

## 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   | 2492900085                   |           |              |
| 法人名     | 株式会社三重福寿会                    |           |              |
| 事業所名    | グループホームささゆり 2F               |           |              |
| 所在地     | 517-0209 三重県志摩市磯部町恵利原126番地16 |           |              |
| 自己評価作成日 | 令和元年 5月 24日                  | 評価結果市町提出日 | 令和 元年 9月 27日 |

※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 | <a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;jiyosyoCd=2492900085-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;jiyosyoCd=2492900085-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a> |
|----------|---|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 評価機関名 | 評価認証推進機構株式会社              |
| 所在地   | 510-0947 三重県四日市市八王子町439-1 |
| 訪問調査日 | 2019年7月9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)】

人手不足の為中々外出支援等出来ていないが、施設での生活を少しでも楽しんでもらえる様にボランティアの受入や、季節ごとに花見に行けるようにしている。  
ADLの低下を少しでも予防できる様に一人ひとりが出来ることをしてもらったり、日常生活上でのリハビリを行う様にしている。  
各委員会を中心に、サービスの質を向上できる様に考え、取組を行う様にしている。

## 【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)】

職員の入れ替わりが少なく資格保持者も多いせいか、人手不足という問題がある中でも職員関係はよく、休日振替勤務での不足の補完に職員の不満の声が少ないことに驚く。職員は笑顔で利用者を見守り自立した生活が送れるよう支援努力している。看取りを望む人への介護は、その人に合わせてゆっくり丁寧に行われており、安心して終末期を迎えられる様子が視えた。利用者は慣れ親しんだ職員との安定した生活の中で、生活リハビリとしての職員との毎日の外へのごみ出しや、ホーム内で楽しめるよう職員が工夫する定期的なおやつ作り等をして過ごしている。また、地域、防災、虐待・拘束防止等の各委員会で様々な工夫をしている。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.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<br>(参考項目:23,24,25)<br>○     | 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)<br>○  |
| 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)<br>○           | 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)<br>○                     |
| 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)<br>○                 | 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:4)<br>○ |
| 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)<br>○  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)<br>○                                      |
| 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)<br>○                | 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<br>○                                       |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)<br>○       | 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<br>○                                   |
| 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)<br>○ |    |  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 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>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                           | 企業理念は毎朝唱和をしており、会議の中では基本理念を毎回唱和をする様にしている。   | 事業所立ち上げ時に職員全員で自ら作り上げた理念を毎日の朝礼時・会議の時に、初心に帰るべく全員で唱和している。職員の入れ替わりが少ないので利用者との信頼関係が築かれており、ゆっくり穏やかに生活できている。 |  |
| 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                           | 日常的とは言えないが、外出として花見に行ったり、ボランティアの受け入れを行いつながりを持つ様にしている。<br>外出については、今まで行った事のない場所へも行くようにしている。 | 周辺に地域集落が無い為、地域委員会を設け地域に交流を働きかけ繋がる努力をしている。地域のボランティア、障がい者施設のパンの訪問販売や養護施設との交流がある。また地域の保育所にも交流を働きかけている。   |  |
| 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                         | 現在は出来ていない。   |   |  |
| 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      | 運営推進会議の中で、検討事項等の経過報告や話し合いを行い、サービス向上につなげていけるようにしている。                                      | 地区・市・包括参加の下、会議を開いている。ホームから家族に出席の案内を送るが参加は無い。会議では利用者の様子や行事を伝えているが、マンネリ化しており、課題や話題作りに悩んでいる。             | 行政や包括から、他事業所の会議情報等の提供を依頼したり、地区代表から、地域高齢者の生活上の困り事等の生の声を聞く等して会議内容の充実を図られたい。特定の家族への指名依頼も試みられたい。 |
| 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                | 市町村との関わりとしては、運営推進会議への担当者の方に参加して頂くと共に、電話等にて相談・助言等をもらえるような体制を築いている。                        | 市の担当者とは、運営推進会議でコミュニケーションを取るほか、電話で相談に乗って貰ったり連絡を取ったりしている。   |  |
| 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 | 身体拘束に該当する項目を理解すると共に、身体拘束にならない様に気を付けている。  | 夜間起き上がり時に転倒の危険性がある利用者に、精神的・肉体的な負担を与えずに済むよう、センサーマットを使用している。言葉による拘束が見受けられる時には都度会議で話し合っている。              |  |
| 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逃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      | 全スタッフへアンケートを取り、現状把握を行った。   |   |  |

| 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 |
| 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    | 勉強する機会がなく、活用できていない。   |  |                   |
| 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                         | 契約時は利用者や家族と面会を行い、ホームについての説明をした上で、不安・疑問点を確認し、理解・納得してもらえる様に努力している。                |  |                   |
| 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                     | 面会時や電話連絡、アンケート等により、家族からの意見や、要望等を確認する様にしている。<br>利用者からは、日常生活の中で、意見や要望を聞き取る様にしている。 | 利用者からは、毎日の生活の中で意見や要望を聞くようにし確認している。家族の意見・要望は最近来所が少ないため、電話やアンケートで確認している。                       |                   |
| 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                                      | 会議やミーティング、日報・週報で職員の意見や提案を聞く機会を設けているが、反映については、状況の理解ときめ細かな計画が必要                   | 運営に関する職員からの意見要望は、経済的な理由で実現は容易でないことが多い。管理者は、職員の不満の声も理解しており反映に向けて実現の可能性を探りながら計画を立て根気強く訴え続けている。 |                   |
| 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      | 職務内容を細分化した分担表により、職員個々の目標の見える化を図っているが、個々に寄り添った対応が必要                              |  |                   |
| 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         | 研修を受ける機会の確保や、OJTによるトレーニングは管理者中心に進めている。また、自らサービスに入り問題点の収集にも努めたが、十分には出来ていない。      |  |                   |
| 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 | グループ内の他事業所との交流を増やし、活動内容の共有をすることで、サービスの質の向上に繋げている。                               |  |                   |

| 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>Ⅱ.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 | 面談時に管理者が、利用者からの要望等を聞き、安心して頂け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            | 面談時に管理者が、家族からの要望等を聞き、安心して頂け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        | ケアマネージャーからの相談が多く、他のサービスでの対応が難しい為の相談になっている。<br>家族からの問い合わせに対しては、他のサービスの紹介も行っている。 |  |                   |
| 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                        | 一緒に生活をする中で利用者から教えてもらう場面や共同で出来る事をして、関係を築くようにしている。                               |  |                   |
| 19                         |     | ○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         | 本人を支える関係作りが出来るように努めている。  |  |                   |
| 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                     | 馴染みの人や場所との関係が途切れてしまっている。<br>一部の利用者は、知り合いがデイサービスを利用しているので、会う事がある。               | 人手不足と利用者の重度化から、馴染みの場所への支援が難しい。ホームへの来所者も少ない中、1階のデイサービスの知人と会う機会を調整し、この場の繋がりを継続出来る様取り組んでいる。 |                   |
| 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                 | 孤立せずに利用者同士が関わり合いを持ち、支え合える様に努めている。  |  |                   |

| 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 |
| 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                    | サービス利用が終了した時点で関係が途切れる事が多い。家族等から相談があった場合は対応するようにしている。                 |   |                   |
| <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   | 希望や、意向の把握に努める為に、一対一になる機会やゆったりした時間を利用して、本人の思いを聞ける様にして把握に努めている。        | 家族の来訪が殆どないので、本人から思いや意向を聞く時間を大切にしている。アセスメント情報が十分とは言えないが、利用者にとって無理のない介護計画でゆっくりと本人らしく生活を送っている。 |                   |
| 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                                       | バックグラウンドシートや入居後に家族からの聞き取り、本人からの話等で生活歴の把握に努めている。                      |   |                   |
| 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   | 一日の過ごし方や状態等の把握はある程度できており、対応するようにしている。                                |   |                   |
| 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 | 本人や家族の方から、意見等を聞けるようにしたり、主治医の指示を介護計画に取り入れる様にする事で、現状に即した計画になるように努めている。 | 毎日の生活の中で利用者の希望・楽しみを確認し、家族・主治医と話し合い、介護計画を作成している。また、状態に変化があったときはその都度変更している。                   |                   |
| 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                        | 個別の記録(業務日誌、ケース、ケアチェック表、報告書等)を作成し、共有して実践や介護計画の見直しに活かす様にしている。          |   |                   |
| 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               | 必要時に協力医療機関との連絡を行い、受診が出来るようにしたり、早期対応を出来るだけ行う様にしている。                   |   |                   |

| 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 |      | ○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                                      | 不定期ではあるが、ボランティアに来て頂くようにしている。                                      |   |  |
| 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                                  | かかりつけ医(内科・歯科)の往診や、本人及び、家族の希望により、適切な医療を受けられるように支援している。             | 内科は2週間に1回、歯科は1週間に1回と、全員が協力医の訪問診療となっている。協力医とは常に電話で連絡が取れるようにし繋がりを持っている。                                       |  |
| 31 |      | ○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                          | グループホームに看護師がおらず、デイサービスに看護師がおり、必要に応じて相談できる様にしている。                  |   |  |
| 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、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。 | 入院時の情報交換や入院中の相談等に関しては、医療機関と協働できており、早期に退院出来る様にしている。                |   |  |
| 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・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  | 重度化や終末期に向けた方針は入居時に説明をさせてもらっており、その後も本人の状態に応じてリスク面も含めて、話しをする様にしている。 | 家族からの強い要望を受け入れ、現在1名の利用者がここで終末期を迎えている。家族・主治医・職員と、容態が変わる都度、報告・相談し十分話し合い、職員全員で共有して悔いのない終末を送ってもらうよう取り組んでいる。     |  |
| 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、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  | 普通救命講習を全職員に受けてもらうようにしており、応急手当や初期対応が出来る様に努めている。                    |   |  |
| 35 | (13) | ○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  | 通常の火災を想定した訓練を行っている。運営推進会議でメンバーの方へ声掛けをさせて頂き、参加してもらっている様にしている。      | 昨年の目標達成計画にあった非常食の完備及び、運営推進会議メンバーの避難訓練への参加と災害時協力の依頼は実行済みである。周辺に民家が無いので、職員の連絡網での電話伝達訓練で、有事に素早く集結できるよう取り組んでいる。 | 夜間一人体制時の2Fの火災を想定して、電話連絡網での職員集結時間と3階の車椅子利用者を担いで降り避難完了する時間を計るなど、引き続き有事の具体的な対応策を考慮されたい。 |

| 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                            |
| <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                   | 誇りやプライバシーを損ねない様な声掛けを行う様に意識する事で対応をしている。   | 職員と利用者の長年の付き合いからか、信頼関係が出来ているからか、地元の馴れ合いの言葉でのやり取りが目立つ。研修会などで意識を高め、虐待にならないように努めている。                         | 高齢者のプライドや羞恥心に配慮し、排泄の確認や声掛けの口調に関して更なる配慮を望みたい。 |
| 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                     | 利用者の希望を聞く様にして、自己決定出来る様に努めている。  |   |  |
| 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 | その人らしく暮らしてもらえるように努めているが、希望に添えない場合もある。  |   |  |
| 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                                  | 自分で出来る人はしてもらい、介助が必要な人にも選んで頂ける様に支援をしている。  |   |  |
| 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     | 楽しめる様に、一緒にメニューを考えたり、準備を行い、食事を共にし、片付けを一緒にしてもらおうように努めている。<br>本人の状態により、刻み食・トロミ剤を使用している。 | 平均介護度2.7で、食事の準備や片づけの参加は難しいが、職員と一緒にメニューを考え、食事作りの風景やご飯の炊ける匂いを楽しみ、職員と一緒に食事をすることで、ほぼ全員が完食している。食事介助も丁寧になされていた。 |  |
| 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          | 栄養や水分の確保が十分に出来る様に利用者個々の状態を把握する様に努めている。   |   |  |
| 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                   | 介助が必要な人に対しては、毎食後に確認しており、自分でされる方に関しては、声掛けを行い、確認するようにしている。<br>訪問歯科で口腔ケアの指導等行ってもらっている。  |   |  |

| 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 |
| 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                              | 排泄パターンの把握に努め、出来るだけ失敗やオムツを使用せずにトイレで排泄をしてもらえる様に努めている。                                   | 利用者一人ひとりの排せつパターンを考慮し、誘導しているため、大半の利用者は見守りで自立できている。各居室にトイレがあり、プライバシーを守りながらその人のペースに合わせた介助ができている。                       |                   |
| 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  | 飲食物の工夫や個々に応じた予防を行う事により、便秘薬の使用量を出来るだけ減らせるように努めている。                                     |   |                   |
| 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                        | 時間帯は決まっているが、個々の希望に添える様にしている。  | ゆっくりと入浴を楽しんでもらえる様、午後の2時間に1日4名の入浴時間をとっている。拒否のある人には時間をかけてその人の気分や状態に合わせて声掛けをすることで、毎回の入浴ができている。                         |                   |
| 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   | 利用者の状態に応じて、休息や安眠が出来る様に努めている。<br>本人の希望により、必要に応じて眠剤を服用してもらい休める様にしている。                   |   |                   |
| 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  | 新しい薬が処方された場合は確認すると共に、きちんと服薬が出来る様に支援し、症状の変化の確認に努めている。                                  |   |                   |
| 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                             | 利用者個々に応じての役割や楽しみごとをして日々を過ごせるように努めている。<br>普段はして貰っていない事でも、お願い出来るような仕事を頼み役割を増やせるようにしている。 |   |                   |
| 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 | 外出支援としては、朝のゴミ出しや季節毎の花見や行事での外出を行う様にしている。   | ホームの前は車道で危険な為周りの散歩は難しい。外出は季節毎の花見・行事を楽しんでもらっている。また、毎日裏のゴミステーションに職員と一緒にゴミを捨てに行く事が、利用者のやりがいとなっており、ひと時の戸外の空気も楽しみとなっている。 |                   |



| 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 |
| 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  | お金は事業所管理になっているため、持ってもらっていない。<br>使うタイミングも殆どない                                 |   |                   |
| 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   | 手紙を書く利用者の方は少ないですが、送られてきた手紙は見て頂ける様にしている。                                      |   |                   |
| 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 | 共用空間での利用者が居心地良く過してもらえるように工夫するように努めている。<br>季節毎折り紙で季節を感じて貰える様にしている。            | こじんまりとして、いつも隣に誰かいるという安心できる空間の中に、洗濯物量みや皆から離れて昼寝ができる畳空間がある。また、壁の飾りつけも不穩に繋がる派手な物でなく自宅に近い環境作りができています。             |                   |
| 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  | リビングのソファや椅子等で思い思いに過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<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  | 居室に使い慣れた物を持って来てもらうようにして、居心地良く過せるように努めている。                                    | 各部屋にトイレ・洗面所があり、プライバシーが守られ安心してくつろげる空間になっている。使い慣れた家具や調度品を一人ひとりの個性、症状に合わせて置いてあり、洗面所の使い勝手も工夫され、落ち着いて生活出来る様になっている。 |                   |
| 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   | 利用者個々の能力に応じて出来る事や分かることはなるべくしてもらうようにしたり、利用者が使いやすい福祉用具を使用することで、自立につながるようにしている。 |   |                   |