

(様式2)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 22年 12月 6日

【事業所概要（事業所記入）】

|         |   |           |  |
|---------|---|-----------|--|
| 事業所番号   | 3470103650                                |           |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 広島常光福祉会                            |           |  |
| 事業所名    | グループホームげんき馬木                              |           |  |
| 所在地     | 広島県広島市東区馬木4丁目2122-1<br>(電話) (082)883-0238 |           |  |
| 自己評価作成日 | 平成22年9月20日                                | 評価結果市町受理日 |  |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.hksiks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3470103650&amp;SCD=320">http://www.hksiks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3470103650&amp;SCD=320</a> |
|-------------|---|

【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | (社福) 広島県社会福祉協議会   |
| 所在地   | 広島県広島市南区比治山本町12-2 |
| 訪問調査日 | 平成22年10月8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）】

|  |
|--|
| <p>毎日体を動かす機会を設けている。ラジオ体操やストレッチの他、同法人の専門職に来園してもらい、リハビリ体操を行っている。また、園庭が広く、気軽に屋外へ出て散歩や外気浴を楽しむことができる。季節の花や野菜などを植えており、入居者の楽しみのひとつになっている。季節に応じた行事、お楽しみ会、ドライブを毎月実施し、他者との交流の場を多く設けている。行事は同敷地内にあるデイサービスや小規模多機能施設と合同で開催したり、家族や地域の方々に参加していただいたりと、さまざまな人とのふれあいを大切にしている。</p> |
|--|

【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）】

|  |
|--|
| <p>グループホームげんき(以下、ホーム)は、社会福祉法人を母体とする地域密着型のホームです。敷地内には、広い中庭を囲むようにデイサービスと小規模多機能ホームが併設されています。三事業所は、お互いの特性を活かして協力し合いながら利用者の安全な暮らしを見守っています。また、合同でバーベキューやボランティアの訪問、畑や花作りを楽しむなど元気な頃の習慣を大切に交流を図っています。</p> <p>認知症になっても家庭的な環境、馴染みのある空間や関係を断ち切らない暮らしを支援するために、大型施設の専門性を活かし利用者のニーズに応えています。</p> <p>ホームは、地域の一員として自治会や行事、地域活動に参加し地元の人々と気さくに交流し、災害時の安全についても協力が得られる関係ができています。</p> <p>将来的に考えられる看取りについても、法人研修で職員の意識統一を図っています。</p> |
|--|

| 自己評価           | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |   |
|----------------|------|--|---|--|---|
|                |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 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(1F) |      |  |   |  |   |
| 1              | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏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。                    | 職員みんなで考えた理念を毎日朝礼時に復唱している。   | 法人の理念とともに、ホームらしい独自の方針を自分たちの馴染みの言葉に置き換えて掲げています。『心も体もげんきで明るい毎日を支えます』というキャッチフレーズのもとに、方針や目標を項目ごとにを分かりやすく掲げ、さらに、唱和することで理念の共有を徹底させています。            |   |
| 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。                    | 町内会へ入会し、役員を引き受けたり、会合の会場を提供したりしている。また、町内清掃に入居者と一緒に参加したり、事業所の行事の案内を出して参加していただいたりと地域の方と交流している。 |  |   |
| 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。                  | 運営推進会議に地域の方にも参加していただき、情報を提供している。  |  |   |
| 4              | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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。 | 運営推進会議にて行事内容や利用者の状況を報告し、情報交換、意見交換している。会議内容は職員会議での報告、会議録の掲示にて参加しない職員にも周知できるようにしている。          | 運営推進会議において、利用者としてホームのことを知りたいという意見が出ています。これを受けて法人としても分かりやすく説明する機会を設け、見学会も企画されています。会議は毎回、家族会や町内会にも案内が送られ、テーマに沿って意見交換が行われ、サービスに反映する取組みが図られています。 |   |
| 5              | 4    | ○市町との連携<br>市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。             | 運営推進会議への参加を呼び掛けている。   | 運営推進会議の案内と報告は毎回行われています。市主催の研修への参加や、法人を通しての交流もされています。ホームとして、行政との交流の機会は頻繁にはありませんが、協力関係を築く取組みが見られます。  | ホームには、行政との協力関係をさらに進めていきたいという思いがあります。会議への案内や呼びかけも行われていることから、ゆっくりと継続した取組みを図られることを期待します。 |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p> | <p>玄関はボタン式スイッチで開くようになっており、操作方法が理解出来る人は自由に外へ出る事が可能。又日中天候の良い日は開放している。</p> <p>門扉は日中開放している。</p> <p>身体拘束対象者はいない。勉強会等で定期的に正しい知識を身につけている。</p> | <p>身体拘束を行わない旨を運営規程に明記し、入居時にも説明しています。また、身体拘束の弊害について、研修の中で職員の共通認識を図っています。基本的に、日中は施錠していません。同一敷地内には、デイサービス、小規模多機能ホームが併設されており、協力して見守り、外出願望のある利用者への安全で自由な暮らしを支援しています。</p> |                   |
| 7    |      | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。</p>                                      | <p>定期的に勉強会を実施し、正しい知識を身につけられるようにしている。日頃から入居者の様子観察を行ないながら、ケアを行っている。</p>  |   |                   |
| 8    |      | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>                                 | <p>勉強会、申し送り等で情報の共有化を行っている。</p>   |   |                   |
| 9    |      | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>  | <p>契約書を基に、丁寧に説明を行い項目事に質問や疑問点はないか尋ね、理解して頂いているか確認している。</p> <p>改定時は案内を出し、不明点は問い合わせしてもらう。</p>  |   |                   |
| 10   | 6    | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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。</p>   | <p>2か月に1回の運営推進会議や、年1回の家族会総会を実施し、又面会時なども意見があれば聞いて、会議等で話し合いの場を設ける</p>  | <p>家族は、日常的に散歩の途中に立ち寄り、面会、行事への参加を通じて、職員と本音で話せる間柄を築いたりしています。家族から、もっとホームと関わりたいという要望が寄せられました。これを受けて、ホーム行事への手伝いや帰宅願望のある利用者のために外泊を実現させるなどの取り組み事例があります。</p>                |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|-----------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                             |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11                          | 7    | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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。</p>                                      | <p>事前に提案、議題があれば月1回の職員会議で課題にして話し合っって運営や業務に反映させている。</p>    | <p>職員は、日頃のケアから見えてくる課題をホーム会議の中で活発に意見交換し、意識統一を図っています。さらに、ホーム会議で出た職員の意見を法人の全体会議に議題として持ち寄り、ケアの向上に反映させています。</p> |                   |
| 12                          |      | <p>○就業環境の整備</p> <p>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。</p>      | <p>自身の目で見ただけでなく、管理者や現場リーダーからも情報を得て、職場環境条件の向上を目指している。</p> |  |                   |
| 13                          |      | <p>○職員を育てる取組み</p> <p>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。</p>          | <p>毎月の勉強会や外部の研修等への参加、資格取得に向けての支援を行っている。</p>              |  |                   |
| 14                          |      | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている。</p> | <p>外部研修や外部勉強会等で情報交換している。</p>                             |  |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 15                          |      | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>面接時に本人、家族より情報収集すると共に、サマリーにて情報している。</p>                |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>事前面接でしっかり情報を収集している。契約書・重要事項の説明を行っている。</p>  |   |                   |
| 17   |      | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>居宅や他施設と連携し、本人、家族を踏まえ、サービスの検討を行っている。</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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。</p>                    | <p>一緒に同じ席で食事を摂ったり、コーヒーを飲んだりしている。家事や草取り等の作業を一緒に行っている。</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置かず、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>家族会行事で積極的に手伝ってもらっている。ケアプランの説明や面会時に近況を説明し入居者の様子を日頃から知ってもらえるようにしている。</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>地域のボランティアに慰問に来園してもらったり、近所にドライブや買い物に行く機会を作っている。面会時間に特に制限を付けず、自由に来園してもらえるようにしている。</p>  | <p>地域住民が気軽に、また、家族が愛犬と散歩途中に立ち寄るなど馴染みの人たちが、頻繁に自由に訪問できるホームです。外食、公園、帰宅という一人ひとりの習慣や思いを家族と協力して支援しています。時には、ボランティアによるイベントに参加し、併設ホームの利用者と楽しく交流しています。</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>毎日の体操やレク、お楽しみ会行事を実施し、リビングで一同に会する機会を設けている。職員が声を掛け、間に入って会話したり、トラブル時には仲裁に入るようにしている。</p> |   |                   |

| 自己評価                       | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                            |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                         |      | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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。</p>                    | <p>病院へのお見舞いや自由に来園してもらえるような環境を作っている。又電話での相談も受け付けている。</p>                 |   |                   |
| 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    | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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。</p>   | <p>個人や個人のペース合わせた対応をしている。コミュニケーションを図りながら表情をみる等意向の把握に努めている。</p>           | <p>利用者にとって，今必要なことは何かを常に感じ取るよう心がけ，一人ひとりの表情や声のトーンからその日の状態をくみ取り，無理強いしないでその人らしい暮らしができるように支援しています。</p>               |                   |
| 24                         |      | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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。</p>                                       | <p>家族と本人からの情報収集し，サマリーを共有する。<br/>嗜好調査を行っている。</p>                         |   |                   |
| 25                         |      | <p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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。</p>   | <p>毎日のバイタルチェックを実施し，食事摂取量の確認等の小まめな様子観察をしている。<br/>ケース記録や伝達ノートを活用している。</p> |   |                   |
| 26                         | 10   | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p> | <p>カンファレンスを実施し，ケアプランについては，家族に説明している。又家族や本人の要望を聞き取り入れている。</p>            | <p>利用者や家族との日頃の関わりの中で，習慣や趣味，思いなどを聞き，計画に反映させています。モニタリングは毎月行われており，利用者に必要なケアが適切に提供されているかを確認しながら計画の見直しに活かされています。</p> |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27   |      | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>               | <p>ケース記録や伝達ノートでの共有をしている。</p>  |  |                   |
| 28   |      | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>    | <p>同敷地内の事業所を自由に行き来し，利用者同士の交流を継続出来る様にしている。</p>   |  |                   |
| 29   |      | <p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>                | <p>町内会への入会や地域ボランティアからの慰問を受け入れている。</p>   |  |                   |
| 30   | 11   | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>            | <p>入居時に本人、家族よりかかりつけ医の希望を聞く。<br/>週1回の往診を行い、他病院受診時はかかりつけ医からの紹介をしてもらうようにして、信頼関係を築いている。</p> | <p>協力医院を中心に利用者、家族の希望する受診支援が図られています。<br/>専門医が必要な利用者には、かかりつけ医の紹介で適切な医療が受けられるよう対応しています。</p> |                   |
| 31   |      | <p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は，日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを，職場内の看護職員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。</p> | <p>訪問時に問診や採血、かかりつけ医の往診前にバイタル表の確認を行ってもらっている。日々情報交換をしている。</p>                             |  |                   |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|--------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                          |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 32                       |      | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p>  | 入院先の相談員とまめにやりとりをし、現状の確認を行っている。退院にも本人に合った対応と一緒に相談している。                         |  |                   |
| 33                       | 12   | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p> | 入居時に重度化した場合の対応を入念に話している。実際に起きた場合は、それを踏まえた上に、かかりつけ医、家族と現状に適した対応は何かを話し合いを重ねている。 | 重度化した場合の対応については、前向きに取り組んでいます。全職員は、法人研修で看取りケアについて高い意識を持ち、また、看取り経験があります。本人、家族の意向を大切に医師と職員が連携し、できる限りホームで、最期まで穏やかな暮らしができるよう取り組んでいます。   |                   |
| 34                       |      | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p>   | 勉強会の実施、緊急時対応マニュアルを作成し設置している。日々様子観察し、急変や事故を出来るだけ未然に防げるようにしている。                 |  |                   |
| 35                       | 13   | <p>○災害対策</p> <p>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。</p>   | 地域の方もまじえた避難訓練を定期的実施している。連絡網を作成し、地域・町内会に協力を依頼している。                             | 避難訓練は、消防署の指導のもとに、地域住民も参加し、併設事業所と合同で行われています。災害時で心配な夜間を想定した夜間訓練も行われ、地域との協力関係を築いています。また、地域の年輩者から過去の災害事例を聞き、実情に応じた非難誘導の想定を図る機会とされています。 |                   |
| 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>○一人ひとりの人格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>  | 適切な言葉遣いや、本人の羞恥心に配慮した個別の対応を行っている。  | 普段は名前や名字を呼んでいても、気持ちが悪さ込んでいたり落ち着かない時などは、昔の愛称で呼ぶこともあります。すると、嬉しい表情に戻れます。馴染みの関係であっても、馴れ合いにならないよう、尊敬の念を持ち柔軟に対応しています。                    |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                     | 本人の意思を尊重し、ケアプラン作成の中で希望する事を生かせるようにしている。  |  |                   |
| 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、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。 | なるべく本人のリズムに合った生活が送れるよう配慮している。得意なことや出来る事を生かして生活の中で役割を持ってもらうようにしている。                            |  |                   |
| 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。                                  | ほとんどの人が自室で衣服を管理している。ひげそりや化粧品(希望する人)を保持している。本人の好みのものを着てもらったり、持ち込んでもらったりしている。                   |  |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。     | 嗜好チェックを行っている。井物が嫌いな人にはご飯と具を分ける、食べやすい大きさに刻む、見えやすい食器に盛り付けるなど希望や状態に対応している。役割を持ち、準備や片付けを一緒に行っている。 | 食事は、併設事業所と協力してホームで調理し、温かいものを提供しています。家庭料理を意識した味付けや育てた野菜を一品に加えるなど、楽しい食事への工夫がされています。利用者は、配膳や後片付けで出番があり、ときばきと手伝われています。 |                   |
| 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。          | 摂取量の少ない人は記録をとり、量の把握に努めている。摂取量に応じた盛りつけをし、なるべく全量摂取出来るようにしている。こまめな水分補給をしている。                     |  |                   |
| 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。                  | 毎食後口腔ケアの声掛け、介助をしている。必要に応じて歯科往診、受診をしている。   |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43   | 16   | <p>○排泄の自立支援</p> <p>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向けた支援を行っている。</p>          | <p>必要に応じて排泄表の作成、トイレの声掛け、誘導を実施している。外出時、食事前などにトイレの声掛けを行い、間隔が空きすぎないように、余裕を持ってトイレに行けるよう配慮している。</p>  | <p>一人ひとりの排泄の習慣やパターンをしっかり把握し、その人に応じた支援をしています。中には、トイレ誘導を促す素振りをする利用者に、その表情をすかさずキャッチして、誘導するなど常に利用者の視点に立った支援に心がけています。</p>     |                   |
| 44   |      | <p>○便秘の予防と対応</p> <p>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。</p>                          | <p>体操・ストレッチ、散歩など日頃から身体を動かす機会を設け、こまめに水分補給している。排便状況の把握に努め、体調を観察している。</p>                          |  |                   |
| 45   | 17   | <p>○入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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、個々に応じた入浴の支援をしている。</p> | <p>入浴時間内で希望があれば配慮している。基本的に個別入浴とし、個々に声掛けして気分良く入れるよう努めている。</p>                                    | <p>基本的な入浴は一日おきとしていますが、希望にそって毎日入浴することができます。風呂好きな利用者は、一人ずつゆっくり入ってもらい、風呂の嫌いな利用者には声かけをしながら、タイミングを図るなど習慣や希望を大切に支援に努めています。</p> |                   |
| 46   |      | <p>○安眠や休息の支援</p> <p>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。</p>                           | <p>日中でも体調に応じて臥床を促している。日中運動、活動する機会をつくり、夜間よく眠れるような環境づくりに努めている。夜間は照明の調節、音が響かないように配慮するなど工夫している。</p> |  |                   |
| 47   |      | <p>○服薬支援</p> <p>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。</p>                      | <p>服薬介助、確認をしている。ケースに内服一覧表を貼り、個々の内服薬がすぐに把握できるようにしている。</p>  |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。  | ドライブ、お楽しみ会、行事などを企画、実施している。外出、散歩時は付き添い、支援している。家事やアクティビティを提供し、役割や楽しみのある生活が送れるようにしている。         |  |                   |
| 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。また、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。                     | 日中、園庭散歩を行えるようにしている。日帰り旅行やドライブを企画、実施している。ドライブは入居者の希望があれば応じている。気候のいい時は施設外へ出て、近所を散歩する事もある。     | 日常的には、園庭を中心に散歩や畑づくりをしながら戸外に出ることを楽しんでます。外泊やドライブも体調に合わせて、昔行ったことのあるレストランや公園に出かけ、元気な頃の習慣を尊重しています。今年、家族と一緒に宮島に日帰り船旅に出かけ、思い出作りをされました。    |                   |
| 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。  | 希望者には小遣いとして少額所持してもらっている。また、希望に応じて買い物援助もしている。  |  |                   |
| 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。   | 公衆電話を玄関に設置し、希望時には電話をかけられるようにしている。希望者にははがき、切手の購入、投函の支援をしている。                                 |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<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。 | 毎日清掃し、清潔保持に努めている。トイレや居室の前には場所が分かるように大きめの文字で表示し、わかりやすいようにしている。空調管理、照明の調節に配慮し、快適に過ごせるようにしている。 | リビングはとても広く取られていて、天気の悪い日など室内でも閉塞感なく過ごすことができます。炬燵やソファで寛ぎながらテレビを見たり、編み物や縫い物をしたり、話こむなど自由に過ごされています。玄関には、利用者の笑顔の写真や鉢植えがあり、今年も月下美人が咲きました。 |                   |
| 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。  | リビングのTV前にソファを設置し、自由にくつろげるスペースをつくっている。座席をある程度固定し、不安や混乱がないようにしている。                            |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
|      | 20   | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。</p> | <p>本人持ちのダンスやテレビ、布団、家族の写真などを持ち込んでもらっている。室温調整に気を配り、居心地良く過ごせるようにしている。冬期、希望者には電気毛布やあんかなどを持ち込んでもらっている。</p>  | <p>居室には、筆筒、鏡台、テレビ、写真など思い出の品々が持ち込まれ、利用者にとって居心地良く暮らせる工夫が見られます。備え付けのベッドの枕部分に可愛い柄の布でカバーがつけてあり、暖かい雰囲気醸成しています。室内は、換気や掃除が行き届いて清潔です。</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」や「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>本人や家族と相談しながら状況に応じた家具の配置にしており、転倒しにくい環境にしたり、広いスペースが確保できるようにしている。ベッド柵やコールを設置し、安全確保や緊急時の早期対応に努めている。</p> |  |                   |

| V アウトカム項目(1F) |   |   |               |
|---------------|---|---|---------------|
| 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。                    | ○ | ①ほぼ全ての利用者の    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいの |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいの |
|               |   |   | ④ほとんど掴んでいない   |
| 57            | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある                        | ○ | 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       |
| 58            | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                           | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 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               | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 60            | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている                         | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1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                    | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 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           | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての家族と     |
|               |   |   | ②家族の3分の2くらいと  |
|               |   |   | ③家族の3分の1くらいと  |
|               |   |   | ④ほとんどできていない   |

|    |   |   |               |
|----|---|---|---------------|
| 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                          | ○ | 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       |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ | 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全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている  | ○ | ①ほぼ全ての職員が     |
|    |   |   | ②職員の3分の2くらいが  |
|    |   |   | ③職員の3分の1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3分の2くらいが |
|    |   |   | ③利用者の3分の1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3分の2くらいが |
|    |   |   | ③家族等の3分の1くらいが |
|    |   |   | ④ほとんどできていない   |

| 自己評価           | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------|------|--|---|------|-------------------|
|                |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 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(2F) |      |  |   |      |                   |
| 1              | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏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。                    | 職員同士で決めた理念を朝礼で三唱し、共有している。   |      |                   |
| 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。                    | 町内会に入り、役員を引き受けたり、町内行事・清掃に利用者と一緒に参加したりしている。ホームの行事など地域の方に声を掛け、開放している。           |      |                   |
| 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2カ月に1回行い、地域の方々と交流を持ち、地域の活動に活かしている。                                     |      |                   |
| 4              | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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。 | 町内会会長・家族会役員・地域包括・利用者・職員を参加者として、応報交換したり、議題について話し合ったりしたものを職員会議で検討し、取り入れるなどしている。 |      |                   |
| 5              | 4    | ○市町との連携<br>市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。            | 運営推進会議の日時を連絡し、参加を呼び掛けている。   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p> | <p>日中、門を開放している。玄関の自動ドアはタッチセンサーになっており、操作可能な人は自由に出入りしている(天候により、ドアを開け放している)。身体拘束等、勉強会で学んでいる。</p> |      |                   |
| 7    |      | <p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。</p>                                      | <p>研修等で学び、勉強会を開いてる。</p>   |      |                   |
| 8    |      | <p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>                                 | <p>研修や勉強会で学んでいるが、実際に話が出ることはほとんどない。</p>  |      |                   |
| 9    |      | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>  | <p>契約書を基に、丁寧に説明を行い項目事に質問や疑問点はないか尋ね、理解して頂いているか確認している。<br/>改定時は案内を出し、不明点は問い合わせしてもらう。</p>        |      |                   |
| 10   | 6    | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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。</p>   | <p>2か月に1回の運営推進会議や、年1回の家族会総会を実施し、又面会時なども意見があれば聞いて、会議等で話し合いの場を設ける</p>                           |      |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                             |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11                          | 7    | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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。</p>                                      | <p>事前に提案、議題があれば月1回の職員会議で課題にして話し合っ運営や業務に反映させている。</p>                   |      |                   |
| 12                          |      | <p>○就業環境の整備</p> <p>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。</p>      | <p>自身の目で見ただけでなく、管理者や現場リーダーからも情報を得て、職場環境条件の向上を目指している。</p>              |      |                   |
| 13                          |      | <p>○職員を育てる取組み</p> <p>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。</p>          | <p>外部研修へ参加、又、研修で学んだことを勉強会で発表し、情報共有できるようにしている。</p>                     |      |                   |
| 14                          |      | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている。</p> | <p>外部研修や外部勉強会等で情報交換している。</p>  |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 15                          |      | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>入居前後、今までの生活歴や希望を本人・家族・ケアマネから細かく聞いている。その後も常に観察し、情報を見い出すようにしている。</p> |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>今までの生活歴や希望を本人・家族・ケアマネから細かく聞き、常に観察して情報を見出し出している。</p>                   |      |                   |
| 17   |      | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>サービスの利用を開始する段階で、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>本人の状態をしっかりと把握した上で、系列施設を含めたサービスの提示を行い、利用の決定を行っている。</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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。</p>                    | <p>職員と一緒に食事の片付けや洗濯たたみ、屋外では畑作業等を行っている。</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置かず、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>面会を始めとして、外出・外泊・手紙・電話などの手段を用いて、家族との交流の機会を保っている。更に家族行事を開催し、協力を得ている。</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>面会を始めとして、外出・外泊・手紙・電話などの手段を用いて、友人との交流を保つよう努めている。</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>日課を始め、行事等の交流の場を作っている。又、さりげなく会話に入るなどして利用者同士の交流をサポートしている。</p>           |      |                   |

| 自己評価                                | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-------------------------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                                     |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                  |      | <p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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。</p>                    | <p>電話や来園があれば相談に応じている。他施設を紹介するなど協力している。</p>                                      |      |                   |
| <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    | <p>○思いや意向の把握</p> <p>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。</p>   | <p>入居時やその都度、本人・家族に聞く。又、職員同士相談している。</p>  |      |                   |
| 24                                  |      | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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。</p>                                       | <p>本人・家族に聞く(情報収集)と共に、サマリーをみて把握する。</p>   |      |                   |
| 25                                  |      | <p>○暮らしの現状の把握</p> <p>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。</p>   | <p>職員間で申し送り、ケアプランやケース記録の記入、日常の言動等によって把握している。</p>                                |      |                   |
| 26                                  | 10   | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p> | <p>職員同士で情報交換を行い、希望や意見を取り入れてケアプラン作成し、定期的カンファレンスを行っている。状態に変化があった場合は、随時見直している。</p> |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27   |      | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>               | <p>毎日のケース記録にケアプランに対する記録を記入すると共に、職員間で利用者の変化を話し合い、ケアプランに活かしている。</p>                   |      |                   |
| 28   |      | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>    | <p>同敷地内の事業所を自由に行き来し、利用者同士の交流を継続出来る様にしている。</p>                                       |      |                   |
| 29   |      | <p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>                | <p>町内会への入会や地域ボランティアからの慰問を受け入れている。</p>   |      |                   |
| 30   | 11   | <p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>            | <p>入居時にかかりつけ医の希望を聞く。往診・受診あり、利用者を診て頂いた上で、職員もかかりつけ医と密に連絡をとり、利用者が安心して生活できるよう努めている。</p> |      |                   |
| 31   |      | <p>○看護職員との協働</p> <p>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。</p> | <p>毎日のバイタルチェックや観察を行い、職員の情報共有により、利用者の状態変化等を上司やかかりつけ医・訪問看護師に伝え、早期対応を心掛けている。</p>       |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 32   |      | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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。</p>  | <p>入院先の相談員とまめにやりとりをし、現状の確認を行っている。退院にも本人に合った対応と一緒に相談している。</p>                         |      |                   |
| 33   | 12   | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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。</p> | <p>入居時に重度化した場合の対応を入念に話している。実際に起きた場合は、それを踏まえた上に、かかりつけ医、家族と現状に適した対応は何かを話し合いを重ねている。</p> |      |                   |
| 34   |      | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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。</p>   | <p>看護師や消防署員に習い、実践を交えながら勉強会を行っている。</p>  |      |                   |
| 35   | 13   | <p>○災害対策</p> <p>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。</p>   | <p>避難訓練を実施し、地域の方にも参加を呼び掛けている。又、日頃から協力をお願いしている。</p>                                   |      |                   |

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>○一人ひとりの人格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>利用者に馴れ馴れしい態度をとらないよう、声掛けや対応に配慮している。</p> |  |  |
|----|----|---|---|--|--|

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                      | その都度思いを傾聴し、本人に納得してもらっている。理美容サービスの希望を聞いている。         |      |                   |
| 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。 | その人のペースに配慮しながら、ある程度規則正しい生活が送れるよう支援している。            |      |                   |
| 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。                                   | 必要な方は毎日の整容や外出時の服選びなどを職員が手伝っている。                    |      |                   |
| 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。      | 食事の下準備・配膳・食器洗い・食器拭きを職員と一緒にしている。                    |      |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。           | 水分を控える利用者には、声掛けの工夫を心掛けている。業者メニューのバランスの良い食事を提供している。 |      |                   |
| 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。                   | 声掛け・確認・介助等、その人に応じたケアを実施している。週1回ポリデント洗浄を行っている。      |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 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向けた支援を行っている。          | 必要な方には排泄表を作成している。排泄の対応についての検討は、カンファレンス時又は必要時に行っている。 |      |                   |
| 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。                          | 繊維物を摂ってもらう、水分摂取を勧める、運動の促進を図るなどしている。                 |      |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 希望を聞きながら、その人のペースで入浴してもらっている。                        |      |                   |
| 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。                           | 居室内やリビングの温度調整・リネン調整・布団干し・シーツ交換など行っている。              |      |                   |
| 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。                      | 職員が管理している。薬の変更があれば情報共有し、体調変化がないか観察を行っている。           |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。  | 体操・散歩・季節ごとの行事・お楽しみ会・ドライブなどで気分転換できるようにしている。手作業やレクリエーションは、自由に参加してもらっている。役割を持つのが難しい利用者には、個別のレクリエーションを行っている。 |      |                   |
| 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。また、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。                     | 天気の良い日は園庭を散歩している。外に出たいと希望がある時は、その都度付き添っている。毎月ドライブを実施している。年1回、家族会主催の日帰り旅行では、普段行けないような場所へ家族と共に出掛けている。      |      |                   |
| 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。  | 自分で管理ができる方は少額持っている。管理が難しい方は職員が管理し、買い物時は自分でレジに行き、支払ってもらっている。  |      |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | 郵便物を預かり、投函している。公衆電話を自由に使用できる。  |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<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。 | 季節に応じた壁飾りを手作りし、飾っている。時折BGMを流し、居心地良く過ごせるようにしている。季節に応じた温度調整をこまめに行っている。                                     |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。            | リビングに椅子やソファ(冬場はコタツも)を置いており、思い思いに過ごしてもらっている。                                 |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 家から使い慣れた家具を持参し、使用してもらっている。  |      |                   |
| 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」や「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。  | トイレの明かりはセンサーで付くようになっている。トイレの場所や居室の名前がわかりやすいように、明記している。バリアフリーであり、手すりも完備している。 |      |                   |

| V アウトカム項目(2F) |   |   |               |
|---------------|---|---|---------------|
| 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。                    | ○ | ①ほぼ全ての利用者の    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいの |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいの |
|               |   |   | ④ほとんど掴んでいない   |
| 57            | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある                        | ○ | 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       |
| 58            | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                           | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 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               | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 60            | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている                         | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1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                    | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 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           | ○ | ①ほぼ全ての利用者が    |
|               |   |   | ②利用者の3分の2くらいが |
|               |   |   | ③利用者の3分の1くらいが |
|               |   |   | ④ほとんどいない      |
| 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 | ○ | ①ほぼ全ての家族と     |
|               |   |   | ②家族の3分の2くらいと  |
|               |   |   | ③家族の3分の1くらいと  |
|               |   |   | ④ほとんどできていない   |

|    |   |   |               |
|----|---|---|---------------|
| 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                          |   | 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       |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている |   | 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全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている  |   | ①ほぼ全ての職員が     |
|    |   | ○ | ②職員の3分の2くらいが  |
|    |   |   | ③職員の3分の1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3分の2くらいが |
|    |   |   | ③利用者の3分の1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3分の2くらいが |
|    |   |   | ③家族等の3分の1くらいが |
|    |   |   | ④ほとんどできていない   |

(様式2)

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホームげんき馬木

作成日 23年 1月 9日

### 【目標達成計画】

| 優先順位 | 項目番号           | 現状における問題点、課題                                       | 目標                         | 目標達成に向けた具体的な取組み内容  | 目標達成に要する期間 |
|------|----------------|--|----------------------------|--|------------|
| 1    | 5              | 市町との結びつきを強めたい。                                     | 市町との協力関係の強化                | 市町との交流の機会を増やす（運営推進会議への呼び掛け継続、問い合わせをするなど）。                        | 1年         |
| 2    | 10<br>19<br>63 | ご家族より、ご本人の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、外出状況などをもっと知らせて欲しいとの希望あり。 | ご家族とのコミュニケーション、信頼関係を更に深める。 | ご家族への対応（面会の頻度に合わせた働きかけや広報の活用、電話、手紙、口頭など）、コミュニケーションを深める方法を更に工夫する。 | 1年         |
| 3    |                | 〃  | 〃                          | 一目見て生活状況がわかるような写真の展示を行う。<br>ご家族に行事への参加を積極的に呼び掛ける。                | 1～3か月      |
| 4    | 2<br>35        | 災害時等、地域との緊急連絡体制はあるが、具体的な応援体制についての構築が必要である。         | 地域との協力を強め、安心・安全な生活環境作りをする。 | 町内会と災害相互協力協定書の締結を目指す。<br>今後も防災訓練や運営推進会議等への参加を促し、協力して防災に努める。      | 3か月        |
| 5    |                |  |                            |  |            |
| 6    |                |  |                            |  |            |
| 7    |                |  |                            |  |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。