

## 1. 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和元年7月27日

## 【事業所概要(事業所記入)】

|         |  |
|---------|--|
| 事業所番号   | 4690101219                               |
| 法人名     | R i g h t-H a n d株式会社                    |
| 事業所名    | 認知症の人と暮らす家 五福                            |
| 所在地     | 鹿児島県鹿児島市宇宿九丁目11番22号<br>(電話) 099-264-5291 |
| 自己評価作成日 | 令和1年7月5日                                 |

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

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/">http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/</a> |
|-------------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 評価機関名 | NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構 |
| 所在地   | 鹿児島県鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号          |
| 訪問調査日 | 令和1年7月18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)】

五福の理念「長寿、健康、徳、財、天命」を基に、入居者が五福で、自宅で暮らされてたように普通の暮らしを続けれる様に、キャストが黒子となり、入居者の生活を支援しております。常にこの理念に沿って、季節の行事はもちろん、個人毎の行事・お祝いごと、地域との関わり、全てにおいて、一人一人の入居者/ご家族と、今までどのように暮らしていたかを一緒に考え、そしてチームで考え、企画し、実践しております。その中で、関わり方の振り返りはもちろん、認知症ケアの専門施設として、認知症の進捗の対比など、専門的アプローチも行っております。

## 【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)】

- ・当事業所は、グループホームの看板等もなく住宅地の中に溶け込むように建てられ、敷地内の多くの樹木等から普段の生活の中で季節を感じられる居住環境となっている。
- ・職員は、利用者が主体的に日常生活を営めるように、買い出しから調理、片付けまで利用者と一緒に支援している。
- ・ペーパーレスの記録業務や電子システム、パソコン、スマートフォン等を有効に活用し、業務中もインカムシステムで職員間の連携がタイムリーに行われている。
- ・町内会に加入し、地域や小学校の様々な行事に参加する他、班長を引き受けたり職員が消防団に加入する等、積極的に地域との交流に取り組んでいる。
- ・研修受講や資格取得の助成により職員のレベルアップを図っている。

| 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 |
| <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     | 五福独自の理念を掲げており、理念をチーム全員で共有し、実践している。  | 理念は重要事項説明書に記載、カフェスペースに掲示している。パソコンで記録等を共有し、意見交換や少人数のカンファレンスでケアを振り返り、実践に繋げている。                           |                   |
| 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    | 町内会に加入し、地域で開催される行事に参加するなど、交流を深めている。日常的には、近隣の店での買い物、お米の配達、美容室の利用などで、地域とのつながりを持つようになっている。 | 町内会に加入しており、現在は班長を務めている。職員が消防団に加入し、地域行事への参加以外にも地域の一員として交流に取り組んでいる。近隣住民からの野菜の差し入れや短大生のサマーボランティアを受け入れている。 |                   |
| 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。 | 地域の方々に理解していただくために、今後は、認知症サポーター講座を行う予定。  |  |                   |

| 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 |
| 4    | 3    | <p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>                                      | <p>2か月に1回、運営推進会議を開催し、五福での取り組みや現況を、写真や作成したDVDをお見せしながら報告している。参加者の皆様と意見交換を行いながら、サービスの向上に努めている。</p>       | <p>運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に行い、ヒヤリハットや事故報告、研修報告等の事業所の現況を写真やDVDを使用して行っている。毎回、テーマを設けて意見交換を実施し、サービス向上に活かしている。</p>          |                   |
| 5    | 4    | <p>○市町村との連携</p> <p>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取り組んでいる。</p>  | <p>事故報告はもちろん、地域密着型サービス事業所の公募プレゼンなど、取り組み内容を積極的に伝え、協力関係を築いている。</p>                                      | <p>市の担当者とは、窓口に出向いて報告や事業所の取り組みを伝えて助言を受けたり、運営推進会議に参加してもらう等、連携を図っている。市の研修会や集団指導等に参加し、情報収集に努めている。</p>               |                   |
| 6    | 5    | <p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p> | <p>施錠は、夜間のみ行い、それ以外は行っていない。身体拘束については、委員会を設置している。職員全員が拘束しないケアについて理解し、入居者がこれまでの暮らしの継続が出来るように、取り組んでいる</p> | <p>身体拘束廃止委員会を設置し、3ヶ月毎に研修を行っている。採用時及び無資格職員の研修を重点的に実施している。玄関の施錠はせず、職員間でインカムを使用して情報を共有し、見守りを行い、必要時は散歩等に同行している。</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 |
| 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       | 入居者へのケアについては、ミニカンファレンスにて検討し、タイムリーに解決している。虐待防止のために、キャスト同士で話し合い、ストレスを溜めないよう、コミュニケーションをこまめにとっている。 |   |                   |
| 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。 | 成年後見制度を利用されている入居者がいるため、密にやり取りをし、連携をとっている。  |   |                   |
| 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。                       | 契約時は、五福の考え方や取り組みをお話しした上で、重要事項説明書に基づき丁寧に説明し、理解、納得した上で契約を行っている。                                  |   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。                   | ご家族が面会にいらした時に、意見や要望をいただいている。運営推進会議や、毎月のお便り発送時など、意見や要望を伝えやすい環境や機会作りの声掛けを行っている。                  | 利用者からは介護相談員との面談時や、お茶や入浴等のリラックス時、夜間眠れない時等に話を聞き必要な場合は記録している。家族の面会が多く、カフェや居室でお茶やコーヒーを飲みながら意見や要望を聞いている。出された要望を職員間で共有し対応に反映している。 |                   |

| 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 |
| 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>代表者や管理者は、キャストが相談をしやすい様、対面での相談又はメールを使用した相談を受け付けている。また、面談を定期的に行い意見を聞く機会を設け、反映に努めている。</p> | <p>代表者や管理者は、メールでの相談や定期的に個人面談を行っており、2ヶ月に1回の職員会議でも提案等を聞いている。仮眠や夜勤前の睡眠の取り方等を職員間の基本的知識の再確認をする等、意見や相談を普段のケアに反映している。</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>定期的に面談を行い、個々人の状況の把握と反映に努めている。また、様々な資格に対し、手当として反映させ、向上心の維持に努めている。</p>                   |  |                   |
| 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>カンファレンス時に勉強会を行ったり、積極的に外部の研修に参加している。また、研修後には報告書を作成し、全キャストが閲覧することで、情報を共有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>県外のお施設との交流を行い、キャストの意識・技術の向上に努めている。また、各種研修等で交流を深め、情報交換を行っている。</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>入居に関する相談があった際には、ご本人に面会して話をお聞きし、本人の嗜好や歴史の把握に努めている。入居されてからは、心身の状態や現在の想いを話していただけるような声かけや雰囲気を作り、本人の想いを受け止める努力をしている。</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・見学のため訪問された際、ご家族の想いや状況、不安などに耳を傾けるようにしている。また、カフェスペースを利用し、リラックスした状況でお話しを伺うよう努めている。</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>ご本人やご家族の意向を聞き、思いや状況などを確認することで、可能な限り柔軟な対応を行っている。</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>日常生活の中で、入居者と相談しながら、物事をすすめるように心掛けている。(料理の方法や行事の風習など)</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 | 病院受診やお出かけの際には出来るだけご家族様に支援して頂いている。誕生日、地域の行事など、まずは入居者がどうご家族様と過ごされていたかを確認し、その後の継続を普通の暮らしとして提案支援している。その後参加の呼びかけをおこなっている。また、ご本人様の状態や気がかりなことなどは直ぐにご家族様と連絡をとるようにしている。                               |   |                   |  |
| 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             | 入居時に利用者やご家族に入居前シートに生活歴や環境などを事前に聞き取り記録を行っています。また、ご家族様や知人などの面会時の対話からも把握に努めて支援しています。また、ご家族や知人の面会時はカフェスペースやお部屋でプライベートな空間で過ごせるように配慮をしています。馴染みの地域での商店や美容室、医療機関、温泉や朝市バドも同行しています。電話や、手紙の取次なども支援している。 | 入居前の生活を継続できるように生活歴や人間関係等の事前把握に努めている。家族や友人の面会時はカフェスペースや居室でゆっくりしてもらっている。本人の希望で食事や温泉、ゴルフ、カラオケ、コンサート、買い物等に同行し、馴染みの関係が途切れないよう支援に努めている。外出を支援する際は、企画から報告までを記録し、経年的に本人の力や様子を把握してケアや次回の外出の参考にしている。 |                   |  |
| 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         | 入居者やキャスト、ご家族が皆で過ごす時間を大切にしています。出来るだけ入居者同士で声掛けして関わり合い孤立しないように支え合っているように支援している。   |   |                   |  |

| 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 |
| 22   |      | <p>○関係を断ち切らない取り組み</p> <p>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</p> | <p>必要とされる入居者、ご家族様に対して継続的に関わりを持って相談など快く応じ支援しています。</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>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><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。  | 日々の生活の中で日常会話、表情などを通じて本人の思いや意思を感じ取り取るよう努めています。申送りや日々の細かい記録を常に共有化するためにパソコン、携帯を利用し図っている。         | 日常の会話で本人の思いを把握するように努めている。自宅での生活歴を参考に、コミュニケーションを図っている。得られた情報は、パソコンやスマートフォンを利用して職員間で共有している。                       |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br><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                                       | 入居前に事前に面会し、本人や家族にこれまでの生活歴をお聞きし入居前シートに記憶をたどり書いていただく。サービス利用の経過を本人や家族、サービス事業者などから情報を得られるよう努めている。 |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br><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   | 毎日のバイタルチェックや、経過記録をもとに1人ひとりの生活リズムを把握理解するように努めキャスト間で常に情報を共有している。                                |   |                   |
| 26                                 | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br><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 | ご本人、ご家族からの意向や希望を聞き取り、主治医や看護からの情報を始め、カンファレンスの結果など利用者の変化の都度介護計画を都度作成している。                       | 家族の出席を得て担当者会議を実施している。本人・家族の希望等をパソコンのシステム等で職員間に伝達し、意見を収集して介護計画を作成している。モニタリングは3ヶ月に1回実施し、6ヶ月毎及び状況変化時に計画の見直しを行っている。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている          | 日々の入居者の様子やケアの実践は経過記録に残し、キャスト間で情報を共有しながら、その都度ミニカンファレンスを行い介護計画の見直しに活かすようにしている。  |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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 | キャストもその時々起きるニーズに対して応えられる様に、人員配置や勤務日、時間の変更をしたり、柔軟かつ即座に対応できるように支援やサービスに繋げている。   |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<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          | 町内会への加入参加、医療機関との連携を保ち、直ぐに相談でき入居者様が安全に健康に暮らせるように支援をしている。   |   |                   |
| 30   | 11   | ○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、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       | 受診は、本人及びご家族様等の希望を大切に基本とし、利用前の受診の経過を把握して、本人様ご家族様が希望する医療機関を受診できるように支援しています。受診はご家族様付き添いが基本ですが、必要に応じて五福で支援している。医師、家族との情報交換は十分に行っています。受診の結果はキャストが常に把握できるように送付を通じて共有している。 | 契約時に本人・家族の希望するかかりつけ医を確認し、受診時は家族対応としている。主治医と連携を取っている。協力医療機関と24時間医療連携体制を構築しており、月2回の訪問診療を利用する場合もある。緊急時はかかりつけ医の指示により対応するなど、適切な医療を受けられるようしている。 |                   |

| 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   |      | <p>○看護職員との協働</p> <p>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</p>                       | 週1回、看護師が来て入居者様の情報をお伝えし、適切な受診や看護を受けられるように支援している。   |  |                   |
| 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、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。</p> | 退院前、入院中も医療機関関係者と情報交換を常に行い、退院後のケアの相談、今後の対応について密に情報を提供して頂き役立っている。   |  |                   |
| 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</p>  | 入居契約時に、重度化や終末期に向けた方針をご家族様にご説明をしています。今回、終末期の入居者様について看取りケアを行い、ご家族様が不安に思っていることを聞く場を設けて医療機関との連携が取れる様に関係者と共にチームで取り組んでいる。 | 契約時に指針を説明し、同意書をもっている。重度化した場合は職員立ち会いの下、主治医から家族に説明し、意思確認をしている。家族を含めたカンファレンスを実施し、医師・訪問看護師・職員等がチームで支援に取り組んでいる。看取りの実績もある。 |                   |
| 34   |      | <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、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</p>   | 緊急時対応シートを作成しています。避難訓練時に応急処置の方法、AED取り扱いについて研修を定期的に関催実施している。  |  |                   |

| 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>地域の消防団に、キャスト1人を加入させ、また年2回、運営推進会議時を利用して消防署、地区消防団、と共に、町内会長、民生委員さんも参加して定期的に夜間も想定した避難訓練、通報訓練を実施している。消防職によるAEDの使い方講習カンファレンス時には、救急対応の研修も実施しキャスト全員が対処法を身につけている。</p> | <p>年2回の避難訓練を昼夜想定で実施している。運営推進会議時に消防団の参加を得て実施し、その後意見やアドバイスを受けている。1回は消防署の立ち会いがある。消防団員にインカムを装着してもらい、職員間のやり取りを体験してもらったり、非常食訓練も合わせて実施している。非常用の備蓄は水、缶詰、カップラーメン等の食料及びカセットコンロを準備している。</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 |
| <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><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                 | 個人に関する事は、他の入居者様がない所で行っています。トイレ、お風呂、居室入室等プライバシーに配慮し、その人にふさわしい声掛けをするように気を付けている。(声量、トーン、内容) | 代表者による接遇研修を実施し、個々に合わせた声かけに努めている。申し送りや職員間の情報伝達は利用者に分からないようにインカムで実施し、誇りやプライバシーも守られ、安心して過ごせる様に環境を整えている。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><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                      | 入浴や散歩などはできるだけ利用者様の希望に沿って行動できるようにしているが、職員の勤務状況により困難な場合がある。                                |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><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 | 食事や入浴なども時間や日にちを特別に設けることはせず、皆様のご希望のお時間で暮らしていただけるようにしている。                                  |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><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                                    | お洋服や身だしなみ用品(お化粧品等)も、その方の馴染みの物や、好みの物を使用されている。   |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | それぞれの好みもお聴きしながら、料理の手順を踏まえ、基本入居者様がお料理する。見守りや必要に応じて、職員も一緒に行っている。                                    | 買い物は利用者と職員と一緒に出かけ、利用者が調理を担当し、職員がサポートしている。食前に嚥下体操をして誤嚥の予防をしている。行事食や誕生日には好きなスイーツ、弁当持参の運動会、個別対応の外食等、利用者一人ひとりの力を活かして取り組んでいる。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている        | 1人ひとりの食事・水分量を記録し、職員が情報共有している。個々の食事量・嚥下・咀嚼状態に合わせた食事形態で提供している。                                      |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br><br>口の中の臭いや汚れが生じないように、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                | 入居者様それぞれの状態に応じて口腔ケアを行っている。基本、ご本人様で口腔ケアをされるが、必要に応じて支援を行っている。                                       |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている | 排泄時の不安やプライバシーに配慮した声掛けやフォローで自立に向けた支援を行っている。リハビリパンツや尿取りパット着用であっても、排泄記録等を利用して排泄サイクルに合わせたトイレ誘導を行っている。 | 排泄パターンを記録し、個々に応じた声かけ等の誘導を実施、可能な限りトイレでの排泄を支援している。尿取りパットを使用せず布パンツに改善した事例がある。   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                         | 1人ひとりに排泄記録を付けており、状態確認をして看護師や病院へ相談をして対策をしている。個々の状態に合わせて、服薬や水分補給を増やす、ヤクルトを毎日飲む等行っている。             |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援している | 入浴は、曜日や時間帯を定めず、ご本人様が入りたい時には入浴できるようにしている。  | 入浴は利用者の好きな時間に、職員も一緒に入浴することがある。友人同士での入浴もでき、ゆっくり楽しんでいる。隣接して特殊浴槽やトイレも設置している。 |                   |
| 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                          | 時間を定めず、ご本人の休みたい時に休んで頂くようにしている。  |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                     | 個人ファイルにてそれぞれの薬情を管理し、薬への変更や注意点が合った場合には必ず申し送りを行っている。  |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活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        | 1人ひとりの以前の暮らしや習慣を把握し、可能な限り本人様の生活を大切にしている。洗濯・料理・炊事等も得意分野で役割を担って頂き、沢山の方がチャレンジできるように声かけや環境づくりをしている。 |   |                   |

| 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 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br><br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるように支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。                  | その日の希望により、外出やお買い物に出る機会を設けている。ご本人様の馴染みの場所や行事・イベント参加についてもお聴きし、ご家族のご協力をいただきながら外出する企画も行っている。            | 日常は近隣を散歩して住民と顔馴染になっている。計画を立て、初詣や花見、買い物、イルミネーション見物に出かけ、個別での外出も企画している。家族と外食や温泉、墓参り等で外出する利用者もいる。できるだけ出かけられるよう取り組んでいる。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br><br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している   | お金の管理方法についても、ご本人様・ご家族様の意見をお聴きしている。お買い物に出た際は、ご自分のお財布を持ち、お支払いまでして頂くようにしている。                           |  |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br><br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援している   | 毎年の年賀状や季節の行事のお葉書（母の日のお礼等）も作成し、手書きのメッセージや日常生活のお写真も写真へおさめている。   |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br><br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱を招くような刺激（音、光、色、広さ、湿度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 玄関先やリビングへお庭の草花を摘んで飾ったり、各窓から見える木々や観葉植物でも季節感を感じる事が出来ている。生活に支障のある大きな音や話し声がないよう、職員同士はインカムを駆使してケアを行っている。 | リビングの真ん中にキッチンを設け、両側の食堂と畳スペースで、利用者がくつろいで過ごせるようになっている。室内から庭の木々が見え、ウッドデッキから季節を感じられる。カフェもあり家族や知人とゆっくり話し合うスペースにも使用している。 |                   |



| 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 |
| 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>お好きな時間に仲の良い入居者様とお茶をして談笑したりお一人でのんびり過ごしたりできるように、カフェやリビング、畳スペースなどをご自由に使う事ができるようにしている。</p>        |  |                   |
| 54   | 20   | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p> | <p>ご本人様、ご家族様へこれまでの暮らしをお聴きし、これまで使用されていた家具や物、馴染みのものを使用されている。家具の配置等もご本人様、ご家族様の意向により設置していただいている。</p> | <p>エアコンとベッドの他は、仏壇やタンス、テレビ、テーブル、椅子、ソファ、洋服掛け等の家具を持ち込んだり、写真やぬいぐるみ等を本人や家族と話し合い、安心して過ごせるように配慮されている。</p> |                   |
| 55   |      | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>   | <p>ホーム内のエレベーターや内階段の設置により、その人の状況に応じて1・2階それぞれのユニットを行き来できる。各廊下や階段にも手の届く低めの高さの手すりが設置されている。</p>       |  |                   |

## 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せている。<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ます。<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     |