

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 rows: 事業所番号 (0190200709), 法人名 (社会福祉法人 三草会), 事業所名 (グループホームもえれのお家 優林), 所在地 (札幌市東区北35条東28丁目 9番11号), 自己評価作成日 (平成29年8月31日), 評価結果市町村受理日 (平成29年10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)】

近隣の小学校と交流があり、毎年小学校4年生が総合学習の一環として来訪され、利用者の方たちと交流を持っています。併設の小規模多機能型居宅で行う行事に利用者の方が数名参加するなど交流を図っています。利用者の重度化に伴い協働できる活動支援は限られていますが、本人のペースに合った柔軟な支援を心掛けています。定期的に内部勉強会を行い、職員の知識向上とスキルアップにつながるよう努めています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先URL, http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou\_detail\_2016\_02\_2\_kihon=true&JigyosyoCd=0190200709-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 3 rows: 評価機関名 (特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット), 所在地 (札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401), 訪問調査日 (平成29年10月6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)】

「グループホームもえれのお家 優林・森和」は市街北東部に位置し、住宅街そして小学校に隣接しており、2階建て、1、2階1ユニットずつの2ユニット18名の利用者が暮らしている。事業所では「地域の中で家庭的な雰囲気のもと、専門スタッフや仲間と生活をともにし、健康でより自立したその人らしい生活ができるようご家族とともに支援します」の理念の元に、家族の思いと協力があがり、そして職員が楽しいと利用者も楽しい、利用者が楽しいと職員も楽しいと語る職員による介護の中で利用者は安全、安心の日々を暮らしている。当事業所の1階には、同法人の小規模多機能事業所が併設され、運営推進会議、火災訓練等を合同で行い、利用者は小規模多機能事業所で行われる音楽会等の行事にも積極的に参加し、職員と共に交流し協力し合っている。又、当事業所に隣接する小学校4年生が毎年、総合学習の授業として来訪し、利用者のお話を聞いたり、介護の体験等が行われ、そして昨年は出張授業として、事業所担当者が小学校へ向かい「認知症サポーター養成講座」を行っている。事業所では町内会に加入し、町内会主催の祭り、清掃行事等に利用者、職員共に参加し、冬には行政の要請に応じて「福祉除雪」として職員が近隣の高齢者宅の除雪を行っている。事業所は町内会、小学校を始めとした地域に対する積極的な関わりを発信し、又利用者、家族とふれあひ、そして迷いながらも利用者の為の介護の日々の職員が語る「心ゆたかに穏やかなゆっくりとした時が流れるような」グループホーム「もえれのお家」の今後になお一層の期待をしたい。

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

Large table with 4 columns: 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). Rows 56-62 describe various service outcomes like staff understanding user needs, user participation, and safety.

## 自己評価及び外部評価結果

| 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   | 地域の中でのその人らしい生活を理念に掲げ、事業所内に掲示し、カンファレンスや勉強会で職員間で共有し実践に心掛けている。                         | 事業所理念は、スタッフルームに掲示し職員皆が共有し、職員はしっかりと意識を持ち、利用者への日々の介護の為に、実践に努めている。   |                   |
| 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   | 町内会活動でお祭りやゴミ拾いなどの行事参加の他、近隣の福祉除雪を協力しています。また、近隣の小学校から訪問、交流をしている。                      | 地域への関わりは積極的であり、町内会に加入し、隣接の小学校から授業としての来訪があり、又事業所担当者が小学校で認知症サポーター養成講座の出張授業を行い、地域の高齢者宅の福祉除雪を行う等して地域密着を目指して努力している。        |                   |
| 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   | 運営推進会で利用者様の生活状態の説明を行うとともに、お祭り等町内会活動に利用者様も参加し認知症の理解に努めている。また、小学校で認知症サポート養成講座を開催している。 |   |                   |
| 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                                      | 運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、事業運営活動や利用者様の状況を報告し推進員の方々からご意見や要望を頂いている。                            | 運営推進会議は、2ヶ月に1回、包括支援センター、介護予防センター、町内会役員、家族1名の出席を得て開催し、会議は利用者が寛ぎの場としている事業所ホールで行い、利用者も参加の形となっている。議事録は次回案内と共に全家族に送付されている。 |                   |
| 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  | 管理者が必要時担当部局、地域包括支援センターと情報交換を行っている。  | 市町村との連携は、管理者が窓口となり市区の連絡会議、研修等に積極的に参加し、又更新時そして必要に応じて行政へ事業所の状況報告、情報を収集して関係を緊密にす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>代表者および全ての職員が「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 | 身体拘束の内容を資料・マニュアル・勉強会等で理解した上で、身体拘束チェック表を用いてケアの実践に取り組んでいる。                            | 身体拘束をしないケアの実践では、職員はマニュアルを使用して勉強会を行い、利用者個々の「身体拘束チェック表」を作成し、薬の服用も医師を交えて検討し、又家族にも説明し、理解を求めて利用者の日々の安全、安心に努めている。           |                   |
| 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                                       | 内外研修会等に参加しより質の良いケアに努めている。また、毎月虐待防止、身体拘束の自己点検表を用いて確認しています。                           |   |                   |

| 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   |
| 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    | 外部研修やカンファ、勉強会で必要性を話し合い活用できるよう努めている。  |   |   |
| 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                         | 管理者が行っており、利用者様とご家族から疑問点などを確認している。  |   |   |
| 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                      | ご家族の来訪時はケアの状況を説明しながら要望などを確認、整理し今後のケアに反映するようにしている。                                    | 利用者、家族等の意見の反映は、家族の来訪時や電話等で利用者の生活状況を報告し、要望、意見を聞き、記録して職員が共有している。又、全家族は出席されれないが、年2回家族会を開催し要望、意見等を聴取し、運営に反映できるように努めている。     | 事業所では、家族会等で要望、意見等を聴取する努力をしているが、中断している“お便り”を復活し、全家族に送付することにより、更に多くの家族からの要望、意見等を聴取し運営に反映し、利用者の為の介護のなお一層の充実を期待したい。 |
| 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                                      | 日常業務やカンファレンスの他、年に一度は個人面談を行い、職員の意見や提案を反映させるようにしている。                                   | 当事業所では、個人面談を必要に応じて年1～2回行い、又毎月のカンファレンスに於いても職員の要望、意見を聴取するようにしている。事業所内で「業務改善委員会」を開催し、年間計画作成、役割分担の見直しを行い、職員全体で運営への反映に努めている。 |   |
| 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      | 就業規則は整備され少しずつ改善されているが、慢性的な人手不足の中で残業も多くなっている。ただし、休み希望は毎月職員の希望を反映している。職員の資格取得には協力している。 |   |   |
| 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         | 事業所内で職員主体の勉強会を月1回行っている。外部研修への参加は慢性的な人手不足で参加が難しいのが現状だった。                              |   |   |
| 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 | 法人内部の交流は研修会や勉強会で行なっているが、職員が外部研修への参加が難しいため交流する機会がない。                                  |   |   |

| 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 |
| <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 | 入居前の事前訪問でご本人から情報収集し初期プランに反映している。入居後は生活パターンを整理しアセスメント、ケアプランを短期間で見直しを行なっています。       |   |                   |
| 16                          |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | ご家族との面談、契約時に職員が情報収集の時間を設けて信頼関係を築けるように努めています。                                      |   |                   |
| 17                          |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ご本人やご家族の意向に沿った外部サービス利用説明を行いサービス提供を見極めるようにしている。                                    |   |                   |
| 18                          |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 昔取った杵柄が活かされるよう生活歴を含め情報収集を行ない、職員の一方的な介護にならないよう心がけている。                              |   |                   |
| 19                          |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<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            | ご家族に負担の無い程度の受診の同行を依頼しています。来訪時に話しやすい環境づくりに努め、利用者様の状態を細かく伝えることで要望や不安を話しやすい関係に努めている。 |   |                   |
| 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                        | ご家族や友人の方々がいつでも来訪できる環境であり、従来からの病院や看護師との関係が継続出来るよう努めている。                            | 当事業所では、長期入居の利用者の重度化が進み、馴染みの場、人との関係が希薄になってきているが、かかりつけ医とその看護師が馴染みの人となっている利用者もおり、職員は従来からの馴染みの場、人と同様に関係の継続に努めている。 |                   |
| 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                     | コミュニケーションの困難な利用者様は職員が介入しながら同士の関係性を保持している。   |   |                   |



| 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                                 |      | ○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                    | 要望があれば必要に応じた支援に努めていくが、現在のところ要望がない。  |  |                   |
| <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   | ご本人の希望や意向は記録に残しカンファレンスで話し合い、本人本位に検討している。  | 当事業所では、職員が利用者の言動、生活歴から意向を確認し、家族からも入居時に意向を確認しているが、かかりつけ医、又は協力医の指示の元、終末期近くにも最終的な意向の確認に努めている。   |                   |
| 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                                       | 基本情報を基にご本人が発した地名や名前、ご家族からの情報を整理しアセスメントの追記を行なっている。   |  |                   |
| 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   | 一日の過ごし方や出来る事、出来ないことを生活記録に残しカンファに反映し職員の共通理解に努めている。   |  |                   |
| 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 | ご本人やご家族からの要望や意見を組み入れ、定期的なカンファレンスで課題について話し合い、ケアプラン作成しご家族の同意を得ている。                          | 介護計画とモニタリングは、担当職員が中心となって利用者個々に計画を作成し、利用者の必要に応じて2～3ヶ月で見直しすることとして、その進捗性を毎日チェックすることとしている。介護計画をより実践的に利用者の日常生活に活かせるよう、又短期目標を今以上に個別具体的に設定することに取り組んでいる。 |                   |
| 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                        | 気づきやケアの工夫を記録に残し共有、申し送りやカンファレンスで話し合い、検討をしている。  |  |                   |
| 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               | 利用者様のニーズに臨機応変に対応出来るよう努めており、ターミナルケアの対応にも医療機関と連携を図りながら取り組んでいる。                              |  |                   |
| 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                         | 隣接の小学校や町内会行事への参加を通して交流をしているが、身体状況の変化で徐々に少なくなっている。   |  |                   |
| 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                     | 従来からの主治医の継続を優先し受診時は職員が同行を行い、ご家族への受診報告を行っている。また身体状況の変化に応じて訪問診療への切り替えはご本人やご家族と相談しながら検討している。 | 利用者の入居以前からのかかりつけ医を重視し、通院には職員が同行し、細かな情報を医師に伝えている。又、通院困難となった時はかかりつけ医、又は協力医の月2回の往診とし、更に訪問看護も週1回とし、利用者の体調管理、健康維持に日々努めている。                            |                   |

| 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                      | 訪問看護師は週1回来訪、体調変化や気づきを相談している。また状態変化がある場合には電話相談を行ない、主治医との連携を図りケアにつなげている。  |  |                   |
| 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。又は、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。 | 入院時は病院への基本情報など添書を提供している。またご家族への病状説明時に同席し担当医からの説明を受け、早期退院へ向けた働きかけを行っている。 |  |                   |
| 33                               | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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 | 契約時にご家族の意向を伺い方向性を確認している。また重度化した場合は早期にご家族と今後に向けた話合いの場を設け共通理解の確認をしている。    | 当事業所では、終末期における看取りを行うこととし、入居時に「重度化した場合の対応に関わる指針」を利用者、家族に説明、同意を得、重度化した場合は利用者の日常の言動から、及び家族からも終末期の再確認をし、かかりつけ医、又は協力医と連携し、利用者本人の思い、意向に沿うように努めている。 |                   |
| 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、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   | 急変や事故発生時のマニュアルを作成し、勉強会や訓練につなげている。                                       |  |                   |
| 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   | 昼夜想定火災避難誘導は年2回定期的に実施しているが、地域との協力体制の整備や自然災害を想定した訓練は行っていない。               | 当事業所では、昼夜想定火災訓練を併設の小規模多機能事業所と合同で年2回、内1回は消防署の参加を得て実施している。地域住民の訓練参加は実現されていないが呼びかけは継続して行い、又自然災害への対応も今後の課題となっている。                                |                   |
| <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  | 人生の先輩として個人の人格を尊重した声掛けや介助に努めている。   | “利用者一人ひとり違う花、それぞれの生き方、そういうことに対してありがとうと思う”と語る職員は人生の先輩としての利用者の人格を尊重し、プライバシーを損ねることのないように日々努めている。  |                   |
| 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   | 表情や身振りに注意してご本人の意向が汲み取れるよう気を付けている。自己決定が困難な場合はご本人本位に選択をしている。              |  |                   |
| 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                                   | 職員が日課を決めることなく一人一人のペースに合わせた支援を行うよう意識している。                                |  |                   |
| 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  | 化粧や身だしなみの支援は行っている。散髪もご本人の希望に応じてカットや顔そりを選択している。                          |  |                   |

| 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 |
| 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         | 本人が「食べたい」「美味しい」と思えるような食事提供を行なっているが、嚥下状態により本人の意に沿わない事もある。可能な限り準備や後片付けは利用者様と行っている。 | 食事の献立作り、食材は外部業者への発注とし、調理するのは職員だが、利用者は下拵え、片づけ等を手伝っている。利用者の好き嫌いにはできる限りの個別対応をし、行事食や時には出前を取る等して季節感、変化を感じながらの食事となるように努めている。                  |                   |
| 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              | 本人の身体状況や体重、身長を考慮しながら、医療関係者と相談しながら、食事や水分提供を行っている。                                 |   |                   |
| 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                       | 歯科往診や口腔衛生士の指導を得ながら、利用者様の状態に応じて、うがい・スポンジケア・歯磨きなど行っている。                            |   |                   |
| 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むけた支援を行っている       | トイレでの排泄継続を目指して、表情や行動パターンでの誘導や時間誘導を行なっている。  | 当事業所ではトイレでの自立排泄を基本としているが、重度化の進行に伴い現在自立排泄が可能な利用者は5人、自分で尿意等を訴える方は2~3人程となっている。職員は利用者個々の排泄記録を元に、時間での声かけ、表情、動作等からの誘導を行い、トイレでの排泄に努めている。       |                   |
| 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                       | 排便周期を把握しながら、日常的に乳製品や繊維質の提供をしています。また、水分量、運動も考慮しながら下剤調整を行っている。                     |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことのできる支援<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 | 身体状況や職員配置により必ずしも利用者様の希望に応じた時間帯に行っていない。銭湯入浴希望者への個別対応も可能な限り行っていきたい。                | 入浴は週2回を基本とし、利用者の要望には柔軟に対応している。1階の浴場はプライバシー保護の為窓無しとし、2階は暖かい日差しのある窓を付け、湯は足し湯とし清潔感を保つよう心掛けている。時には拒否する利用者もいるが、試行錯誤しながらも入浴を楽しんでもらえるように努めている。 |                   |
| 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                        | 日々の状態を観察しながら昼寝の促しを行っており、昼夜逆転の利用者様には日中の覚醒に運動や活動提供を行なうとともに、医師と相談しながら安眠確保に取り組んでいます。 |   |                   |
| 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                   | 薬の効用全てを理解するには至っていないが、処方箋ファイルで確認出来るようにしている。主治医とは健康・生活状態を報告しながら薬調整も行っている。          |   |                   |
| 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      | 利用者様に依りて歌、生活リハビリの提供を行なっている。その他にも銭湯入浴、晩酌提供などの個別対応も行っている。                          |   |                   |

| 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 |
| 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。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                     | 周辺の外気浴を兼ねた散歩は行われているが、買い物や外食などの定期的支援には至っていません。                        | 外出は、利用者の重度化の為に、ユニット全員揃っての定期的な遠出のレクリエーション、散歩等は無理となっている。現在は個別対応が基本となり、事業所周辺の散歩、個人の買い物等の支援となっている。   |                   |
| 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  | ご本人やご家族の要望があれば随時買い物等の支援は行うようにしている。お小遣いは施設管理で行っている。                   |  |                   |
| 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   | 電話は2～3人が希望されている。   |  |                   |
| 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 | 温度や湿度、照明に配慮したり、家具の配置替えや季節感を取り入れた装飾を行い、居心地よく過ごせるよう工夫している。             | 共有空間は、白壁、フローリング、そして窓が大きく明るい陽の光が射し込み、暖かさ、清潔感に溢れ、食事時間の食堂は季節を感じる彩りの食事が並び、利用者職員のお喋りが、笑顔がある。ソファが置かれたリビングは広く、日差しを浴びながら憩い寛ぐ利用者、そして温かく見守る職員にとってそこは“ゆっくり時間が流れている感じがある”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<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  | ご利用者同士が気兼ねなく過ごせるようペアリングを考慮しながら、日々の状態に応じてホールや食堂、居室の場所や時間での住み分けを行っている。 |  |                   |
| 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  | 使い慣れた家具や装飾品の持ち込み、配置にも工夫している。しかし身体機能の低下や認知症の変化に伴い配置替えや殺風景な居室になる事もある。  | 居室は、白壁、フローリング、大きな窓からは青空が大きく見え、クローゼットには利用者の衣類を始めとした日用品が、部屋の壁側には使い慣らされたタンス等が置かれ、利用者それぞれの生活がそこにはある。“利用者の笑顔を見ると働き続けられる”と語る職員の介護の中で利用者は安全、安心の日々を暮らしている。                     |                   |
| 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」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  | 表示や手すりの増設、夜間のスポット誘導を行ない安全に自立した生活の継続に努めている。                           |  |                   |