

## 1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 26年 3月30日

## 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| 事業所番号   | 4670900184                          |
| 法人名     | 有限会社 めぐみ福祉会                         |
| 事業所名    | 大口めぐみの里                             |
| 所在地     | 鹿児島県伊佐市大口480番地<br>(電話) 0995-25-2323 |
| 自己評価作成日 | 平成26年2月1日                           |

※事業所の基本情報は、WAMNET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.wam.go.jp/">http://www.wam.go.jp/</a> |
|-------------|---|

## 【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NPOさつま      |
| 所在地   | 鹿児島県鹿児島市下荒田2丁目48番13号 |
| 訪問調査日 | 平成26年2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)】

1. 家庭的な環境と地域との交流のもとで、自由なやすらぎと憩の場を提供します。
2. 個人の尊厳を損なうことなく自立を手助けします
3. 満足と生きがいを持って頂けるように努めます。
4. 職員一人一人が認知症ケアについて、日々学びの姿勢を忘れず研修に積極的に参加し、ケアに生かしている。
5. 事業所の理念は毎日職員が朝礼で唱和し、理念に基づいた介護に取り組んでいます。
6. 利用者の居室や共同の場所の掃除は行き届いており、環境も整備されている。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

伊佐市大口の郊外、閑静な住宅地に立地し、周辺は自然環境にも恵まれて四季を感じながらの散歩にも安全で最適である。開設して14年となるグループホームで、早い時期から自治会にも加入して地域との良好な関係を築き、防災対策においても、数年前に水害に遭っている地域ということもあり、共に助け合う体制が築かれている。また、運営推進会議での提案もあり「介護110番の家」としてホームの高齢化が進む当地区の相談窓口ともなっている。

離職が少ない職場で現在10代から70代の職員がおり、互いに助け合い、教わる姿勢で介護福祉士やケアマネジャーへの資格取得に向けたチャレンジや質の向上に向けてのさまざまな取り組みが行われている。

重度化や終末期における支援も職員はホームの方針を共有して、ホームで出来る最大限の支援に取り組み、これまでに主治医・看護師・家族がチームとなって本人・家族の思いや意向に沿った看取りも行われている。

「安心してお願いしています」「入居してから明るくなりました」など多数の感謝のコメントが寄せられていることから家族とも良好な信頼関係が築かれていることが伺われ、離れていても家族との絆が途切れないように一時帰宅や外出などをお願いして家族も共に支援する体制を築いている。

ホーム全体にやさしい雰囲気があり、明るく落ち着いた日常生活が送れていることが利用者の穏やかな表情からも伺われる。

| 自己評価               | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|--------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                    |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>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踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員はその理念を共有して実践につなげている                       | 事業所で独自に作りあげた理念を、事業所で働く職員一人ひとりが理念に応じた介護の実践につなげている。                       | 理念は地域密着型サービスとしての意義を理解し職員の意見を集約して作成したものである。玄関と共用空間の職員の目につきやすい個所に掲示して日常のケアで迷ったときなどに理念を確認するように職員に周知徹底している。また、理念とは別で日々の目標を立ててより質の高いサービスを目指している。                            |                   |
| 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                      | 行事や季節の催しなどの関わりだけでなく、普段の暮らしの中で、近所の人たちが立ち寄りたり遊びに着たり、畑でとれた作物を、おすそわけにこられる。  | 地域とは良好な関係が築かれており、開設間もない頃より自治会に加入して地域行事への参加や清掃活動・総会・会合等にも職員が積極的に参加している。また、運営推進会議において地域からの要望で「介護110番の家」として地域の相談窓口にもなっている。校区の小学校とも運動会見学や学習発表会の招待などで交流があり、体験学習の受け入れも行っている。 |                   |
| 3                  |      | ○事業所の力を生かした地域貢献<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生かしている                    | 実習や研修などを受け入れる時は、入れ替わり立ち代り訪れることによって、利用者が混乱や不安がないように、プライバシーにういても十分配慮している。 |  |                   |
| 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 | 自己評価、外部評価の結果とともに、事業所の現状を明らかにし、目標を実現するために、経過を報告しあい、一つ一つ積み上げていくようにする。     | 自治会長・民生委員・駐在所・地域の知見者等・家族・行政・包括支援センター職員など毎回幅広い業種の方々の参加で開催している。ホームの状況報告・活動報告・社員研修報告などが行われ、行政からの情報、地域の防災対策や問題点などの話し合いも行われている。家族の参加は代表者となっているが、ホーム便りで毎回会議の内容を家族に報告している。    |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連携を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 市町村の理解や支援が必要である。事業所の実態を市町村担当者によく知ってもらい情報を共有していく。認知症ケアの実際を共有することが大切である。   | 運営推進会議に毎回市役所職員と包括支援センター職員の参加があり、ホームの実情や取り組みを伝えている。他にも必要に応じて市の担当者とは連携を図るように努めている。   |                   |
| 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 | ミーティングや日々の申送りなどでその一日を振り返る。利用者が、外出したいときは止めないで、声かけをし、一緒についていく。その日の気分や状態をキャッチすることで、自由な暮らしを支援する。身体拘束ゼロへの勉強会を行っている。 | 日常の業務で疑問が生じたら職員間で都度話し合いを行って禁止の対象となる具体的な行為について正しく理解できるように取り組んでいる。また、毎月のミーティング時にも必要に応じて勉強会を行うなど拘束のないケアの実践に取り組んでいる。日中は玄関の施錠などせずに職員間の連携で安全で自由な生活を支援している。 |                   |
| 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                                      | 職員のストレスが利用者のケアに影響がないようにしている。ミーティングなどを実施し、虐待防止にむけた取り組みをいこなっている。   |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                 | 成年後見制度の研修に参加するなどの努力はしているが、まだ、支援できる体制が万全とはいえない。   |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 9    |      | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている</p>                     | <p>契約の改訂をするときは利用者家族等に説明を行い、納得を得ている。</p>  |  |                   |
| 10   | 6    | <p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>                 | <p>自分の思いや意見を、上手に表すことができない利用者がいる。家族に手紙や、家族会などで問いかける。なんでも言ってもらえる雰囲気づくり、出された意見などは、ミーティングで話し合いをする。</p>       | <p>家族の来訪時や電話連絡時、担当者会議、家族会等に意見・要望を聞き出すように努め、外部者へ表せる機会として第三者委員も設置して、重要事項説明書に明記している。出された意見・要望についてはミーティング時に職員間で話し合い、サービス向上に活かしている。</p> |                   |
| 11   | 7    | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>                                 | <p>ミーティングを月一回行い意見を聞くようにする。コミュニケーションを図るように、心がける。</p>  | <p>毎月、全員参加のミーティングを行い、意見・提案を話し合っている。職員からは活発に利用者の処遇やサービス向上に向けた意見が出て運営に反映させている。離職がほとんどない事業所で就業環境も整備されている。</p>                         |                   |
| 12   |      | <p>○就業環境の整備</p> <p>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</p> | <p>運営者は、現場でおきている状況や変化を把握する。代表者も頻りに現場に来て、利用者や過ごしたりしている。職員の資格取得に向けて支援を行っている。健康診断の実施等心身の健康を保つため対応をしている。</p> |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13   |      | <p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>          | <p>職員に対して計画的な人材育成に取り組んでいる。非正規職員にもチームの一員として研修に参加の機会がある。外部研修、内部研修をなるべく多くの職員が受講できるようにしている。</p> |      |                   |
| 14   |      | <p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p> | <p>職員が勉強会や親睦会を通じて、他の事業所との交流を深めている。</p>  |      |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                             |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |  |      |                   |
| 15                          |      | <p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p> | <p>本人の不安を受け止め安心して頂く。本人と会い心身の状態や思いに向き合い、受け入れられるような関係づくりをする。</p>                     |      |                   |
| 16                          |      | <p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>            | <p>相談に訪れた時家族にとって今なにが困っているのか、家族の苦労やいままでの状況を聞き、家族の求めている事柄を理解し、次のステップの相談へと繋げている。</p>  |      |                   |
| 17                          |      | <p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>        | <p>利用前に職員が面会に行ったり、事業所に来てもらう。短時間でもいいので過ごしてもらい、徐々に馴染んでいくようにする。状況を確認し、信頼関係を築いていく。</p> |      |                   |
| 18                          |      | <p>○本人と共に過ごし支え合う関係</p> <p>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</p>                           | <p>利用者の得意分野で力を発揮してもらい、気持ちや感謝するという関係性を築く。職員が利用者から優しい言葉をもらったり、励ましてもらうこともある。</p>      |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br><br>職員は、家族を介護される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | あくまでも本人と家族の支援者であり、両者の関係を踏まえ、よい関係を築いていくための支援に努める。そして、家族と同じ思いでいることを伝えている。              |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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                     | いままでの生活の延長線上であるよう、知人、友人等に会いに帰宅されたり、電話、手紙での連絡をとれるように支援する。                             | 本人の希望による一時帰宅やお墓参り、冠婚葬祭、出身地区の敬老会、美容室の継続など家族の協力をもらいながら関係が途切れないように支援している。また、出身地の民生委員や友人知人の訪問もあり、訪ねやすい雰囲気作りに配慮している。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br><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                 | 楽しく気の合う人々の中で過ごせるようようにする。心身の状態や気分、感情で日々変化することもある食事の時間は職員も一緒に同じテーブルで食べ多くの会話をもつようにしている。 |   |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取り組み<br><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 | サービスの利用が終了された方も行事に招待したりして、遊びに来て頂く。他事業所に移られた場合、情報提供を行い、きめ細かい連携を心がけている。                |   |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |   |                   |
| 23                                 | 9    | ○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   | 利用者がその人らしく暮らし続けるために、「一人ひとり」の思いや意向を把握する。職員も利用者の意向に関心を持ち、理解し、支援に結びつくようにしている。        | 日常の会話から思いや意向を把握するように努め、困難な利用者は家族や関係者からの情報と日常の表情や言動、選択肢を設けて決定してもらうなどの工夫で把握するようにしている。特に受診の際の待ち時間や家族の面会后など自分の感情を表してくれることが多い。 |                   |
| 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                                       | その人の生活歴やライフスタイル、個人や価値観を把握する。また、小さな事柄でも情報を伝えてもらっている。                               |   |                   |
| 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   | 利用者個人個人の生活リズムを理解し、小さな動作から感じとる。できない事よりできる事に着目し、本人の全体像の把握に努める。                      |   |                   |
| 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 | 本人をよく知る家族や関係者と話し合いながら、意見要望を反映した介護計画の作成をする。状態の変化が生じた場合には、見直しを行い、利用者主体の計画の作成を行っている。 | 本人・家族の生活に対する意向や思いなどを聞いて本人本位の介護計画を作成している。毎月のミーティング時に職員全員でモニタリングを行い、必要に応じて見直しを行っている。また、変化がなくても定期的に見直しを行って現状に即した介護計画を作成している。 |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br><br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている          | 職員全員が情報を共有するために、個別に食事水分量、排泄等身体的状況および日々の暮らしの様子や本人の言葉を記録している。利用者の状態変化は、ケア記録に記載して、すべての職員が確認できるようにしている。 |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br><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、家族の状況や必要に応じて、通院や送迎など必要な支援をおこなっている。   |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br><br>一人ひとりの暮らし方を支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を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          | 利用者が安心して、地域生活を継続していくために、団体や民生委員等の存在を把握している。警察、消防、公民館など普段から連絡をとっている。本人の希望に応じて理美容サービスを利用している。         |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br><br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している      | 馴染みのかかりつけ医や希望する医療機関に受診する。家族同行の受診ができない時は職員が代行している。   | 本人・家族の希望するかかりつけ医の受診を支援している。本人・家族の状況に応じてホームからも受診同行している。受診後は都度家族に報告している。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 利用者の体調や表情の変化を見逃さないよう早期発見に取り組んでおり変化に気づいたときは看護職に報告し、適切な医療につなげている。                                       |  |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。または、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている | 入院によるダメージを防ぐため、病院との情報交換を密に行ない事業所内での対応可能な段階で早く退院できるようにする。2～3日に一回は職員が見舞うようにしている。                        |  |                   |
| 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、早い段階から本人や家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 本人にとっての終末期にどうあるべきか、事業所が対応し、家族とともに最大の支援ができるように話しあう。他の利用者の影響も踏まえて対応を検討する。医師、職員が連携をとり、納得した最期が迎えられるようにする。 | 重度化や終末期におけるホームの方針は指針を作成して入居時に説明している。入居後は医師の判断の下家族と方向性を話し合い本人・家族の希望に沿った支援に取り組んでいる。これまでに看取りの実績もあり、看護師を中心として緊急時対応の勉強会も行い医師・看護師・家族・職員がチームとなって支援している。 |                   |
| 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、すべての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 職員が救命救急の勉強会を必要に応じて行っている。消防署の協力を得て、救命救急の手当て法や蘇生術の研修を実施し、職員が対応できるようにしている。                               |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>マニュアルを作成し、利用者とともに、避難訓練を行っている。消防署の協力を得て避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練をしている。</p> | <p>夜間想定で年2回法定の避難訓練と別で自主訓練も行っている。有線放送も設置されて訓練には地域の方々の参加も得られている。数年前に水害に遭った地域のため、自治会主催の防災訓練には職員が参加して、共に協力関係を築いている。スプリンクラーは設置済みで備蓄も確保されている。</p> |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                                  |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <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                | 年長者として、敬意を払い、あからさまに介護したり、本人を傷つけてしまわないように「さりげない声かけをしている。               | 日常の業務の中で気づいたら職員間で注意し合うなど資質の向上に向けて取り組んでいる。排せつや入浴介助の際の声かけや対応など特に配慮するように努めている。                             |                   |
| 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                     | 利用者に合わせて声かけをする。表情を読み取り、職員が一方的に押し付けるなことはない。ひとり一人が自己決定できる場面を作っている。      |   |                   |
| 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 | 個人の体調に配慮しながら、本人の気持ちを尊重し、行きたいところへの外出の支援をしている。                          |   |                   |
| 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支援している                                   | 朝の着替えは本人の意向で決めている。職員は見守りや支援が必要なときに手伝っている。自己決定ができない利用者には、職員と一緒に支援している。 |   |                   |
| 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     | 職員と利用者が同じテーブルで食事を摂っている。楽しく食事ができるように、雰囲気づくりも大切にしている。                   | いこもちや団子作り、食材の下ごしらえなど出来る利用者は職員と共に行っている。遠足を兼ねた外食や季節のいい時期には庭でお茶を楽しむなど「食」が楽しめるように支援している。家族と共に外食に出かける利用者もいる。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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        | 食事や水分摂取の状況を介護記録へチェックしている。職員もその情報を共有している。食事の量、形態など、個人に合わせた工夫をしている。                                  |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の臭いや汚れが生じないように、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                | 毎食後の歯磨きや義歯洗浄を確実に行うようにしている。できる方へは声かけで、できない方へは、できる支援をしている。   |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている | 排泄に関する一人一人のサインを職員は把握しており、排泄の失敗があっても周囲に気づかれないように配慮しながら、対応している。排泄のチェック表を活用し、声かけ誘導し、トイレでの排泄への支援をしている。 | 排せつチェック表を作成して個々の排せつパターンを把握し、身体状況に問題がない限り日中はトイレ誘導を行ってトイレでの排せつを支援している。現在、自立している利用者もおり入居後に改善された利用者も多い。また、ホームの方針として身体状況に問題がない限りおむつを使用しない方針でポータブルトイレも夜間のみでの使用で日中は職員手作りのカバーで覆い居室の清潔感を損なわないように配慮されている |                   |
| 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                 | 便秘予防に向けては、食事メニューも配慮し、野菜や牛乳など提供したり、適度な運動も取り入れ、散歩や体操を行っている。下剤や浣腸は、医師の指示のもと行っている。                     |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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している                        | 入浴は裸になることへの不安や羞恥心があり、利用者の心情を察した配慮をしている。状況によっては入浴日をずらしたり、清拭に切り替えたりしている。             | 基本は週3回ではあるが個々の希望や身体状況に応じて柔軟に支援している。時間帯も午前・午後と希望に沿って対応している。入浴をためらう利用者には声かけの工夫やタイミングをみて無理なく入浴してもらえるように支援している。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を使用して季節や温泉気分を楽しんでもらっている。 |                   |
| 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   | 日中の活動を促し、状況に応じて休息を取り入れている。安眠できるよう、就寝時には、優しく声かけをして、眠れる支援をしている。                      |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりを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  | 服薬ファイルの作成や処方箋のコピーをケースに整理し、職員が内容を把握できるようにしている。                                      |  |                   |
| 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、一人ひとりの生活暦や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                               | 認知症が進行すると、利用者は自分で楽しみごとをうまく作れなくなるため、一人ひとりの力を発揮できるように簡単な仕事を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしている。      |  |                   |
| 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に支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 利用者が部屋だけで過ごさず、外出できるように工夫する。日常的な外出支援に限らず、墓まいりなどの外出支援も行っている。外泊可能な場合は、家族の協力のもと実施している。 | 日常的には近隣の散歩や気候のいい時期は中庭でお茶や外気浴を行っている。ドライブを兼ねて季節の花見や果物狩り、曾木の滝などにも出かけ、春の木市や駅伝の応援、小学校の運動会・学習発表会などにも出かけている。  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50   |      | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>   | <p>金銭の所持については、家族が様々な意向があるが、少額でも持っていただけるように、家族と相談しながら、支援する。</p>                     |  |                   |
| 51   |      | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援している</p>   | <p>毎年年賀状と暑中見舞いをだすための支援を行っている。利用者の希望に応じて電話で話したり、手紙を出せるよう支援する。</p>                   |  |                   |
| 52   | 19   | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱を招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）がないように配慮し、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている</p> | <p>個室はもちろん共用の場所に季節感、生活感を感じられるように、職員と利用者がともに飾り付けなどを行っている。馴染みのものも自宅から、持ってきていただく。</p> | <p>共用空間は明るく開放的で広々としており、心安らぐ家庭的な雰囲気がただよい、居心地良く過ごせる空間となっている。</p> |                   |
| 53   |      | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>   | <p>玄関やホールには、花を飾ったり、季節感のある置物を置いたりする。食堂には、ソファやテーブル、いすなどを置いてくつろげるスペース作りをしている。</p>     |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 自宅との違いによる不安をなくすために使い慣れたなじみのものを傍に置くなどしている。写真や思い出の品々をもちこんだりして、安心して過ごせるようにしている。 | テレビ・ラジオ・ソファ・仏壇・家族の写真やお気に入りの飾り物などで居心地良く過ごせるように配慮されている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 利用者の身体機能の状態変化に考慮し、生活環境の改善に取り組む。手すりや浴室の滑り止めマットを置くなど配慮している。                    |   |                   |



## V アウトカム項目

|    |   |   |               |
|----|---|---|---------------|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目：23, 24, 25)   |   | 1 ほぼ全ての利用者の   |
|    |   | ○ | 2 利用者の2/3くらいの |
|    |   |   | 3 利用者の1/3くらいの |
|    |   |   | 4 ほとんど掴んでいない  |
| 57 | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1 毎日ある        |
|    |   |   | 2 数日に1回程度ある   |
|    |   |   | 3 たまにある       |
|    |   |   | 4 ほとんどない      |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1 ほぼ全ての利用者が   |
|    |   |   | 2 利用者の2/3くらいが |
|    |   |   | 3 利用者の1/3くらいが |
|    |   |   | 4 ほとんどいない     |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿が見られている。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1 ほぼ全ての利用者が   |
|    |   |   | 2 利用者の2/3くらいが |
|    |   |   | 3 利用者の1/3くらいが |
|    |   |   | 4 ほとんどいない     |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                |   | 1 ほぼ全ての利用者が   |
|    |   |   | 2 利用者の2/3くらいが |
|    |   |   | 3 利用者の1/3くらいが |
|    |   | ○ | 4 ほとんどいない     |

|    |  |   |               |
|----|--|---|---------------|
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)                         |   | 1 ほぼ全ての利用者が   |
|    |  | ○ | 2 利用者の2/3くらいが |
|    |  |   | 3 利用者の1/3くらいが |
|    |  |   | 4 ほとんどいない     |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により安心して暮らしている。<br>(参考項目：28)                     | ○ | 1 ほぼ全ての利用者が   |
|    |  |   | 2 利用者の2/3くらいが |
|    |  |   | 3 利用者の1/3くらいが |
|    |  |   | 4 ほとんどいない     |
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。<br>(参考項目：9, 10, 19)   | ○ | 1 ほぼ全ての家族と    |
|    |  |   | 2 家族の2/3くらいと  |
|    |  |   | 3 家族の1/3くらいと  |
|    |  |   | 4 ほとんどできていない  |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  |   | 1 ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2 数日に1回程度ある   |
|    |  | ○ | 3 たまに         |
|    |  |   | 4 ほとんどない      |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(参考項目：4) | ○ | 1 大いに増えている    |
|    |  |   | 2 少しずつ増えている   |
|    |  |   | 3 あまり増えていない   |
|    |  |   | 4 全くいない       |

|    |                                    |   |               |
|----|------------------------------------|---|---------------|
| 66 | 職員は，生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)   |   | 1 ほぼ全ての職員が    |
|    |                                    | ○ | 2 職員の2/3くらいが  |
|    |                                    |   | 3 職員の1/3くらいが  |
|    |                                    |   | 4 ほとんどいない     |
| 67 | 職員から見て，利用者はサービスにおおむね満足していると思う。     |   | 1 ほぼ全ての利用者が   |
|    |                                    | ○ | 2 利用者の2/3くらいが |
|    |                                    |   | 3 利用者の1/3くらいが |
|    |                                    |   | 4 ほとんどいない     |
| 68 | 職員から見て，利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。 |   | 1 ほぼ全ての家族等が   |
|    |                                    | ○ | 2 家族等の2/3くらいが |
|    |                                    |   | 3 家族等の1/3くらいが |
|    |                                    |   | 4 ほとんどいない     |