつです。感染症が猛威をふるうなか、自治会など近隣との繋がりを大切に継続できるように努め、運営推進会議には地域のグループホームの職員も参加し意見交換を行っています。感染症を施設内に持ち込まないため、私生活においても注意をする項目を作り確認合っています。管理者は職員に負担をかけていることを心にとめ「よくやってくれる」と感謝しています。職員の声を大切にし、フォローをするため現場にも入り、職員が気持ちよく働くことが良いケアにつながると、職員と共に利用者の思いを尊重するケアを目指し取り組んでいます。

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

| 項目 | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印                                | 項目 | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|----|--|----|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | 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)   |
| 57 | 利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | 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)                     |
| 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)                   | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 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)    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 60 | 利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | 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                                       |
| 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)         | 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                                   |
| 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) |    |   |

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                     | 「自尊心に配慮したケア・自立支援・楽しみ生きがいがづくりの実践を掲げ、個々人を大切に、家庭的な雰囲気の中で安心して、実りある生活を送ることができるよう支援をします。」をホームの理念としています。フロア会議やカンファレンス、毎日の業務を通じて方針を共有し、判断に迷うときもそこに立ち返り考え、利用者様にとって最適な方法の実践に努めています。 | 理念の3項目を職員に徹底し、フロアにも掲示しています。迷う時は、「自分の家族なら、親ならどうする」と考え、家族からも「本人の意思を尊重してくれる」と感謝の声が届いています。                              |   |
| 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                     | この2年間、コロナ禍で地域とのつながりがずいぶん少なくなっています。地域運営推進会議も書面での情報提供になっており、主な委員の方とも2ヶ月に1回程度、お顔を合わす程度です。地域バザーや大淀中学校の職場体験等も中止になっており、地域にふれあい喫茶にも出向くことができていない状況です。                             | 地域とふれあう機会は少なくなっていますが、屋上の菜園や花壇の手入れは地域のボランティアの協力で継続しています。地域包括を通して、利用者が入所前に関わりのあった方々からの連絡を受けることもあり、個人の繋がりの継続を大切にしています。 |   |
| 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                   | 以前は、びろうじゅおおよどが培った認知症ケアのノウハウを地域の方に向けて勉強会等も開催していましたが、ここ2年間は実施できていません。   |   |   |
| 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、そこの意見をサービス向上に活かしている | この2年間は、書面での情報提供にとどまっております。内容に関して質問や意見等を求めています。特に主立った意見は寄せられていません。   | 自治会長・民生委員・地域包括の職員・地域の施設の職員など、今は書面での情報提供のみで、意見を集約しにくい状況です。   | 施設の様子が伝わるもの、例えば撮りためた写真の資料を書面に添えるようにしてはいかがでしょうか。 |
| 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           | 北区の認知症対策会議には、参加をして、情報交換・情報共有を行っていますが、その会議もコロナ禍で数回、書面開催になりました。大淀総合相談窓口職員から、ある団地群の入居高齢者を元気づけようと声を掛けられ、ポスター作製等に協力しました。   | 管理者はグループホーム連絡会の代表を務めていますが、現在は日程を合わせたりリモート会議も開催できない状況にあります。北区認知症対策会議にも参加協力し、利用者の方では地域包括と連絡・連携しています。                  |   |

| 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 |
| 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 | 医療福祉生協の身体拘束ゼロ指針を基本に事業所としての方針を掲げ、職員に周知徹底を図っています。2～3か月に1回、身体拘束適正化委員会を開催し、日常のケアの見直しや職員の意識向上に向けて話し合いを行っています。フロア入り口の施錠は、令和2年10月に3階フロアで入居者様が一名、ひとりで外に出てしまい、1時間後に近隣で発見する事例があり、スリーキーの使用は継続しています。   | 身体拘束適正委員会を2～3か月に1度開催しています。見守りの為のセンサーマットを夜間のみ使用しています。職員のストレスマネジメントに力を入れ、身体拘束防止・虐待防止に努めています。また、法人でMBO(目標管理)を取り入れ、職員の目標達成へのモチベーション向上に繋げています。 |                   |
| 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のないよう注意を払い、防止に努めている                                      | 虐待が見逃されないように、情報をオープンにするホームの姿勢と虐待が起こるのは職員の精神状態に起因するところに着目し、職員のストレスマネジメントにも力を注いでいます。事業所のケアの質の向上と職員の力量を上げるためにMBOという手法を取り入れ、職員が気持ちよく働くことで、結果的にはそれが入居者様への最良のケアにつながると考え、目標を持って取り組んでいます。この2年間、外部研修がほとんど行えず、フロア会議時に行っている内部研修で身体拘束と虐待防止に関しては合わせて、指導を行っています。 |   |                   |
| 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                                 | ケアにおける自立支援は、日常の様々な場面で実践をできていますが、日常生活自立支援事業や成年後見制度に関して、全体で学ぶ機会をもつことができていません。  |   |                   |
| 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  | 入居相談から面談・契約・入居まで段階を踏み、また必要であれば、体験利用や短期利用も組み合わせながら、ご利用者・ご家族様が不安なく入居できるよう丁寧な説明、対応に努めています。重要事項説明者や契約書は、管理者から一文ずつ丁寧に説明をし、必ず疑問点がないか確認し、納得の上で契約書を作成するようにしています。利用料の改定等、書面で説明をし、同意書をいただく形を徹底しています。   |   |                   |

| 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 |
| 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                     | 管理者が窓口になり、苦情相談等も含め、意見箱も設置していますが、ここ2年間はコロナ禍で面会を制限している期間も多く、家族会も開催ができていません。  | 意見箱を置いています。「気になることは」の問いに数名の方から要望がありました。リモートが苦手な家族も多いことを受け止め、1階で面会をする機会も作りました。   |                   |
| 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                                      | コロナ禍でフロア会議も不定期であったり、期間が空いたりしていますが、日常のケアについては、日々、意見交換する機会は多く、新しい取り組み等も連絡ノート等を活用しながら、職員全員に周知徹底し、同じ方向を見てケアを行えるよう工夫をしています。 | 職員の意見は各フロアの主任を中心に聞き取るようにして、気になることがあればその都度管理者が面談を行うようにしています。勤務年数が長い職員が多く意思疎通は「あ・うんの呼吸」で行うことができます。(※感染症予防のため管理者による聞き取りのみ) |                   |
| 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      | 理事会等でも、事業所報告書を通じて、各事業所の状況が把握できる仕組みになっています。個別の状況に関しては、管理者より理事会に報告され、情報共有し、指示等も得ています。                                    |   |                   |
| 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         | MBOの手法を取り入れ、職場の課題分析から、目標を立て、実際にどのような取り組みが、サービスの質向上につながり、個人の力量アップにつながるのか、半期ごとに到達を確認し、職員にフィードバックする仕組みを作っています。            |   |                   |
| 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 | 北区のグループホーム連絡会がありますが、今年度はコロナ禍で開催ができておらず、2か月に1回の情報提供のみになっています。法人が2023年4月に合併をすることになり、合併予定の他生協の事業所と相互監査等を行いました。            |   |                   |

| 自己                         | 外部 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----------------------------|----|--|--|------|-------------------|
|                            |    |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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 | 入居前・入居当初は特に不安が強まり、認知症の進行にも影響するため、常に職員がそばで対応できる体制を作っています。ケアの中から得た情報は職員間で共有し、統一したケアを提供し、少しでも早くホームの生活に慣れていただくように配慮しています。本入居前にショートステイの期間を活用して、信頼関係の構築と少しでも早く安心できる場所になるよう配慮しています。 |      |                   |
| 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            | ご家族から、入居に至った経緯、現在困られている状況など詳細な情報を収集し、職員側からもケアについて積極的に質問をし、ご家族とともに良いケアを作りあげていく姿勢を重視しています。ご利用者様とともにご家族の精神面もケアしていることを忘れないように職員には徹底しています。  |      |                   |
| 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        | 本当にグループホームを利用することが、ご本人に適しているのかを相談員が見極め、必要であれば医療福祉生協のネットワークを活用することや地域の事業所と連携し、他サービスの利用も視野に入れた相談を行っています。短期利用から本入居につなげるケースが増えています。  |      |                   |
| 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                        | ホームの三大目標に「自立支援」があり、役割づくりを積極的に行っています。食事の準備や食器洗い、食器拭き、洗濯物干しや洗濯物たたみ、掃除やお膳拭き等、役割を持ち、それを行うことで周囲から感謝され、それが自信につながり、認知症の進行防止につながるという成功体験を実感でできる機会を増やしています。                           |      |                   |

| 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 |
| 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        | コロナ禍でも制限をかけながらも、なるべくご家族とお顔を合わせる機会を作りました。フロアには上がらず、1階の相談室で個別面会の機会を設け、情報共有もできる限り積極的に行いました。  |   |                   |
| 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                    | 地域イベントが軒並み中止になっていますが、自宅の町会の方が代わる代わる面会に来られる方もおります。また在宅時の主治医と包括支援センター職員を介してびろうじゅでのイベント時の写真等を送る機会もあり、主治医からは手紙が届く等のやり取りが行えました。また、近隣の子供たちからその方のお誕生日に色紙が送られてくる等、なじみの関係を維持する取り組みがいろいろと行えました。 | 地元で生活していた利用者は、地域との繋がりが強く、子どもたちに声掛けをしたり、以前の主治医との関わりを維持をしている利用者も数名います。地域との関係性を今後も維持できるように、地域包括や地域の人たちの協力を得て、見守り・継続の支援に努めます。 |                   |
| 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                | 席位置に十分配慮し、利用者様同士、良い関係が築けるよう支援をしています。お互いの存在がプラスに働く相乗効果を常に職員は考えています。先日、短期利用から本入居につながった方も隣席の方と意気投合し、「ここに居たい」とおっしゃるようになり、入居を決められた方もおり、入居者様同士、横のつながりの重要性を再認識する事例でした。                       |   |                   |
| 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 | 退居されてからも、ご自宅や入院先へ伺い、関係を保つとともに、必要であれば他サービスの情報を提供し、スムーズに次のサービスを利用できるよう支援をしています。退居されたご家族様からも、毎年、びろうじゅで役立ててもらえるようにと、カレンダーやリサイクル品の提供等を受け、交流を続けています。  |   |                   |

| 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>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   | 対話・交流する機会を増やし、関りの中から、ご本人が今どのようなことを望まれているのかを情報収集し、チームで共有し、できることから実現をしていく方針でケアを行っています。職員主導のケアではなく、判断に迷ったときは、入居者様の立場に立って考えると、それが最適な方法になるということを指導しています。また、笑顔を見せられるときは、身体的にも精神的にも満たされている時だと思いますので、入居者様の笑顔をどれだけ作ることができるのかを重要なポイントとしています。 | 自分の気持ちを言葉で言えない利用者もおります。日常生活の中の意向は、問いかけで確かめ、入浴も本人の気持ちを第一にして時間を変更しています。「どんな対応をしてほしいのか」相手の立場にたち考えています。                      | 入所時のフェイスシートがない個人ファイルがあります。入所前の生活歴や家族との関わり、趣味や好き嫌いなど、今につながることもあり、本人を理解するうえで大切な記録です。全員のフェイスシートを整備することが望まれます。 |
| 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                                       | アセスメントシートを活用し、ご本人・ご家族からこれまでの生活の情報を収集し、ケアに活かしています。介護計画書更新時の評価会議は、この2年間、行えておらず、出来上がった計画書をご家族にご一読いただき、修正等がないかを確認する程度しか行えていません。  |  |  |
| 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   | 注意深い観察力を職員全員が身につけることで、普段との変化を見逃さず気づき、すぐに対応します。今ご本人が、何を望まれているのかを常に考え、ご本人にとってプラスになることを提案し、提供します。活動を行うときは、極力、ご本人の力を引き出しながら取り組むことをケアの基本にしています。   |  |  |
| 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 | 介護計画書は定期的な更新を行っていますが、半年ごとの更新は全員は行えておらず、状態のあまり変化のない方は、1年に1回の更新になっています。計画書の更新時は、職員からも積極的に意見を求め、現状の把握と、今何が求められているかを詳細に分析した内容にはなっています。専門用語はなるべく使わないように他の表現で記載する工夫はしています。   | 職員会議の時にカンファレンスを行いモニタリングは更新時に行っています。担当者会議は管理者・介護専門員・リーダーで行っていますが、感染拡大前は家族も参加していましたが、個人記録の表の中に今月の重点を置くプランを記載し、職員間で共有しています。 | 本人が必要とするすべてをプランにあげることも大切ですが、少しフォローすることでできることや維持が可能になることを見つけ目標にされてはどうか。プランに利用者の個性が表れ、達成したとき本人・支援者に喜びがあります。  |

| 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 |
| 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          | ケアの実践内容とそれに対する入居者様の状態の変化を、個別介護記録に記録し、バイタルチェック表、排泄水分チェック表、管理日誌等も活用し、入居者個々の状態を詳細に把握するようにしています。また申し送りノートを活用し、入居者個々の情報を皆で共有し、今現状に即した対応を逐一検討、対応を議論し、実践や介護計画の見直しに活かしています   |  |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる | コロナ禍で、継続している外部からのサービスは、訪問理容と訪問リハビリ、アロママッサージのみで、ボランティアバンドバンドさんによるコンサートは、リモートで行うようになっています。   |  |                   |
| 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           | 地域イベントや地域カフェ等も軒並み中止しており、入居者様も外出の機会が減っています。近隣を散歩してアイスクリーム等を食べて帰って来たりはしましたが、積極的には行えていないのが現状です。   |  |                   |
| 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       | 法人クリニックのドクターによる1週間に1回の往診と提携訪問看護ステーションの看護師による週1回の訪問と随時訪問により、体調面をバックアップしています。自宅がかかっておられた地域のドクターの往診を受けておられる方も数名おられ、昔からなじみの先生に診て頂いています。皮膚科や心療内科、眼科等の往診も必要時受ける体制があります。新しい入居者様で1週間に1回、吸入の為、通院が必要な方がおりますが、職員が車で送迎し対応する等、ホームでできることは、できる限り柔軟に対応しています。 | 週1回、法人提携のクリニックの医師の往診と訪問看護の看護師により健康管理を行っています。入所前のかかりつけ医や医療機関の受診も可能で現在数名の利用者が継続して利用しています。通院が必要な場合は基本的には家族の同行受診になりますが困難な場合は職員が同行したりと状況に応じて対応しています。又、皮膚科や心療内科、眼科なども希望があれば訪問診療が受けられるなど複数の医療機関と連携しています。夜間や緊急時は24時間、安心して医療が受けられ相談が出来る体制を築いています。 |                   |



| 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 |
| 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                          | 法人内クリニック看護師や提携訪問看護ステーション看護師が週に1回訪問し、入居者様の状態把握に努め、安全で健康な生活を支えています。訪問前に事前に最近の入居者様の状態を情報共有できる仕組みがあり、ホームの職員もポイントを押さえて医療職に情報を伝えています。看護師訪問時は、職員が一名つき、今気になることを逐一相談をしながら、状態悪化を防ぐことができるよう支援しています。訪問後は、看護師から状態変化のあった内容を主治医に報告し、指示を得られる体制ができています。 |  |                   |
| 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。 | 提携病院に入院を依頼することが多く、受診や入院の際には、必ずホームの職員が病院とご家族に間に入り、情報交換・手続きを行い、スムーズな対応を心がけています。退院の際は、地域連携室の担当者ともカンファレンスを行い、スムーズにホームの生活に戻ることができるよう支援をしています。   |  |                   |
| 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  | 終末期のケアにおける指針を定め、契約時に実際にそのような状態になった時の対応を説明し同意をいただいています。また実際に、そのような状況になった時に再度詳細にわたって説明をする書類を準備しています。チームで取り組む必要性を理解いただき、ドクター・看護師・介護職員・ご家族それぞれの役割を明確にし、ご本人・ご家族に不安の解消に努めます。今までに8名の方の看取りを行いました。ターミナルケアの研修や勉強会はまだ実施できていません。                   | 入所時に重度化や終末期のケアについては法人の指針に基づき説明し、同意を貰っています。実際に重度化し、終末期を迎えた時は再度ホームで出来るケアについて事細やかに説明しています。利用者・家族の意向や希望を確認した上で安心して最後まで過ごして頂けるよう、医師、看護師、介護職員、家族がチームとして連携し、利用者寄り添った看取りケアを行っていきます。昨年は3名の方を看取りました。研修や勉強会は実施できていませんが、看取りの実践で感じたことや不安、疑問に思った事などを医師や看護師の訪問時を利用し、短い時間でも話や質問をしたり、ミニカンファレンスを行うことから始めていきます。 |                   |
| 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  | 新しい職員は、救命救急講習を受講できていません。また、ベテラン職員もここ数年、講習を受講できていないので、いざという時に適切に対応できる学びをホーム内で行う工夫を考えたいと思います。  |  |                   |

| 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 |
| 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、地域との協体制を築いている            | 年に1回、消防署の承認のもと、避難訓練を実施しています。非常災害時の為の食料品と水の備蓄を行っています。びろうじゅの現状に即した防災マニュアルを作成していますが、趣味レーションをする機会が少ないのが課題です。   | 年に2回避難訓練を実施し消防署の指導を受けています。ホームの立地場所や構造を踏まえた防災マニュアルを作成し、職員に周知しています。各フロアキッチンに食料品や飲料水等を3日分保管、管理者が期限等を把握し管理しています。夜間災害時には近隣の郵便局に協力して頂けるよう町内会を通し体制が出来ています。 |                   |
| <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                   | ホームの三大目標に「自尊心への配慮」を掲げ、日々、周知徹底を図っています。言葉かけ、周辺症状への対応等、認知症高齢者への接し方を管理者を中心にレベルを上げ、丁寧で安心できる対応に努めています。入居者様の立場に立って物事を考えることを共通認識にしています。  | 利用者一人一人の気持ちを大切に利用者の立場に立った声掛けや対応を心がけ、実践しています。職員の入職時には人権や接遇マナー、認知症等について研修しています。   |                   |
| 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                     | びろうじゅ行動指針や認知症ケアマニュアルを活用し、声掛け一つ一つにおいても提案の形で持っていき、最終的には、入居者ご本人が決定できるよう配慮しています。入居者様のお話を傾聴することを基本におき、言葉による意思表示が困難な方でも、表情の変化や些細な身体の動き等もよく観察し、意思をくみ取り、入居者様にとって何が最良かを考え常に行動をするようにしています。   |   |                   |
| 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 | ある程度一日の日課が決まってしまうと、入浴や食事の時間等、職員側で決定したことを、そのまま進めていることがどうしても多くなりますが、個々のご要望や意思表示には、なるべく柔軟に対応し、納得の上で行動に移っていただけるよう配慮しています。また、時間がかかっても良いのでなるべく自力を引き出し、ご本人のペースで行動をしてもらう対応を徹底し、認知症の方特有の認識できないことによる拒否にも、無理強いをせず、時間を空けてから再度アプローチをし、納得を得られる対応に努めています。 |   |                   |

| 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 |  |
| 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                              | 服装は、お家から持参いただいたお好みのものを着ていただいております。着せやすさ等職員の都合を優先することはありません。服の汚れやしわにも十分注意を払い、職員全員が統一したレベルの観察力を身につけられるよう指導しています。   |  |                   |  |
| 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 | 法人の配食センターで調理されたものを、フロアで盛り付けして、提供しています。食べやすい食事形態や食事量等にも配慮し、なるべく自力で食事摂取していただけるよう、器を工夫したり、食べやすいおにぎりにしたり、個別の工夫をしています。3階フロアでは、食後は、食器洗いやトレー拭き、食器拭き等、3名の入居者様がそれぞれ手分けしてお手伝いをしていただいております。 | 昼、夕の副菜は法人の配食センターで調理したものをフロアで盛り付け、ご飯・味噌汁と朝食は、ホームで調理しています。献立は法人の栄養士が作成しています。利用者の嗜好を把握し、苦手なものは代替で対応しています。自力で食べることを大切に、利用者個々の嚥下状態に合わせた食事形態や分量の対応をしています。食器が多いと食べ物の認識が困難な利用者にはワンプレーットの食器を準備する等の工夫もしています。利用者は食後の洗い物や、食器やトレーを拭くなどできることを手伝っています。誕生日のおやつは、ケーキを買ってきたり、職員の手作りケーキが饗され、喜ばれています。外食はできませんが、時々配食センターの食事を中止して、うな井の出前を注文したり、麺類やお寿司を楽しんでいます。 |                   |  |
| 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      | 栄養バランスに関しては、管理栄養士の作成した食事メニューに基づいて提供できています。咀嚼・嚥下等の状態に合わせて、軟食・刻み食・ペースト食等柔軟に対応し、水分量も詳細にチェックし、一日の目標水分量に近づけるよう、好みの飲み物を用意するなど配慮しています。  |  |                   |  |
| 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に、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              | 2階は毎食後、3階は朝と夕食後に口腔ケアを行っています。基本は、歯ブラシを使ってのブラッシングで、難しい方はスポンジブラシを使って口腔内の清潔に努めています。口腔ケアの重要性を、職員各自が認識し、痛みや違和感などがあれば、訪問歯科を利用し、早期の治療に努めています。口腔内の清潔保持と病気との関連性に意識をおき、誤嚥性肺炎の防止にも努めています。    |  |                   |  |

| 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 |
| 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  | 排泄チェック表を活用し、個々の排泄のリズムと回数等、排せつ物の状態等、詳細に把握し、失禁等で不快な思いをしないよう配慮しています。的確な誘導で、パットの使用枚数等も減らすことができている方もおります。日中は、トイレ便座に座り排泄をする感覚を大切に、おむつやリハビリパンツ・パットに頼らないケアに努めています。陰部の清潔と失敗時等に、羞恥心や自尊心に配慮した対応を職員全員で心掛けています。 | 日中はトイレでの排泄を基本としています。職員は利用者の排泄パターンを把握し随時トイレ誘導しています。トイレ便座に座る習慣をつけることで、パットや紙パンツの使用枚数が減ったり紙パンツから布パンツで過ごせる様になったりと排泄の自立へと繋がっています。        |                   |
| 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                  | 個々人の排便のリズムを適切に把握し、緩下剤の使用に関しても、ばらつきができないよう統一を図っています。便秘予防に水分量を増やしたり、腹部マッサージや活動量の増加等、個々に工夫をしていますが、少し便秘傾向の方が増えています。  |  |                   |
| 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 | 個々の状況に合わせて週に2回から3回の入浴を実施しています。しかし、職員の欠員等で、入浴回数が大幅に減ってしまった時期がありました。   | 入浴は個浴で週2、3回の入浴を基本に利用者の状況に合わせて支援しています。入浴を快く思わない利用者には無理強いせず、時間を開けて再度声掛けするなど良いイメージの中で入浴できるように努めています。希望があれば同性介助も可能です。ゆず湯等の行事湯を楽しんでいます。 |                   |
| 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                   | 就寝時間を一律にせず、ご本人の生活リズムに合わせて極力対応をしています。就寝時まで、リビングで一緒に遅くまでテレビ番組を観ておられる方や、眠れない方はフロアソファでスタッフと話をして眠くなったら居室に戻られる方もおります。居室内でもテレビ鑑賞時間の制限や消灯時間は設けず、ご自身の生活ペースを大切にしています。  |  |                   |

| 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 |
| 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  | 職員は、医療機関から提供される薬剤情報をもとに、基本情報を把握しています。服薬は、小分けして、手渡しし、飲み終わるのを確認の上、チェック欄にサインをすることで抜け落ちを防いでいます。服薬の種類や量の変更後しばらくは、状態の変化を皆で詳細に情報交換しています。               |   |                   |
| 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                             | 3階フロアでは、食器を洗う方、お盆を拭く方、食器を拭く方等、各工程でそれぞれに役割を持って頂き、自信の回復をはかり認知症進行防止につなげています。その他、洗濯物たたみや食事コンテナ運びのお手伝いもしていただき、2階フロアでは、職員の子供向けにマフラーを編んでくださっている方もおります。 |   |                   |
| 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 | 屋上へ上がり、ベンチで寛ぐ等の気分転換は、今までと変わりなく行ってきましたが、この2年間はコロナ禍で、ほとんど戸外への外出ができていません。気候が良い時は、近隣公園やスカイビル周辺への散歩などは行いましたが、買い物等の人込みに混じる場所への外出はできていません。             | コロナ禍で外出は通院のみの状況です。気候が良い時には近隣の公園やスカイビル周辺まで散歩をしていました。利用者が閉塞感を感じないように屋上へ上がる機会を増やし、ボランティアと一緒に草花に水をやりたり野菜を収穫したりするなど外気浴以外に気分転換の場として活用しています。 |                   |
| 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                             | 少額のお金は、ご自身で持っておられる方もありますが、基本、職員側で管理を行っています。しかし、お預かりのお金から好きなものを購入できるように、また手元には不安感をなくすために安心できる声掛けを工夫し、職員間で対応を統一しています。                             |   |                   |

| 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 |
| 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   | 新しく入居された方の中には、携帯電話を持っておられる方もおり、自由にご家族と話ができる環境を作っています。また、面会ができない分、お電話でご家族と話をして頂く機会は増えました。先述しましたが、在宅時の主治医の先生に包括支援センターの職員さんに間に入ってもらって、近況の報告や写真の転送、年賀状のやり取り等を行った方もいます。           |  |                   |
| 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 | フロアは季節感のある飾りで、壁には行事の写真がたくさん飾ってあります。屋上で摘んだ花を花瓶に挿して飾っています。ゆっくりくつろげるソファも複数設置しており、落ち着いて過ごせる場所を提供しています。入居者様の関係性から席位置にも充分配慮しており、フロアで少しでも長く、居心地よく過ごせるよう工夫をしています。                    | 3階建ての2、3階フロアがグループホームになっています。リビングは季節を感じられる飾りやイベントの写真を貼ったり、花を活けたりと居心地のよい空間になっています。清掃も行き届いており、直接手の触れる、ドアノブや手摺り等は次亜塩素酸系除菌剤を用い、日に2回拭くなど感染予防に努めています。又、食堂のイス以外にソファを2台設置し、ゆっくりと寛げるスペースを確保しています。(※感染症予防のため聞き取りのみ) |                   |
| 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  | ご本人の意思を尊重し、居室で過ごす時間とリビングで皆と過ごす時間をバランスよくとるようにしています。席位置の配慮は充分に行っており、入居者様同士の横のつながりが増えてきており、それが生活の張り合いになっている方もおられます。。廊下にソファを設置し、集団と少し離れてゆっくり過ごす場所も確保しています。                       |  |                   |
| 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  | 各居室は、なるべくご自宅のお部屋に雰囲気や近づくために、使い慣れたたんすや机、座椅子等を持ってきていただいています。ご家族の中には椅子の高さまで本人に合わせて準備をされた方もおられ、それぞれがなじみで使い慣れたものを持ち込み、工夫をしています。家族やなじみの関係の方との写真を飾っている方も多く、安心して過ごしていただける環境を整備しています。 | 居室は利用者がこれまで過ごしてきた環境に少しでも近く安心して過ごせるように家族の協力を得ながら一緒にレイアウトしています。自宅よりダンスやテーブル、イス、アルバム等馴染みのものが持ち込まれ、趣味の刺繍の道具や絵の道具など置かれた部屋はその人らしく居心地の良い部屋になっています。(※感染症予防のため聞き取りのみ)   |                   |

| 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 |
| 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 | 導線も長くなく、混乱を招かないシンプルな<br>つくりになっており、死角は少ないように思<br>います。名札や色分けで居室やトイレの場<br>所がわかりやすい工夫もしています。 |      |                   |