

# 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   | 3570100721         |           |           |
| 法人名     | 医療法人社団 松涛会         |           |           |
| 事業所名    | グループホーム わたぼうし      |           |           |
| 所在地     | 山口県下関市横野町3丁目16番35号 |           |           |
| 自己評価作成日 | 令和 2年 1月 14日       | 評価結果市町受理日 | 令和2年5月25日 |

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

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク |  |  |
| 所在地   | 山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内   |  |  |
| 訪問調査日 | 令和 2年 2月10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)】

入居者は認知症という病気であるが深く豊かな歴史をもった人生の先輩です。常に敬愛の気持ちを忘れず、その人の喜びや不安な気持ちを分かち合いながら寄り添っていくケアに努めています。居心地の良いゆったりとした空間で思い思いにその人らしく暮らせる環境を整えています。法人内の他事業所との綿密な連携を図り、法人内のグループホームで定期的な会議、情報交換を行うことでサービスの質を向上させると共に専門領域の研修に参加して専門性を身につけスキルアップを図っています。訪問看護師・併設病院とのしっかりとした医療連携により心身の健康をサポートし、本人・家族共に安心できる生活を提供しています。また、運営推進会議を通じて地域の方から地域の情報を得ながら交流会参加や協働の避難訓練を実施するなど地域との連携に努めています。

## 【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)】

日々の関りの中での利用者の言葉や行動、表情などを「生活活動表」に記録され、1日ごとの評価を基に職員で話し合われて、利用者の思いや意向の把握に努めておられます。職員は利用者に寄り添い目線を合わせて対応することを大切におられ、ジャズ音楽を聴きたい、一人でコーヒーを飲みたい、ぬり絵を集中してやりたい、習字を書きたいなど、利用者一人ひとりの時間を大切にすることを介護計画に組み込んで支援しておられます。エントランスでの日光浴、中庭の植物鑑賞やお茶会、季節の花見、海響館、みもすそ川公園、長府庭園などに出かけられたり、家族の協力を得ての一時帰宅、商店での買い物など、利用者の希望に沿って年間計画を立て、戸外に出かけられるように支援しておられます。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№1～56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 |                                                                 | 項 目 |                                                                      | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 該当するものに○印 |                                                                   |
|-----|------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 57  | 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:24. 25. 26)     | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 64  | 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:10. 11. 20) | ○                            | 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    |
| 58  | 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:19. 39)            | ○                            | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 65  | 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. 21)                     | ○                            | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 59  | 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:39)                   | ○                            | 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  | 66  | 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:5)  | ○                            | 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           |
| 60  | 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:38. 39)   | ○                            | 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  | 67  | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:12. 13)                                      | ○                            | 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       |
| 61  | 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:50)                  | ○                            | 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    |
| 62  | 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:31. 32)        | ○                            | 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  | 69  | 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. ほとんどできていない |
| 63  | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:29) | ○                            | 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  |     |                                                                      |                              |                                                                   |

# 自己評価および外部評価結果

| 自己         | 外部  | 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 |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                              |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| 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           | 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、事業所内数箇所に掲示して。勉強会や日常業務を行う中で理念に立ち返り実践につなげている。                                                                             | 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している他、パンフレットや事業所だよりにも掲載している。日々のケアが職員の都合になっていないか、その人らしい生活が出来ているかを確認しながら、理念の実践につなげている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 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           | 地域の運営推進委員の方と情報交換し合っ<br>て地域の行事に参加し交流を図っている。<br>(秋祭り、子供みこし、文化祭、小学生体験<br>学習、支援学校のリレーマラソン大会)地域の<br>交流会、看護学生実習受け入れ、ボラン<br>ティアの方の来所・交流も行っている。            | 職員は年1回、地域主催の「認知症徘徊声か<br>け訓練」に参加している他、安岡地区防災訓<br>練に職員1名が参加している。利用者は、公<br>民館主催のお手玉大会に参加したり、支援<br>学校主催のリレーマラソン大会に参加して地<br>域の人と交流している。秋祭りでは事業所に<br>来訪する地域の子ども神輿を見学している。<br>法人の文化祭に利用者と職員と一緒に作成<br>した干支の紙細工作品を展示し、その後、地<br>元の銀行に展示されたのをみんなで見学に<br>出かけている。利用者は年3回、法人の「外<br>来生き生き教室」や月1回の地域包括支援セ<br>ンターの「介護予防ふれあい講座」に参加し<br>て地域の人や知人と交流している。地域のボ<br>ランティア(手品、コーラス、フラダンスなど)や<br>小学5、6年生の来訪、看護学生実習を受け<br>入れている。買物時には地域の人と挨拶を交<br>わし、事業所は地域の一員として交流してい<br>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<br>人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて<br>活かしている | 小学校のふれあい体験学習で遊びを通じて<br>認知症の方の生活を伝えたり、介護職員初<br>任者研修で認知症高齢者の事例検討をし<br>具体的なコミュニケーション方法を指導、学<br>びあうなどした。自治会との協働の認知症徘徊<br>声かけ訓練では地域の人に向けて支援<br>方法を発信した。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |

| 自己 | 外部  | 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 |
| 4  | (3) | ○評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。                                                    | 自己評価は職員全員で行い、常に初心にかえることの出来る、意義あるものと認識している。外部評価で出てきた改善点については、全員で検討しより良い方向に向けて努力している。                              | 管理者は、職員に評価の意義を説明して、全職員に自己評価をするための書類を配布し、職員が記入したものを管理者と計画作成担当者がまとめている。外部評価結果を受けて、目標達成計画を立て、毎月1回の外出支援に取り組んでいる他、緊急時の初期対応の実践研修、緊急時マニュアルの応急処置に虫刺され、火傷、擦過傷を加えるなど、具体的な改善に取り組んでいる。 |                   |
| 5  | (4) | ○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                                     | 2ヶ月に1回開催している。地域包括センター職員、民生委員、第三者委員、地域の消防団員、家族代表、入居者代表、職員代表で意見交換し、避難訓練をはじめとして運営に役立てている。また地域の情報を交換して行事への参加につなげている。 | 会議は2カ月に1回開催している。事業所の現状、行事報告と予定、研修報告、認知症徘徊声かけ訓練、地域の消火訓練等について協議している他、意見交換をしている。地域の動向やニュース、外出支援のための外出先の情報収集を行っているなど、そこでの意見をサービス向上に活かしている。                                     |                   |
| 6  | (5) | ○市町との連携<br>市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実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                                                 | 介護保険課担当職員や、安岡支所の職員と連絡を取り合っている。入居者の介護保険認定の変更申請などの相談をする等、連絡を密にするよう努めている。                                           | 市担当者とは、運営推進会議時や電話、FAX、メールで情報交換や相談をしているなど、協力関係を築くように努めている。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時や介護予防ふれあい講座時に利用者の現状や地域の状況について相談したり、情報を交換しているなど連携を図っている。                                     |                   |
| 7  | (6) | ○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2ヶ月に1回行っている。禁止の対象となる行為について認識し、話し合うことで、目配り、気配りによる拘束をしないケアに取り組んでいる。                                   | 2カ月に1回、運営推進会議時に同メンバーで「身体拘束等防止委員会」を開催している。職員は身体拘束について内部研修で学び、拘束をしないケアに取り組んでいる。事業所の立地環境から玄関は昼間施錠し、外出したい利用者とは職員と一緒に法人内を散策して気分転換を図っている。スピーチロックについては管理者が指導したり、職員同士でも話し合っている。    |                   |

| 自己 | 外部  | 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 |
| 8  |     | ○虐待の防止の徹底<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                  | 勉強会を実施し、日常的に言葉使いの大切さ、対応の問題点を話し合っている。不適切ケアについてチェック方式で振り返りを行い、話し合うなどして個々が自覚を持つことで虐待防止に努めている。                              |                                                                                                                                                                               |                   |
| 9  |     | ○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              | 現在のところ、該当する入居者はいないが、必要に応じて支援できるよう、法人内外の研修会に参加し学んでいる。                                                                    |                                                                                                                                                                               |                   |
| 10 |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                                  | 契約時に時間をかけて十分な説明をし疑問点にはしっかり答え、理解・納得していただけるよう努めている。                                                                       |                                                                                                                                                                               |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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 | 契約時は相談や苦情受付体制、第三者委員、処理手続きについて家族に説明している。また、面会時など要望を受けて、相談に応えている。家族の意見は伝達簿にて速やかに全員に伝えて改善が必要な場合は話し合い改善策を立て実践している。          | 契約時に、苦情や相談の受付体制や第三者委員の明示、処理手続きについて、本人や家族に説明している。面会時や運営推進会議時、サービス担当者会議時の他、年1回の家族会、行事参加時や電話等で家族からの意見や要望を聞いている。家族からの歩行訓練の要望に、法人の理学療法士の協力を得て介護計画に反映して訓練を開始するなど、出た意見や要望を運営に活かしている。 |                   |
| 12 | (8) | ○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                                                | 月1回ミーティングを開催し、意見交換できる場を設けており、日頃から意見を述べやすい職場の空気作りに努め、できるだけ一人ひとりの気持ちを聴くように心掛けている。法人で開催している会議において意見を述べ、スタッフの気持ちや提案を反映している。 | 管理者は、職員の意見や提案を月1回のミーティングや日常業務の中で聞いている他、法人の個人面談の場で意見や提案を聞く機会を設けている。利用者の安全のための椅子のすべり止めマットの設置やトイレ誘導時の介助職員の増員、個人情報保護のための施錠できる書庫の購入、利用者の席の配置や食事形態の変更など、職員の意見や提案を反映させている。           |                   |
| 13 |     | ○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                | 個々に合わせた勤務体制の整備など、働きやすかつ向上心をもって働ける職場環境の整備に努めている。                                                                         |                                                                                                                                                                               |                   |

| 自己                         | 外部  | 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 |
| 14                         | (9) | ○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         | 内外の研修により多く参加できるよう調整し、職員の育成に務めている。参加者はスタッフミーティング時に研修報告し他の職員に伝えている。内部研修は年間計画を作成し、毎月1回職員が交代で講師となり実施することで職員のレベルアップにつなげている。 | 外部研修は、職員に情報を伝え、希望や段階に応じて勤務の一環として参加の機会を提供している。緊急時の介護、高齢者虐待防止と権利擁護など年14回受講している。受講後はミーティング時に復命し、資料を回覧して共有している。資料はいつでも閲覧できるようにしている。法人研修は、肺蘇生実技(AED)、セクハラ・パワハラ、院内感染対策、高齢者の人権と虐待など7回受講している。3ヶ月に1度法人事業所の活動情報交換会に参加している。内部研修は、月1回、年間計画に沿って職員が講師となって実施し、テーマは接遇、転倒転落、感染症、誤嚥・口腔ケア、介護技術、インフルエンザ、ノロウイルス、意識障害、事例検討、認知症、虐待・拘束としている。新任研修は、3日間の法人研修の後、介護現場で管理者が1週間指導し、その後は業務の中で管理者と先輩職員の指導を受けて働きながら学べるように支援している。 |                   |
| 15                         |     | ○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 | 山口県グループホーム協会の研修会に参加し情報交換を行い質の向上に努めている。また、法人内のグループホーム合同会議でも常に情報交換を行い、サービスの向上に努めている。                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<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           | 家族より情報をしっかりと聞き、本人の生活歴や取り巻く環境を理解し、訴えに耳を傾け、本人を理解した上で信頼関係を構築し、きめ細かい配慮あるケアに努めている。                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 17                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<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                      | 入居時に家族からの要望を聞くと共に、協力体制が図れるよう努めている。また医療的な支援が必要になった場合についての具体的なケースについても説明し安心を提供している。                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |

| 自己 | 外部   | 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 |
| 18 |      | ○初期対応の見極めと支援<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       | わたぼうしの生活とサービスがどのようなものであるのかしっかり伝えていく中で、本人と家族の求めている事をキャッチし必要な支援を見極め優先順位をつけて実施対応している。また、PTによる生活機能リハビリや栄養士による栄養状態の相談など他職種との連携を図っている。 |                                                                                                                                  |                   |
| 19 |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<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                       | いつも入居者と同じ視点で同じ方向を見つめ、求めるものには応え、出来た事を共に喜び共に笑い自然に気持ちが共有できるような関係を築いている。                                                             |                                                                                                                                  |                   |
| 20 |      | ○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        | 連絡を密にとるよう心掛け、日々の生活の様子や体調の変化などを細かく伝えて家族と一緒に考え本人にとってよりよい方法で対応するよう努め、共に支え合うようにしている。                                                 |                                                                                                                                  |                   |
| 21 | (10) | ○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                    | 訪れた家族や知人の方々が本人と「ゆったり過ごせるやすらげる場」づくりに配慮している。また、電話や手紙の取り継ぎも随時行って大切な人たちとの縁が途切れないよう援助している。                                            | 家族の面会や親戚の人、近所の知人、友人の来訪がある他、電話の取次ぎや手紙、はがきの交流を支援している。家族の協力を得ての外出等、外泊、一時帰宅、商店での買い物、美容院の利用、墓参り、法事への出席など、馴染みの人と場所との関係が途切れないように支援している。 |                   |
| 22 |      | ○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                | 利用者同士の相性を考慮した配席や、ふれあいのきっかけを提供し、集団の中で孤立を感じることがないように注意深く見守り、必要に応じて間に入ったり声を掛けたりしている。                                                |                                                                                                                                  |                   |
| 23 |      | ○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 | 入院で退居となっても、この先の不安を受け止め、その後のサービスや再入居の相談に乗ったり、他のサービス関係者との懸け橋になれるよう努めている。                                                           |                                                                                                                                  |                   |

| 自己                          | 外部   | 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 |
| 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 |      |                                                                                                        |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 24                          | (11) | ○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                                           | 本人に寄り添い共に生活する中で、一人ひとりの思いや希望を受け止め各人の意向に添えるようにしている。意向の訴えが明確でない方は、記録の「本人の言葉」や表現・行動から推し測ったり、家族から情報を得るなどして職員間で話し合い、本人の思いに添ったケアができるよう検討している。 | 入居時のアセスメントシートを活用している他、日々の関りの中で利用者に寄り添い、利用者の言葉や行動、表情などを「生活活動表」に記録し、一日毎の評価を基に職員が話し合って、思いや意向の把握に努めている。職員は利用者に寄り添い、目線を合わせて話すように心がけ、利用者のいい表情が見られるケアを模索している。ジャズ音楽を聴きたい、コーヒーを一人静かに飲みたい、ぬり絵を集中してやりたい、習字を書きたいなど、利用者一人ひとりの時間を大切にすることを介護計画に組み込んで支援している。困難な場合は家族に相談したり職員間で話し合って本人本位に検討している。 |                   |
| 25                          |      | ○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                                       | 入居時にアセスメントシートを作成、家族より情報収集している。また面会時など 家族との情報交換の場を多く設けるよう努め理解を深めている。                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 26                          |      | ○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                                                     | 食事量、水分摂取量、排泄状況、精神状態などきちんと把握し、通常との変化を速やかに担当看護師に伝え指示を仰ぎ対応している。職員間の報告、連絡、相談を徹底し対応方法など記録伝達している。                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 27                          | (12) | ○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 | 月1回、ミーティング時に定期的なケアカンファレンス、変化のある方のモニタリングを行い、本人・家族・看護師・主治医・リハビリ職員・施設職員それぞれの意見を反映し、現状に即したプランの作成に努めている。                                    | 計画作成担当者と利用者を担当している職員が中心となって、月1回、カンファレンスを開催している。サービス担当者会議の1か月前には利用者の気になることなどをミーティングで話し合っている。会議には家族も加わり本人や家族の意向を聞き、医師や看護師、理学療法士の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。月1回、モニタリングを実施し、6ヶ月毎に見直しをしている。利用者の状態の変化に応じて、その都度見直しを行い、現状に即した介護計画を作成している。                                                 |                   |

| 自己 | 外部   | 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 |
| 28 |      | ○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                                     | 毎日の生活活動表記入やケアシート、ケアプランのチェック記録を活用し心身両面のよりよい支援を目指して職員間で情報を共有し介護計画の改善、見直しに生かしている。                                 |                                                                                                                                                                          |                   |
| 29 |      | ○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                            | 理学療法士が定期的に事業所を訪問し、計画作成担当者と共同して機能訓練や楽しみ生きがいの提供をしている。また、必要に応じてリハビリ参加の支援もしている。本人家族の要望による外出・外泊、家族の宿泊などにも柔軟に対応している。 |                                                                                                                                                                          |                   |
| 30 |      | ○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                                      | 運営推進会議を中心に地域との情報交換が広がっている。地域の方からの情報でお手玉大会に参加するなど地域資源を活用し、より豊かで生き生き暮らせる環境づくりに取り組んでいる。                           |                                                                                                                                                                          |                   |
| 31 | (13) | ○かかりつけ医の受診支援<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                                 | 併設病院への受診および他科受診においては、要望や体調の変化に応じた速やかな対応を行っている。各自の担当医が常態を把握しているので他病院への受診の紹介など適切な処置が出来て家族の安心と信頼を得ている。            | 協力医療機関をかかりつけ医としており、1ヶ月に1回の定期受診の支援をしている。他科受診は家族の協力を得て支援している。受診結果は、家族には面会時や電話で伝え、職員間では、伝達簿に記録している共有している。週3回訪問看護師による健康管理を実施している。休日や夜間の緊急時には協力医療機関と連携して適切な医療が受けられるように支援している。 |                   |
| 32 |      | ○看護職との協働<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                          | 訪問看護師と連携し週3回の体調管理を行っている。バイタルチェック、排泄チェック、水分食事の摂取量、皮膚状態などを確認の上、不調の場合は医師に連絡して受診している。                              |                                                                                                                                                                          |                   |
| 33 |      | ○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、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。 | 併設病院との医療連携があり、本人家族職員の大きな安心につながっている。相談員との情報交換もスムーズに出来ており、家族の希望に出来るだけ応えられるようにしている。希望がありタイミングが合って再入居された方が数名おられる。  |                                                                                                                                                                          |                   |

| 自己 | 外部   | 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         |
| 34 | (14) | ○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     | 契約時に「看取りに関する指針」について家族に説明、同意を得ている。状態の変化があったり、重度化した場合は、その都度家族、主治医、看護師、職員等で話し合い次の支援につなげるために方針を共有して支援している。                           | 契約時に管理者が「重度化した場合の対応に係る指針」に基づいて、重度化や終末期に事業所ができる対応について本人や家族に説明している。実際に重度化した場合は、早い段階で家族の意向を確認し、主治医や看護師と医療機関や施設の移設も含めて話し合い方針を決めて共有し、チームで支援に取り組んでいる。                                                                                                                    |                           |
| 35 | (15) | ○事故防止の取り組みや事故発生時の備え<br>転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。 | インシデント報告に加えヒヤリハット報告を活用し、一人ひとりの状態・リスクを把握し事故防止に努めている。応急手当や初期対応については定期的な勉強会の実施を継続している。また、消防署主催の救命救急の講習にも参加している。                     | 事例が発生した場合、その場の職員が「インシデントレポート控え」と「ヒヤリハットシート」または「事故報告書」に状況や対応等を記録して、職員に申し送り時に伝え、ミーティングで報告すると共に法人の医療安全委員会に提出している。そこでの意見を参考にケアカンファレンスで再検討して利用者一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。法人研修で消防団員による心肺蘇生の実技や内部研修で緊急時の介護、リスクマネジメント、急変時対応、感染症について実践研修をしているなど、全職員が応急手当や初期対応の実践力を身につけるように取り組んでいる。 | ・全職員による応急手当や初期対応の定期的訓練の継続 |
| 36 | (16) | ○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                                                | 施設全体で昼夜年2回の避難訓練と併せホーム独自の火災時避難訓練と地震・水害想定避難訓練をそれぞれ日中想定1回、夜間想定1回の計4回実施している。運営推進会議出席者を含めた緊急連絡網を作成し、災害時における地域との協力体制を築くための働きかけを継続している。 | 年2回、拠点で昼夜の火災を想定した避難訓練を利用者も参加して実施している他、事業所独自で年2回、昼夜想定火災訓練（消火、避難、誘導）と年2回、地震、水害避難訓練を実施している。地元安岡地区防災訓練に職員1名が参加している。緊急時連絡網に地域の民生委員や消防団員等3名が加入しているが、地域との協力体制についての話し合いまでに至っていない。                                                                                          | ・地域との協力体制の構築              |

| 自己<br>外部                 | 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                                                                                                                   |  |
| Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                   |                                                                                                 |                                                                                                                                     |  |
| 37                       | (17) | ○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                 | 敬意を持って丁寧な言葉遣いで接するように心がけている。声掛けは那人その人、話し方、声のトーン、言葉遣いを少しずつ変えるなどしたり、相手の行動を否定批評せず、自尊心を傷つけないよう接している。 | 職員は、内部研修で接遇や認知症ケアについて学び、利用者に対して敬意をもって接し、人格を尊重して、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。記録物などの個人情報は書庫に入れ、ガラス戸に紙を貼って目隠しをするなど、取扱いに注意し、守秘義務を徹底している。 |  |
| 38                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | 本人が思いや希望を言いやすい関係づくりを心がけて自己決定を支援している。自分の思いを表出出来ない方は、表情やしぐさをよく見て気持ちをくむ事が出来るよう努めている。               |                                                                                                                                     |  |
| 39                       |      | ○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 | 担当制で個別対応し、その人の体調や気持ちに寄り添って関わり、会話の中で興味を示したことにそって支援している。                                          |                                                                                                                                     |  |
| 40                       |      | ○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                                   | 自分で出来る人は褒めるなどしておしゃれを認め、出来ない人には、時間をかけても少しでも自分で出来るものを見つけながらサポートしている。毎月訪問理・美容師サービス利用の支援を行っている。     |                                                                                                                                     |  |

| 自己 | 外部   | 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 |
| 41 | (18) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている   | コミュニケーションを取りながら食事の盛り付け、配膳・下膳、テーブル拭き、食器洗い、食器拭き等それぞれその人が出来る事に参加してもらっている。また、季節の行事食、誕生日のケーキ作り、お寿司作りを行うなど、楽しい雰囲気ですぐに食事が摂れるように支援している。                                                                        | ご飯は事業所で炊き、副食は三食とも法人の配食を利用している。利用者の体調によってきざみ食やミキサー食にして提供している。利用者は職員と一緒に、テーブル拭き、盛り付け、下膳、食器拭きなどできることをしている。ランチョマットを置きゆっくりした雰囲気づくりをしている他、食事が楽しい時間になるように、毎月の1日を赤飯、15日を寿司の日としている。季節の料理(おせち、ひな祭り寿司、節分の恵方巻、イワシ料理、年越しそば)、誕生日のケーキづくり、事業所の開設記念日での祝い善、エントランスで中庭を見ながらのコーヒータ임、家族と一緒に食べるクリスマスケーキ、家族の協力を得ての外出など、食事が楽しみなものになるよう支援している。 |                   |
| 42 |      | ○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        | 食事量・水分量をチェックして一人ひとりの状態を把握している。水分については家族の協力を得て好きな飲み物を用意提供したり、とろみをつけるなどして摂取の確保に努めている。糖尿病の方の食事のコントロールやお粥、キザミ食、ミキサー食を用意するなど嚥下障害のある方への対応、本人の食べやすい形状にするなど自力摂取への支援も行っている。食事量が少ない方は主治医に相談し栄養補助食品を処方してもらい補っている。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 43 |      | ○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                 | 食事後、速やかに口腔ケアをしている。個人の能力にあわせたサポートを心がけている。虫歯や抜け歯については家族に相談し院内の歯科受診につなげている。                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 44 | (19) | ○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 | 一人ひとりの排泄パターンや排泄状態を把握すると同時に、本人からのサインを見逃さないようにし、さり気ない形でトイレ誘導を心がけている。                                                                                                                                     | 「生活活動表」を活用して排泄のパターンを把握し、一人ひとりに合わせた言葉かけやさりげない誘導をして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。                                                                                                                                                                                                                                          |                   |

| 自己 | 外部   | 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 |
| 45 |      | ○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                     | 水分補給、運動、腹部マッサージ、起床時の水分摂取などの働きかけをして健康管理に注意を払っている。それでも便秘の方については、訪問看護師の指導にて、緩下剤を服用している。緩下剤服用後は排泄後の急激な血圧の変動などに注意している。 |                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 46 | (20) | ○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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | マンツーマンでの入浴介助にて自分で出来ることはして頂いている。入浴を嫌がられる方には、その日の職員が知恵を出し合って促したり、時間を変えて改めて勧めるなどしている。                                | 入浴は、9時30分から12時までとしているが、利用者が希望する時間に入浴することができる。好みの湯加減にし、好みの入浴剤を使ってゆっくりと入浴を楽しめるようにしている。歌を歌ったり、昔の思い出話をして入浴を楽しんでいる。利用者の体調によって清拭、足浴、手浴、シャワー浴、部分浴の支援をしている。入浴したくない人には無理強いせず、時間をずらしたり職員を代えたり言葉かけの工夫をし、一人ひとりに応じた入浴の支援をしている。 |                   |
| 47 |      | ○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                      | 体調やその人の状態を見て休息を促している。夜間眠れない人については、昼夜逆転にならないよう午睡時間の調整を行っている。                                                       |                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 48 |      | ○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                 | 薬剤師の指導を受けて、すべての人の服薬管理をしている。服薬時は複数の職員で氏名、日時を確認したのち手渡し、確実に飲み込めたかのチェックをしている。症状の変化については、訪問看護師に相談している。                 |                                                                                                                                                                                                                   |                   |

| 自己 | 外部   | 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 |
| 49 | (21) | ○活躍できる場面づくり、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                     | 洗濯物干し、洗濯物たたみ、食器拭き、盛り付け、読書、掃除、塗り絵、書写、計算、数字合わせ、生け花、ラジオ体操、ウォーキング、植物の水やりや世話、しりとりなど活躍できる場面をつくり、生き生きとした生活が出来るように支援している。また、売店まで行き買い物をするなど気分転換をしている。 | 花の苗植えや種まき、プランターや鉢植えの水やり、洗濯物干し、洗濯物たたみ、洗濯物収納、カーテン開閉、枕カバーやシーツの交換、生花、花瓶の水替え、雑巾がけ、床拭き、テーブル拭き、盛り付け、下膳、食器拭き、テレビやビデオの視聴、雑誌や新聞を読む、書写、写経、献立表を書く、歌を歌う、ぬり絵、習字、折り紙、お手玉、カルタ、将棋、輪投げ、ボーリングゲーム、ボール遊び、ヨーヨー釣り、風船バレー、ラジオ体操、リハビリ体操、かんかん娘体操、DVD体操、パズル、ことわざ、しりとり、なぞなぞ、計算、掛け算九九、室内ウォーキング、季節の行事(花まつり、端午の節句、七夕、敬老の日、文化祭、誕生日会、クリスマス会など)、子供神輿、小学生の来訪、公民館でのお手玉大会、リレーマラソン大会への参加、ボランティア(手品、コーラス、フラダンス、甘茶の接待)との交流など、一人ひとりの生活歴や力を活かした活躍できる場面をつくり、楽しみごとや気分転換の支援をしている。 |                   |
| 50 | (22) | ○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。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 | 希望があり体調が良ければ、水族館やコスモス見学などに一緒に出掛けたり、デイケアの車を借りてドライブしたりしている。家族の来所時に本人と外食や美容院、墓参りに出掛けたり、家族と住み慣れた家への外泊の支援も行っている。また、売店への買い物も頻回に行っている。              | 年間計画を立てて外出支援に取り組んでいる。近隣の散歩や買物(花の種苗)、エントランスでの日光浴、中庭での植物鑑賞やお茶会、外気浴、花見(桜、バラ、コスモス)、海響館、みもすそ川公園、長府庭園、火の山、お手玉大会、家族の協力を得ての外食、外泊、一時帰宅、商店での買い物、美容院の利用、墓参り、法事への出席など、利用者の希望に沿って戸外に出かけられるように支援している。                                                                                                                                                                                                                                             |                   |

| 自己 | 外部   | 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 |
| 51 |      | ○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                                                  | お金を持つことで安心される方は家族の希望により、一定額を持って頂いている。個人の所有が困難な人については預かり管理しており、希望に応じて売店でお茶を飲んだりお菓子を買っている。         |                                                                                                                                                                                                               |                   |
| 52 |      | ○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                                                                           | 家族が事前に了解されている方については、要望があれば電話して安心してもらっている。携帯電話を所有している人についてはその使用に関して支援したり、手紙のやり取りの支援も行っている。        |                                                                                                                                                                                                               |                   |
| 53 | (23) | ○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 | 毎日各居室の温度、湿度をチェックし加湿などの対処をして健康的な環境を保つよう環境整備に努めている。また、気持ちが安らぐような花のある空間を設けたり、心地よい音楽を程よい音量で流すなどしている。 | リビングと食堂は大きなガラス窓からの採光で明るく広々としている。ミーティングルームや事務室とはガラス戸で仕切られており、開放的な空間となっている。ところどころにソファを置き、テーブルでは利用者3～4人でパズルを楽しんだり、思い思いに自由に過ごせる場所となっている。玄関やテーブルに季節の花を飾ったり、雛壇を飾って季節を感じることができる。床暖房で温度や湿度、換気に配慮し居心地よく過ごせるように工夫をしている。 |                   |
| 54 |      | ○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                                                      | 広い廊下やロビーの各所にソファを置き、思い思い気に入った場所でくつろげるような空間づくりを工夫している。                                             |                                                                                                                                                                                                               |                   |
| 55 | (24) | ○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                                          | 本人馴染みの家具や小物を置き、これまでの住まいに近い環境づくりが出来るよう家族と一緒にいる。また、転倒のリスクの高い人については、安全面に考慮した配置にしている。                | 机、椅子、タンス、座机、テレビ、電気スタンド、カラーボックス、衣装ハンガー、ぬいぐるみ、時計、週刊誌などを持ち込み、生花を飾り、壁にカレンダーや自分の作品（ぬり絵など）を飾って、居心地よく過ごせるように工夫している。                                                                                                  |                   |
| 56 |      | ○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                                            | バリアフリーでトイレの段差がない事で、自力で排泄、バリアフリーの長い廊下を利用した歩行訓練・自主的なウォーキングなど、自立した生活が送れるよう工夫している。                   |                                                                                                                                                                                                               |                   |

## 2. 目標達成計画

事業所名 グループホームわたぼうし

作成日: 令和 2 年 5 月 25 日

| 【目標達成計画】 |      |                          |                                         |                                                                      |            |
|----------|------|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題             | 目標                                      | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容                                                   | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 35   | 全職員による応急手当や初期対応の定期的訓練の継続 | 実技を取り入れた応急手当、初期対応の訓練の実施により、全職員が対応可能になる。 | 職員を講師とし、実技を取り入れた応急手当や初期対応の定期的な勉強会を実施する。また、外部研修として一次救命処置の実践研修へ全員参加する。 | 1年         |
| 2        | 30   | 地域との協力体制の構築              | 運営推進会議の出席者を中心とした緊急時の協力体制の構築             | 安岡地区防災訓練や地域の行事に参加し、地域との協力体制をつくることで、災害時の二次避難の協力につなげる。                 | 1年         |
| 3        |      |                          |                                         |                                                                      |            |
| 4        |      |                          |                                         |                                                                      |            |
| 5        |      |                          |                                         |                                                                      |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。