

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(1階フロア)

|         |                  |            |            |
|---------|------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2774001149       |            |            |
| 法人名     | 株式会社 エイトサービス     |            |            |
| 事業所名    | グループホーム豊中オアシス    |            |            |
| 所在地     | 大阪府豊中市南桜塚4丁目11-3 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年5月1日        | 評価結果市町村受理日 | 平成30年7月18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 |  |
|----------|--|

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階               |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年6月12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)】

当ホームは昔ながらの佇まいを醸し出してる木造建築造りで、入居者様及び家族様にも温かみのある家庭的な雰囲気及び環境を味わって頂くことができると考えています。スタッフも家族(入居者様)の一員のように何でも気軽に話ができる関係づくりを心がけております。また、地域交流として敬老会など色々な催し物に可能な限り参加させてもらい地域との繋がりも大切にしています。

【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)】

明るく、楽しい、家庭的な環境など 3項目の法人理念に加えて、「入居されている方の安心して暮らせる環境づくり」と、職員と共に考えながら、自分だったらこうして欲しいという、独自の理念を作り出しそれを基にして支援を行っている。利用者本人がどのように暮らしたいか、一人ひとりの希望や意向は毎日の関わりの中から、食事の希望や趣味等を聞き出し、出来るだけ意向に添った支援をするようにしている。  
介助については、食事やトイレ介助など、自立支援に働きかける意味で、本人の行動を待ち見守る介助に徹している。毎日の散歩についても、利用者本人の意志を尊重して、職員が後ろからついて歩くと云うユニークな試みもしている。

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) | ○                     | 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                            | 明るく、楽しい、家庭的な環境を提供し、入居者様の自律(自立)を支援します。安心、快適、尊厳のある生活を提供することを理念とし日々取り組んでいます。                 | 明るく、楽しい、家庭的な環境など 3項目の法人理念に加えて、「入居されている方の安心して暮らせる環境づくり」と、職員と共に考えながら、自分だったらこうして欲しいという、独自の理念を作り出している。                     |                   |
| 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                            | 近隣の公園や神社への散歩、地域行事や定期的に行われる老人会などへ積極的に参加しています。  | 散歩の途中で地域の人々と挨拶をしたり、民生委員や介護相談員等に地域の情報を得て校区の盆踊りや運動会等には積極的に参加するなど、地域の一員として日常的に交流している。                                     |                   |
| 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                          | 毎年開催している納涼祭など、近隣の方々に呼びかけ開催しています。  |  |                   |
| 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回開催しており、校区福祉委員長、介護相談員、地域包括支援センター職員、利用者様代表が出席し、近況報告や意見交換を行いサービスに活かしています。              | 利用者と家族、市役所担当職員、民生委員、地域包括職員、介護相談員、事業所職員等で構成、隔月に開催している。会議では事業所からの報告だけでなく、行楽時の行き先や車椅子介助のスキルに関する提案等、話し合いを行いサービスの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                  | 運営推進会議を通じて現状報告や相談など行いケアサービスの質の向上に努めるよう、協力関係を築くよう取り組んでいます。                                 | 市役所担当職員や地域包括支援センター職員には運営推進会議に参加して情報提供や指導をいただいているが、都度訪問したり電話をしたりしながら協力関係を築いている。   |                   |
| 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 | 社内研修を通じて身体拘束とは何かをスタッフ全員に理解させ且つ身体拘束ゼロを継続するためのケアに取り組んでいます。                                  | 全ての職員は、身体拘束をする事によって与える身体的精神的苦痛を理解し、内部研修会を行いながら、物理的な拘束だけでなく、言葉の拘束も含めて拘束のないケアの実践に努めている。                                  |                   |
| 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       | 社内研修を通じて虐待に該当する行為などについてスタッフ全員に理解させています。また、社内取組みとして虐待防止ホットラインを設け何時でも通報できるようなシステム作りを行っています。 |  |                   |

| 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 |
| 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    | 社内研修を通じて成年後見制度の基本的な考え方及び流れをスタッフ全員に理解させています。   |   |                   |
| 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                         | 懇切丁寧に説明をおこなっています。また疑問などが生じた場合は随時回答しています。  |   |                   |
| 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                     | 運営推進会議への参加呼びかけ、介護相談員の来社などの意見交換を取り入れています。また、玄関先に意見箱を設置し家族様の意見要望を随時受け付けることができますようにしています。    | 運営推進会議の他に、利用者には普段の会話を通して、家族等とは来訪時に、入浴介助について、食事の事について等、意見や要望を聞き出すようにしている。玄関口に意見箱も設置し、出た意見を運営に反映させるようにしている。 |                   |
| 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                                      | おおむね1か月に1回の職員会議を開催し、意見交換及び情報共有を行っています。また定期的に個人面談を行い意見等を聞く機会を設けています。                       | 毎月、職員会議が行われ、環境づくりに関する提案やシフトや残業に関する事など、前もって改善要望事項を文章で提出されたものを中心議題にして話し合い運営に反映させている。浴室の整理棚が職員の提案で作られた。      |                   |
| 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      | 自己啓発など外部研修に参加したい職員にたいしては会社が費用面でバックアップをする体制になっています。社内研修も充実しており向上心を持って働くことができる様環境整備に努めています。 |   |                   |
| 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         | 社内外研修の参加の実施及び日々の業務の中で管理者からケアの向上並びに質の向上に向けて随時教育し個々のスキルアップに努めています。                          |   |                   |
| 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 | 管理者会議や勉強会には主に管理者が参加し、スタッフに落とし込んでいく方法で質の向上を図っています。   |   |                   |

| 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>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 | インテークの段階で管理者及び介護支援専門員が本人及び家族にむけてアセスメントを行い計画書に反映しています。また、入所後においてもスタッフからの気づき等をボトムアップで報告を受け、計画書に反映し関係づくりに努めています。 |  |                   |
| 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            | インテークの段階で管理者及び介護支援専門員が本人及び家族にむけてアセスメントを行い計画書に反映しています。また、入所後においてもスタッフからの気づき等をボトムアップで報告を受け、計画書に反映し関係づくりに努めています。 |  |                   |
| 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        | インテークの段階で管理者及び介護支援専門員が本人及び家族にむけてアセスメントを行い計画書に反映しています。また、入所後においてもスタッフからの気づき等をボトムアップで報告を受け、計画書に反映し関係づくりに努めています。 |  |                   |
| 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                        | 本人の自立(自律)支援に働きかけ、待つ介護を実践しています。また、していること・すること・できることに働きかけ、活動から参加へを常に考えた上での関係性を築くことができる様に努めています。                 |  |                   |
| 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         | ご家族様との連絡を密にし、双方向で相談し合える関係づくりに努めています。また年2回の行楽を通じて家族様との関係を深めるための活動を実施しています。                                     |  |                   |
| 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                     | これまでの関係性を継続することができるよう、訪問や電話、外出等を制限なくおこなっています。   | 利用者本人と地域社会との継続を維持していくために、喫茶や買い物、美容室等、馴染みの人や場所への訪問を家族の協力を得ながら、利用者の外出できる環境作りに極力支援している。 |                   |
| 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                 | 利用者様が一同に会するリビングでそれぞれの関係性を見極めながらレクリエーションや雑談などを行い孤立しないように支援をしています。  |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 必要があれば随時相談に応じれるように繋がりを大切にしています。   |   |                   |
| <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   | 本人の自立(自律)支援に働きかけ、待つ介護を実践しています。また、していること・すること・できることに働きかけ、活動から参加へを常に考えた上での関係性を築くことができる様に努めています。 | 利用者本人がどのように暮らしたいか、一人ひとりの希望や意向は日常の関わりの中から、食事の希望や趣味等を聞き出し、出来るだけ意向に添った支援をするようにしている。介助については、食事やトイレ介助など、自立支援に働きかける意味で待つ介助に徹している。 |                   |
| 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                                       | 入居時は本人、家族様から生活歴などの情報を教えて頂きます。入居後においてもスタッフの傾聴を通して利用者様の暮らしの把握に努めています。                           |   |                   |
| 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   | 本人の自立(自律)支援に働きかけ、待つ介護を実践しています。また、していること・すること・できることに働きかけ、活動から参加へを常に考えた上での関係性を築くことができる様に努めています。 |   |                   |
| 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 | 入居時は本人、家族様から生活歴などの情報を教えて頂きます。入居後においてもスタッフの傾聴を通して利用者様の暮らしの把握に努めています。                           | 介護計画の期間は一応長期計画を6ヶ月短期を3ヶ月としているが、アセスメントとモニタリングを繰り返しながら、家族の来訪時に希望を聞き、変化が起きた時には、その都度臨機応変に担当者会議を開き、介護計画の見直しを行っている。               |                   |
| 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                        | 介護計画書の短期計画を日々実践していく中での気づき等、定期的カンファレンスを開催し常に最新かつ最良のケアを実践することができるように介護支援専門員主体の下、日々実施しています。      |   |                   |
| 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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる                | 介護計画書の短期計画を日々実践していく中での気づき等、定期的カンファレンスを開催し常に最新かつ最良のケアを実践することができるように介護支援専門員主体の下、日々実施しています。      |   |                   |

| 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  |
| 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                                     | 地域の催し物に積極的に参加し、活動レベルから参加レベルに移行できるよう且つ安全で豊かに過ごして頂けるよう支援に努めています。  |   |  |
| 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し、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                                | 毎週月～木においては個別訪問診療及び月2回の全体訪問診療を実施し入居者様の健康維持管理を実施しています。また必要に応じて外部通院を行い適切な医療を受けられるよう支援を実施しています。           | 受診は本人や家族等との話し合いの上、事業所の協力医療機関をかかりつけ医としているが、かかりつけ医以外の受診、整形外科や心療内科等についてもスタッフが同行し支援している。      |  |
| 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                         | 週2回の訪問看護及び24時間オンコールの体制を行うことにより適切な医療を受けることができるよう支援し、なにか疑問点があれば都度相談させてもらい医療的知識のスキル向上に繋げることが出来る様協働しています。 |   |  |
| 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 | 入院時は介護サマリーの提供、退院時は診療情報提供書及び看護サマリーを通してカンファレンスを行い関係づくりに努めています。  |   |  |
| 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 | 本人及び家族等との話し合いの場を設け、施設での今後の対応方法などを説明し同意を得た上での支援に努めています。  | 重度化した場合の対応のあり方について、事業所の指針を作成、対応しうるケアについての説明をし、その方針を共有、家族等の納得の出来る支援をしている。                  |  |
| 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   | 急変時の対応マニュアルの掲示及び社内研修を通じての周知を図っています。また、協力医療機関主治医の指示のもと、医療連携に努めています。                                    |   |  |
| 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   | 災害避難訓練を年2回実施しています。災害発生時の対応マニュアルをスタッフルームに掲示及び社内研修を通じての周知を図っています。                                       | 災害時における避難訓練や消防訓練を利用者と共に年に2回行っている。夜間想定避難訓練も行っているが、近隣の方々との協力体制が少し不十分だし、非常災害時の備蓄備品も充分とは言えない。 | 職員が利用者を安全な処まで誘導した後の見守りを近隣の方々にお願いするなど、いざという時に混乱しないような役割分担と備蓄備品の充実が望まれる。 |

| 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                   | 社内研修を通じて“認知症”の人ではなく認知症の“人”ということを説明し教育を実施しています。接遇、認知症ケアなどの教育を通じて会社の理念に沿うスタッフになるための教育を実施しています。  | 利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉掛けや接遇を重視した対応で、トイレ介助や入浴介助が行われている。介護計画など個人情報は、事務所の書棚に保管されている。   |  |
| 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                     | 本人の自立(自律)支援に働きかけ、待つ介護を実践しています。また、していること・すること・できることに働きかけ、活動から参加へを常に考えた上での関係性を築くことができる様に努めています。 |  |  |
| 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 | 1人ひとりの生活リズムを大切に、ご本人様のペースに合わせた支援を行うよう努めています。   |  |  |
| 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                                  | 本人の自立(自律)支援に働きかけ、待つ介護を実践しています。また、していること・すること・できることに働きかけ、活動から参加へを常に考えた上での関係性を築くことができる様に努めています。 |  |  |
| 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     | 本人の自立(自律)支援に働きかけ、待つ介護を実践しています。また、していること・すること・できることに働きかけ、活動から参加へを常に考えた上での関係性を築くことができる様に努めています。 | 系列の給食会社から運ばれてきたレトルト食品を、厨房で加熱して提供している。月二回は、利用者に食べたい献立を聞き、利用者と共に食材を調達・調理し、食事を楽しいものにしていく。しかし、普段の食事は、食事介助と見守りに徹していて家庭的な雰囲気には少し欠けている。 | 食事は、暮らし全体の中で楽しみの一つとして、大きなウエイトを占めている。利用者と職員が同じテーブルを囲んで、同じ物を楽しく食べる、家庭的な雰囲気を是非作りあげていくことが望まれる。 |
| 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          | サービス提供記録及び3ヶ月に1回の採血結果並びに協力医療機関主治医の指示のもと、利用者様1人ひとりの健康管理に努めています。                                |  |  |
| 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、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                   | 訪問歯科の指示のもと、口腔内の清潔を保持できるように支援しています。  |  |  |

| 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 |
| 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                              | サービス提供記録及びサービス計画書並びに最新のADL状態を常に見極めながら本人にとって最良だと思われる支援方法を検討した上で本人及び家族に説明と同意を得たうえでの支援を行っています。 | 全職員は、一人ひとりの排泄パターンや習慣、利用者の仕草によるサインを把握し、あからさまな誘導ではなく、さりげなく声掛けをして、排泄の自立に向けた支援をしている。夜間は、2時間毎に巡回し対応している。                                  |                   |
| 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  | 協力医療機関主治医の指示のもと、常に排泄コントロールを把握し、高齢者に多くみられる便秘の原因及び下剤の効用並びに副作用を理解した上での支援に努めています。               |  |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 週2回の入浴日があり本人の意思を尊重した上で状況に応じての支援に努めています。   | 入浴は週2回を基本としているが、利用者のこれまでの生活習慣に合わせた入浴が楽しめるよう、個々に添った支援をしている。入浴剤を入れ入浴を楽しみなものにする工夫もしている。入浴拒否された場合に備えて、職員は二人体制にしている。                      |                   |
| 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   | 1人ひとりの生活習慣や体調に合わせ、夜間睡眠の質を良くするためにも日頃の活動レベル・参加レベルに働きかける支援をしています                               |  |                   |
| 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  | 薬表の把握、症状の変化等があれば協力医療機関主治医に連絡報告し常に本人の状態に即した服薬管理に努めています。                                      |  |                   |
| 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                             | 1人ひとりの生活リズムを大切にし、ご本人様のペースに合わせた支援を行うよう努めています。  |  |                   |
| 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 | 日常的には買い物や近隣への散歩等の外出支援及び年2回のバス旅行を企画し、非日常的な外出支援等を行っています。                                      | 利用者一人ひとりのその日の希望に添って、事業所周辺を散歩したり、買い物に出掛けたりしている。出来る限り、利用者が行きたいところへ出かけるようにしている。自由に好きなどころへの試みとして、後から付いて行ったこともある。時には、五月山動物園や万博公園などへも出かける。 |                   |

| 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  | 買い物の際には、ご本人がレジで会計をして頂くようにしています。   |   |                   |
| 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   | ご家族様との電話連絡や手紙のやり取りに制限を設けず、ご本人様より希望があった場合は希望に沿えるよう支援しています。                                     |   |                   |
| 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 | 共有空間の整理・整頓・清潔・清掃の徹底を実施しています。また通路には四季折々の写真などを掲示し見当識に働きかけ居心地よく過ごして頂けるよう配慮しています。                 | 居間は広く・明るく・開放的である。造りは木造で、木の暖かみと、落ち着いた雰囲気的空間となっている。壁には利用者と職員で作った季節の貼り絵や利用者の描いた素晴らしい絵画などが飾られ季節感を醸し出している。 |                   |
| 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  | 通路や食堂にソファを置いて気の合う利用者同士が自由気ままに過ごせるよう配慮しています。   |   |                   |
| 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  | 入居時に、ご家族様と相談し馴染の家具の持ち込みなど、本人様が居心地よく過ごして頂けるよう配慮しています。  | 利用者は使い慣れた家具、テレビ、家族の写真などを飾ったり、得意の書道や絵画などで飾るなど、馴染みの物を持ち込んで居心地良く過ごせるような工夫をしている。                          |                   |
| 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   | 本人の自立(自律)支援に働きかけ、待つ介護を実践しています。また、していること・すること・できることに働きかけ、活動から参加へを常に考えた上での関係性を築くことができる様に努めています。 |   |                   |