

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 すみれ )

|         |                    |       |               |
|---------|--------------------|-------|---------------|
| 事業所番号   | O673200341         |       |               |
| 法人名     | 株式会社 MSC           |       |               |
| 事業所名    | グループホーム燦燦          |       |               |
| 所在地     | 山形県飽海郡遊佐町遊佐南大坪12-1 |       |               |
| 自己評価作成日 | 平成 30年 1月 10日      | 開設年月日 | 平成 27年 10月 1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)】

|           |
|-----------|
| マーガレットに記載 |
|-----------|

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

【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)】

|           |
|-----------|
| マーガレットに記載 |
|-----------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |         |             |
|-------|-------------------|---------|-------------|
| 評価機関名 | 株式会社福祉工房          |         |             |
| 所在地   | 仙台市青葉区国見1-19-6-2F |         |             |
| 訪問調査日 | 平成30年 1月23日       | 評価結果決定日 | 平成30年 3月16日 |

## 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 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 55 | 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 | 62 | 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    |
| 56 | 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:18,37)         | ○                     | 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                  | 63 | 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                  |
| 57 | 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: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    | 64 | 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           |
| 58 | 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:35,36) | ○                     | 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 | 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       |
| 59 | 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:48)              | ○                     | 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    |
| 60 | 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:29,30)     | ○                     | 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 |
| 51 | 利用者は、その時々々の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          | ○                     | 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    |    |   |                       |   |

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します

| 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   | 職員全員で理念と目標を考え、見える場所に貼り、共有・実践に繋げている。会議の場でも理念の確認を行い、実践出来ているか話し合っている。   | 法人の理念を意識できるように見える場所に掲示して、仕事の振り返りにしている。今年度のスローガン(報・連・相)を掲げて会議で確認している。                                 |                   |  |
| 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   | 毎年夏祭りを開催し、地域の方々から来て頂いたり、婦人会よりボランティア協力を頂いている。文化祭や芸能祭、地区祭り等、地域の行事への招待も頂き、積極的に参加している。婦人会より、夏祭り以外にもボランティアに来て頂き交流を図っている。徘徊時等お茶飲みをさせてもらえる関係を築き | 地域との関係は良好であり、地域の文化祭やお祭り等の行事に招待され参加、又、地域の広報の回覧板で日頃の事業所の様子や活動を紹介している。婦人会のボランティアや定期的な中学生の職場体験等による訪問がある。 |                   |  |
| 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   | 地域の方々との交流の機会を持ち、又中学生の職場体験を受け入れ、認知症の方と関わってもらう事で、理解してもらい、支援の方法などを学んで貰える様になっている。事業所の広報を回覧板でまわし、日頃の様子や活動を知ってもらえるように心がけている。                   |  |                   |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取組み<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  | 2ヶ月に1回、行政、包括支援センター、区長、民生委員、家族代表の参加で開催して事業所の状況報告、課題について話し合いを行っている。遊佐町の介護保険実施状況については、行政より資料を作成して頂き、会議の場で話をしてもらっている。                        | 定期的(2か月毎)に行政、地域包括支援センター、区長、民生委員、家族代表等の参加で開催している。事業所の現況の報告及び事業所の課題について参加者と、意見交換してサービス向上に活かしている。       |                   |  |
| 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  | 日頃から連絡を密にしており、困難事例について町や包括支援センターへ相談し、協力を得られるような関係を築いている。地域ケア会議では、他職種の関係者が参加し意見交換をしている。   | 推進会議に参加して事業所の状況を把握してもらっている。又、地域ケア会議にも参加し他職種との連携も図られている。  |                   |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる | 内部研修で身体拘束禁止について学び、正しく理解している。利用者の状態を考慮し、玄関に鍵をかけない工夫や取り組みを行っている。   | 内部研修で事例を基に身体拘束をしないケアを理解、周知している。玄関に鍵を掛けない工夫や取組等についても検討している。   |                   |  |

| 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 |  |
| 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      | 内部研修で、虐待や不適切ケアについて話し合い、日々防止に努めている。  |   |                   |  |
| 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 | 外部研修に参加し、成年後見制度について学び、その方へ必要と思われる支援を包括支援センターや役場、家族と相談している。<br>職場会議で制度について勉強会を行った。   |   |                   |  |
| 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                      | 事前に施設見学に来て頂いたり、料金についてしっかりと話をしている。契約や解約時、変更事項があった場合は、文書を基にわかりやすく説明し、理解や納得を図っている。   |   |                   |  |
| 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                   | 日々生活の中で利用者の希望、意向等を聞き日常生活や行事等へ反映させるようにしている。<br>家族へは、直接聞くとともに、面会時にアンケートを取り参考にし、反映させている。前回の外部評価後、法人としての家族アンケートを実施し、参考になった。定期的に行って行く。 | 利用者には日々の生活の中で希望や意向等を聞き、行事や日常の生活に活かしている。家族の意向等に関して、アンケート調査を行ってサービス向上に反映している。 |                   |  |
| 11 |     | ○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                                   | 定期的な職員会議やユニット会議、毎日の申送り時に、業務についてや気付きについて意見交換している。  |   |                   |  |
| 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   | 日々の勤務状態を見たり、職員会議への出席、研修や行事の報告書により状況や実績を把握している。年に1回以上、個人面談を儲け、日々聞けない意見や要望を聞き、職場環境や条件の整備に努めている。                                     |   |                   |  |
| 13 | (7) | ○職員を育てる取組み<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       | 一人ひとりのケアの実績と力量を把握した上で、職員が自分で参加したいと思う研修を選び、積極的に参加出来るようにしている。研修へ参加した職員は、職員会議で講師役となり、伝達研修を行っている。                                     | 外部研修へは積極的に参加できるように配慮している。二ヶ月に一回の内部研修や伝達研修を行っている。                            |                   |  |

| 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 |  |
| 14                           | (8) | ○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組みをしている | グループホーム協議会に参加し、研修会や交換実習、交流会等の活動に積極的に参加している。近隣施設と行事毎の行き来はもちろん、合同で夏祭りを行っている。又、他施設のカフェに参加したり、行事に参加したりと、交流を持ちサービスの質の向上につなげている。 | 交換実習に参加して事業所のサービスに活かしている。グループホーム協議会に参加しての他の事業所の職員との交流、近隣の事業所との合同での夏まつり、他の施設のカフェへの参加等を通して、交流し、サービスの質の向上に活かしている |                   |  |
| <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        | 入所前に本人と面談をし、身体状況や生活状況、困っている事、要望について聴き安心して生活出来る様、関係作りを築いている。  |   |                   |  |
| 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                   | 困っている事、不安な事、どのような暮らしをしてほしいか等、意見や要望を聴き取り、家族等の立場を理解しながら把握に努めている。   |   |                   |  |
| 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               | 本人と家族の意向を聴き、どのような支援を必要としているか見極め、サービス利用に繋げている。  |   |                   |  |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | 利用者と信頼関係を築きながら、掃除や茶碗拭き、裁縫等々、かつて経験してきた事を活かしてもらえるような環境を整えている。  |   |                   |  |
| 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                   | 入所後も家族が一番近い存在となる様、日々の生活の様子を手紙や広報、電話、面会時に伝えている。行事にも参加してもらい、交流を図っている。  |   |                   |  |
| 20                           |     | ○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                               | 住み慣れた地域で、その人らしく生活できるよう、町内スーパーへの買い物や床屋に行ける様に支援している。馴染みの人が気兼ねなく面会に来てもらえる様な雰囲気作りに努めている。又、馴染みの家へお茶飲みに行く事もある。                   |   |                   |  |

| 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 |  |
| 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                                   | ユニットに関係なくお互い行き来出来る様、一緒にレクや談話、自由に過ごしてもらえるようにしている。仲の良い人同士は、お互いの居室に行ったりと楽しく過ごせるよう支援している。             |  |                   |  |
| 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                    | 特養入所申請の際、意見書を記載し提出している。契約が終了した場合でも、本人や家族の相談に応じ支援を行う用意がある。   |  |                   |  |
| <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   | 一人ひとりの思いや希望を傾聴し、意向の把握に努めている。センター方式を使いアセスメントを行っている。困難ケースは、ミーティングやユニット会議等で、意見交換し職員間で情報共有に努めている。     | 日々の傾聴で利用者の希望や意向を把握している。又、センター方式を利用してアセスメントを行いユニット会議で検討して情報を共有している。 |                   |  |
| 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                                       | 事前面談や生活の中で、生活歴や馴染みの暮らし、環境等について、本人や家族、馴染みの人に聞き把握に努めている。裁縫をしてきた方には、タオル縫いなどをお願いし、継続して出来るような環境を整えている。 |  |                   |  |
| 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   | 毎日個人ケースに記録し、特記事項は送りノートやユニットノートに記入し、他カンファレンスを行い職員全体で1人ひとりの状態把握に努めている。                              |  |                   |  |
| 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 | 本人、家族等と話し合いの機会を作り、毎月モニタリングし、ユニット会議等でケアのあり方について話し合い、現状に合った介護計画を作成している。                             | 毎月のモニタリングで本人、家族と話し合いユニット会議で現状に即した介護計画を作成している。                      |                   |  |
| 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                        | ケース記録や送りノート、ユニットノートに記載し情報共有しており、実践や介護計画の見直しに活かしている。   |  |                   |  |
|                                    |      | ○地域資源との協働  |   |  |                   |  |

| 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 |  |
| 28 |      | 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   | 町内での買い物やドライブ、床屋等外出支援をし、住み慣れた地域で安心して生活できるように努めている。  |   |                   |  |
| 29 | (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、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   | 本人や家族が希望する病院に引き続き受診できるように支援している。受診時は日々の情報提供を行っている。家族が遠方にいたり通院同行が困難な時は、同行業者を依頼している。通院が困難な利用者は往診で対応している。 | 通院が困難な利用者は往診で対応している。家族が同行し通院する時は事業所より日々の生活状況等の情報提供表を作成して受診している。               |                   |  |
| 30 |      | ○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   | 毎日利用者の状態を把握し、情報や気づきを申し送りし、看護師に報告、相談をして適切な対応が受けられるように支援している。  |   |                   |  |
| 31 |      | ○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、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院した際は、定期的に病院へ行き病院側と情報交換や相談に努めている。退院時はカンファレンスに参加し、情報共有に努めている。  |   |                   |  |
| 32 | (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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる                    | 入所時に重要事項説明書に明記してある、重度化した場合の対応について説明、同意を得ている。医療関係者等と情報共有し支援に取り組んでいる。                                    | 入所時に重度化した場合の対応についての説明を行い、同意を得ている。重度化した場合は主治医と家族で話し合いを行っている。事業所では現在看取りは行っていない。 |                   |  |

| 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                        |  |
| 33                               |      | ○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            | 人工呼吸やAEDの研修を受け緊急時に備えている。   |  |  |  |
| 34                               | (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            | 年2回(6.10月)避難訓練を実施している。デイサービスや近隣施設、近隣住民にも協力を得られるような訓練を行っている。  | 年2回(6, 10月)に避難訓練を実施している。火災及び風水害に関しての対応マニュアルも作成されている。               | 更に、災害時の備蓄品や日常からの避難訓練についても検討していくことが期待される。 |  |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |  |  |  |
| 35                               | (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                 | 一人ひとりの生活歴等を踏まえ、自尊心を傷つけず対応している。利用者に対しての接し方についてユニット会議で話し合い、個別でも指導を行っている。                               | ユニット会議、職員会議の内部研修で職員に言葉遣いや入浴時の対応についてを周知している。又、日常から職員間で注意をしている。      |  |  |
| 36                               |      | ○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                      | 安心、安全に共同生活が出来る様、一人ひとりと向き合い自己決定出来る雰囲気作りに努めている。本人の居室に訪問し、個々に話をしたり、気持ちを伝えやすい環境を整えている。                   |  |  |  |
| 37                               |      | ○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 | 利用者一人ひとりのその日の状態を見ながら出来るだけ希望に添えるように、その方のペースで過ごせるように支援している。  |  |  |  |
| 38                               |      | ○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                                   | 行きつけの美容院へ行ったり、カット・カラー・パーマ等本人の希望に添って行っている。個別ケアでの買い物や、興味・関心のある事を探し、その人らしい身だしなみやおしゃれが出来るように支援している。      |  |  |  |
| 39                               | (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      | 日々利用者に食べたい物を聞き献立に取り入れている。今回クリスマス会にバイキングを行った。出来る利用者からは、調理手伝いや食器拭き等を日課として行って頂いている。日曜日に皆でおやつを作ったりもしている。 | 献立は週ごとに職員が作成して買い物等は利用者も同行している。日曜日は利用者も参加しておやつ作り(どら焼き、パン作り等)を行っている。 |  |  |

| 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 |  |
| 40 |      | ○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                    | 一人ひとりの状態に合わせた食事形態で、栄養バランスを考慮し提供している。一日の水分摂取量や食事量、代替などをケース記録に記載しチェックしている。                            |                                    |                   |  |
| 41 |      | ○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                            | 毎食後口腔ケアを行い口腔内を清潔に保つようにしている。出来ない所は介助し、口腔の状態もチェックしている。  |                                    |                   |  |
| 42 | (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向けた支援を行っている             | トイレでの排泄を基本とし、排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け・誘導を行い自立に向けた支援を行っている。                                      | 排泄チェック表を利用してトイレで排泄できるように支援している。    |                   |  |
| 43 |      | ○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                             | 排便チェック表を使用している。朝食にヨーグルトを提供したり、水分量をチェックしている。レクで軽体操をし、適度な運動も心がけている。                                   |                                    |                   |  |
| 44 | (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、事業所の都合だけ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をしている | 体調に合わせ、週2～3回の入浴を実施。外出や通院と重なる場合は曜日を変更し対応している。午前浴・午後浴をなるべく利用者の希望に添った形で行っている。                          | 週2～3回入浴を行っており、利用者の希望によって午前、午後が選べる。 |                   |  |
| 45 |      | ○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                              | 自分のペースで過ごせる様な環境になっている。シーツやタオル類はリネン業者の物を使用し、週一回は必ずリネン交換を行い、常に清潔に保っている。居室の温度や湿度に気をつけ、快適に休めるように支援している。 |                                    |                   |  |
| 46 |      | ○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                         | 薬変更時は、処方箋を確認し、変更後の体調等の観察もしっかり行っている。抗精神薬など、取り扱いに注意を要する場合は、申し送りや会議等を通して情報共有している。誤薬のないよう手渡しで確実に服用している。 |                                    |                   |  |

| 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 |
| 47 |      | ○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  | 本人、家族の意向や本人の興味のある事を促し、個別計画書へ盛り込み、情報を共有し、笑顔ある生活が送れるように支援している。                            |   |                   |
| 48 | (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                     | 一人ひとりの希望にそって、散歩や買い物、外食等の外出支援をしている。個別ケアとしても、買い物や床屋、選挙など希望に添った支援をしている。地域行事にも積極的に参加している。   | 利用者一人ひとりの希望に沿って、散歩、買い物、外出支援を行っている。事業所として年2回旅行を計画して利用者も楽しみにしている。       |                   |
| 49 |      | ○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  | 現在お金の自己管理はほぼ行っていないが、事業所で立て替えて後日請求とし、希望に添って買い物支援を行っている。通帳などを社協の金銭管理援助事業を利用している方もいる。      |   |                   |
| 50 |      | ○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   | 希望があれば、利用者本人が自由に電話をかけたり、受けたり出来るように支援している。手紙やがきも定期的に書いて出す方もいて繋がりを大切にしていこう支援している。         |   |                   |
| 51 | (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 | フロアはゆったりと落ち着きのある空間となっており、ソファや畳の椅子など配置し、居心地良く過ごせるようにしている。季節に合った装飾をしており、四季を感じられるよう工夫している。 | 共有の環境はゆったりとソファ等が配置され落ち着いて過ごせるように配置されている。又、季節に合った装飾をして季節感を感じる様に工夫している。 |                   |
| 52 |      | ○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  | 食席やソファなど自分の好む場所でゆったりと過ごされている。各ユニット行き来できるようになっており、気の合う同士おしゃべりを楽しんでいる。                    |   |                   |

| 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 |  |
| 53 | (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 | 本人、家族と相談し、自宅で使い慣れたものや部屋に飾っていた物などを持って来てもらい安心して過ごせるように工夫している。                                       | 本人、家族と相談し馴染みの物を飾って安心して過ごせるように工夫している。 |                   |  |
| 54 |      | ○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   | 転倒しないよう、トイレやフロアには手すりを完備し、車椅子でも安全に過ごせるよう広いスペースになっている。定期的に「できること」「わかること」シートをチェックし自立した生活が送れるようにしている。 |                                      |                   |  |