

(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   | 4171700182           |            |  |
| 法人名     | 有限会社 ライフケア           |            |  |
| 事業所名    | しきぶの里                |            |  |
| 所在地     | 佐賀県嬉野市塩田町大字谷所甲2385-1 |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成22年11月20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.kaigojohou-saga.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigojohou-saga.jp/kaigosip/Top.do</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22年12月10日       | 外部評価確定日 | 平成23年1月20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>利用者が健康的で笑顔のある日常生活を送っていると家族の笑顔も多くなる。<br/>その笑顔を引き出すには、まず職員が笑顔で家庭的な雰囲気作りに努めて介護に携わることが大切だと思い実践しています。<br/>施設の基本方針である個々の入居者の自己選択、自己決定等を促し、能力に応じた自立支援に力を入れています。<br/>さらに、地域住民との交流を図りながら、開放的なグループホーム運営に繋がっていると思います。</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>事業所の理念をベースにして、入居者ひとりひとりに担当者が思いを込めて作った「介護の理念」がある。目に付く場所へ貼られた「介護の理念」は職員に謙虚さを失わないことを教え、振り返りの基準としている。すぐに手を貸すことが介護ではなく残っている能力を活かしながらという方針は、全職員に浸透している。入居者の穏やかな笑顔から居心地の良さがうかがえる。</p> |
|---|

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 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「みんな笑顔でハッピーに」利用者や家族様が笑顔であるためには、職員が笑顔での介護が必要である。明るい環境であれば地域住民との交流が生まれ繋がりが保てる。職員はこの理念に整合させた介護理念を掲げて介護の振り返りを行っている。  | 社長の思いである「笑顔」がキーワードとなり、そこから生まれるプラスの連鎖を信じ理念としている。実際に、職員は担当の入居者ごとに宛てた「介護の理念」を作成し、それぞれの居室に掲示している。それがケアに反映されているか、「笑顔」はあるか等、常に振り返る基本として大切にしている。                                       |                   |
| 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  | 区費を収め部落行事には可能な限り参加している。行政の配布物、地区回覧板などで日常的な交流は出来ている。また、町コミュニティーセンターでの展覧会に出掛け地域の人達と交流している。地域づくりコミュニティー設立委員として参画している。 | 自治会に加入し地区の活動にも出来る限り参加するなど、接点を持つよう努力している。また、近隣住民の立ち寄りも多く、おすそ分けをしたりの間柄である。こちらがお返しを届ける時は入居者も一緒に行くなど、日常の暮らしの中で普通に行うこととして支援している。   |                   |
| 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  | 地区老人会での出前講座や塩田町五町田地域づくりコミュニティー委員会で施設の特色等を説明し施設の啓蒙の場になっている。また、地区在住の方が毎月音楽のボランティアで来訪時に老人会の方を同行されるので、その方達は話し相手をして下さる。 |   |                   |
| 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                                     | 今年度は2か月に1回開催し、委員の殆どが毎回出席されている。会議では建設的な意見を頂き参考にしてしている。  | 双方向的な会議となっており、事業所からの報告はもちろん、参加者からの意見や提案も多い。最近では老人会からの提案で、少人数ずつ訪問し昼食を一緒にとることが検討されている。また、会議の内容を、メンバーである区長から区の役員会で話してもらうことにより、地区の理解も深まり支援を得ることに繋がっている。当日は昼食を用意し、参加者から評価や感想をもらっている。 |                   |
| 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取り組んでいる  | 防災用スプリンクラー設置の相談や生活保護受給者の日常的な相談を行っている。時に表敬訪問を受けた際は利用者の状態や施設説明を行い理解が得られるように努めている。                                    | 運営推進会議のメンバーでもあり、日頃から交流がある。事業所からの相談事にも実直に対応してもらえる関係ができています。異動で担当者が変わったとしても役所内には顔見知りが多く、スムーズな引継ぎが行われている。  |                   |
| 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 | 身体拘束を行わないケアの方法を検討している。開設以来、身体拘束の事例はない。また、身体拘束の対象となる行為をあげ「こいう行為は致しません」と明文化し掲示。                                      | 職員は身体拘束の内容と弊害を認識している。事業所では敢えてチャイムやセンサーの設置はしておらず玄関等の施錠もない。職員は入居者の癖や傾向を掴み、見守りを徹底しながら自由な暮らしが出来るように支援している。近隣住民の見守りも心強く大きな助けとなっている。  |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止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                                      | 虐待防止の研修会に参加し、伝達講習を開催している。また、日常の介護遂行時に虐待に該当する言葉遣いをしていないかチャンス教育にしている。  |   |                   |

| 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 |
| 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     | 利用者の日常生活自立支援の上では、自己選択、自己決定を導き権利擁護に努めている。利用者の能力に応じて残存機能の引き出しに努めている。成年後見制度の研修会に参加し伝達講習を行い知識を深めている。                        |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                          | 入居希望の時点から運営規定、重要説明事項の文書に基づき説明を行った後、書類を手渡している。入居時に不明な点は再度説明し理解を得ている。改定時は必ず文書で説明し同意を得ている。解約の書類はないが丁寧な説明を行い解約の経緯を記録に残している。 |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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                       | 意見箱の設置、面会時に要望は無いかの声掛け、施設利用の満足度調査を入居者と家族に実施している。その調査内容は職員が共有し運営に反映させている。   | 面会時や諸連絡の電話をする際に気軽に話してもらえよう努めている。また、年1回満足度調査を行い、どんな些細なことでも記入してもらいよう欲しい要望を聞こうとしている。入居者とは毎朝の集いで思いを尋ねる(食べたい物、行きたい所など)場があり、生活の中に反映させている。家族には、事業所の外にも相談窓口があることなど説明もしている。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                       | 毎月の職員会議には、代表者を始め職員全員の出席の下で開催している。<br>職員の意見や要望等に関しては、代表者が即答できるため早期の解決が図れている。   | 毎月1回の職員会議は、全職員を出勤とし午前8時から行っている。会議をスムーズに進行させるため現場からの意見や要望は交代制で当番となった職員がレジュメとして用意している。社長の出席もあることからその場で回答できることも多い。また、研修の報告等が入ることもあり全職員が揃う機会を入居者を見守りながら有意義に活用している。     |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている       | 資格手当での支給、研修会参加の助成、超過勤務手当、有給休暇、夏季休暇、年末年始休暇等を優遇している。また、管理者からの要望事項を聞き職場環境の整備に努めている。  |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている          | 施設外研修会参加を薦めている。研修会参加の諸経費の負担や参加しやすい条件整備に努めている。研修規定を制定しました。<br>施設内研修は最低月1回実施している。   |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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 | 塩田・鹿島・太良地区グループホーム交流会事務局を担当した。研修の年間計画書を作成し実施している。研修会の内容は、認知症老人のサービスの質向上に関して、職員のリフレッシュ、食中毒予防の料理法や正月料理、レクレーション、年末の親睦会等である。 |  |                   |

| 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 | 入居前に情報収集を行いスタッフに介護の要点を伝達している。そうすることでスタッフは事前に状態把握ができ、入居時のニーズに応えやすくなる。結果として利用者の不安の緩和に繋がっていると思われる。                        |  |                   |
| 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            | 入居前の家族面談を重視している。その中で家族の諸問題を共感しつつ、施設として出来ることや出来ないことを理解して貰うように努めている。また、家族には入居後の生活状況の連絡調整で信頼関係の構築に努めている。                  |  |                   |
| 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        | ・歯科通院治療困難事例に対しては、訪問歯科治療を紹介し受療の結果、刻み食から普通食摂取可能となった。<br>・関節炎で入退院を繰り返し今後の事を心配に対しては協力病院整形外科での治療を説明し安心された。                  |  |                   |
| 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                           | 女性入居者の場合、家事活動は手続き記憶として保持できているので残存機能を引き出す手段として有効だと思っている。特に郷土料理に関しては見習うことが多い。  |  |                   |
| 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            | 行事参加依頼・自宅外出介助の協力を得て状態の理解を得ると同時に絆を取り戻す機会になっている。また、ある入居者は、長男や孫が知的障害で施設入居中である。成年後見人や施設担当者に連絡し月1回は自宅で、もう1回は当施設で過ごし家族の絆を支援。 |  |                   |
| 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                        | 当施設は故郷めぐりを計画している。これはなじみの場所に向き馴染みの人との出会いが目的である。また、友人、老人会や被爆者友の会、和尚や檀家の人、隣保班の方の面会で関係が途切れないような配慮をしている。                    | 入居者を取り巻く人間関係について職員はよく把握している。不定期ではあるが故郷めぐりと称して入居者の自宅を訪ねることもある。殆どが主不在の空家状態となっているが、中へ入り仏壇にお参りをしたり、気配を感じて表へ出てきた近所の方々と話をしたりと入居者にとっては楽しいひと時となっている。携帯電話を持っている入居者も数名あり、電話のサポートは多くはないが、頂き物への礼状を書くこと等、折に触れ周囲との関係が維持できるように支援している。 |                   |
| 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                     | 利用者の中で精神状態が悪くなると、笑い声や笑顔が少なくなる。この時期には孤立や不満が出てくるので「さん愛運動」を掲示した。「かたりかけ愛・はげまし愛・ささえ愛」である。                                   |  |                   |

| 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 |
| 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                    | ・通院介助時に元利用者の病室へ立ち寄り励ましの言葉掛けを行っている。<br>・妻は利用者、入院中の夫は元利用者であるが面会に同行し本人と家族を支援している。<br>・入院中の妻の状態悪化で夫の不安な気持ちを傾聴し励ましの言葉掛けを行っている。 |  |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |  |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。  | 朝の集いで「何か食べたい物はないか。行きたい所はないか。具合が悪いところは無いか。今日は何をしておきますか。」など希望を尋ね記録に残している。本日出来ることは即実行し、無理な場合は後日計画し実行。                        | 日々の関わりの中で声を掛け姿勢を低くして入居者と向き合い、その表情や言葉から思いや意向の把握に努めている。言葉にしづらい思いは、目線を合わせながらゆっくりと時間が掛かっても汲み取ろうとしている。                                    |                   |
| 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                                       | 生活歴や習慣、得意分野の活動など、これまでの暮らし方を意図的に情報収集し職員が共有できるよう基本情報として残している。施設サービス計画書作成時に活用している。   |  |                   |
| 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   | 原則普段の生活支援である掃除、洗濯物干しやたたみ、昼食作り、食前の準備や後片付けである。下肢筋力増強のための歩行訓練。趣味活動として音楽、習字、ミシン掛け、塗り絵、折り紙等である。心身の状況把握は受診時記録簿を準備し共有できるようにしている。 |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人や家族の要望を聞き施設サービス原案を作成している。本人・家族・医師・職員等で原案の検討を行い、現状に即した計画立案に努めている。モニタリングではサービス計画書の目標の到達度を毎月末に評価している。                      | 計画を作成するにあたり本人が出来ることの範囲を知り残存能力を活かすことを柱として自立を妨げないように配慮している。その結果、本人主体の暮らしを反映した介護計画となっている。設定期間での見直しはもちろんだが身体状況の変化や本人、家族の思いなど臨機応変に対応している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 日々の実践記録は施設サービス計画書の長期目標短期目標の#NOIに沿って記録している。必要な事項はケア会議にかけケアの統一を図っている。ひやりハット事例報告についても共有し都度、家族へ説明、同意の記録を残している。                |  |                   |
| 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               | ・訪問診療<br>・訪問歯科診療<br>・訪問理美容<br>・訪問販売等の依頼<br>めがね購入、衣類購入など様々なニーズに対応している。   |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | ボランティアの受け入れ(毎月)<br>・大正琴・・・演奏に合わせての合唱<br>・アコーディオン・・・演奏に合わせて合唱と体操<br>・押し花で作品作り<br>・尺八演奏による民謡の鑑賞                                    |  |                   |
| 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                                  | かかりつけ医は、本人や家族等の希望で決めている。<br>・樋口病院(協力病院) 7名<br>・嬉野温泉病院 1名<br>・志田病院 1名   | 本人や家族が希望するかかりつけ医となっている。通常、受診には職員が同行し、その結果について家族には速やかに報告すると共に、受診記録簿に記入し全職員が把握できるようにしている。医師との面談が必要と思われる時には家族の同行も頼み、その旨の記録も残している。     |                   |
| 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                       | 介護職員は入居者との関わりの中で「いつもと違う・さっきと違う」と言う観察の仕方を心得ている。これは、異常の早期発見に役立ち報告も適切である。よって、主治医への報告・連絡・相談がスムーズに出来る。                                |  |                   |
| 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。  | 入院治療の決定時は、家族同伴で主治医面談を依頼する。治療期間や治療方針の説明を受け今後の施設利用について検討している。<br>家族が遠距離在住の場合、衣類洗濯や日用品の代理購入を行い本人や家族を支援している。外来や病棟看護師とは会話を通して理解を得ている。 |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 終末期の施設方針や手順は準備している。昨年、今年と終末期ケアの対象者はなかった。   | 過去に看取りの経験がある。現在も希望があればそれに応えていこうという用意はある。安心して納得のいく最期を迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。   |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 救命救急処置の研修会に参加し伝達講習を行った。急変を防止するためには日頃の健康管理の必要性を指導している。<br>急変時の連絡網を理解しておくよう指導し急変に移行しやすい疾患、骨折事故などの応急手当初期対応などの学習会をしている。              |  |                   |
| 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  | 年2回の通報・消火・避難誘導訓練を実施している。1回は自主訓練、もう1回は地域消防団や消防署の協力を得て実施している。夜間訓練も実施している。  | 最近スプリンクラーの設置も済み防災への意識は高い。地域の消防団や住民などの参加協力を得る訓練を定期的に行っている。全職員が消火器の使い方訓練もしている。非常食、備品の備蓄もあり、一時避難場所等は家族にも伝えている。夜間訓練については昼間に夜間想定で行っている。 |                   |

| 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>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                | 言葉かけや対応が完璧だとは思えない。方言や「じいちゃん。ばあちゃん」と呼び掛けることで親密感を得ることもある。日常の介護上「人格の尊重とプライバシーの確保」については、都度の話し合いで意識付けに努めている。               | 年長者として敬意を払い、援助が必要な時もまずは本人の気持ちを大切に考え、さりげないケアを心掛けている。家族だよりへの写真掲載については本人や家族の承諾を得ている。入居者の守るべき情報は決して漏らさないなど責任ある取り扱いと管理をしている。                                 |                   |
| 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                     | 自己決定を導く問い掛けを行っている。<br>例えば、洋服はどれを着ますか。<br>今日は何をしてお過ごしですか。<br>食べたいものはありますか。<br>何処か行きたいところはないですか。など                      |   |                   |
| 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 | 習字、ミシン掛け、裁縫、塗り絵、折り紙、読書と様々である。買い物に出かける。ドライブなどは可能な限り希望に沿った支援に努めている。個々の体力を加味しての休息や、ペースを重視して健康管理を行っている。                   |   |                   |
| 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                                  | 好みの洋服が着れるように声掛けを行っている。<br>アクセサリやスカーフを使っておしゃれをされる。化粧を拒否される人は3人である。<br>現在化粧をされる人は5人である。髭剃りは毎日指導、また一部介助を行っている。           |   |                   |
| 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     | 朝の集いの場で献立を紹介した後、食べたい物を尋ねて材料があれば献立の変更をしている。料理の準備はほぼ全員が参加し野菜の皮むきやカット、味見、盛り付けをされる。お膳や箸の準備、テーブルクロスの掛け外し、食器洗い、お膳拭きなどを行われる。 | 入居者の希望でメニューの変更も自在に行っている。食材は配達を利用しているが近所からの差し入れや事業所内の畑で採れた野菜も使っている。残存能力を活かしたいという職員の思いもあり、準備や後片付け等は殆どの入居者が自然な形で手伝っている。食事は職員も同じテーブルを囲み、笑い声もあり和やかな時間となっている。 |                   |
| 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          | 水分摂取は食事時、10時、15時、19時～20時であるが、個別対応を行っている。栄養状態評価表を作成し毎月の体重及びBMI、定期検査で血中の蛋白質と血色素量を記載している。評価表を参考に食べる量や食材の選択に留意している。       |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 起床時はもとより毎食後の歯磨き、義歯洗浄等を指導・見守り・介助別に実施している。自然歯を有する人には歯間ブラシを使用している。<br>また、舌苔除去に留意し実施している。                                 |   |                   |

| 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 |
| 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                               | 個別の排泄パターンを調査し失敗がないように誘導を行っている。居室にトイレがあるため自立に向けた援助が可能と思っている。膀胱機能低下のため尿漏れのある人には尿取りパットを使用している。トイレ誘導を徹底し紙パンツは原則使用しないことにしている。 | 本人の生活リズムを把握し、あからさまな誘導ではなく、さりげなく支援している。失敗した場合も本人の自尊心や羞恥心に配慮した対応をしている。  |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる   | 料理には野菜を多く取り入れている。毎日排便状態をチェックし必要時は緩下剤の処方をお願いしている。毎朝の老人体操と午前午後の歩行訓練を行い腸蠕動の一助にしている。ヨーグルトを提供し便秘予防を図っている。                     |   |                   |
| 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                      | 入浴は何時でも出来る。拒否者が数名いてタイミングに合わせて介助している。毎日の入浴希望者はいない。どちらかと言えば「入りませんか」と職員の声掛けが必要である。  | 入浴を拒む方には時間を置いて声を掛けたり、職員の誘導で対応している。脱衣場には転倒防止用のすべり止めを敷き、冬場は暖房器具で温度差を解消するなど配慮がなされている。洋服の脱ぎ着は出来るだけ本人にやってもらい、職員は見守りながらさりげなく支援している。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している  | 徘徊が多い人には20時ごろミルクティーとお菓子を提供する。音楽を流す。足浴。体調を見ながら午前午後30～40分の休息を取り入れる。個室で寂しいと言われる人には動物のぬいぐるみを提供するなどの工夫に努めている。                 |   |                   |
| 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   | 調査された「お薬の説明書」を参考にし薬剤管理は職員が行っている。何時もと違った症状に目を向け異常の早期発見のもと主治医へ報告し指導を受けている。2人は2週間分を保管し食事時に持参されるので服用確認を行っている。                |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                              | 自分でできることは行って貰うが、人の役に立っていると言う意識付けを行っている。朝の集いで「食べたい物・何をして過ごすか等」を尋ね支援している。楽しみごと・気分転換の支援は年中行事と都度の行事を施設内、外に分け計画し実施。           |   |                   |
| 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 | 行きたいところを訪ね可能な限り支援している。弁当持参で出掛ける時には家族への呼びかけを行い参加を依頼している。外食や野外食は利用者の楽しみ事の一つである。  | 毎朝の集いの時に行きたい所を尋ねている。当日の対応が難しい場合も近日中に出来る限り支援している。また、事業所の庭で昼食にしたり、松花堂弁当のような容器を用いて料理を盛ったり気分転換も多く行われている。                          |                   |

| 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  | 出納簿で小遣い銭の自己管理は9人中4人が行っている。間違いがないか職員が点検している。外出時は預かり金の中から小遣いとして渡し好みの買い物をして頂くようにしている。                           |   |                   |
| 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   | 3名は携帯電話所有し家族と自由に交信し、他の人には施設電話で支援している。贈り物のお礼には手紙を書いて貰い、押し花や刺繍の作品を同封し送付できるよう支援している。家族は入居者の感性に触れ喜ばれている。         |   |                   |
| 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 | ・施設の悪臭防止対策に留意している。<br>・廊下はセンサーを設置し自動点灯で安全確保<br>・ホールには不要物品は置かない<br>・二重カーテンやエアコン・加湿器を有効活用し温度湿度管理や明るい居住環境作り。    | 玄関からのあがり框に段差はない。廊下やホールには合作の大きなちぎり絵が飾られ季節を演出している。臭気に対しては特に注意を払い、尿パット等は速やかに片付けることを徹底している。そのために事業所内での気になる臭いは全くない。十分な自然光が入るホールでは入居者が思い思いに寛いでいる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 玄関側にソファ2台、ホールには3人掛けのソファ1台設置している。<br>一人になりたいときは居室を利用できる。  |   |                   |
| 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  | ・タンス、テレビ、時計等、使い慣れたものを設置している。<br>・2人は位牌の持込を許可され安心して生活されている。<br>・室内は家族写真や塗り絵・押し花・刺繍など思い思いの飾り付けをされている。          | 備え付けのベッド以外は使い慣れた馴染みの物が置かれ安心して過ごせるよう支援している。位牌を持ち込んだ方へは毎朝水を供えたり花の水替えの支援をしている。洗濯物はそれぞれの居室に干しており、程よい湿度が保たれている。居室内のトイレや洗面台もきれいに掃除され臭気は全くない。      |                   |
| 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  | ・洗濯物干しスタンドを居室に設置している。<br>・クローゼット内は衣類を仕分けして収納できるよう名札を貼り分かり易くしている。<br>・居室は整理整頓に努め、身体能力に応じ滑り止めマットを敷き安全確保に努めている。 |   |                   |

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 |
|     |  |                                     | 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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |
| 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ます。<br>(参考項目:9,10,19)    | ○                                   | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない |
| 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<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>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<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 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<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 67  | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | ○                                   | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |
| 68  | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | ○                                   | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |