

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 | 3992600084 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 大月町社会福祉協議会 | | |
| 事業所名 | グループホーム のんびり館 | | |
| 所在地 | 高知県幡多郡大月町春遠624 | | |
| 自己評価作成日 | 平成29年9月19日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成30年1月30日 |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

| |
|--|
| <p>事業所は野山に囲まれた静かな環境の中で、馴染みの人々と毎日一緒に利用者が笑い、楽しくのんびりとした生活が送れる「家」であることを目指して、日々の支援に取り組んでいる。</p> <p>掃除や洗濯干し、プランターでの野菜作りなどの家事は、利用者のできることはしてもらい、毎日役割をつくとともに、運動不足にならないよう体操、歩行運動などで筋力低下にも努めている。</p> <p>利用者の閉じこもり防止に、馴染みの場所への外出や買い物など行い、本人の楽しみを見つけるようにしている。</p> |
|--|

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | http://www.kajigokensaaku.mhlw.go.jp/39/index.php?action=kouhyou_detail_2017_02_kihontrue&ji_gyosyoCd=3992600084-00&PrefCd=39&VersionCd=022 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|-------|--|
| 評価機関名 | 高知県社会福祉協議会 |
| 所在地 | 〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ |
| 訪問調査日 | 平成29年11月24日 |

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

| |
|---|
| <p>事業所は、地域の中心にあり、元小学校の校舎をリフォームした建物である。同一敷地内には有料老人ホームや、村の集会所もあり、地域住民と交流しやすい場所となっている。春には桜、秋にはイチョウの木が季節を感じさせる。利用者が外の空気に触れながら、安全に歩行訓練ができる長いバルコニーもあり、職員の見守りの中、敷地外に出て行く利用者もいない。</p> <p>比較的思いや意向が伝えられる利用者が多いので、運営理念である「自分らしく暮らせる環境を目指して」個人を尊重し、個性が大切にされており、排泄の声かけなどでも尊厳が守られている。</p> <p>ケアプランにおいても、個々の利用者の心のケアの微妙な部分まで対応しているのが感じられた。運営推進会議には様々な立場からの出席があり、意見交換ができているとともに、地域交流が深まっている様子が窺えた。</p> |
|---|

自己評価および外部評価結果

ユニット名:

| 自己評価 | 外部評価 | 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) | <p>○理念の共有と実践</p> <p>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</p> | <p>職員が見やすいところに理念を掲示するとともに、毎日のミーティングで勤務職員全員で復唱し、実践できるよう心掛けている。月1回のカンファレンスでは、理念にある自立支援や本人の気持ちに沿った支援ができていのかを話し合っている。</p> | <p>事業所理念のもと、地域住民とのつながり、ふれあいが深まってきており、利用者の意向が大切にされ、ケアプランの中にも理念が反映されていることから、管理者と職員の共有ができていことが窺える。</p> | |
| 2 | (2) | <p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p> | <p>同一敷地内に集会所があり、地域の集会所や、祭りに参加している。地域住民には事業所行事に参加してもらったり、野菜作りの助言や、地元で採れた季節の野菜を提供してくれるなど、日常的に交流している。</p> | <p>事業所敷地内に町の集会所があることで、地域との関わりが多い。民生委員が敷地内で野菜を作り、事業所にも提供してくれている。事業所行事は地区で一斉放送をしてくれることから、祭りには地域参加者40名と多く、交流が行われている。</p> | |
| 3 | | <p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p> | <p>事業所を町内の小中高校生の介護体験学習の場としたり、シルバーボランティア、民生委員の方々と一緒に過ごす中で、認知症に関する理解を得るようにしている。また、運営推進会議でも委員を通して地区民に理解を求めている。</p> | / | / |
| 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>事業所からの報告を行い、家族会からの意見を取り入れ、サービス向上に努めている。運営推進会議を忘れやすいと言われる家族には、毎回、連絡をしている。</p> | <p>会議には、家族や区長、地元消防団長、町保健介護課、地域包括支援センターからの参加があり、研修方法についての質問や、利用者の転倒事故対策、水害対策等、それぞれの立場からの協議ができており、ケアや運営に活かされている。</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</p> | <p>地域包括支援センター主催の地域ケア会議に出席し、困難事例を出したり、施設内の実情など伝えて、普段から何でも相談できる関係が築かれている。</p> | <p>行政との関わりは、研修や相談を含め、密にできており、町内での各種研修会には参加するようにしている。事業所内での困難事例についても実情を伝え、相談しながら対応している。</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>職員は身体拘束による身体的、精神的、社会的弊害について理解し、利用者が負担を感じることなく穏やかに過ごせるように取り組んでいる。また、外出傾向にある利用者に対しては一緒に外出したり、家事用事を頼んだりして対策を立てている。</p> | <p>転倒のリスクと排泄介助が必要な4名の利用者は、居室で夜間のみ人感センサーを使用している。リスクについては、家族に説明し了承を得ている。新人研修では、必ず身体拘束について指導説明している。言葉の拘束についても、常日頃から職員間で話し合いを行っている。</p> | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|---|--|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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 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 | 職員は、勉強会で虐待に関する理解を再確認し、日頃のケアで相互に注意しあっている。 | | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | 日常生活支援事業や成年後見制度について、職員は研修会に参加したり、事業所内で勉強会をしている。今後も、継続的に学習していく。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約時は時間を十分にとり説明し、家族の納得を得ている。制度改定時には、運営推進会議や手紙で説明し、理解を得ている。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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 | 家族の面会時や、遠方の家族には請求書を送付する際に、気になることがあれば意見を出してもらうよう伝えている。運営推進会議で出た質問や意見は、会議録で出席していない家族にも伝えている。 | 前回の目標達成計画で、家族意見を聞く機会を作ることであり、本年度は運営推進会議の前に家族会を開催した。数名が集まったが、意見が出ないため、管理者も同席することになり、行事に対して意見を求めてみたが、意見や要望が出されるまでに至らなかった。 | 家族の意見や要望を引き出す取組みとして、言うことをためらう家族等の心情を察したうえで、アンケート調査の実施等、意見が出しやすい場面作りを工夫し、サービスの質の向上につなげることを期待する。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 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 | 管理者は毎日のミーティングや月1回の職員会議で職員の意見を聞いている。2ヶ月に一度主任会があり、代表者と管理者が意見交換できる場がある。また、代表者も時々施設訪問して、職員に意見を聞くなど意思疎通を図っている。 | 職員が苦手な調理に調理士を雇用する等、雇用上の工夫を行っている。午前午後の30分の休憩や、休暇もとりやすく、働きやすい体制ができており、代表者も不定期であるが事業所を訪問し、職員の意見を聞いている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 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 | 代表者は、職員の増員や勤務体制の変更など、環境整備に理解を示してくれている。また、資格取得に向けての支援(旅費手当)や、資格手当等設け、職員がやりがいを持って働けるように努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 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 | 事業所内研修を行うとともに、職員が母体法人内外の必要な研修会には積極的に参加するように努めている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 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 | 母体法人内の職員間で交流したり、母体法人内外の研修会に参加している。法人外の事業所とも情報交換等を行い、サービス向上に努めている。 | | |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 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 | 入所時に本人から不安や要望などについて聞き取り、安心してサービスが受けられるよう信頼関係を築いている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 契約時に家族に不安や要望がないかを聞き、面会時には声をかけ、相談しやすいように配慮している。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | 相談時に必要な介護内容を検討したり、本人の状況に応じて他の必要なサービスについて情報提供している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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 | 一緒に掃除や洗濯干しなどの家事をしたり、食べたいものを聞いて献立に入れたり、行きたいところを聞いて外出したりしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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 | 面会時や電話、手紙などで本人の状況を家族に伝え、必要に応じて本人と電話で話しをしてもらったり、面会に来てもらうなどして、共に利用者を支え合っていく関係づくりに努めている。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | 本人の住んでいた地区に出掛け、顔見知りの人に出かけたり商店や飲食店とのつながりを持続したり、本人が電話したいときにはかけてもらうなど、馴染みの関係維持に努めている。 | 利用者の話から利用者が大切にしている家族や人間関係を把握し、居室で家族背景図をみながら会話ができるようにしている。自宅訪問の外出支援にも取り組んではいるが、自宅が分からなくなっている利用者もあり、事業所と関わってくれるボランティアとの新しい馴染み関係などの支援にも努めている。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 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 | 仲の良い利用者、口論になりやすい利用者などの関係を把握し、食卓やリビングで座る場所を工夫をしたり、職員が会話に入りお互いに話が通じるようにしている。時には職員が間に入って、トラブルにならないよう心がけている。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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 | 入院退所した利用者には面会し、家族と今後の方向性を相談したり、家族に特別養護老人ホームの申請手続きの手伝いをしたりしている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 23 | (9) | ○思いや意向の把握 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 | 定期的なアセスメントを行い、本人の希望や意向を聞いている。会話が難しい場合には、家族に相談して、本人が望む方法を検討している。 | 自分の希望や思いを伝えることができる利用者が多いので、ケアプランでもその思いをきちんと捉えている。利用者の心身状態のアセスメントも3ヶ月ごとに行い、必要なケアを把握している。家族からも、電話や面会時に聞いている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 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 | 本人との会話や家族から、生活歴や暮らし方などの情報を把握している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 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 | 日々のかかわりの中で心身の状況を把握し、毎日の記録やミーティングで職員同士の共有をしている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人や家族の意向を聞き、できるだけ多くの職員が参加できる時間帯を選んで介護計画を立てている。見直しの時期になくても、本人の状況等に応じて随時計画を見直している。 | 月に1回、職員会で介護支援専門員を中心にモニタリングを行い、見直しの必要性について検討し、介護計画を作成している。受け持ち制ではなく、利用者全員を対象に担当者会を開催しており、記録も整備されている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 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 | 日々の暮らしぶりや介護計画に沿ったケアの実践内容を記録し、毎月モニタリングをして職員の情報共有をし、介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 家族が面会に来られない事情がある場合には故郷訪問をして家族に会いに行ったり、家族が遠方で宿泊先がない場合には、本人と一緒に事業所で宿泊できるようにしている。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 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 | 民生委員やシルバーボランティアとの連携や消防署の協力による防災訓練、郵便局員の見守りなど、多くの人々に支援されている。また、地区長には、地区住民に事業所のことを理解してもらうようになっている。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 町内の主治医との関係を継続してもらい、月1回の訪問診療以外にも、体調面で不安があれば電話相談や必要時の受診介助をしている。 | 訪問診察は月に1回で、専門医受診は家族の協力で3ヶ月に1回行われている。その際には、情報提供書として家族に手渡している。歯科受診や状態変化による受診では職員が付き添っており、家族には結果報告をして、職員も結果について共有している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 31 | | ○看護職との協働 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 | 事業所には看護師がいないため、必要なときには母体法人の看護師に相談したり、かかりつけ病院の看護師又は医師に連絡し、指示を受けて必要な受診介助をしている。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 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 | 入退院時には、病院と必要な情報をやり取りしている。また、入院中にも、退院に向けて病院関係者と連絡をとっている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 事業所に看護師や設備が揃っていないので、終末医療に関してはできることが限られていることを入所時から説明している。かかりつけ医もその点を理解しており、重度化した場合には連絡を取り合うようにしている。 | 入所時に緊急時の意向は確認しているが、看取りに関しては、現在是对応できる体制が整っておらず、重度化した時点でその都度、医師と家族を含めて話し合っている。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 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 | 母体法人内で年1回消防署協力による救急救命の勉強会を行い、参加できない職員には伝達講習している。またAEDを設置しており、職員に使い方の勉強会もしている。 | | |
| 35 | (13) | ○災害対策 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 | 火災訓練、水害、地震対策の避難訓練をそれぞれ年2回実施している。夜間想定避難訓練は、地域住民にも参加してもらっている。火災時は消防署に自動通報され、地元の消防団に連絡が行くよう協力体制がとれている。災害用に非常食、飲料水を常備している。 | 今年度は、火災訓練(夜間体制)、河川の氾濫、土砂災害等の訓練を行っている。水害の可能性が高いことから、地域住民も参加している。職員には、事業所に近い者から順次連絡する体制をとっている。非常食、飲料水も、10人分を7日分常備している。 | 事業所の裏が崩れやすい状況であることから、運営推進会議での協議により地震対策の具体を策定し、それに沿った訓練実施を期待する。 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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 | 利用者一人ひとりの生活歴を把握し、その人が大事にしていることに注意をしながら、人格や尊厳が守られるような声かけを心掛けている。 | 排泄に関する誘導は、プライバシーを損ねない声かけの工夫をして行っている。紙収集癖の利用者に関しては、気が済むまで見守り、利用者の気持ちを損ねないように対応している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 食事や着替え、風呂の温度など、本人の好みを聞いて合わせたり、新聞や雑誌等をリビングに置き、いつでも読めるようにしている。屋外レクリエーションなどでも、行きたい場所を選んでもらっている。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 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 | 食事の好みや入浴時間、起床、就寝時間もできるだけ本人のペースに合わせている。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 衣類を本人の好みで選んでもらったり、聞いたりして更衣支援をしている。洗顔後は、化粧水やクリームをつけている。また、知り合いの美容院を予約したり、毛染めの支援をしている。 | | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | 簡単な下ごしらえや下膳、テーブル拭きなど、個々の利用者のレベルに合わせて準備、後始末を頼み、できない人には食事中職員がそばで声かけをし、楽しく食事がとれるようにしている。 | 献立は、管理栄養士が立てているが、行事食や利用者の誕生日には、利用者の希望を取り入れている。2日に一度の買い物は、利用者と共に近隣商店で行っている。ノンアルコールだが、毎晩の晩酌を楽しむ利用者も2名いる。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 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 | 監理栄養士による、栄養バランスを考えた献立としている。毎日、水分食事摂取量を把握し、食事量や水分摂取量が少ない利用者については、好みのものを別に出して補充している。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 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 | 毎食後声掛けし、能力に応じた介助により口腔ケアができています。入れ歯が合わなくなれば歯科受診や往診依頼をして、食べやすい状態にしている。週3回、入れ歯洗浄剤を使用している。 | | |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援 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 | 利用者個々に合わせた排泄時間誘導で、紙おむつ使用回数を減らせるように心がけている。 | 紙パンツ使用者が8名いる。紙パンツの中に尿パッドを使用していることもあり、排泄見守りも必要であるが、今の利用者は、紙パンツで安心感が得られている。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 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 | おやつに毎日ヨーグルトを提供し、水分摂取が少ない人には特に声掛けして飲んでもらうようにしている。毎日体を動かす機会を持ち、体操と歩行運動を1日2回するようにしている。 | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援 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 | 毎日の入浴にも対応しており、入る時間帯や湯温など、利用者の好みに合わせている。 | 本人の希望により、入浴は2日に1回となっている。全員、浴槽に漬かることができる。入浴のタイミングを図る必要のある利用者が1名いるが、職員全員が上手に声かけするコツを会得している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 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 | 日中でも居室で休みたい利用者は居室に誘導し、リビングにも毛布やクッションなどを置き、ごろごろできるようにしている。夜間は本人の好みの明るさに調整し、不眠の利用者には話し相手になったり、水分補給をして、落ち着いて眠れるよう支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 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 | 薬の説明書に目を通し、薬の変更追加は業務日誌に記録して、全員が把握するよう心掛けている。投薬時、本人に手渡す前に職員間で名前を確認し、再度本人の前で名前を読み上げ、本人が服用したかどうか確認している。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 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 | 毎日の役割を果たしてもらったり、庭やベランダに出て季節を感じてもらったりしている。定期的買い物やドライブに出かけ、自分の好みに合った品物を選ぶ喜びも感じてもらっている。おやつも日に2回あり、食べることと会話を楽しんでもらっている。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援 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支援している | 希望に応じて戸外に一緒に出かけたり、懐かしい風景に出会えるようドライブに出たりしている。町内で自宅に帰りたい人については、家族に相談して協力してもらっている。 | 町の菊祭りに2、3名参加、芸能大会には6名の利用者が参加している。自宅へのドライブ、買い物への同行支援をしている。車椅子利用者は1名で、利用者全員が外出する機会は、年に1回のみとなっている。 | 利用者の五感刺激が得られる外出の機会を、もう少し増やすことを期待する。 |

| 自己評価 | 外部評価 | 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 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 | 金銭の手持ちをしいたい利用者には外出時に所持してもらい、何かほしいものがあれば、自分で支払いをしてもらうように支援している。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 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 | 本人が電話をかけたいとき、不安が強いときは、時間帯が常識範囲ならかけてもらっている。また贈り物や年賀状などには、本人にお礼の電話や年賀状を書く支援をしている。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | 食堂、リビングには温湿度計を置いて空調をチェックし、乾燥時期には加湿器をつけるようにしている。玄関や居間、廊下には季節の花や行事ごとの飾り物などを置き、居心地よく過ごせるようにしている。 | リビングには、カレンダーや、数字が大きい時計や、見やすい場所に設置されている。利用者がティッシュ1枚で5人のバレリーナを作成した額や、ミニ着物の縫い物など、利用者自慢の作品が展示され、その作品の自慢話しが聞ける、良い空間となっている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | リビングのソファ以外にも、玄関先にベンチや椅子を置き廊下の両端にもソファを置いて、思い思いの場所で、気の合う利用者同士で過ごせるようにしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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 | できるだけ使い慣れたものを持ってきてもらうよう、入所時にお願いしている。家族の写真を飾ったり、花を活けたり、手作りの手芸品を飾ったり、好みのものを置いてもらっている。 | 自宅から持ってきた机で、好きなときに書き物ができたり、紙収集癖の利用者の筆筒には、トイレットペーパーが詰まっていることで安心感を保っているなど、それぞれの利用者にとっての居心地の良い部屋づくりの工夫がされている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 室内はバリアフリーで、他の居室に入ること以外は、自由に行き来してもらっている。玄関はスロープがあり、利用者の出入は職員が見守りをしている。日常生活についても声掛けをし、できることは自分でしてもらっている。 | | |

ユニット名:

| V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|----------------|----|---|-----------------------|----------------|
| 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○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 (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 (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 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) | ○ | 1. 毎日ある | 64 | 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 (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 (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 (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した表情や姿がみられている (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 (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 (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 (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、安心して暮らせている (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が | | | | 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 |