

## 1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成28年1月8日

## 【事業所概要(事業所記入)】

|         |   |
|---------|---|
| 事業所番号   | 4675800090                              |
| 法人名     | 社会福祉法人 昭芳会                              |
| 事業所名    | グループホーム 芳明庵                             |
| 所在地     | 鹿児島県姶良郡湧水町般若寺358番地<br>(電話) 0995-75-4622 |
| 自己評価作成日 | 平成27年11月1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 <http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46>

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 評価機関名 | N P O 法人自立支援センターかごしま 福祉サービス評価機構 |
| 所在地   | 鹿児島県鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号              |
| 訪問調査日 | 平成27年12月25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)】

自然豊かで温泉に恵まれた環境にある。事業所のお風呂も温泉で入浴が楽しめている。居室は全個室にトイレや洗面所が設置しており、プライバシーに配慮してある。遠方の家族も宿泊できる十分なスペースが確保されている。玄関入り口や居室は日中は鍵がされてない開放的であり、面会の家族も気軽に立ち寄れる環境がある。健康管理については協力医療機関と情報の共有がなされて、相談しやすい環境があるので早期対応が出来る。隣接している養護老人ホームやデイサービスなどと協力体制にあり、職員も積極的に研修に参加する機会がある。資格取得にも法人全体で取り組むなど、職員の質の向上に取り組んでいる。理念には「生活主義」「五感主義」「よりよく生きる」を掲げて日々、利用者中心の援助に社会福祉法人全体で考える環境がある。

## 【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)】

- 当ホームは同法人の特別養護老人ホームやデイサービスセンターが隣接し、合同で避難訓練を行うなど災害時の協力体制が構築されている。
- 法人全体の理念のもとに、毎年目標を掲げ、職員は日々のケアに反映できるよう取り組んでいる。
- 食材購入は地域の商店を利用し、地域の行事にも積極的に参加している。法人全体の「夕涼み会」に、保育園児やボランティアの参加があるなど地域との関係が築かれている。
- 居室は広く、トイレや洗面所が設置され、家族の宿泊もできる。風呂は温泉で希望に添った入浴ができている。
- 管理者は日頃から職員とのコミュニケーションを図り、職員が働きやすい環境作りに配慮するとともに、資格取得に向けた支援を行っている。職員は自らのグレードアップを目指している。

| 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<br>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><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                       | 入職時に理念について説明を行い話し合う機会を持ち確認行っている。ホーム玄関に色紙に書いて表示し、理念に添ったしつらえをしている                  | 法人共通の理念をもとに、ホームの毎年の目標を職員全員で話し合って、今年度の目標「知る」を掲げ、玄関に掲示している。申し送りや会議等で意識づけし、理念に沿ったケアの実践に取り組んでいる。                                |
| 2                  | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br><br>利用者が地域とつながりながら暮らしつづけられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 市街地から離れているため、日 常的に地域との繋がりは少ないが、地域の商店での買い物や特産物を購入し、繋がりを持っている。地域の職場体験学習の受け入れも行っている | 相撲大会の見学や地域の商店での買い物、併設のデイサービス利用者との交流、地域の老人クラブの訪問、味噌や野菜の差し入れなどもある一方、「夕涼み会」など事業所の行事に保育園児やボランティアの参加がある。中学生の職場体験学習の受け入れなども行っている。 |
| 3                  |      | ○事業所の力を生かした地域貢献<br><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生かしている。                   | 運営推進会議を通して委員の方に認知症の理解を促して支援の方法を説明を行い、行事にも参加して頂いている                               |   |
| 4                  | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br><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 | 年5～6回開催して説明・意見交換している。  | 当会議は家族や民生委員・町担当者等の参加を得て定期的に開催している。事業所の状況や課題・外部評価の報告がなされ、意見交換を行っている。会議での情報を職員で共有してサービス向上に活かしている。                             |

| 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 |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br><br>市町村担当者と日頃から連携を密に取り、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。   | 運営推進会議に参加の際、困難事例など利用者の状況や取り組みの報告行っている                               | 町の担当者と日頃から電話や窓口に出向き、困難事例や相談、情報を交換してアドバイスを貰っている。また運営推進会議を通して協力関係もできている。市主催の研修会やグループホーム協議会にも積極的に参加し情報交換に努めている。                                 |                   |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br><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。 | 定期的に身体拘束委員会を開催して話し合う機会を持ち理解をしている。日頃より玄関や居室には施錠しないで、開放的な環境の基で生活出来ている | 法人全体で身体拘束委員会を中心、高齢者虐待などについて定期的に勉強会を実施している。グループホームでも2ヶ月ごとに身体拘束について事例などを出して話し合い拘束をしないケアに取り組んでいる。言葉などは特に注意している。玄関は昼間は施錠せずに職員間の連携で安全な暮らしを支援している。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br><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注意を払い、防止に努めている  | 高齢者虐待の研修会に参加して日頃から話し合う機会を持ち防止に努めている                                 |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br><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。                                 | 権利擁護の研修会に参加して、研修会報告を行い職員の周知に努めている                                   |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価  | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|---|---|--|------|-------------------|
|      |   |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 9    | ○契約に関する説明と納得<br><br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族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。                    | 契約時に本人・家族に時間をかけて説明している。改定時には文書・口頭で理解できるまで十分説明行っている              |  |      |                   |
| 10 6 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br><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。                | 毎月「芳明庵便り」を発行し、同時に家族に近況報告行っている。面会時に意見・要望を聞いている                   | 利用者からは日々の生活の中で意見を聞き、家族からは面会や電話・行事参加時などの機会に意見を出してもらう工夫をしている。月1回は便りや状況報告を送付している。出された意見や要望等は職員で話し合い、運営に反映させている。                 |      |                   |
| 11 7 | ○運営に関する職員意見の反映<br><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。                                | 法人全体の朝礼や週1回の昼礼は理事長も参加して運営の状況や意見を話す機会がある。月1回の援助会議でも意見や提案を話す機会がある | 代表者や管理者は日頃から職員とのコミュニケーションを図り、ユニット毎や全体の会議などで職員の意見や提案を聞く機会を設け、仕事のやりやすい職場を目指している。チャレンジシートを通じ管理者と話している。職員で計画や役割を決めて活躍できるようにしている。 |      |                   |
| 12   | ○就業環境の整備<br><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くよう職場環境・条件の整備に努めている。 | 年2回、職員が自分の目標を決めて自己評価を行ったことが賞与に反映している。研修に参加できる機会は全職員にある          |  |      |                   |

| 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 |
| 13   | ○職員を育てる取り組み<br><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          | 新人研修や関連医療施設・他の法人と交換研修を行うなど研修に参加する機会が多い                    |      |      |                   |
| 14   | ○同業者との交流を通じた向上<br><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 | グループホーム協議会に所属して交流会やネットワーク作りがある。各支部の勉強会には出来る限り参加するように努めている |      |      |                   |

| 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><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 | 事前に見学していただくなど開始について、相談できる機会を作っている。入居時に「本人・家族の不安なこと」は書面にも記録できるようにしている |      |                   |
| 16                           |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><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            | 家族や本人・担当ケアマネージャーから情報を収集している。入居申込書にも記録出来るようにしている                      |      |                   |
| 17                           |      | ○初期対応の見極めと支援<br><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        | 医療と福祉の連携を行っている   |      |                   |
| 18                           |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br><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                           | 「利用者中心のケア」「利用者の立場に立って考える」開園当初より心掛けている。日常的に常に寄り添って関係を築いている            |      |                   |

| 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 |
| 19   | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を介護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         | 本人のニーズを家族と一緒に考えて家族の協力の基、支援している。面会時近況報告行い本人の状態を共有している        |   |      |                   |
| 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                     | 出来る限り馴染みの美容室に送迎を行っている。併設のデイサービスを利用して面会に来られたり関係が保てるように支援している | 併設のデイサービス利用者や馴染みの友人知人の訪問を奨励し、行きつけの理美容院の利用を支援したりして、継続的関係が途切れないよう働きかけている。手紙や電話の取次ぎなども行っている。携帯電話を持ち、自由に会話を楽しむ利用者もいる。外出や外食・墓参など家族の協力を得たりして支援している。 |      |                   |
| 21   | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | リビングや食堂の共有スペースの環境を整え、利用者同士の関わりを支援している                       |   |      |                   |
| 22   | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 契約終了時「芳明庵便り」の発行を希望する方に配布し、遊びに来られた時は話を聞くようにしている              |   |      |                   |

| 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 |
| <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>   | 入居時に本人・家族から「まるごとシート」で情報を得ている。職員は本人の立場に立って考えるようにしている             | 入居時に得た情報をもとに、日々の生活の中で表情や言葉などから思いや意向の把握に努めている。利用者を知る「まるごとシート」へ本人から直接思いや意向を聞き記録している。職員間で情報交換に努め、本人中心に支援している。          |                   |
| 24                                   |      | <p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>一人ひとりの生活暦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>  | 入居時に生活歴を記入するシートを利用してサービスに反映している                                 |   |                   |
| 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>  | ケアマネージャから情報を得ている  |   |                   |
| 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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している</p> | 介護計画者も一緒に介護しているので、日頃から課題に対して話し合う機会がある。家族を交えた担当者会議を行い、介護計画作成している | 本人や家族が参加して担当者会議で話し合い、さらに主治医の意見やアドバイス等を取り入れ、個々に応じた介護計画を作成している。6ヶ月毎にモニタリングを実施し、必要時に見直している。状況が変化した時は現状に即した介護計画を作成している。 |                   |

| 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 |
| 27       | ○個別の記録と実践への反映<br><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           | 記録は毎日している。職員間の情報の共有を行い評価に繋げている |  |      |                   |
| 28       | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br><br>本人や家族の状況、その時々に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 | 法人内で課題について考えたり取り組んだりする機会がある    |  |      |                   |
| 29       | ○地域資源との協働<br><br>一人ひとりの暮らし方を支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を發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           | 運営推進会議で資源の情報がある                |  |      |                   |
| 30<br>11 | ○かかりつけ医の受診支援<br><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       | かかりつけ医が協力して連携を密にしている           | 本人や家族の希望するかかりつけ医の継続と事業所の協力医に変更を希望する受診者といいる。訪問診療が受けられ、特定疾患の場合のみ家族受診を支援している、緊急時の対応などに連携を取りながら適切な医療が受けられよう対応している。 |      |                   |

| 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 |
| 31       | ○看護職員との協働<br><br>介護職員は、日常の関わりの中でとられた情報や気づきを、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                        | 医療と連携できる機会を持って適切な受診を早期対応できるようしている                              |  |      |                   |
| 32       | ○入退院時の医療機関との協働<br><br>利用者が入院した際、安心して治療でできるように、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。または、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。 | 入院時は情報の提供行ったり面会に行ったり、情報の共有行っている                                |  |      |                   |
| 33<br>12 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br><br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人や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   | 入居時に終末のあり方を話し合う機会を持っている。状況によっては主治医と話す機会を持ち、ニーズに添った支援が出来るようしている | 契約時に重度化や終末期に伴う対応の指針を説明し同意書を貰っている。状況変化に従って主治医の診断を踏まえ状況を伝え、繰り返し話し合い、本人や家族の意向を確認し、方向性を共有できるよう取り組んでいる。看取りの事例がある。 |      |                   |
| 34       | ○急変や事故発生時の備え<br><br>利用者の急変や事故発生時に備えて、すべての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 急変時の対応の勉強会をする機会があり、職員間のミーティングで連携方法など話し合う機会がある                  |  |      |                   |

| 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 |
| 35   | 13   | ○災害対策<br><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 | 年2回、併設の施設と協力して訓練している | 年2回消防署立会いのもと、昼夜想定の避難訓練と地震訓練を併設する同法人事業所と合同で実施している。各事業所間の協力体制も構築されている。スプリンクラーや緊急通報装置も設置され、部屋からの段差がなくベッドごと外に出すことができる。災害時に毛布や水・カップメン・コンロ・おむつ等が備蓄されている。 |                   |

| 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 |

#### 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<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</p>                 | <p>居室は個室でトイレ・洗面所があり、トイレ使用時はタオルを掛けるなどプライバシーは保たれている。職員の言葉掛けも人格を尊重している</p> | <p>利用者の尊厳とプライドを損なわない言葉かけや対応に留意している。居室にトイレや洗面所が完備され、排泄などの時、バスタオルを使ったり、言葉などでも人格をきづつけないように気遣い配慮している。</p> |  |
| 37 |    | <p>○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</p>                      | <p>利用者中心のケアを心がけて言いたいことが言えて、自己決定できる環境を整えている</p>                          |   |  |
| 38 |    | <p>○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</p> | <p>利用者個人のペースを職員が共有して、ペースを大切にしたその人らしい生活が出来るよう支援している</p>                  |   |  |
| 39 |    | <p>○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支援している</p>                                    | <p>生活歴から得る情報でその人らしい身だしなみやおしゃれが継続できるよう支援している</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 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><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   | 好みの物や季節のものを取り入れた食事を準備したり、残存機能を活かした食事の準備や後片付けを一緒に行っている      | 旬の食材で利用者の嗜好に配慮した献立や食事形態を工夫している。可能な範囲で準備や後片づけ・おやつ作りを職員と一緒に行ったりしている。行事食や外食など食事が楽しみなものになるよう工夫している。食事前に軽い体操をしている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><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        | 水分量を記録して日常的に健康管理行っている。医療機関と連携して定期的な検査受診している                |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br><br>口の中の臭いや汚れが生じないよう、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                 | 本人の尊厳を重視してその人に合わせた口腔ケア行っている                                |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><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 | 一人ひとりの排泄パターンを把握・検討している。「排泄はトイレで」を重視して日中はトイレで排泄できるよう取り組んでいる | 排泄パターンを把握し、声かけや誘導によるトイレでの排泄を大切にしている。排泄用品も本人に合わせて検討し、排泄の自立に向けた支援を行っている。  |                   |

| 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 |
| 44       | ○便秘の予防と対応<br><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                         | 水分を把握して飲水を勧める。食事にも工夫し予防に取り組んでいる                              |   |      |                   |
| 45<br>17 | ○入浴を楽しむことができる支援<br><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している | 温泉であり個々に添った入浴を支援している。身体的に一般的な浴槽が利用出来ない方にも浴槽に浸かれるよう、器具を整えている  | 温泉水が豊富に出るので、利用者は毎回楽しみにしている。体調や希望に添った入浴で対応している。ゆず湯にして季節感も楽しめる工夫をしている。リフト浴の設備もある。 |      |                   |
| 46       | ○安眠や休息の支援<br><br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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                         | 居室が個室でありその人に合った休息・安眠が出来る                                     |   |      |                   |
| 47       | ○服薬支援<br><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                     | 個々の服薬説明書をファイルして何時でも確認できる。又薬局の管理指導があり、指導されたことは話し合う機会を持ち共有している |   |      |                   |
| 48       | ○役割、楽しみごとの支援<br><br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活暦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        | 食事の手伝い・洗濯物畳みなどそれぞれの残存機能を活かした役割を行っている。カラオケなど楽しみ作りにも取り組んでいる    |   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br><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に支援に努めている。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。                  | 本人の希望に応じて戸外の散歩や季節に応じた花見や外出を計画し行っている。家族の協力で家に帰ったり、敬老会出席の外出がある | 日常的には敷地が広く敷地内の散歩や近隣の公園への散歩・ドライブに出かけている。計画を立て、花見やそうめん流などに家族も参加している。車椅子対応も行っている。家族の協力を得ながら地域の敬老会への参加や外食・正月帰宅・墓参なども支援している。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br><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   | 本人と家族の話し合いによって管理が出来る人は小遣いを持っている。買い物やカット代の支払いに必要時支援している       |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br><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している   | 事業所の電話は利用者が利用できるようにしてある。家族と本人が協議して携帯電話を持っている利用者もいる           |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br><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招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）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 | 共用の空間は落ち着いた雰囲気を作れるよう工夫している。季節に応じて居心地良く過ごせるしつらえを整えている         | 共用空間は換気や採光・湿度・温度に配慮し清潔である。和風の設営で暖簾や壁掛けなどあたたかい雰囲気である。窓から庭の風景も楽しめ、テレビの前にソファーが置かれ、ゆっくりくつろげるスペースで、居心地よく過ごせるような工夫がされている。     |                   |

| 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><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             | リビングに一人一人に添った椅子やソファーを設置して、自由に過ごせるよう環境を整えている           |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br><br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居時に本人家族と相談して馴染みのタンスや置物を持ってきて本人が落ち着いた環境で生活できるよう支援している | 居室は広く、家族も泊まれるスペースで食事も提供している。洗面所とトイレも備わっている。タンスや椅子・時計・置物・写真など、馴染みの物が持ち込まれ、安心して過ごせるよう配慮されている。 |                   |
|      | 55   | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br><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   | 建物内外の環境整備は法人全体で取り組んでいる。居室は個々の状態で安全性・自立を考えた環境を整えている    |   |                   |

## V アウトカム項目

|    |   |                       |               |
|----|---|-----------------------|---------------|
| 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   |
|    |   | <input type="radio"/> | 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>(参考項目：18, 38)           | <input type="radio"/> | 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>(参考項目：38)                 | <input type="radio"/> | 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見られている。<br>(参考項目：36, 37) |                       | 1 ほぼ全ての利用者が   |
|    |   | <input type="radio"/> | 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     |

|    |  |   |               |
|----|--|---|---------------|
| 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   |
|    |  |   | 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>(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     |
| 62 | 利用者は、その時々の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  |

|    |  |   |               |
|----|--|---|---------------|
|    |  |   | 1 ほぼ毎日のように    |
| 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 : 9, 10, 19)                  |   | 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 少しづつ増えている   |
|    |  |   | 3 あまり増えていない   |
|    |  |   | 4 全くいない       |
| 66 | 職員は、活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     |