

(様式第1号)

## 自己評価及び外部評価結果票

### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                |            |  |
|---------|----------------|------------|--|
| 事業所番号   | 4190100265     |            |  |
| 法人名     | 医療法人 大和正信会     |            |  |
| 事業所名    | グループホームふじおか    |            |  |
| 所在地     | 佐賀市大和町尼寺2679-1 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成28年8月9日      | 評価結果市町村受理日 |  |

※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.kaigokensaku.jp/41/index.php?action_kouhyou_pref_topjigyosyo_index=true">http://www.kaigokensaku.jp/41/index.php?action_kouhyou_pref_topjigyosyo_index=true</a> |
|-------------|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |         |             |
|-------|-------------------|---------|-------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 佐賀県社会福祉協議会 |         |             |
| 所在地   | 佐賀県佐賀市鬼丸町7番18号    |         |             |
| 訪問調査日 | 平成28年9月15日        | 外部評価確定日 | 平成28年10月19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>常勤の職員7名、非常勤職員2名の計9名全員が介護福祉士の資格を取得しており、経験年数も長い職員が多い、また、法人内や外部の研修参加にも積極的に参加し質の向上に努めている。季節に合わせて頻りに外出の機会も作っている。地域の行事への参加など今年度はしょうぶ、あじさい、ひまわり等の季節に合わせて満開の花を見にドライブにも出かけたりした。開設し3年経過、木の温もりのある建物や家具に囲まれ、家庭的な雰囲気の中で生活ができる。ウッドデッキなどもあり暖かい時には日光浴をしながらお茶やレクを楽しんだり、敷地内には小さいが畑があり、お花を植えたり、毎年芋掘りを行ったりしている。医療面においては協力病院が隣接しており、内線で常に連絡が取れる状態であり、状態把握のため、連携を常に取っている。</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>大規模施設を経験した管理者が、小規模ならではの家庭的な寄り添うケアを目指し、職員一丸となり利用者中心のケアを実践しているグループホームである。今年度は外出支援に力を入れ、季節毎のドライブや地域行事への参加、個別の買い物など、ホームから出かけることを心がけた。グループ分けをして、少人数での無理のない外出により継続した支援ができています。また法人母体が医療施設であり、老人保健施設も併設されている。ホーム職員は法人組織のバックアップを受けながら、法人内外の研修に積極的に参加し、キャリア段位制度の導入も含め、人材育成に力を入れることでサービス向上に努めている。</p> |
|--|

## 自己評価および外部評価結果

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価<br>(事業所記入欄)   | 外部評価<br>(評価機関記入欄)  |                   |
|--------------------|-----|---|--|--|-------------------|
|                    |     |   | 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 |
| <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                      | 理念はホールや記録物のファイルの裏などに職員の目の届く所に貼り出している。個別にも手渡しネームプレート内に入れて共有に努めている。  | 3年前の設立時に地域密着型としての役割を踏まえた理念を作り、管理者は理念に基づいたケアの実践に努め、職員や外部の人にも目につくところに掲示し共有している。  |                   |
| 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                      | 偶数付きの第1金曜日に運営推進会議を実施、地域の区長さんや民生委員さんも参加し実施している。毎週土曜日には1, 2名づつ交代で地区の公民館で実施されているラジオ体操に参加したり、地域の夏祭りなどにも参加した。毎月、ボランティアさんの慰問もある。     | 職員は、校区の町づくり協議会の一員として、会議に出席しており、地域と交流する機会がある。協議会では健康福祉部に所属し座談会出席や、夏休みは利用者とともにラジオ体操に参加した。その他地区の文化展にホームからも出品し、見学に出かける等、利用者の交流の機会もある。また区役の溝掃除にも参加している。 |                   |
| 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                    | 地域行事への参加はできている、運営推進会議においても毎回テーマを決め説明をしているが、地域の人々へ向けての認知症への理解、支援は今のところできていないが県の勤める認知症キャラバンメイト養成研修に参加予定、研修後にはキャラバンメイトとして活動予定である。 |  |                   |
| 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 | 運営推進会議では毎回、利用者さんの状態や活動の報告を行い、今回の反省、次回に向けての抱負を報告している。そこで、様々な意見を頂きサービス向上に努めている。生活状況についてはパワーポイントにて写真を掲示説明している表情なども分かり好評である。       | 定期的に関係者が参加して運営推進会議が行われている。ホームの現状報告を主に行っているが、地域の情報を得る機会となることや、毎回時節に応じたテーマを決めて講義を受けるなど研修の場となることもある。自己評価、外部評価についても説明し、内容の検討を行った。                      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価<br>(事業所記入欄)   | 外部評価<br>(評価機関記入欄)  |                   |
|----|-----|---|--|--|-------------------|
|    |     |   | 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 |
| 5  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 運営推進会議においては毎回地域包括支援センターより代表者1名の参加があり、意見を頂いている。日頃から常に連絡を取れる状況ではない、今後築けるように取り組んでいきたい。  | 市の担当者は、介護保険の保険者として運営上わからないことを相談することもある。認定更新の手続きや利用者状況を報告する等定期的に連絡する機会がある。              |                   |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束についての勉強会を毎年計画を立て法人で実施をしているため、法人の勉強会に参加したり、外部の研修会にも参加している。身体拘束をしないケアに取り組んでいる。現在1名、座位時体幹の傾きが顕著にありカットテーブルを使用している方がいるが、家人さんの同意を得、必要時のみ、使用時には記録をし、毎月検討会も実施している。 | 身体拘束廃止に関するマニュアルを作成し、拘束をしないケアに取り組んでいる。定期的に研修へ参加し、職員は身体拘束の内容とその弊害を理解しており、玄関の施錠も日中はしていない。 |                   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 法人内にて毎年勉強会を実施しているため参加している。また、外部への研修参加もしている。事業所内でも虐待になる以前の不適切なケアへの注意を払い指導を行い、発生防止に努めている。  |  |                   |
| 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                                 | ケアについての研修参加は積極的に進めているが成年後見制度等の研修の機会がまだ少ない、今後、学ぶ機会も作っていきたい。   |  |                   |
| 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  | 契約時にはオリエンテーションの時間を設けしっかり説明している。契約終了時にもその都度家人さんへ説明している。改定時には説明、同意が必要時は同意書の記入を依頼している。  |  |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価<br>(事業所記入欄)   | 外部評価<br>(評価機関記入欄)   |                   |
|----|-----|---|--|---|-------------------|
|    |     |   | 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 |
| 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                       | 運営推進会議には毎回利用者さんの家族にも参加してもらっている、年度末には家族会を実施し交流を図りながら意見、要望を聞く機会を設けている。また、日々面会時にも気兼ねなく意見が言えるような環境作りにも努めている。 | 毎年3月に家族会を開催している。その際にはDVDによる活動報告や写真を掲示し、日頃の様子を理解していただくよう努めている。また、意見交換も行い、希望、意向を聞いている。意見や要望があれば、些細なことでも検討し、反映させている。 |                   |
| 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                                       | 毎月、管理者会議やリーダー会議が実施されている。職員に運営に対し意見もあまりないが、意見があれば会議にて議題とする。会議にて説明されたことは連絡ノート等で職員へ伝達している。                  | 職員会議では、日常のケア内容や気づき等、自由に意見を出し合い検討している。管理者は業務の中で職員の意見を聞く機会を設け、利用者に一番近い現場の職員の意見を大切に考えている。                            |                   |
| 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       | 働きやすい環境・条件整備に努めている。退職希望者もなく、定年後も本人希望され継続して勤務している。  |   |                   |
| 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          | 法人内外の研修参加を積極的に勤め質の向上に努めている。全員が介護福祉士を取得した、今後は介護支援専門員資格取得に向け取り組んでいる。                                       |   |                   |
| 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り組みをしている | 他施設の運営推進会議にも数回参加させてもらったり、研修会などに参加時交流の機会をもっている。   |   |                   |

| 自己                          | 外部  | 項目  | 自己評価<br>(事業所記入欄)  | 外部評価<br>(評価機関記入欄)  |                   |
|-----------------------------|-----|---|---|--|-------------------|
|                             |     |   | 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 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |   |   |  |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービス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 | 利用開始前に利用者さんの情報収集を行い、入居後からサービス開始できるようにしている。その際、家人さんや利用者さんの意向やリスクについての確認をしている。                              |  |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 利用開始時にはしっかりアセスメントを取り、家族さんともオリエンテーションの時間を設けている。そこで家人さんの意向や不安なども聞き、今後のサービス内容の説明や検討をしている。会話することで関係作りにも努めている。 |  |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 利用開始前より事前調査を行い、全職員に情報を共有できるように申し送りを行っている。入居時より利用者さんの状態に合わせその時に適切な介助が行えるように対応している。                         |  |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 利用者様のペースで意向を確認し自立を促し、できない所を介助するようにしている。   |  |                   |
| 19                          |     | ○本人と共に支え合う家族との関係<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            | 面会時には状態の報告など行い、3カ月に1度は各利用者さんの担当より状況報告書を記入し状態の報告を行っている。年に1度は年度末に家族会を実施し交流の機会を設けている。                        |  |                   |
| 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                        | 昔なじみの方からの面会も度々あっているが、馴染みの場所にはドライブの途中にそういう場所があれば近くを通ったりし懐かしみながら会話をしたりしているが場所との関係が途切れないような支援はできていない。        | 電話は希望があれば自由にかけることができ、季節に応じた葉書を書いてもらうなどの支援をしている。敬老の日には地元より、お祝いを持参してもらったり、墓参り等個別の外出は家族の協力をお願いしている。 |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価<br>(事業所記入欄)  | 外部評価<br>(評価機関記入欄)   |                   |
|------------------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                                    |      |  | 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 |
| 21                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                                   | 利用者さんが孤立しないよう、他の利用者さんとも交流しながらレクや活動を実施している。身体機能面で参加できない方も見学参加している。日中は離床し皆さんとホールで過ごすように促している。                 |   |                   |
| 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                    | 退居後も利用者さんの状態を見学に行ったりしている。必要に応じ相談・支援も行うように努めている。   |   |                   |
| <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。  | 毎回、ケアプラン更新時には本人、家人の意向の把握に努めている。意向に沿ってサービス提供できるようプラン作成している。意向の確認が困難な時も本人の意向を尊重したケアの提供をしている。                  | 利用者と一緒に食事をしながら、またレクリエーションの時等にゆっくり話をして意向を聞くようにしている。意思疎通が困難な方には家族や関係者から情報を得るようにしている。                    |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 一人ひとりの生活歴や趣味は入居時に確認している。  |   |                   |
| 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   | 本人のペースで身体機能の状態に合わせ利用者さん一人ひとりの状態把握に努めケア提供している。   |   |                   |
| 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 | 各利用者には担当者がいる。ケアプランを作成する際には、課題分析表を記入してもらい、プランの実施状況や評価、今後の課題を記入してもらい担当の意見もプランに活かしている。作成時には本人、家人さんの意向の確認もしている。 | 介護計画作成時には、本人と家族の意向を事前に聞き、担当の職員や関係者と話し合い、それぞれの意向が反映された計画を作成している。定期的なモニタリングや、評価が行われ、実践のための具体的な計画となっている。 |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価<br>(事業所記入欄)  | 外部評価<br>(評価機関記入欄)   |                   |
|----|------|--|---|---|-------------------|
|    |      |  | 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 |      | ○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                                    | 日々のサービス提供状況については毎日サービスチェック表と気づきを記入し、毎月月末には担当者によるモニタリングを実施しケアプラン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                           | 職員間でも意見を出し合ったり、研修で学んだことを取り入れたりしながら利用者さん一人ひとり、状態に合わせて、既存のサービスに捉われず業務を見直したり柔軟に対応できるようにしている。 |   |                   |
| 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                                     | 毎週、土曜日に地域の公民館にて実施されているラジオ体操に参加したり、地域の行事の夏祭りや文化祭りに参加している、また施設行事への参加も行い地域の資源も利用し生活されている。    |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診診断<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                                 | 協力病院からの訪問診療を受診しているが、本人、家人さんの意向があれば適切な医療が受けられるよう他病院への受診をできる。                               | 本人や家族の希望により入居前のかかりつけ医を受診することができる。協力病院からの訪問診療や急変時の対応を考え、母体が病院であることが本人や家族の安心に繋がっていることも事実である。精神科や眼科等他科への受診は、職員が支援している。 |                   |
| 31 |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 定期的に看護師も訪問し状態観察を行っている、毎日、朝病院看護師に状態の有無の報告をしている、異常があるときには主治医に報告してもらい、指示に従い、受診も受けられるようにしている。 |   |                   |
| 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、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。 | 利用者さんが入院後も状態を見に面会に出かけている。病院関係者へもその後継続して生活ができるように情報提供表を作成し渡している。                           |   |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目  | 自己評価<br>(事業所記入欄)  | 外部評価<br>(評価機関記入欄)  |   |
|----------------------------------|------|---|---|--|---|
|                                  |      |   | 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   |
| 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、事業所です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 | 入居時の説明にて重度化した場合における対応の指針と看取りに関する指針についての説明を行っている。現在看取りを行ったことはないが職員もそのための研修会に参加している。          | 重度化や看取りに関する研修に参加し、医療施設の協力を得ながら、終末期を受ける体制は整えている。重度化した時は、本人の状態に応じて、事業所が対応し得るケアを説明し、方針を話し合っているが、最終的には医療での対応を望まれる。 |   |
| 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  | 特変時にはすぐ病院へ報告、指示にしたがい、受診や初期対応するようにしている。事故発生時には同様に対応し報告書作成し今後の自己再発防止に注意している。                  |  |   |
| 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  | 毎年、6月と11月に消防訓練を実施している。6月の訓練の際は、消防職員の派遣依頼し指導を受けている。隣接する病院や施設職員からの協力体制も整えている。                 | 定期的に、昼夜を想定した避難訓練を実施している。消防署の指導を受け、法人職員の協力を得ている。運営推進会議では地域住民の協力についても検討しているが、協力を得るまでに至っていない。                     | いざという時には、職員だけの誘導では限界があり、近隣住民の協力が必要である。訓練時には実際に一緒に誘導を行う等、日頃からの話し合いや、協力体制を築くことが期待される。 |
| <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) | ○一人ひとりの人格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   | 利用者さんの尊厳を尊重した声かけに注意している。介護に対し拒否など有られる時には無理な促しは行わず、時間を空けたり、職員が変わったりしながら利用者さんの思いや気分も気遣い声かけ行う。 | 利用者との関わりの中で尊厳を守ることは、研修や現場で指導している。佐賀県の認知症介護研修にも積極的に参加している。職員の間は、利用者中心の、気持ちに寄り添う温かい介護が窺えた。                       |   |
| 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  | 利用者さんの意向や思いを確認しケア提供している。  |  |   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価<br>(事業所記入欄)   | 外部評価<br>(評価機関記入欄)   |                   |
|----|------|--|--|---|-------------------|
|    |      |  | 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 |
| 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 | 日課はあるが、利用者さんのペースに合わせてゆっくりとケア行っている。   |   |                   |
| 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                                  | 日中は洋服を着て頂き、週末にはマニキュアを塗ったり、化粧をしたりする時もある。毎朝、離床時には整容を行っている。   |   |                   |
| 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     | 利用者さんの趣向調査を行い、月に一度は独自食の日として、希望のメニューを提供している。食器もおいしく頂けるよう陶器の茶碗にて提供。野菜などに下準備などは利用者さんと一緒に行っている。            | 利用者からの希望を献立に反映させたり、ホームの畑で収穫した野菜やイモを料理するなど、食事が楽しくなるよう工夫している。下ごしらえを一緒にしてもらっている。食事は職員も同じテーブルで、おしゃべりしながら、ゆっくり食べている。 |                   |
| 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          | 管理栄養士が栄養バランスを考慮したメニューで、利用者さんの嚥下状態に合わせた食事形態にて提供している。毎食時、食事や水分の摂取量のチェックを行っている。毎月、体重測定実施、日々の栄養状態の観察行っている。 |   |                   |
| 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                   | 朝昼夕、毎食後の一日3回実施している。歯科の協力病院より定期的に受診がある。意向や必要があれば受診行っている。  |   |                   |
| 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向けた支援を行っている   | 排泄機能、尿量、間隔等を考慮し、利用者さん一人ひとりの状態に合わせてオムツの種類や時間、排泄の場所など検討し、排泄機能の維持に努めると共に清潔保持に努めている。                       | 排泄チェック表によりパターンを把握し、個々に応じた支援をしている。日中はトイレへの誘導に心がけている。トイレでの排泄を大切にしながら、紙パンツやパットは本人に合わせて使用している。                      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価<br>(事業所記入欄)  | 外部評価<br>(評価機関記入欄)  |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 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 |
| 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   | 日々の排便の確認を行っている。便秘者については主治医の指示に従い、排便コントロールを行っている。飲食物の工夫については皆さん水分補給を細目に行っている。食事時以外に10時と15に水分補給の時間を作っている。 |  |                   |
| 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                      | 週に3回実施している。入浴する曜日や時間帯は決めてしまっているが、1対1の対応で、本人のペースでゆっくりと入浴実施している、拒否や体調不良があれば柔軟に変更し対応している。                  | 入浴の日にちや時間帯等計画を立て実施しているが、利用者の希望によって変更することもできる。希望されれば毎日の入浴も可能である。入浴を断られる方は誘導を工夫し、なるべく入ってもらい清潔保持に努めている。         |                   |
| 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  | 体調や気分に合わせて休んでもらったりしている。夜間良眠を図るために、日中活動参加や日光浴をしている。  |  |                   |
| 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   | お薬ノートに処方された薬は添付している。お薬説明書には薬の型、飲み方、注意事項が記入してある、それを共有できるように貼り出しています。また、薬の変更などがあった際には申し送りを行う。             |  |                   |
| 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                              | 入居時に生活歴や趣味、趣向を確認している。気分転換が図れるようまた、季節感も感じられるように散歩やドライブなど行い。毎月季節に合わせた行事を企画し実施している。                        |  |                   |
| 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 | ドライブの機会には家人さんも一緒に参加したり、地域の行事にも参加した。   | 季節毎のドライブには家族の参加を受け実施している。毎月の行事、地域の行事等、今年度は特に外出支援に力を入れ楽しんでいただいている。天候により、近隣への散歩もしている。個別の希望による外出は家族の協力をお願いしている。 |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価<br>(事業所記入欄)   | 外部評価<br>(評価機関記入欄)  |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 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 |
| 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  | 高額でなければ金銭の所持も認めているが現在金銭の管理はすべて家人さんに任せられ所持されている方はいない。   |  |                   |
| 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   | 電話や手紙の支援について希望は今のところないが希望があれば対応する。毎年、年末には利用者さんから自宅の家人さんへ写真を添付し送っている。                               |  |                   |
| 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 | 共有の空間は家庭的で且つ安全に生活できるように環境整備行っている。天窓から明かりを取り入れたり、利用者さんの創作物を飾ったり、日々の生活を分かち合ってもらえるように生活風景の写真を張り出している。 | バリアフリーの共用空間は広くゆったりして、車いす使用時にも移動しやすい。天窓があり採光にも配慮されている。ウッドデッキに居間から自由に出ることができ、室外の空気や季節を感じるができる。 |                   |
| 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  | 皆さんと一緒にレクや交流を図れるような空間を作っている。   |  |                   |
| 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  | 居室の入り口には色や柄の違う暖簾をかけてそれぞれの居室の目印にもなっている。家族には写真や馴染みの品の持ち込みは提案している、手作りの人形を飾ったり、孫の書道を飾ったりされている方もいる。     | 居室はホームが準備したベットや家具を置いているが、趣味の道具やなじみのものを持参していただくよう説明している。写真や作品が飾られ、落ち着ける環境となるよう支援している。         |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」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  | その人らしい生活を維持できるように、リスク面も考慮し環境作りを行っている。  |  |                   |

V. サービスの成果に関する項目(目標指標項目)アウトカム項目)(事業所記入)  
 ※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○印をつけてください |                |
|-----|--|--------------------------------------|----------------|
| 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><br>(参考項目:23,24,25)    |                                      | 1. ほぼ全ての利用者の   |
|     |  | ○                                    | 2. 利用者の2/3くらいの |
|     |  |                                      | 3. 利用者の1/3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。<br><br>(参考項目:18,38)           | ○                                    | 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。<br><br>(参考項目:38)                |                                      | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|     |  | ○                                    | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |  |                                      | 3. 利用者の1/3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。<br><br>(参考項目:36,37) | ○                                    | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|     |  |                                      | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |  | 2016/10/19                           | 3. 利用者の1/3くらいが |
|     |  |                                      | 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><br>(参考項目:49)               |                                      | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|     |  | ○                                    | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |  |                                      | 3. 利用者の1/3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。<br><br>(参考項目:30,31)      | ○                                    | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|     |  |                                      | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |  |                                      | 3. 利用者の1/3くらいが |
|     |  |                                      | 4. ほとんどいない     |

| 項 目 |  | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 該当するものに○印をつけてください |                |
|-----|--|--------------------------------------|----------------|
| 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   |
|     |  |                                      | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |  |                                      | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目:9,10,19)     | ○                                    | 1. ほぼ全ての家族と    |
|     |  |                                      | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |  |                                      | 3. 家族の1/3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。<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   |
|     |  |                                      | 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者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。<br>(参考項目:4) | ○                                    | 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。<br>(参考項目:11,12)  | ○                                    | 1. ほぼ全ての職員が    |
|     |  |                                      | 2. 職員の2/3くらいが  |
|     |  |                                      | 3. 職員の1/3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2/3くらいが |
|     |  |                                      | 3. 利用者の1/3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2/3くらいが |
|     |  |                                      | 3. 家族等の1/3くらいが |
|     |  |                                      | 4. ほとんどいない     |