

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                     |                |           |
|---------|---------------------|----------------|-----------|
| 事業所番号   | 2892000528          |                |           |
| 法人名     | メディカル・ケア・サービス関西株式会社 |                |           |
| 事業所名    | 愛の家グループホーム明石大久保町茜   |                |           |
| 所在地     | 兵庫県明石市大久保町茜3-11-1   |                |           |
| 自己評価作成日 | 令和4年2月1日            | 評価結果市町村<br>受理日 | 令和4年2月24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.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CSウオッチ |
| 所在地   | 兵庫県明石市朝霧山手町3番3号 |
| 訪問調査日 | 令和4年2月12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)】

自立支援介護＝水分・栄養・排泄・運動この4つを柱にお一人おひとりの身体状況にあわせ。血液データを基に内容を進めている。  
例 不必要な薬の減薬 アルブミンの数値を把握し栄養状態の把握を行い低栄養うな方への捕食によるアプローチ

【第三者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)】

【優れている点】・ひとり一人の1日の摂取量や排泄状況などを血液データをもとに数値化している。その結果をもとに服薬調整や栄養改善及び睡眠の質改善を目指し取り組んでいる点。・ホーム長のリーダーシップへの熱意。  
【工夫点】・ICTへの取り組み。一人ひとりも排泄状況等を随時入力し個別支援に役立てている。・経過記録をPCソフト各項に随時入力することで意向や課題を職員間で共有でき支援の有効活用。・利用者の担当制を取り入れ家族へのお手紙作成など関係構築につなげている。

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)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 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<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 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:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 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) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活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<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外に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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己<br>者<br>第<br>三  | 項<br>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                             | MCSの介護理念にもある「快適で穏やかな生活を常にサポートし心を込めたサービスに努めその姿勢を磨き続ける。事を意識し取り組みを行っています。                             |      |                   |
| 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                             | 以前は近隣のスーパーや理髪店・ケーキ屋・公園など比較的自由に職員と出かけていましたが、コロナ渦にあり最近では近所への散歩のみとなっています。                             |      |                   |
| 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                               | 認知症サポーター養成講座に講師として参加している。  |      |                   |
| 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        | 書面だけの報告もあるが、2021.12にご家族様に集まってお話し交換・お過ごしの様子についての報告を行いました。ウェブ会議の提案も行いましたが、ご家族様側から希望しないの返答が多かった為今は検討中 |      |                   |
| 5                  | (4) ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                 | あまり出来ていない。地域包括支援センターへは時々パンフレット持参することがありその際状況報告行っている。   |      |                   |
| 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 | 定期的な研修を実施。また委員会を設置し話し合う機会を作っている。   |      |                   |

| 自己 | 者 | 第三   | 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  |   | (6)  | ○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        | 身体拘束と並行し定期的に研修を行い委員会を設け見直し・話し合いの機会を作っている。                                 |      |                   |
| 8  |   | (7)  | ○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    | 権利擁護に対する研修について実施していますが、実際に対象となるケースが発生した場合はご家族様・関係者と改めてカンファレンスを行うようにしています。 |      |                   |
| 9  |   | (8)  | ○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                         | 契約時は管理者が対応し重要事項説明書の読み合わせを行いながら疑問は発生した際はその都度解決し理解いただき署名いただいています。           |      |                   |
| 10 |   | (9)  | ○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                     | ご家族様からご意見など電話等でいただいた際は、早々に職員間共有し話し合う時間(ユニット会議)を作っています。                    |      |                   |
| 11 |   | (10) | ○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                                      | 3ヶ月に1回職員面談があり、その際職員個々の思いを傾聴している。内容によっては、上司に報告する。                          |      |                   |
| 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      | MCSIには段位制が導入されており、段位によって求められる技術の成熟度に違いがあります。このような機会が年に2回以上行われています。        |      |                   |
| 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         | 新人職員への教育についてはプリセプターを付けMCSI内教育研修経路の研修参加を促しています。                            |      |                   |
| 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 | 連絡会に登録し3ヶ月/1回の集まりの参加を行う事で交流を深め意見交換や情報の収集を行っています。また地域単位で管理者の集まりを月1回行っています。 |      |                   |

| 自己                         | 者    | 第三 | 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 | ご本人様との関係を大切にすることを心がけ初期処遇に時間をかけアセスメント行っています。また職員との関係を大切にすることから職員の担当を決めて関わっています。 |      |                   |
| 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            | ご家族様に対し担当職員から毎月お手紙を発行しています。  |      |                   |
| 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        | CMの作成する計画書に伴いサービスを行う事やプラン作成にあたりご家族様のご要望を伺い記録とし添付しサインいただいています。                  |      |                   |
| 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                        | 担当制を行う事で関係の構築を狙いとし、話しやすい関係作りに努めています。   |      |                   |
| 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         | 担当者が電話や備品購入などご家族様と話す機会を持つことでお互いの理解を深める事を行っています。                                |      |                   |
| 20                         | (11) |    | ○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                     | 不穩時などご家族様と電話で話せるよう入居時に承諾いただき、必要時職員が説明を行い電話などを使いながらご本人様と話していただき安心に繋げています。       |      |                   |
| 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                 | お人柄・生活歴・出生地など繋がりそうな所を活かし利用者同士の関係が進むよう見守っています。それによって席など移動していただいています。            |      |                   |
| 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  | 契約が終了しても、これまで通りの関係性を大切に相談や支援があればいつでもご相談していただくように終了時に説明を行っています。                 |      |                   |

| 自己                                 | 第三   | 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>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                                 | (12) | ○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   | 介護計画作成時ご本人様及びご家族様の意向を確認し、ご本人様にあったサービスプランを作成するよう努めています。  |      |                   |
| 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                                       | 生活歴や趣味・環境など事業所書式のアセスメントシートに記載し作成し職員間で共有することに努めています。   |      |                   |
| 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   | 聞き取り等によって把握出来ていることを日課計画表を基に1日のお過ごしを行っていたりよう努めています。  |      |                   |
| 26                                 | (13) | ○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 | 状況に応じてユニット間で話し合ったりご家族様に意見や相談を行ったりしながら介護計画書に内容を過程から記入するよう努めています。   |      |                   |
| 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                        | 気づきについてはユニット単位でノートを活用したりすることで次への工夫に繋げる事があります。危険予知などはヒヤリハット等の記載によって職員間で共有出来るよう努めています。内容によっては、計画書に記載するよう努めています。 |      |                   |
| 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               | 例えば、食事時間や場所などは、その方なりが必余であればその都度行っています。食事内容についてもご家族様と相談し補食・内容変更など取り入れています。                                     |      |                   |

| 自己 | 者    | 第三 | 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                                      | コロナ渦となり、ご入居者様の自由な生活が送りにくい状態にはなっていますが、近所を散歩することで畑の花を見たり子供たちと出会ったりすることで季節や環境を理解していただくよう努めています。                                   |      |                   |
| 30 | (14) |    | ○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                                  | 事業所契約により往診医があり、必要時電話にて連絡を取るようになっております。必要時は職員同行で受診しています。往診医は、2週間/1回の往診対応を行っています。主治医に対してはご家族様が以前からのDrを希望された場合はそのまま継続していただいております。 |      |                   |
| 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                          | 事業所内に看護師が在申しており、日々の医療的内容を把握し、対応に努めています。また往診医との情報の共有も行うとこに努めています。   |      |                   |
| 32 | (15) |    | ○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。 | 入院時早々にHPに看護サマリーを送り、情報を共有することに努めています。退院前カンファレンスを出来る限りお願いするようにしています。   |      |                   |
| 33 | (16) |    | ○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  | 状態に応じてその都度話し合う機会を設けている関係者それぞれが役割の認識を行い連携が釣れるよう努めています。  |      |                   |
| 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  | まずは他ユニットに連絡を行う。自己判断は危険が潜んでいる事から看護師・管理者への連絡が必須。指示を受けてからの行動を行うよう伝えそれに努めている。  |      |                   |
| 35 | (17) |    | ○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  | 避難訓練を年2回行っています。消火器の使用方法や場所の確認。連携の取り方など機会があれば話し合うように努めています。   |      |                   |

| 自己                               | 者    | 第三 | 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                               | (18) |    | ○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                    | 理念にもあるように「快適」「穏やか」を意識するよう努めています。また居室への入室やトイレなどに入る際は、必ずノックをするよう努めています。    |      |                   |
| 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                      | ご本人様の意向を尊重し無理強いを行わずその方のペースを大切に関わっています。また洋服など選択出来ることは選択していただけるよう努めています。   |      |                   |
| 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 | その方らしさの継続については、出来る事やりたい事と日々変化することがありますが出来る限りご本人様の望みや希望を叶えられるよう努めています。    |      |                   |
| 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                                   | お気に入りの洋服などわかりやすい物は会話に組み込まれるような話となりおしゃれに繋がる場面が見られ支援できていると感じています。          |      |                   |
| 40                               | (19) |    | ○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      | コロナ渦となり、出来る作業が少なくなっている事が現状ですが、食器拭きやテーブル拭きなど食事に対しての一体感が損なわれないよう努めています。    |      |                   |
| 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           | 体重測定を月/1回行っています。また血液検査等により体内の状態を把握し往診医と協力しながら観察し運動量や排泄回数などデータ化し取り組んでいます。 |      |                   |
| 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                    | 歯科衛生士による助言をいただきながら職員間共有し食後毎回のケアに努めています。また必要・希望に応じて訪問歯科に来ていただいています。       |      |                   |

| 自己 | 者 第  | 目 項   | 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 | (20) | ○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                              | 排泄回数・時間をデータ化し把握に努め促すよう声掛けを行っています。  |      |                   |
| 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  | なるべく内服薬を使用せず、運動と水分の強化を行っています。便秘3日以上サイン出たら朝の牛乳や野菜ジュースの提供を行い便秘解消に繋げています。                 |      |                   |
| 45 | (21) | ○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ず、個々にそった支援をしている                             | 基本的には、午後14:30～の入浴ですが不穩時や汚染等が発生した場合はその都度職員間で話し合い必要な対応を行っています。                           |      |                   |
| 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   | 日中休息が必余な方には、30分程度の休息を提案しています。夜間眠りが浅い方には、日中の退屈感がないよう刺激のある事を提供し疲れて休む為のコントロールになるよう努めています。 |      |                   |
| 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  | 処方箋を保管し内服薬の数を把握し状態が変わった場合はノートを使って職員間で報告・共有することに努めています。                                 |      |                   |
| 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                             | 日中のお過ごしで個別の時間を提供しその方の興味のある事・以前行なっていたことなど好きな事に取り組んでいただけるよう努めています。                       |      |                   |
| 49 | (22) | ○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 | 現在コロナ感染症により外出の機会が無くなり出来る事として近隣への散歩・ホーム内庭でのくつろぎだけとなっております。                              |      |                   |



| 自己 | 第三   | 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  | 関わり支援では、以前はスーパーなどご自分のお金を持って買い物に行き代金を支払うという作業を行っていましたが、現在外出の機会が無くなりお金については、支援出来ていない。                   |      |                   |
| 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   | ご家族様から手紙が届いた際は、返信していただけるよう支援しています。また年賀状などご自分で書いていただいています。   |      |                   |
| 52 | (23) | ○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 | 季節に応じて壁画を作成していただいています。居心地については、人それぞれではある為廊下や玄関にソファなど設置することで居心地よく過ごしていただけるよう工夫することに努めています。             |      |                   |
| 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  | 会話の進むお相手様・馴染の関係の方との席の共有に努めています。   |      |                   |
| 54 | (24) | ○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  | ご家族様と相談しながら配置については決めています。ご本人様の身体状態も加味する必要がある際はこちらから提案させていただきご相談いただいています。最終ご本人様に見ていただき了解をいただくよう努めています。 |      |                   |
| 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   | お1人おひとりの動線を把握し出来る限り配置を変えず過ごしていただく。トイレなどは行き慣れた場所を優先的に使用してもらうよう配慮することに努めている。                            |      |                   |