

# 1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                      |           |  |
|---------|----------------------|-----------|--|
| 事業所番号   | 3771200304           |           |  |
| 法人名     | 有限会社 お元気ですかショップ山下    |           |  |
| 事業所名    | グループホーム青空            |           |  |
| 所在地     | 香川県小豆郡小豆島町西村甲2121番地1 |           |  |
| 自己評価作成日 | 令和元年11月27日           | 評価結果市町受理日 |  |

※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/37/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |  |  |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人香川県社会福祉協議会  |  |  |
| 所在地   | 香川県高松市番町一丁目10番35号 |  |  |
| 訪問調査日 | 令和2年1月27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)】

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者様一人ひとりを大切にし、職員は常に利用者様の話に耳を傾け、丁寧な言葉がけをするよう、心掛けています。</li> <li>・職員は利用者様と共に生活し、家庭的な雰囲気づくりを心掛け、落ち着いた環境でその人らしく穏やかに生活できるような関りを持つようにしています。</li> </ul> |
|--|

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

|   |
|---|
| <p>事業所は海、空、オリーブの木々が眺められる静かな環境にある。前回に提案された理念に関しては、職員間で話し合って各職員は年度当初に目標を掲げ、毎月の自己評価を行い理念に沿った支援に努めている。また、毎朝の各利用者との挨拶やコミュニケーションを重視した支援、毎月の「あおぞら新聞」の発行や年3回の家族会の開催から、利用者と家族との関係性を大切にしたい取り組みが感じられる。地域の花の日の参加、カラオケ交流会や作品展の展示、園児やボランティアの訪問等、地域との交流を大切にしている。あおぞら新聞に職員会議の内容の記載は開けた事業所と思われる。</p> |
|---|

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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<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 | 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、生き生きと働けている<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票

| 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                           | 玄関や各ユニットのリビングには、家訓と理念を掲示し、職員は、家訓や理念に対して、どのような取り組みをしていくか、目標を持ち、日常的に実践できるようにしている。           | 事業所の理念を踏まえて、各職員は年度当初に具体的な目標を立て、職員間で公表をするとともに1か月毎に自己評価を行い、理念を大切にしたい支援に努めている。  |                   |
| 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                           | 2か月に一度地域の方とカラオケ交流会を行い楽しまれている。天気の良い日は散歩に出掛け、近所の方と挨拶を交わしたり、近所で行われているグランドゴルフの見学等行っている。       | 自治会に加入しており、2か月毎の花の日には利用者と職員は草抜きに参加している。また、地域や商工会のイベントにも参加している。こども園の園児やカラオケ、フラダンス等の訪問もある。事業所主催の納涼祭りには婦人会の協力を得るなど地域との交流を大切にしている。 |                   |
| 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                         | 運営推進会議を通じて、ホームでの様子や、認知症について話し、理解を深めてもらっている。又、同町内の自治会の方々の見学を受け入れ、認知症に関して分かりやすく話をしている。      | /  | /                 |
| 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践、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      | 運営推進会議には、地域やご家族の代表の方や、町職員の方に参加して頂き、ホームの活動状況や、取り組み等について報告をし、様々な意見やアドバイスを頂き、サービスの向上に活かしている。 | 自治会長や民生委員、老人会会長、家族代表者、行政職員のメンバーで開催している。事業所の活動報告、ヒヤリハット等の報告を行うとともに地域の情報を得ている。家族会開催やイベントに家族を案内するなどの助言を運営に活かしている。                 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者や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                 | 課題が見られた際や、困難事例があれば、その都度相談、連絡を取って、助言を得ている。   | 運営推進会議の参加依頼、課題や問題があれば相談を行い、専門的な立場からの助言を得るなど、必要に応じて連携を密に図っている。  |                   |
| 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 | 職員会議では、身体拘束廃止委員が、身体拘束についての話し合いをし、職員全体で、拘束をしないケアについて話し合い、取り組んでいる。                          | 毎月、身体拘束廃止委員は身体拘束に関する資料や情報を収集して、職員に説明したり課題について話し合っている。職員は共通の認識を持って身体拘束をしないケアに努めている。現在は家族の希望や身体面からの課題を模索中である。                    |                   |

|    |     |  |  |   |  |
|----|-----|--|--|---|--|
| 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        | 虐待防止関する事を、職員会議等で話し合い、虐待をしないケアの実践を、確認する機会を持つようにしている。常に職員が、利用者様の尊厳を守るよう、努めている。 |   |  |
| 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    | 権利擁護、成年後見人制度について学び、必要に応じて、関係機関と連携を図っている。                                     |   |  |
| 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                         | 契約時には、十分な説明を行い、同意を得ている。ご家族の不安のないように、ホームでの生活について詳しくお話するように心掛けている。             |   |  |
| 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                     | 玄関に意見箱を設置している。カンファレンスや面会時などに、ご家族からの意見や要望を聞き、申し送りや職員会議で、職員全体が共有できるようにしている。    | 玄関に意見箱の設置、運営推進会議や年3回の家族会、面会時に家族の意見を聞く機会を設けている。提案されたことはサービス向上に活かしている。                |  |
| 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                                      | 職員会議や毎朝の申し送り、提案用のノートを作り、気が付いた事や意見を書いてもらい、管理者会などで検討し、運営に反映させるようにしている。         | 毎朝の申し送りや月1回の職員会議、意見や要望を記載できる提案用紙等から、職員の意見を積極的に聞くように努めている。提案されたことは施設長や管理者間で検討を行っている。 |  |
| 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      | 職員の自己評価を実施し、面談の場を設け、日頃の実績を処遇に反映し、要望の把握に努めている。                                |   |  |
| 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         | 事業所内外の研修の機会を確保し、研修報告の場を設け、職員全体で情報を共有し、ケアの向上に努めている。                           |   |  |
| 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 | 外部の研修に参加し、情報交換や交流を通じ、研修報告や勉強会など全体の職員に伝え、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。             |   |  |

| 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<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 | 入居前に事業所見学や面接を行い、ご本人の状態や意向等を伺い、ユニット全体の職員で情報を共有して状態を把握し、入居後、安心して暮らせるような関係作りに努めています。   |
| 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            | 入居前に事業所の見学をして頂き、ご家族からご本人の生活状況や不安なこと、要望などを聞き入居後もご家族と話す機会を多くし、ご本人が安心して生活できるよう、一緒に関わられる関係作りに努めています。  |
| 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        | 入居前にご家族と面談し、ご家族の思いや不安や要望を受け止め、その時、まず必要としている支援を行えるよう対応している。  |
| 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                        | ご本人の出来ることや得意なことを見つけ職員や他の利用者の方と共に行うことで生きがいを持ち、生き生きと暮らして頂けるよう努めている。   |
| 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         | 定期的に家族会を行い、ご家族と一緒に楽しい時間を過ごして頂いている。毎月の青空新聞、面会時、電話等で日々の生活の様子を報告し、ご本人らしい生活ができるよう、ご家族と共に考え、相談出来る関係が出来ている。   |
| 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                     | 地域の方とのカラオケ交流会では、利用者の方の知人の方もおられるのでとても良い機会になっている。家の近くをドライブしたり、馴染みのスーパーへの買い物などの機会を作っている。<br><br>面会者も比較的多く、ユニット間や同法人のデイサービスの利用者との交流もある。実家の近くやスーパーマーケット、寒霞溪、初詣など馴染みの場所に出かけ、人と場所の関係の維持に努めている。毎月のあおぞら新聞の発行は家族との絆を大切にしたい取り組みが感じられる。 |
| 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                  | 気の合う入居者同士、同じテーブルにして楽しく会話されている。外出などのメンバーに配慮して良好な関係を保っている。日中は出来るだけリビングで過ごしてもらうようにし、レクリエーション等で交流を深めている。  |

|                                    |      |  |  |  |  |
|------------------------------------|------|--|--|--|--|
| 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                    | サービス終了後も、入院先に面会に行ったり、そのご家族に会えば近況をお聞きしている。他の施設等への入居が決まった場合はご本人の情報を詳しく伝え、その後も必要に応じて連絡を取り合っている。 |  |  |
| <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   | 意思疎通が困難な方には表情や日々の行動等を観察し、思いを理解するように努めている。  | 段々と意思疎通が困難な利用者が増えているが、毎朝の挨拶やコミュニケーションを大切にしたり関わりの中から、行動や表情から思いや意向を読み取っている。勤務年数の長い職員は些細なことも理解できることもある。               |  |
| 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                                       | 入居前にご家族からこれまでの生活状況を伺い、これまでの環境と出来るだけ変わらないように配慮している。   |  |  |
| 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   | 毎朝の申し送りや、連絡ノートを通じて一人ひとりの状態に変化があれば細かく伝え、職員全体が把握できるようにしている。                                    |  |  |
| 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 | 3ヶ月毎にカンファレンスを行い、ご本人や家族の意向を元に、現状のニーズに合った介護計画を作成している。利用者様の状況に変化があった場合はその都度見直しを行い計画書を変更している。    | 家族も含めて3ヶ月毎にカンファレンスを行い、本人や家族の状態や意向を踏まえた介護計画を作成している。計画は申し送りや個別記録等で職員間で共有して、ケアの実践に繋げている。カンファレンスに参加できない家族には報告時に説明している。 |  |
| 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                        | 状態の変化や気づきは、個別に介護記録に記入し、職員全員が共有している。ケアの変更などは、朝の申し送りや連絡ノートに記入しケアの統一を図り、介護計画の見直しに活かしている。        |  |  |
| 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               | ご本人やご家族の状況に応じて対応出来るよう、カンファレンスや申し送りの時に話し合い、柔軟な支援やサービスが出来るように取り組んでいる。                          |  |  |

|    |      |   |  |   |  |
|----|------|---|--|---|--|
| 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                                      | 音楽療法や子ども園の園児、和太鼓の慰問や2か月に一度、地域ボランティアの方が来られカラオケ交流会などを一緒に行っている。商工会のイベントやスーパーマーケットの買い物などを希望に応じて参加している。 |   |  |
| 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                                  | 協力医療機関は近くにあり、緊急時はすぐに受診できる体制である。希望があれば、入居前に通院していた医療機関の継続を支援している。                                    | 本人や家族の希望する医療機関の受診支援を行っている。以前は職員のみで受診の同行を行っていたが、家族との関わりを深め、大切にするために見直しを行い、家族に受診の協力を仰いでいる。受診結果は相互に共有している。                                     |  |
| 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                          | 毎朝のバイタル状況や、日々のたいちょうの変化や緊急時など、同事業所内の看護師と相談し、情報を共有して、受診の必要性の判断やアドバイスを貰っている。                          |   |  |
| 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、利用者様についての情報や、サマリーを作成し、ご家族や病院関係者と退院に向けて、計画、相談しながら、退院への支援を行っている。                                |   |  |
| 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  | 緊急時の対応や延命に関する意思確認書を入居時に提出して頂いている。終末期には出来る限りのケアを続けられるよう、ご家族や医療関係者に協力を得ながら対応している。                    | 入居時に終末期に関して、事業所でできることを説明し、意思確認書を提出してもらうとともに、適宜見直しを行っている。ターミナルケアは行っていないが、希望者で医療機関と連携できている場合は対応している。受け入れ先の医療機関との協力体制は整備されている。                 |  |
| 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  | 緊急時対応マニュアルを作り、常時確認できる場所に置き、事故発生時は的確に動くようにしている。   |   |  |
| 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  | 定期的に避難訓練を実施し、年に1回消防立ち合いの訓練を行っている。訓練後は反省会にて話し合い、職員間で周知するようにしている。                                    | 主に火災訓練を夜間も想定して年2回実施し、実施後の反省会を開催して職員間で共有している。食料品の確保をはじめ備蓄品の一覧表を作成している。次回は法人全体での防災訓練を計画中である。運営推進会議では地域が協力する旨の話はあるが、具体化されていない。事業所は福祉避難所となっている。 | 火災以外のあらゆる大規模災害を想定した避難訓練と、地域との協力体制の具体化を運営推進会議や関係団体と検討され、より実効性の高い災害対策を期待したい。 |

| 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<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                    | 1人ひとりの人格やプライバシーを尊重し、言葉使いも丁寧に対応するよう心掛け努力している。  | 以前は法人内で評価の仕合をしていたが、現在は事業所内で気になる言葉や態度を台所に掲示したり、職員間で話し合っている。馴染みと慣れすぎは違うこと、丁寧な言葉で敬意を示すことを意識した対応に努めている。   | 以前に各部署で評価を行っていたように、自他の人格尊重やプライバシーに関する自己評価、他者評価を相互に行い、定期的な見直しを期待したい。 |
| 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                      | 毎朝利用者様への挨拶をし、積極的にコミュニケーションを図っている。その中で、利用者様の思いや、希望を把握し、取り入れられるよう努めている。                           |   |   |
| 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し、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人ひとりのペースを大切にし、個々にあった生活が出来るように支援している。   |   |   |
| 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                                   | 意思決定ができない方が殆どだが、意思決定ができる利用者様には、自分で服装を選んでもらっている。できない方は、職員が季節にあった清潔な服装に整えている。                     |   |   |
| 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      | 簡単な野菜の皮むきなど、出来る方にはお手伝いをお願いしている。食器拭きや机拭きなど、出来る方には、ご自分の役割として行ってもらっている。                            | 栄養士が作成した献立を基に、各ユニットで3食調理している。利用者の状態に応じて刻み食やミキサー食に変更している。職員は利用者によりやさしくゆっくりと声かけをしながら食事をともに摂っている。できる利用者は下準備や下膳、台拭き、おやつ作り等に参加している。イベントで餅つきの機会もある。 |   |
| 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           | 一日を通じて、こまめな水分補給を行っている。個々に合わせた食事形態で提供している。   |   |   |
| 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                    | 毎食後、歯磨きや、義歯洗浄を行い、できるだけ自分で行ってもらっているが、出来ない部分は職員が介助している。夜間は義歯を外し消毒している。義歯のない方はスポンジブラシで口腔内を清潔にしている。 |   |   |

|    |      |   |   |   |  |
|----|------|---|---|---|--|
| 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                              | 介護記録の排泄記録をチェックし、一人ひとりの排泄パターンに合わせて声掛けにてトイレ介助を行っている。意思が伝えられない方は定期的に早めの声掛けをし、トイレ介助行い、失禁を減らすような支援をしている。 | 排泄チェック表や利用者の動き等をタイミングよく把握し、プライバシーにも配慮した排泄の自立支援を行っている。退院時にはおむつを使用していた方もリハビリパンツや布パンツに改善した利用者もいる。          |  |
| 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  | 十分な水分補給と適度な運動をしていたり、事でも出来るだけ自力での排便を促している。   |   |  |
| 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                        | 入浴日は組んでいるが、ご本人の体調により、変更し、柔軟な対応をしている。普通浴、リフト浴など、個々に合わせた形態で、ゆっくり入浴を楽しんでいただけるよう支援している。                 | 入浴の時間帯や回数は本人の希望を尊重している。入浴を拒否される場合は職員を交代したり、時間を空ける等の工夫を行っている。ゆず湯やゆっくりと浴槽に浸かったり、安全面にも配慮して入浴を楽しめるように努めている。 |  |
| 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   | 日中は出来るだけ離床し、リビングで過ごしていただき、食後は居室で休んだり、個々の習慣や体調に応じて休息をして頂いている。  |   |  |
| 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  | 受診記録や、薬の内容は、一人ひとりのファイルに保管し、変更があれば、その都度申し送りや、記録を確認を行っている。  |   |  |
| 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                             | 1人ひとりの生活歴や、得意な事を活かして頂けるよう、縫物やお掃除などの家事や、外部からの慰問への参加や、レクへの参加などで、張り合いのある生活が送れるよう支援している。                |   |  |
| 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 | 近所を散歩したり、買い物やドライブ、催し物に出掛ける機会を作っている。年に一度高松への遠足を企画し、外食を楽しむなど、普段は行けない場所に出掛け楽しめるよう支援している。               | 車いすの利用者も天候の良い日は海岸や近所の散歩に出かけている。買い物や地域の催しに参加したり、寒霞溪等のドライブにも出かけている。年に1回は高松に出かけ外食する機会も設けている。               |  |



|    |      |  |  |  |  |
|----|------|--|--|--|--|
| 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  | 自分でお金の管理ができる方は少人数ですが、買い物に出掛けた時に欲しい物を買って頂けるよう支援している。  |  |  |
| 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   | ご家族から電話があれば、直接取り次ぐようにしている。手紙などは直接お渡しするようにしている。   |  |  |
| 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 | 季節ごとの作品を、玄関やリビングに掲示している。リビングにはご自分の場所があり、会話が出来る方は、気の合う利用者同士座り、お話が出来るよう配慮している。家庭的な雰囲気を心掛け、こまめに掃除を行い、生活しやすい場所作りとなるよう工夫している。 | 整理整頓されており、窓からは梅の花やオリーブの木、海を眺められる。畳コーナーやソファもありゆったりと過ごせる環境である。壁には絵画やぬり絵等の作品や以前の入居者が書いた日本画が飾られ、すっきりと落ち着いた雰囲気を醸し出している。 |  |
| 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  | リビングでテレビを観たり、気の合う利用者様とお話されたり、思い思いの場所作りをしている。意思疎通が困難な方の過ごせる場所への工夫は十分ではない。   |  |  |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室は、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  | 入居の際、使い慣れて物を持ち込んでもらうよう、ご家族にお話している。ご本人が安心して、安全に過ごせる環境作りを行っている。  | 居室のネームは職員の案で分かりやすく表示されている。整理ダンス、木製の椅子、掛け時計が設置されている。ベッドは持ち込みも可能である。写真やぬり絵等がその人らしく飾られており、自由に居心地よく過ごせる雰囲気である。         |  |
| 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   | 居室の入り口には、ご本人の名前を大きく表示している。家具の配置などは随時検討し、安全に過ごせる環境作りを心掛けている。  |  |  |

| 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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<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 | 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と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、生き活きと働いている<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票

| 自己                 | 外部  | 項目   | 自己評価   |
|--------------------|-----|--|--|
|                    |     |  | 実践状況   |
| <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                           | ユニットのリビングには家訓と理念を掲示し、職員は家訓や理念に対して各自が目標を持ち、実践できるよう取り組んでいる。                                  |
| 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                           | 地域の方と2か月に一度、カラオケ交流会を行い、参加したり、年に一度の納涼祭りではご近所の方を招いて賑やかで、楽しい一時をご家族と一緒に過ごされている。                |
| 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                         | 運営推進協議会でホームでのホームでの様子や認知症についての話をし、理解を深めてもらっている。同町内の自治会の方々の見学を受け入れる事もあり、認知症に関してわかりやすく話をしている。 |
| 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      | 運営推進協議会には、地域やご家族の代表や町職員の方に参加して頂き、ホームでの活動状況や取り組み状況等について報告をし、様々な意見やアドバイスを頂き、サービス向上に活かしている。   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                | 運営推進会議以外でも、困難な事例など分からない事があればその都度相談し、直接助言を得ている。   |
| 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 | 職員会議では、身体拘束廃止委員が身体拘束についての話をしたり、朝の申し送りなどの時は身体拘束について職員が話し合う場を持ち、身体拘束しないケアに取り組んでいる。           |

|    |     |  |   |
|----|-----|--|---|
| 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        | 職員会議などで虐待をしないケアの実践を確認する機会を持つようになっているが外部での研修等にもっと積極艇に参加し、学ぶ機会を持ちたいと思っている。                  |
| 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    | 権利擁護に関する制度については、話し合いや学ぶ機会は少ないので、勉強会などで学ぶ機会を持つようにしていきたい。                                   |
| 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                         | 契約時には十分な説明を行い、ご家族の不安のないようホームでの生活について詳しくお話しし、納得していただけるよう努めている。                             |
| 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                     | 利用者様の要望等は、日々の生活の中で会話のやりとりで汲み取るようにしている。ご家族にはカンファレンスや面会時に意見や要望などをお聞きし、運営推進会議等で話をし、意見を頂いている。 |
| 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                                      | 毎朝の申し送りの時話し合いをしたり、意見、提案ノートを作り、書き込んでもらったりして、管理者会などで検討し、運営に反映させるようにしている。                    |
| 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      | 職員の自己評価を実施したり、面談の場を設け、日頃の実績を処遇に反映し、要望の把握に努めている。   |
| 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         | 事業所内外の研修の機会を研修の機会を確保し、研修報告の場を設けている。月一回の勉強会では担当職員がテーマを決め、テーマについての取り組みを行っている。               |
| 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 | 外部の研修に参加、情報交換や交流を通じ、事業所内で研修報告や勉強会などで全体の職員に伝え、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。                     |

| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |     |   |  |
|-----------------------|-----|---|--|
| 15                    |     | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p> | <p>入居前に、事業所見学や面接を行い、ご本人の状態や生活状況、又ご本人やご家族の意見や希望を伺い、全体の職員で情報を共有して、入居後安心して暮らせる関係づくりに努めています。</p>                   |
| 16                    |     | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>            | <p>入居前の面接等でご家族の不安や要望等を詳しく聞き、入居後もご家族と話す機会を多くし、ご本人が安心して生活できるよう一緒に関わられる関係づくりに努めています。</p>                          |
| 17                    |     | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>        | <p>入居前の見学や面接、契約時にご家族から話を聞き、状態を確認して必要な支援が行えるよう対応している。</p>   |
| 18                    |     | <p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>                        | <p>得意な事や役割としてできる事を見つけ、職員や他の利用者の方と一緒にいる事で生きがいを見つけ、生き生きと暮らして頂けるよう努めている。</p>                                      |
| 19                    |     | <p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>         | <p>定期的に家族会を行い、ご家族と一緒に楽しい時間を過ごして頂いている。毎月の青空新聞発行や、面会時や電話等で日々の生活の様子を報告し、ご本人らしい生活ができるようご家族と共に考え、相談できる関係を築いている。</p> |
| 20                    | (8) | <p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>                     | <p>カラオケ交流会では地元の利用者の方もおられ、顔見知りの方が来てくださるのでとても楽しみにされている。家の近所をドライブしたり、以前よく買い物に行かれていたスーパーに買い物に出掛ける機会を作っている。</p>     |
| 21                    |     | <p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>                 | <p>気の合う利用者同士、同じテーブルにして楽しく会話をしたり、レクリエーションに参加できるよう配慮している。</p>  |

|                                    |      |  |   |
|------------------------------------|------|--|---|
| 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                    | サービス終了後も、入院先に面会に行ったり、その後、ご家族に会える状況をお聞きしている。他の施設などの入居が決まった場合は、ご本人の情報を詳しく伝え、その後も必要に応じて連絡を取り合っている。 |
| <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   | 意思疎通が困難な方には顔色や表情、行動等を観察し思いを理解するように努めている。  |
| 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                                       | パズルが得意な方や、編み物が得意な方、本を読むことが好きな方など、これまでの趣味や習慣など、ご本人やご家族の方からお聞きしている。                               |
| 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   | お部屋でテレビを見たい方や食後は居室で休みたい方等、個々に応じて生活ができるよう配慮している。又、一人ひとりの状態に変化があれば細かく伝え、職員全体が把握できるようにしている。        |
| 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 | 三か月毎にカンファレンスを行い、ご本人やご家族の意向を元に現状のニーズに合った介護計画を作成している。利用者様の状況の変化があった場合はその都度見直しを行い変更している。           |
| 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                        | 状態の変化や気づきは、個別の介護記録に記入し、職員全体が共有している。毎月の申し送りや連絡ノートを活用し情報の共有を行い、介護計画の見直しに活かしている。                   |
| 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               | ご本人やご家族の状況に応じて対応できるようカンファレンスや朝の申し送りでのミーティングなどの機会に支援方法について話し合っている。                               |

|    |      |   |  |
|----|------|---|--|
| 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                                      | 音楽療法やこども園の園児の慰問。二か月に一度地元のボランティアの方とのカラオケ交流会など一緒に行っている。商工会のイベントや、ふるさと祭りなど希望に応じて参加している。 |
| 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                                  | 協力医療機関は近くにあり、緊急時にはすぐに受診できる体制である。希望があれば入院前に通院していた医療機関の継続を支援している。                      |
| 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                          | 毎朝のバイタル状況や日々の体調の変化や緊急時のなど看護師に相談し、情報を共有し、受診の必要性の判断やアドバイスをもらっている。                      |
| 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。 | 入院時には利用者様についての情報やサマリーを作成し、ご家族や病院関係者と退院に向けての計画を相談しながら退院への支援を行っている。                    |
| 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  | 緊急時の対応や延命に関する意思確認書を入居時に提出して頂いている。終末期にはできる限りのケアを続けられるようご家族や医療関係に協力を得ながら対応している。        |
| 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  | 救命救急の講習会に参加したり、緊急時マニュアルを作り、常時確認できる場所に置き、的確に対応できるようにしてる。                              |
| 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  | 定期的に避難訓練を実施しており、年に1回消防立会いの訓練を行っている。訓練後は反省会にて話し合い、職員間で周知するようにしている。                    |

| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |  |  |
|---------------------------|------|--|--|
| 36                        | (14) | <p>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>                    | <p>一人ひとりの人権やプライバシーを尊重し、言葉遣いも丁寧に対応できる様心掛け努力をしている。</p>   |
| 37                        |      | <p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>                      | <p>毎朝一人ひとりの利用者様と挨拶を交わし、顔色や全身状態をチェックする事を、職員は、出勤時行うようにしている。職員から積極的にコミュニケーションを図り、利用者様の希望や思いを取り入れられるよう努めている。</p> |
| 38                        |      | <p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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し、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</p> | <p>1人ひとりの生活のペースを大切にし、個々にあった生活をしていただく事ができる支援をしている。</p>  |
| 39                        |      | <p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>                                   | <p>一部の方はご自分の好きな服装選びをされるので、そのお手伝いをしている。ご自分でできない方は職員が季節に合った服装を選んでいる。</p>                                       |
| 40                        | (15) | <p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>      | <p>野菜の下ごしらえや食器の配膳、食器拭きなど、ご自分の役割として積極的に取り組んでいただいている。</p>  |
| 41                        |      | <p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>           | <p>こまめに水分補給をしていただくよう声かけをしている。一人ひとりに合わせて食事形態で提供している。</p>  |
| 42                        |      | <p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>                    | <p>毎食後歯磨きや義歯洗浄を行っている。自立されている方が殆どだが、できない部分は職員が介助し、夜間は義歯の方は外して消毒している。</p>                                      |



|    |      |   |   |
|----|------|---|---|
| 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                              | 介護記録の排泄記録をチェックし、一人ひとりの排泄パターンに合わせてトイレ介助を行っている。尿意の訴えがない方は行動パターンを見て早めのトイレ介助を行い、失禁を減らせるような支援をしている。    |
| 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  | 十分な水分量と適度な運動をしていただく事でスムーズな排便を促している。   |
| 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                        | 入浴日は、予定を組んでいるが、ご本人の体調により変更したりと柔軟な対応を行っている。個々の状態に合わせた入浴方法でゆっくりと入浴を楽しんでいただくよう支援している。                |
| 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   | 日中はできるだけ離床し、リビングで活動的に過ごしていただき、食後やご自分が休みたい時間に居室で休んだり一人ひとりの状況に応じて休息して頂いている。                         |
| 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  | 受診記録や薬の内容は一人ひとりのファイルに保管し、変更があればその都度、申し送りや記録で必ず確認を行うようにしている。                                       |
| 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                             | 一人ひとりの生活歴や得意な事を活かして頂けるよう、編み物や得意のパズル、外出などで気分転換できるよう支援をしている。  |
| 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 | 近所を散歩したり、買い物やドライブ、物産展や作品展などに出掛ける機会を作っている。年に一度高松への遠足を企画し、外食を楽しむなど普段は行わない島外へ出かけ、楽しい時間を過ごせるよう支援している。 |

|    |      |   |  |
|----|------|---|--|
| 50 |      | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>  | <p>ご自分でお金の管理をできる方は少人数ですが、買い物などの時に好きな物を買って頂けるよう支援している。</p>  |
| 51 |      | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>   | <p>一名ですが携帯電話を持たれている方がおられるので必要時は電話を受けたり、掛けたりされる時はお手伝いしている。ご家族から電話があれば取り次ぐようにしている。手紙等が届いた時は直接お渡しするようにしている。</p> |
| 52 | (19) | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | <p>日当たりが良く、暖かくて過ごしやすい環境である。季節の作品を展示したり、こまめに掃除をしたりして、利用者の皆様が過ごしやすい環境を整えるように心掛けている。</p>                        |
| 53 |      | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>  | <p>気の合う利用者様同士座っていただき、話をしたりレクに参加したりと思い思いに過ごせる場所作りを心掛け、工夫している。</p>   |
| 54 | (20) | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室は、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</p>  | <p>入居の際、ご自宅で使い慣れたなじみの物を持ち込んでもらうようご家族にお話している。</p>   |
| 55 |      | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>   | <p>居室の外にはご本にの名前を大きく掲示し、分かりやすくしている。家具の配置などは危険のないよう安全に過ごせる環境づくりに配慮している。</p>                                    |