

### 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   | 3992500086       |                |           |
| 法人名     | 社会福祉法人 秋桜会       |                |           |
| 事業所名    | グループホーム かいなの郷    |                |           |
| 所在地     | 高知県高岡郡佐川町乙3358-7 |                |           |
| 自己評価作成日 | 平成27年12月10日      | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成28年3月9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)】

自宅での生活スタイルを大きく変えることなく、「かいな」で自身の望む生活が送れるよう、生活歴を重視した日々の活動を実施している。  
 また、一人一人が「かいな」での役割を持ち、共同生活の中でも、その人らしさや生きがいにつながるような支援を心がけている。  
 入居された後も、職員と共に地域へ積極的に出向き、地域住民との繋がりがとぎれることなく、かいな地区の住民としての関わりがもてるよう心がけている。  
 施設は医療施設とは離れているが、重度化しても「かいな」での生活が継続できるよう、入居者の病状把握に努め、主治医や協力病院との連携を図っている。  
 運営推進会議のメンバーに医療関係者が加わり、日常生活での医療的アドバイスを受けたり、日頃の様子などを周知することで、夜間や緊急時の受け入れがスムーズにできるようになった。

※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.kaiyokansaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kihon=true&amp;jizyosyoCd=3992500086-00&amp;PrefCd=39&amp;VersionCd=022">http://www.kaiyokansaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kihon=true&amp;jizyosyoCd=3992500086-00&amp;PrefCd=39&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |
|-------|--|
| 評価機関名 | 高知県社会福祉協議会                               |
| 所在地   | 〒780-8567<br>高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ |
| 訪問調査日 | 平成27年1月13日                               |

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所には小規模多機能型事業所が隣接し、建物内の中央の仕切り戸を開閉して自由に行き来できるようになっている。利用者は、小規模多機能型事業所の「いきいき百歳体操」に参加したり、玄関前の広場で一人ゆっくりと過ごしている。地区には住宅が増え、町営住宅入居者と共に150人ほどの住民が、施設の夏祭りでの相互交流を楽しんでいる。月ごとに開くカフェや、日頃の散歩時などに施設前を通る小学生、近隣住民に挨拶や声掛けを行い、地域交流につなげている。地元の小学生が数名、弁当持参でボランティアに来てくれたこともある。  
 食事はきざみ食等利用者の状態に合わせ、食卓に座った時に安定感を保つため足台を使用するなどの配慮をしている。排泄支援は自立に向けて日中はほとんど布パンツを使用し、トイレへ誘導している。夜間もパッドの吸収性や大きさに注意して安眠が得られるようにしている。外出には年間通して季節の花見、地域イベント、外食などに出かけ、理念である「施設に集うすべての人が笑顔になれる」ことをケアの中心に置いて、地域から孤独をなくす思いをもって地域貢献を目指している。

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名:

| 自己評価               | 外部評価 | 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)  | <b>○理念の共有と実践</b><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  | 人の表情のなかで、笑顔は心身の平穏な状態を表していると考え、入居者がいつも笑顔になれるよう、また笑顔を引き出せるように、支援する側も笑顔で関わられるような距離感を持って対応している。                             | 「施設に集うすべての人が笑顔になれることを目指す」理念に沿って、利用者・家族や地域住民が全員笑顔になれるようにとの思いで取り組んでいる。職員は利用者を孤立させず、生活歴をケアに反映しているか等を振り返り、全職員で理念を共有している。                                     |                   |
| 2                  | (2)  | <b>○事業所と地域とのつきあい</b><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  | かいな地区の自治会に参加し、事業所が地域で孤立することのないよう、地区の行事や会合、作業などには積極的に参加している。そのなかで顔見知りになり、話しやすい人間関係をつくることで、事業所への理解を得るなど積極的に交流を行っている。      | 自治会に加入し、回覧板等の情報により、道路補修作業や自主防災訓練に参加するなど、地域活動に積極的に参加している。また、事業所に日常的に立ち寄ってもらえるよう、小学生や近隣住民等にすすんで挨拶し、施設の夏祭りには住民が150人ほど集まり交流している。                             |                   |
| 3                  |      | <b>○事業所の力を活かした地域貢献</b><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  | 職員間で話し合いを持ち、イベントへのお誘いや日常的な交流など、訪問してもらいやすい環境作りを行い、地域の方々との交流を図っている。また、防災訓練へのお誘い時、災害時に地域貢献できる施設であり、地域住民にも利用してもらえる事を周知している。 |  |                   |
| 4                  | (3)  | <b>○運営推進会議を活かした取り組み</b><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                                     | 報告や情報交換だけでなく、日頃の取り組みについての意見やアドバイスをもらい、今後のサービス提供に活かしている。   | 隣接の小規模多機能型事業所と合同で運営推進会議を開催し、施設の入居状況、行事内容等について質疑応答を行っている。利用者全員に参加を呼びかけたり、家族の都合を考慮するなど、参加人数を増やす努力をしている。議事録は家族全員に送付している。                                    |                   |
| 5                  | (4)  | <b>○市町村との連携</b><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  | 町の担当者とは、日頃から連絡を取り合い、事業所の様子を伝えたり相談に乗ってもらうなど、良い協力関係が築けている。  | 運営推進会議をはじめ、介護認定調査、事業所の実情、ケアサービスの取り組み等について、必要に応じ連絡を取り合い、良好な協力関係を築いている。  |                   |
| 6                  | (5)  | <b>○身体拘束をしないケアの実践</b><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 | 職員全員が身体拘束の内容とその弊害を認識し、身体拘束をしないケアを実施している。家族から依頼のあった場合でも、事業所の取り組みや方針を説明し、家族の納得が得られたうえで、拘束のない生活が送れる支援を行っている。               | 法人の全体会や所内研修会には全職員が参加し、身体拘束について具体例をあげて話し合っている。利用者に不穏な行動があれば寄り添って様子を観察し、原因を把握するようにしている。家族から利用者の安全の為、行動制限の要望があっても、その弊害を話して了解してもらい、利用者の行動を察知できる工夫をして取り組んでいる。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 7    |      | <b>○虐待の防止の徹底</b><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     | 職員全員が、高齢者虐待防止関連法の理解をし、潜在する虐待の有無や可能性を洗い出し、全員で徹底防止できるように努めている。具体的には虐待についての事例検討や、インシデント報告の見直しなど職員全員で話し合うことで、虐待の危険を早期に発見し、関連機関と協働して速やかな対応ができるようにしている。    |  |                   |
| 8    |      | <b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b><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 | 職員全員で成年後見制度について学び、必要な利用者がスムーズに活用できるよう、関係機関への橋渡しを行っている。また、これらの制度について研修会などにも参加し、事業所で理解を深められるよう職員間で周知を図っている。  |  |                   |
| 9    |      | <b>○契約に関する説明と納得</b><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                      | 入居時契約を交わすが、制度の改正や料金の見直しなど、変更があった場合はその都度書面で説明及び確認をし、家族または入居者の納得を得るようにしている。  |  |                   |
| 10   | (6)  | <b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b><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                  | 利用者や家族等が意見を言いやすい環境を作り、不安や疑問などを施設側に伝えられるよう、家族会では家族同士で話をする時間をとっている。そこで出た意見や不安に対し、きちんと返答した上で、改善できる部分は改善するよう、また、すぐに対応できないことは、何故できないかを書面にて返信し、運営に反映させている。 | 年2回、行事に合わせて家族会を開催し、利用者の日常生活のスライド写真の紹介、利用者・家族と担当職員の個別面談、家族だけの話し合いなど、家族が意見・要望を言いやすい環境をつくっている。家族の意見や取り組みを集約した記録を、全家族に送付している。                      |                   |
| 11   | (7)  | <b>○運営に関する職員意見の反映</b><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                                   | 管理者は、毎月実施される職員会に必ず参加し、職員の声に耳を傾け、現場から出た意見や提案を反映させている。また、管理者は、そうした意見を代表者にも伝え、必要な事に対しては即対応できるよう努めている。   | 月1回の職員会には全職員が参加し、管理者と職員の個人面談も年1回行っている。職員の気づきやアイデア、利用者の楽しみ事などの提案はすぐに反映させ、家族会における個別面談や、事業所便り、年賀状などの送付は家族の好評を得ている。管理者は日頃から、職員が話しやすい雰囲気づくりを心がけている。 |                   |
| 12   |      | <b>○就業環境の整備</b><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   | 職員がやりがいのある職場環境を整えるため、就業して一定期間が経過した者については、法人評価を実施し処遇へ反映させている。また、必要と認めた研修については積極的に参加を促し、スキルアップに繋げられるよう支援している。  |  |                   |

| 自己評価                         | 外部評価 | 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 |
| 13                           |      | <b>○職員を育てる取り組み</b><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         | 事業所の質の確保のため、毎月事業所内で研修を実施し、施設外への研修にも参加している。また、個々の立場や経験に応じた学びの機会を、計画的に確保している。                         |      |                   |
| 14                           |      | <b>○同業者との交流を通じた向上</b><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 | 他法人の同業者との交流には積極的に参加し、ネットワークづくりや学びの場の確保に努めている。   |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |   |      |                   |
| 15                           |      | <b>○初期に築く本人との信頼関係</b><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           | 入居者の不安や困りごとには、本人から訴えのある場合はそばに寄り添い、入居者の話に耳を傾けて、本人が思いを表出しやすい関係づくりに努めている。                              |      |                   |
| 16                           |      | <b>○初期に築く家族等との信頼関係</b><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                      | サービスを導入する前に家族とも面接を行い、不安なことはないか、困っていることはないかなど意見や要望を聞き、よい関係づくりに努めている。                                 |      |                   |
| 17                           |      | <b>○初期対応の見極めと支援</b><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                  | サービス実施前に本人及び家族の意向を確認し、アセスメントを実施している。事前に本人の状態を把握することで、他のサービス利用も検討することができ、サービス開始時に困ることがないように対応を行っている。 |      |                   |
| 18                           |      | <b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b><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                                  | 職員はサービスを提供するとき、一方的なサービス提供を行うのではなく、利用者と共に生活をする者同士、相手の立場を尊重して対応できるよう努めている。                            |      |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 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        | 入居しても家族との関係が途切れないよう、受診や施設での行事には家族参加を目指している。また、担当職員が家族に対し、日ごりの様子を写真入りの手紙にまとめ、毎月送付し関係づくりに努めている。          |   |                   |
| 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                    | 今まで大切にしてきた家族や友人との関係が継続できるよう、誰もが訪れやすい施設づくりに取り組んでいる。   | 職員は利用者の知り合いや親戚等の訪問があれば、交流が継続できるよう明るく親しみのある雰囲気です。正月は家族と一緒に時間を過ごせるよう配慮したり、利用者が生活していた地区の祭りやイベントに出かけるなど、利用者が大切にしてきた関係の維持に努めている。 |                   |
| 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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 入居者が施設内で孤立することのないよう、常に目配りのできる位置で業務を行っている。また、利用者同士の相性が合わない場合など、座る位置関係や会話に加わることでトラブル回避に努めている。            |   |                   |
| 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 | サービス利用終了者に対しても、これまでの関係を大切に、外部からも訪れやすい環境を作っている。その中で必要に応じて、本人・家族の相談や支援に努めている。                            |   |                   |
| <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                        | 本人・家族の思いや希望が叶うよう、個別に意向の把握に努めている。また、自身で思いを伝えられない入居者には、入居前の状況を詳しく知る家族や友人などに話を聞き、本人の思いを押し量れるような支援を心掛けている。 | 日常生活における、利用者の言葉や表情などから思いの把握に努めている。入居時に家族等から聞いた生活歴に、利用者の日々の何気ない言葉や汲み取った思いを追記している。職員は利用者の立場に立って、本人の思いを押し量り、ケアに反映できるよう努めている。   |                   |
| 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                    | 個々の生活歴を詳しく把握し、これまで大切にしてきた馴染みの関係や暮らしを、これからも継続できるような支援に努めている。  |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 25   |      | <b>○暮らしの現状の把握</b><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   | それぞれの生活歴や病歴から、今までをどのように過ごし今に至っているのか、そういったことを加味したうえで、職員間で話し合い一人一人がどう一日を過ごすのか、現状の把握に努めている。  |   |                   |
| 26   | (10) | <b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b><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 | 本人や家族の意向を取り入れたプランを、定期的に職員全員でモニタリングしている。その中で、職員の気づきや意見を取り入れ、計画作成者がプランに反映させるなどの見直しを行っている。プランは入居者の個性を活かし、昔就いていた仕事や好きだった事などを取り入れ、生活の質や、機能低下させないなどを重視したプランを作成している。 | 申し送りや毎月の職員会で、全職員が個々の利用者の介護計画に関する意見や気づきを話し合っている。ケアの中で利用者の訴えや思いを把握し、家族には面会時又は電話で意向を聞きながら、利用者の状態の変化や事故対策等に応じて随時見直し、利用者主体の介護計画を作成している。    |                   |
| 27   |      | <b>○個別の記録と実践への反映</b><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                        | 日々の様子は個別に介護記録として残し、その中でも必要と思われることは、介護日誌だけでなくとどまらず、看護職や全員が確認できる掲示板などへの転載も行っている。そうすることで職員全員が情報の共有を図り、介護計画の見直しに活かしている。   |   |                   |
| 28   |      | <b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b><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               | 本人や家族のニーズに速やかに対応できるよう、担当者だけでなく、職員全員が情報を共有しており、職員から出た意見は全員で話し合い、事業所としてできることを話し合うなど、柔軟に取り組むようにしている。   |   |                   |
| 29   |      | <b>○地域資源との協働</b><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                         | 自宅での生活を支えてきた地域の資源を知ることで、かいな地区でも本人が参加したり楽しむ事ができるものがないかを探り、日々の生活の中に取り入れていけるよう支援している。  |   |                   |
| 30   | (11) | <b>○かかりつけ医の受診支援</b><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                    | 受診は本人及び家族の希望を大切にし、かかりつけ医を変わることなく、適切な医療が受けられるよう支援している。   | 利用者全員が、入居前のかかりつけ医を受診している。通院には家族が同伴し、家族の都合のほか利用者の不穏や状態変化時は職員が代行している。必要に応じて日常の様子、変化の状況を書面でかかりつけ医に伝え、受診結果は同伴した家族等から報告を受け、記録して職員間で共有している。 |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 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                               |      | <b>○看護職との協働</b><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                          | 介護職は、常に入居者の心身の変化に注意を払い、気づいたことや不安に思うことなど、看護師に相談し助言を受けている。その中で必要と判断した場合、適切な受診や看護が受けられるような体制を整えられるよう支援している。                                   |   |                   |
| 32                               |      | <b>○入退院時の医療機関との協働</b><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。 | 入居者が入院した場合、「かいな」での生活の情報提供を行い、医療機関との情報交換や相談を実施している。また、入院期間が長引く場合、2週間を目途に担当者会を開き、今後の事について共に考える機会を作っている。                                      |   |                   |
| 33                               | (12) | <b>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b><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  | 重度化した場合や終末期のあり方については、日頃から家族会で周知したり、個別で医療機関を含め、事業所でできることを十分に説明している。また重度化しても、できる限り「かいな」での生活を前提に、他機関への協力要請などの支援を行い、住み慣れた場所での生活が継続できるよう支援している。 | 利用者の重度化に伴う対応希望書、事前意思確認書を作成し、入居時に家族に説明している。協力病院、訪問看護ステーション等医療関係者との連携を図りながら、職員全体で取り組めるよう体制を整えている。事業所独自でターミナルケアについて研修し、利用者本人を念頭に話し合っている。 |                   |
| 34                               |      | <b>○急変や事故発生時の備え</b><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  | 入居者の急変や事故に備えて、看護師や事故対応委員が中心となり、全職員は応急処置や初期対応などの訓練を行い、実践力を身に付けている。  |   |                   |
| 35                               | (13) | <b>○災害対策</b><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  | 災害時には速やかな対応ができるよう、消防署や地区の自主防災委員、自治会長、児童民生委員さんなどの協力を得、年2回防災訓練を行っている。また、事業所内でBCPの研修を行い、「かいな」における災害時対応の体制基盤を整えている。                            | 年2回消防署立ち合いのもと地震、火災、夜間想定避難訓練を行っている。民生委員、地域自主防災委員、自治会長などの協力を得ながら、避難経路、方法等について話し合ったり、AEDの使用方法や起震車の体験をするなど災害に備えている。非常用食料、水等は1週間分を備蓄している。  |                   |
| <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) | <b>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</b><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  | 職員は、入居者に対し、今まで社会で貢献してきた人生の大先輩として心から敬う気持ちを持ち、人格の尊重、誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けや対応を実施している。  | 利用者には人生の先輩として敬意を払い、介助が必要な時も利用者本人の気持ちを考え、排泄や入浴時は本人の近くでさりげなく声を掛けている。利用者が人に聞かれたくない話をするときは場所を選び、着替えの時は居室の窓のカーテンを閉めるようにしている。               |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 37   |      | <b>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</b><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                     | できるだけ傍にいて関わることで、話が出きる相手として認識してもらい、本人の思いや不安などが表出できるような環境が作れるように努めている。  |  |                   |
| 38   |      | <b>○日々のその人らしい暮らし</b><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 | 一人一人のペースを大切に、日々の心身状況の変化で、その日をどんなに過ごしたいかは変わることがあることを職員が理解し、その日をどのように過ごしたいか希望に添った支援を行っている。                                  |  |                   |
| 39   |      | <b>○身だしなみやおしゃれの支援</b><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                                  | 家族の協力のもと、その人らしい服装や髪型など、好みにあった身だしなみやおしゃれができるよう支援している。  |  |                   |
| 40   | (15) | <b>○食事を楽しむことのできる支援</b><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     | 食事の準備や後かたづけなど、できる方には手伝ってもらっている。また、職員も同じものを同じテーブルを囲んで食し、味付けや盛りつけ、硬さなど同じ話題で食事を楽しんでもらえるよう支援している。                             | 利用者が美味しく食べられるよう、とろみ食、きざみ、軟食等個々に適した食形態で提供している。必要に応じてさりげなく席の配置換えをしたり、食卓に座る高さによって足台を用意している。利用者は自分にできる準備を手伝い、職員は庭の畑の野菜を使った旬の料理や、誕生日を手作りケーキで祝うなど、利用者が楽しめる支援をしている。 |                   |
| 41   |      | <b>○栄養摂取や水分確保の支援</b><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          | 職員が三食とも作っており、定期的に管理栄養士にアドバイスをもらったり、献立のヒントをもらったりしている。また、軟飯や刻み食、トロミ付けなどは職員が行い、日頃の食べる量と比べてどうなのか、水分量や体重の変化などはどうかなど状態把握に努めている。 |  |                   |
| 42   |      | <b>○口腔内の清潔保持</b><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                   | 利用者の力に応じて、できる部分は見守り程度にとどめ、後で職員が口腔内のチェックを行ったり、磨き直しなどの支援を行っている。   |  |                   |
| 43   | (16) | <b>○排泄の自立支援</b><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   | 一人一人の排泄パターンを知り、声がけや誘導、介助などで失禁を減らすような支援を行っている。入居前は紙パンツを使用されていた方でも、可能と判断すれば布パンツへの切り替えもしている。                                 | 自尊心に配慮し、日中はトイレでの排泄が出来るよう、時間、仕草、表情を見てトイレへ誘導している。大半の利用者が昼間は布パンツとパッドを使用しており、パッドの厚さ、大きさ等を個別に替えて試行しながら、紙パンツから布パンツへ移行できたり、パッド量が少なくなった事例がある。                        |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 44   |      | <b>○便秘の予防と対応</b><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  | 便秘傾向にある入居者に関しては、できるだけ薬に頼らずに、食物繊維の多い食べ物や水分、運動などを取り入れられるような支援を行っている。  |  |                   |
| 45   | (17) | <b>○入浴を楽しむことができる支援</b><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                        | 入浴は毎日声かけを行い「入りたい」希望があれば毎日でも入れるよう支援を行っている。石鹸やシャンプーもこだわりのある方は個別に用意し、拒否があっても時間帯をずらして誘うなど工夫をし、週3回以上入浴できるよう支援している。 | 毎日一人ひとりに希望を聞いて入浴を支援しており、毎日でも入浴できるように対応している。午後は常時湯をはっており、好みのシャンプー、石鹸を使用する利用者もあり、くつろいだ気分で入浴できるよう支援している。  |                   |
| 46   |      | <b>○安眠や休息の支援</b><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   | 自宅での生活習慣を大切に、「かいな」でも休憩時間を設けたり、寝具の清潔を保持し、夜間、眠りに就きやすい環境を整えている。  |  |                   |
| 47   |      | <b>○服薬支援</b><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  | 全員の服薬情報を保管し、副作用や用法・用量について、いつでも確認できるようにしている。また、薬の受け取り時、セッティング時、服用時にはダブルチェックを行い、誤薬や飲み忘れがないよう支援を行っている。           |  |                   |
| 48   |      | <b>○役割、楽しみごとの支援</b><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                             | それぞれのできる事とできない事を見極め、日々の生活に張りや喜びをもって過ごせるように努めている。また、生活歴から、嗜好品や楽しみなど「かいな」でも継続して行えるような支援を心がけている。                 |  |                   |
| 49   | (18) | <b>○日常的な外出支援</b><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 | お天気の良い日などは周辺を散歩するなど、日常的に外出の機会を設けている。また、入居者の希望も聞きながら、毎月、車で外出するような企画をし、日頃行けないような場所への外出も行っている。                   | 天気の良い日は一人ひとりに声をかけ、事業所周辺の散歩や近くのベンチがある公園へお茶を持って出かけている。利用者の希望の時間帯に合わせたり、時間を調整して日常的に外出が多くなるよう努めている。年間計画を立て、月1～2回はドライブ、外食などに積極的に出かけて楽しみ、ストレス解消を図っている。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 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   |      | <b>○お金の所持や使うことの支援</b><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  | 職員は、外出時に入居者と一緒に欲しいものを買って、自分で支払いができるよう、助言をしながら一緒に金銭管理ができるような支援を行っている。   |  |                   |
| 51   |      | <b>○電話や手紙の支援</b><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   | 家族や大切な人に、電話や手紙でやりとりができるよう支援している。   |  |                   |
| 52   | (19) | <b>○居心地のよい共用空間づくり</b><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 | 共用スペースが、居心地の良い場所であるよう、季節感を取り入れた装飾や花を飾ったりして工夫をしている。また、汚染されたらすぐに片づけ、居心地の良い空間作りに努めている。                            | 玄関には季節の生花を花瓶に盛ったり、折り紙で季節行事にちなんだ飾り物を置くなど、季節感のある雰囲気をつくっている。居間兼食堂には高い木の梁があり、天井から陽が差し込んで、畳コーナーや日中過ごすダイニングは明るく、清潔にしている。 |                   |
| 53   |      | <b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b><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  | 気の合う者同士は、共に過ごせられるよう座る位置を考えたり、反対に気の合わない者同士は離れて座るなどの対応を行っている。リビングにはソファや和室などもあるので、その時の状況によって過ごす場所が選べられるよう工夫をしている。 |  |                   |
| 54   | (20) | <b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b><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  | 居室は入居時に、本人の希望などを家族と相談して使い慣れた物を配置し、本人が居心地良く過ごせられるよう工夫している。  | 洗面所、エアコン以外は利用者の持ち込みであり、馴染みの寝具やタンスの上に家族写真や神棚を置いたり、犬好きの利用者は犬の写真や飾り、また他の利用者からもらった千羽鶴を飾るなど、一人ひとりが思い思いの居室づくりをしている。      |                   |
| 55   |      | <b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b><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   | 個々のできることできないこと、またできなくなってきたことをしっかりと見極め、安全に自立した生活が送れるよう工夫している。   |  |                   |

ユニット名:

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) |  |                       |                |    |   |                       |                |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 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   | 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    |
|                           |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいの |    |   |                       | 2. 家族の2/3くらいと  |
|                           |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいの |    |   |                       | 3. 家族の1/3くらいと  |
|                           |  |                       | 4. ほとんど掴んでいない  |    |   |                       | 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)            | ○                     | 1. 毎日ある        | 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    |
|                           |  |                       | 2. 数日に1回程度ある   |    |   |                       | 2. 数日に1回程度     |
|                           |  |                       | 3. たまにある       |    |   |                       | 3. たまに         |
|                           |  |                       | 4. ほとんどない      |    |   |                       | 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   | 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    |
|                           |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 少しずつ増えている   |
|                           |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. あまり増えていない   |
|                           |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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   | 66 | 職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が    |
|                           |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 職員の2/3くらいが  |
|                           |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 職員の1/3くらいが  |
|                           |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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   | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|                           |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |
|                           |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |
|                           |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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させている<br>(参考項目:30,31)      | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が   | 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. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 家族等の2/3くらいが |
|                           |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 家族等の1/3くらいが |
|                           |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 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) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が   |    |   |                       | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|                           |  |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |    |   |                       | 2. 利用者の2/3くらいが |
|                           |  |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |    |   |                       | 3. 利用者の1/3くらいが |
|                           |  |                       | 4. ほとんどいない     |    |   |                       | 4. ほとんどいない     |