

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 |
| <b>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                           | 理念を居間に掲げ、職員は理念の内容を意識し実践に向けて取り組んでいる。月1回の部署会議で理念を振り返る機会を設けている。      | 「共に生活できる家づくり」という事業所独自の理念をホール内の目に付く場所に掲示し、意識付けと共有を図り、実践につなげている。開設当初に作成された理念であるが、利用者のニーズや事業所の状況の変化もあることから、現状に合った理念への作り変えに向けて全職員で検討中である。   |                   |
| 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                           | 地域のボランティアの受け入れや茶話会にお誘いしたりし交流している。又、地域向け広報誌を発行し日常的に交流が出来るように努めている。 | 地域向けの広報誌を定期的に配布し、ホーム内の様子等の情報発信をしたり、ホームの見学や納涼祭等のイベントへの参加を呼び掛け、地域との交流に努めている。また、地域の方が傾聴ボランティアに来てくれたり、避難訓練にも参加して頂いている。避難訓練後には茶話会を開催し、交流の場を設けている。  |                   |
| 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                         | 母体の診療所や支援センター、併設の小規模多機能型居宅介護や訪問看護ステーションと共に、地域の方からの福祉相談を受けている。     |   |                   |
| 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      | サービスの実態や取り組みを報告し、出席者からの意見を管理部会議や部署会議にて分析し、サービス向上につなげている。          | 2ヶ月に1回、併設の小規模多機能型事業所と合同で、利用者代表・家族代表・地域住民代表・市職員・地域包括支援センター職員などのメンバーで開催している。事業所の現状報告や外部評価結果を報告し、取り組み内容や課題等について話し合い、また、アドバイス等も頂き、理解と支援を得られる良い機会として活かされている。出された意見やアドバイス等は会議で取り上げ、サービス向上につなげている。 |                   |
| 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に取り組んでいる                | 運営体制等、市の担当者や地域包括支援センター職員と連携を取り相談、意見をもらい連携を図っている。                  | 市の担当者が運営推進会議メンバーであり、事業所の取り組みを理解してもらおうと共に、改善に向けたアドバイスや入居希望者の情報提供を受けたりしている。また、日頃からこまめに連絡をとり相談し、連携を深めている。  |                   |
| 6               | (5)   | 身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 法人研修や内部研修で身体拘束について学習や確認を行い、理解を深め日々の援助に活かしている。                     | 身体拘束排除の研修を年間の研修計画に組み込み、定期的に学んでいる。また、新規職員を対象とした研修プログラムにも組み込まれており、管理者が指導に当たり、職員への周知を徹底している。職員は各種研修を通じて理解を深め、身体拘束排除に向けて取り組んでいる。  |                   |
| 7               | (5-2) | 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      | 内部研修を設け、虐待が見過ごされることが無いよう注意を払い、防止に努めている。法人独自のマニュアルを整備している。         | 身体拘束と同様に研修会を実施し、虐待の防止について学んでいる。また、高齢者虐待に該当する具体的な行為や虐待を発見した時の連絡等の対応が詳細に記述された法人の虐待防止マニュアルが整備されているほか、市の虐待防止マニュアルも配備し、虐待防止に努めている。   |                   |

| 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 |
| 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    | 権利擁護を実際に活用し、利用者の要望に応じて支援している。   |  |                   |
| 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                         | 契約書、重要事項説明書の他、ホームでの生活についても丁寧に説明し納得してもらおう努力をし、利用者や家族の立場に立った手続により、相互信頼関係を基盤としている。   |  |                   |
| 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ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 利用者が意見や要望等、話しやすい環境を整備し日々のケアに反映している。家族が意見を言いやすいように外部機関窓口設置の他、玄関に意見箱(にじのはこ)を設置している。 | 利用者には日々のかかわりのなかで意見や要望を聞き取るよう努めている。家族には面会時や定期的な電話連絡時などの機会に意見を寄せてもらっている。利用者の「仕事が欲しい」との声を受け軽作業を用意したり、家族の「職員の顔と名前が知りたい」との意見を受けホーム便りに職員の顔写真・名前と一言コメントを掲載するなど、要望等には柔軟に対応している。            |                   |
| 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                                      | 代表者は職員の提案や意見を聞く会議を開催している。管理者は月1回の部署会議を通じて提案や意見を運営に反映している。                         | 管理者や主任は日頃から職員の意見・提案を聞くように努めている。また、部署会議(事業所内の会議)を毎月開催し、あらためて職員の意見や提案を聞く機会を設け、全員で話し合いケアや業務に反映させている。職員の要望により、勤務時間帯が変更された例がある。代表者へは管理者が取りまとめたうえで法人の管理会議で提議することで伝わり、運営に反映させる仕組みが作られている。 |                   |
| 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      | 福祉関係資格取得に対して手当の支給、賞与の支給、通信教育の費用補助など、やりがいのある職場環境と条件に配慮している。                        |  |                   |
| 13 |     | 職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 法人、事業所内で定期的に研修を行い、受講できる機会を設けている。  |  |                   |
| 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 | 県グループホーム協会や市の研修を通じて、他事業所と交流を持ち、各種研修や事例検討等により、サービスの質向上に努めている。                      |  |                   |

| 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 |
| <b>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 | 事前面接時、本人や家族の身上を把握すると共に、その思いや不安を受け止め納得のいく説明や事前見学を実施したりし、安心と信頼が得られるように努めている。       |   |                   |
| 16                       |       | 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            | 入居前に家族の意向とホームに臨むこと等を引き出し、安心と信頼が得られるように努めている。                                     |   |                   |
| 17                       |       | 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        | 本人や家族が今必要とされるサービスを見極め、緊急性及び本人の背景を考慮し、他事業所と連携し対応している。                             |   |                   |
| 18                       |       | 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                        | ゆったりとした環境の中、互いに寄り添い作業を一緒に行ったり共に生活し、行動や会話から学び認め合い感謝している。                          |   |                   |
| 19                       | (7-2) | 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         | 家族と寄り添うことを大切に、本人を支えていくための情報を共有し、協力していただいている。又、年2回家族会を行い、本人と一緒に過ごしていただく時間を企画している。 | 毎月、行事や日頃の様子の写真と利用者個々の近況報告を記載したホーム便りを送付したりこまめに連絡を取り、家族との情報共有を密に行うよう努めている。利用者と共に過ごしてもらう時間が増えるよう、面会時にはゆっくりとしていってもらえるよう配慮し、一緒に食事をして頂いたり、家族用の布団や簡易ベットを用意し家族の宿泊の支援も行っている。 |                   |
| 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                     | 家族や知人が来られた際は、ゆっくり過ごしていただけるように支援している。時に電話をかけたたり、外出時に馴染みに場所へ寄らせていただいている。           | 入居時に本人・家族から馴染みの人や場所について聞き取りを行い把握している。入居後も日々の会話等から把握に努め、得た情報は記録し共有している。職員が友人宅や以前の職場へ連れて行ったり、馴染みの美容室を利用できるよう取り計らうなど、関係が継続できるよう支援に努めている。                               |                   |
| 21                       |       | 利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                  | 気の合う利用者同士、良好な関係が築けている。孤立しがちな利用者には職員との関わりを通して周囲とのコミュニケーションを図っている。                 |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 他施設や医療機関へ移られた方への面会、サービス終了後も関わりが必要と思われる利用者や家族には、その都度連絡や相談を受ける体制がある。    |  |                   |
| <b>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   | 日々の生活を通じて個々の言動や表情等から思いや気持ちを推測すると共に、家族の希望や意向を聞きながら検討している。              | 日々のかかわりの中で会話や表情などから、希望・意向の把握に努めている。得られた情報はケース記録や申し送りノートに記載し、職員間で共有するとともに介護計画に反映させている。また、介護計画更新時にアセスメントシートを併せて更新し、情報を定期的に整理している。  |                   |
| 24                              | (9-2) | 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                                       | 利用者や家族、以前使われていたサービス事業所等から、情報を得て把握に努めている。                              | 入居前に本人・家族から詳細に情報収集し把握している。これまでの介護サービス利用の経過についても前の介護支援専門員や施設等から情報提供を受け、把握している。入居後も把握に努め、訪問者等から新たな情報を得たり、また、3ヶ月毎に再アセスメントを行い、情報更新を行っている。  |                   |
| 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   | ミーティングや個人記録等により、個々の現状を伝えあい把握している。                                     |  |                   |
| 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 | 介護計画作成前に担当職員から本人や家族の意見や意向を聞き、検討会で意見交換を行い、その方に合った介護計画を作成している。          | モニタリングチャートを活用し介護計画の日々の実施状況を確認し、利用者の状態や課題の把握に努めている。把握した情報を基に3ヶ月毎にモニタリング、6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。計画の見直しに際しては、事前に計画の評価結果を本人・家族に報告し、希望・意見を伺った上でサービス担当者会議を開催し、本人・家族の希望・意見や職員の提案等を反映させ、その方に合った介護計画を作成している。 |                   |
| 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                        | 生活の様子や状態変化など個別の記録や連絡ノートを用い全職員が情報を共有できるよう徹底している。又、介護計画の見直しや評価にも活用している。 |  |                   |
| 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               | 本人や家族の状況に応じて母体診療所や法人機関と連携をとり、柔軟な対応をしている。                              |  |                   |

| 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 |
| 29 |        | <p>地域資源との協働</p> <p>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</p>                                      | <p>本人の意向や必要性に応じ民生委員やボランティア、消防等に協力を求めたり相談を行っている。</p>                         |  |                   |
| 30 | (11)   | <p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>                                  | <p>本人や家族が希望している医療機関で受診している。又、日々の状態を主治医へ伝えたり連絡を取り合っている。</p>                  | <p>本人・家族が希望するかかりつけ医での受診となっている。家族同行の受診の際には医師宛の経過報告書を用意したり、必要に応じて管理者が同行して状態の説明等を行い、情報提供を行っている。経営母体の生協診療所とは特に緊密に連携しており、月2回の往診のほか、情報を共有して適切な医療が受けられるよう支援している。</p>  |                   |
| 31 |        | <p>看護職との協働</p> <p>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</p>                          | <p>母体診療所と医療連携体制加算契約により、看護師が月4回の訪問による状態確認、24時間体制で気軽に相談ができ支援していただいている。</p>    |  |                   |
| 32 |        | <p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入院中は病院関係者と情報交換を行い、早期退院に向けた対応に努めている。又、母体診療所医師に状況を伝え、退院後の対応について相談している。</p> |  |                   |
| 33 | (12)   | <p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p> | <p>利用者や家族の意向を尊重し、家族や関係機関と対応方法を話し合い、その人らしい終末期が迎えられるよう情報を共有し支援している。</p>       | <p>重度化した場合や看取りに関する指針が用意されており、契約の段階でホームの方針や対応しうる範囲等を説明し、意向等を伺いながら話し合い、同意を得ている。入居後も療養に関する意向調査を定期的実施し、重度化に備え早期から家族・かかりつけ医・看護師など関係者と話し合い方針を決定・共有し、家族の不安軽減に努めながら支援に取り組んでいる。看取りを行った例もあり、法人内の医師や看護師と連携し、医療生協ならではの手厚い支援体制が構築されている。</p> |                   |
| 34 | (12-2) | <p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>  | <p>心肺蘇生・AED操作の講義及び実技を学び実践力を身につけている。</p>                                     | <p>併設の小規模多機能型事業所と合同で、看護師の指導のもと救急救命の講義と訓練を定期的実施し、全職員が学んでいる。医療機器メーカーからダミー人形を借り、心肺蘇生、AED操作、ハイムリッチ法など、実践的な訓練が行われており、実際の場面で活かせる技術を全職員が身につけている。</p>  |                   |
| 35 | (13)   | <p>災害対策</p> <p>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</p>  | <p>年2回避難・消火訓練を行っている。又、地域の方や町内会長からも避難訓練に参加していただき、避難時には協力していただけるように努めている。</p> | <p>年2回、併設事業所と合同で昼夜共に想定した避難訓練を実施している。併設事業所・隣接の老人ホームと連携し、職員の協力体制や互いの施設への避難方法を確認をしながら実践的な避難訓練が行われている。地域住民の参加を得ているほか、避難時の協力依頼がしてある等、地域との協力体制を築いている。また、地震等の自然災害に備え、マニュアルの整備や備蓄品の準備もされている。</p>                                       |                   |

| 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 |
| <b>. 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                   | 職員の言動や対応に十分に注意し、互いに指摘しあえる環境作りに努めている。又、内部研修を行い学ぶ機会を設けている。                  | 新任研修と定期的な内部研修で接遇とプライバシー確保について学んでいる。職員間でも互いに注意を払い、また、管理者や主任が折に触れて再確認を指導し、周知徹底が図られている。トイレ誘導は羞恥心に配慮した対応がされており、記録類も利用者の目に入らないように記入しプライバシーの確保に努めている。       |                   |
| 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                     | 利用者自身が自己決定できる場面作りに努め、意思表示の困難な方には、表情の読み取りや本人の雰囲気やキャッチしながら自己決定できるように支援している。 |   |                   |
| 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 | 利用者個々のペースを保ちながら、本人の気持ちを尊重し個別性のある支援をしている。                                  |   |                   |
| 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                                  | 本人や家族から意向を聞きながら、その人らしい身だしなみができるよう支援している。                                  |   |                   |
| 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     | 一人ひとりのできる事を見極めながら、利用者と職員と一緒に準備や片付けを行っている。又、行事食や外食を取り入れている。                | 日々の食事は厨房による調理の為、利用者は調理には関わらないが、食卓の準備や盛り付け、後片付けや食器拭き等、一人ひとりの力に合わせて職員と共に行っている。誕生会等の行事時にはリクエストメニューを実施したり、外食の機会も設け、食事を楽しむための工夫を行っている。今後は調理レクにも力を入れる予定である。 |                   |
| 41                             |      | 栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 管理栄養士が毎日の献立を立てており、バランスの取れた食事が提供されている。又、利用者個々の食事形態や量、バランスを考え提供している。        |   |                   |
| 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                   | 利用者個々に応じた見守りや介助を行っている。就寝前の義歯預かりや洗浄を行うなど、本人を配慮しつつ清潔保持に努めている。               |   |                   |

| 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   |
| 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むけた支援を行っている                              | 利用者個々の排泄サイクルをチェック表で把握し、状態に合わせた支援について検討し取り組んでいる。                                 | 排泄チェック表を活用してパターンを把握し、適時に声をかけトイレ誘導し、自立にむけた支援を行っている。紙パンツやパット類については、利用者の気持ちを考えながら職員で使用根拠などを話し合い、排泄の自立に向け、安易な使用は避けるよう取り組んでいる。   |   |
| 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  | 排便状況を把握し、水分摂取や食物繊維、乳製品を含む食品を使う他、その人にあった運動を働きかけている。                              |   |   |
| 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、個々にそった支援をしている                        | ゆったりと入浴できるように時間や順番、体調や状況にも柔軟に対応している。  | 週に2回の入浴を基本としているが、希望があれば毎日でも入浴することが可能となっている。午後は職員とふれあい、ゆっくりしてもらう時間としているため、午前中の入浴を基本としているが、希望があれば午後入浴にも対応している。風呂の嫌いな方には、無理強いせず、順番を変えたり声のかけ方を工夫し、気持ちよく入浴してもらえるよう支援している。          |   |
| 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   | 利用者個々の生活パターンやその日の状態に合わせて、休息がとれるように支援している。                                       |   |   |
| 47 |      | 服薬支援<br>一人ひとり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   | 利用者個々の服薬ファイルがあり、常に服薬の支援と症状の変化が確認できる。  |   |   |
| 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                             | 今まで過ごして来られた生活の中での役割や習慣を大切に、ホームでの生活で可能な事は継続していただいている。又、個々の役割を見出し楽しみ気晴らしの支援をしている。 |   |   |
| 49 | (18) | 日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。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 | その日の天候や利用者の体調を考慮して、散歩や買い物、併設施設に出掛けている。  | 天気が良ければ散歩に出かけたり、近隣のドラッグストアへ日用品の買い出しや、隣のデイサービスを訪問するなど日常的に外出している。また、季節に応じたバスハイクを実施し、花見や紅葉見物、イングリッシュガーデンや神社で地元の名物料理を楽しんでいる。普段行けないような場所への外出機会を増やしたいと考えているが、職員や車両の都合から実現が困難な状態である。 | 日常的な外出支援に限らず、特別な楽しみ場所等、行きたい場所への外出支援を行うことは、本人の意欲や自立を保つためにも大切なことである。家族や地域の人々にも協力を仰ぎ、普段行けないような場所への外出機会を増やすような取り組みを期待したい。 |

| 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 |
| 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  | 利用者個々の状態を考慮し、本人や家族の同意を得て現金を所持し外出時には使用している。                 |  |                   |
| 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   | 希望による支援はもちろん、職員側からのさりげない働きかけでやり取りができています。                  |  |                   |
| 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 | ホールには季節感のある飾り付けがされ、大きな窓があり採光性もよい。食事時のテレビの音量にも気を配るようにしている。  | ホール・廊下の床は落ち着いた色調のクッションフロアであり、利用者の体に優しい作りとなっている。ホールはユニット間の仕切りが外されており、利用者は両ユニットを行き来することができ、また廊下の奥には談話コーナーとして畳のスペースが用意されており、利用者は好きな場所で思い思いに過ごしている。季節感のある装飾物や利用者作品が展示されており、温かい雰囲気づくりがなされている。清掃・消毒は毎日おこなわれ清潔保持されており、光や室温の調節など快適に過ごせるよう配慮している。 |                   |
| 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  | ソファや畳コーナーなど、思い思いに過ごせるように支援している。                            |  |                   |
| 54 | (20) | 居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 慣れ親しんだ物に囲まれ生活できるよう入居時に、本人や家族に馴染みの物品の持ち込みを働きかけている。          | 本人・家族と相談し、馴染みの家具や装飾品等を持参してもらい、それぞれの利用者の居心地の良さを配慮している。本人・家族の希望により夫婦で一緒に部屋で暮らせるよう対応するなど、希望には柔軟に対応し、一人ひとりが居心地良く過ごせるよう配慮している。  |                   |
| 55 |      | 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「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   | 利用者個々の状態に合わせて手摺りが設置されている。又、安全な環境作りを目指し、その都度対応を検討し改善に努めている。 |  |                   |



| サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 |  | 項目 |   | 取り組みの成果<br>該当する項目に 印 |  |
| 56   | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | 1. ほぼ全ての利用者の         |  | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | 1. ほぼ全ての家族と          |  |
|  |  | 2. 利用者の2/3くらいの       |  |    |   | 2. 家族の2/3くらいと        |  |
|  |  | 3. 利用者の1/3くらいの       |  |    |   | 3. 家族の1/3くらいと        |  |
|  |  | 4. ほとんど掴んでいない        |  |    |   | 4. ほとんどできていない        |  |
| 57   | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | 1. 毎日ある              |  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | 1. ほぼ毎日のように          |  |
|  |  | 2. 数日に1回程度ある         |  |    |   | 2. 数日に1回程度           |  |
|  |  | 3. たまにある             |  |    |   | 3. たまに               |  |
|  |  | 4. ほとんどない            |  |    |   | 4. ほとんどない            |  |
| 58   | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | 1. ほぼ全ての利用者が         |  | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | 1. 大いに増えている          |  |
|  |  | 2. 利用者の2/3くらいが       |  |    |   | 2. 少しずつ増えている         |  |
|  |  | 3. 利用者の1/3くらいが       |  |    |   | 3. あまり増えていない         |  |
|  |  | 4. ほとんどいない           |  |    |   | 4. 全くいない             |  |
| 59   | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | 1. ほぼ全ての利用者が         |  | 66 | 職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | 1. ほぼ全ての職員が          |  |
|  |  | 2. 利用者の2/3くらいが       |  |    |   | 2. 職員の2/3くらいが        |  |
|  |  | 3. 利用者の1/3くらいが       |  |    |   | 3. 職員の1/3くらいが        |  |
|  |  | 4. ほとんどいない           |  |    |   | 4. ほとんどいない           |  |
| 60   | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | 1. ほぼ全ての利用者が         |  | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | 1. ほぼ全ての利用者が         |  |
|  |  | 2. 利用者の2/3くらいが       |  |    |   | 2. 利用者の2/3くらいが       |  |
|  |  | 3. 利用者の1/3くらいが       |  |    |   | 3. 利用者の1/3くらいが       |  |
|  |  | 4. ほとんどいない           |  |    |   | 4. ほとんどいない           |  |
| 61   | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | 1. ほぼ全ての利用者が         |  | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | 1. ほぼ全ての家族等が         |  |
|  |  | 2. 利用者の2/3くらいが       |  |    |   | 2. 家族等の2/3くらいが       |  |
|  |  | 3. 利用者の1/3くらいが       |  |    |   | 3. 家族等の1/3くらいが       |  |
|  |  | 4. ほとんどいない           |  |    |   | 4. ほとんどできていない        |  |
| 62   | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<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           |  |    |   |                      |  |