

### 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   | 1070202005       |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人ターピュランス福祉会 |            |  |
| 事業所名    | グループホーム根小屋       |            |  |
| 所在地     | 群馬県高崎市根小屋町1636-7 |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和6年2月10日        | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 |  |
|----------|--|

#### 【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群馬社会福祉評価機構 |  |  |
| 所在地   | 群馬県前橋市新前橋町13-12     |  |  |
| 訪問調査日 | 2024年2月28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)】

入居者様の入れ替わりが無い分、年を重ねられ足腰の衰えが確認でき、それに伴って歩行能力の低下がみられています。外への散歩の機会も作っていますが、出勤人数の都合で出来なかったり、天候・季節(暑さ・寒さ)にも左右されなかなか定着できていません。食事は職員の手作りで提供が続けられており出来たての食事が提供できています。

#### 【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)】

地区の新年会に管理者が参加して、そうしたつながりから事業所の説明をする機会を得たり、運営推進会議で地域の祭りへの開催や避難経路へのアドバイスなどをいただいたりしており、今後外出できる環境が整えば交流できる機会の基盤づくりをしている。外出や面会に制限があるなかで、法事への出席を実現できるようにしたり、出身地の観光パンフレットや地図・映像をつかって、馴染みの場所へ行くことができないが話が広がる機会づくりをしている。また、入浴時など1対1になる機会でも、利用者の思いの把握に努めている。

### 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<br>3. 利用者の1/3くらい<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と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、生き活きと働けている<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、戸外の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している<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  | 玄関やホールなど目につきやすい場所に掲示し全員で共有しあっている。   | 法人の理念を軸に事業所の方針があり、管理者はそうした考えをもとに、職員に利用者尊重することを伝えている。また、いま必要なことを職員・活動目標として、報連相や健康管理についてあげて、職員が一丸となって運営したいと考えている。                       |                   |
| 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  | 回覧板をまわして頂いたり地域の行事に参加している。   | 毎年、地区新年会に管理者は参加し、今年度は施設説明会に参加して地域の施設とともに紹介する機会を得ている。その他、あんしんセンターが主催の地域交流会に管理者が参加し、地域住民との交流を図っている。近隣との関わりも大切に挨拶などを行っている。               |                   |
| 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  | 地域の顔合わせ会に必ず出席し地域の方との交流の中に施設の話などを踏まえコミュニケーションを図っている。                                 |   |                   |
| 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                                     | 昔から地域に住む区長さんらが出席して下さる事から昔から起こっている災害時の情報を聞く事ができる。あんしんセンター職員より自家発電機は実際役に立ったとアドバイス頂いた。 | 運営推進会議を再開し、参加しやすいように年間開催日を決めて通知している。事業所の報告を行い、地域の8月に行われる祭りの日程や、災害時における避難経路へのアドバイスなど情報を得る機会となっている。家族は交替で参加していただくようにしており、参加しやすい土曜にしている。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者や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取り組んでいる  | 推進会議に出席下さる市の職員さんに現状報告や他施設などの状況を確認することができる。  | 入居条件や加算など不明な点は相談している。市担当者の運営推進会議への参加がかなわず、情報交換をどのようにするか苦慮している。  |                   |
| 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、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 | 法人内委員会に身体拘束に関する委員会があり委員会主催の勉強会を開催している。日中の施錠は基本的には行っていない。夜間の防犯に備え行っている。              | 帰宅願望がある方には、理論的に説明するのではなく、職員の成功した声かけを共有して対応に努めている。利用者が不安な気持ちにならないように、利用者それぞれの特徴をもとに不快な原因(温度や病気)を取り除くようにしている。                           |                   |
| 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                                     | 虐待に関する委員会もあり上記同様、定期的な勉強会を法人内にて開催している。職員間の言葉づかいを職員間で注意しあっている。                        |   |                   |

| 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   |
| 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    | 家族の方の相談に応じた必要があれば積極的に支援したい。成年後見制度については職員の理解が深まるようにパンフレットを渡している。       |   |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 疑問や不安な事柄があればその都度説明する時間を持つように心がけている。                                   |   |   |
| 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                     | 玄関に意見箱を置いている。また面会時や運営推進会議でも話を伺い運営に反映できるようにしている。                       | 面会時には、なんでも言ってほしいと意見を聞くようにしている。また、運営推進会議で会った時には、具体的な取り組み(コロナ禍での連絡)について意見を求めて、ネット活用などについて提案を受けるなど意見聴取を図っている。                          | これまでクリスマス会や納涼祭など家族を巻き込んだ行事を企画していたが休止となり、これまでのような外出や面会もできないなかで、なんらかの形で家族に日常の様子を伝える機会づくりを図ることで運営に関する意見が聴取できることに期待したい。 |
| 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                                      | 職員会議の時に機会を設けたり通常の勤務時間帯でも職員間で会話をもち情報交換を行なっている。勤務時間の相談や職員が働きやすい様に努めている。 | 職員は「申し送りノート」に記録し、そうしたなかからピックアップしたものを含めて、ケアミーティングで話し合っている。職員からの提案は、職員都合ではなく、利用者を主役にして検討するようしており、業務についての変更などは職員で話し合っ理解の上で実施したいと考えている。 |   |
| 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      | 法人でキャリアパスの策定を行なっている。職員間の個々の状況にあった勤務を考えたい良い雰囲気の中でサービスが提供できる様に努めている。    |   |   |
| 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         | 介護実務者研修を対象とした資格取得支援金制度を作り資格取得を推奨している。また法人内外の研修も機会を作り参加している。           |   |   |
| 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 | 地域の顔合わせ会に必ず出席し交流を行なっている。地域で施設紹介会がありネットワーク作りに取り組んでいる。                  |   |   |

| 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 |
| <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 | 本人の話を伺いながら時間を掛けて対応している。また詳しく生活歴や本人を取り巻く人間関係を知ることによって安心して生活になれ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            | 要望に耳を傾けるのはもちろんの事接する時の態度や言葉遣いなどにも注意しながら関係づくりに努めている。                      |   |                   |
| 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        | 利用者様、家族様の話を伺い職員会議やその日の出勤者等で話し合いながら共通した支援が行われる様に努めている。                   |   |                   |
| 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                        | 本人のできる事できない事を見極めできる事をお願いしたりできない事は一緒に行いながら信頼関係を築けるように努めている。              |   |                   |
| 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         | 行事に参加して頂いたり誕生日にはご家族を招待しグループホームで作った食事を召し上がっていただく。                        |   |                   |
| 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                     | 近隣の場合はお墓参りにお連れしたり選挙の投票に同行したりしている。                                       | 面会や外出に制限があるなかで、法事への出席を実現できるようにした事例もある。また、家族の希望を受けて、行けるうちに出身地に家族とともに行けるようにしたいと考えている。また、出身地の観光パンフレットや地図、映像集をもとに、懐かしい話に広がるようにしている。 |                   |
| 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                 | 毎日の生活の中でそれぞれの関わりを注意深く観察し孤立にならない様に配慮している。                                |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 契約終了後も家族からの相談等問い合わせがあれば対応を行なう。他界された際は葬儀に参列したいと考えている。   |  |                   |
| <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   | 入居時に本人や家族、入院中の場合は医療ソーシャルワーカーと面談を行い、本人の自宅での暮らしや生活歴、希望する暮らし方を聞き取っている。意思疎通の困難な方には、表情や動作を観察し、出来る限り意思、要望に沿える様に心掛けている。       | 日頃の生活のなかで、要所要所で何が食べたいかなど聞き取っている。特に入浴などの場面では、1対1でゆっくり過ごせる時間であり、利用者間の関係で心配があれば聞くなど、本音を引き出すようにしている。 |                   |
| 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                                       | 入所時、入所前にご家族に伺ったりご本人の発する言葉でキーワードを探す。また目の動きや顔の表情などヒントがあるかもしれないので拾い上げていく。   |  |                   |
| 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   | 支援経過記録申し送りケアミーティングを活用し一人一人の日常生活全般を把握し常に積み上げていく。(個人記録作成)  |  |                   |
| 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 | チームが協働して、介護計画、支援内容を基に支援していく。実態を計画作成担当者と一緒にモニタリングを行う。それを基にケアチームが実践する。その様に、PDCAを実践していく。                                  | その人らしさを大切に、その人がたのしく過ごせるように計画を作成している。日々接している職員の意見を聞き、サービス内容にあわせて日々チェックをして、変更があれば記載するようにしている。      |                   |
| 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                        | 日々の行動を観察し会話などの変化があった事を記録に残し日々チームで共有する。目標に向けてのサービス内容は常に更新している。  |  |                   |
| 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               | 外出、散歩など希望される方には計画書に取り入れるなど、個々に対応している。但し、新型コロナウイルス感染予防期間が長かった為、面会は緩和されたものの、集団での外出行事には参加していない。但し、個々の要望には出来る限り対応する様にしている。 |  |                   |

| 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                                      | 地域の広報誌、あんしんセンターからのインフォーマルサービスの紹介など常に地域の社会資源の情報収集をしている。  |   |                   |
| 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                                  | 入居時、協力医療機関について説明し、本人・家族に選んで頂き希望に合う医療機関で受診出来る様に支援している。又、医療機関から在宅療養生活の助言をその都度もらい、支援計画書を作成する為の参考にしている。 | 協力医療機関の往診が2週間に1回あり、日々の健康状況で変化や心配があれば意見を頂いている。他科受診の場合には、まずは協力医療機関に相談している。これまでのかかりつけ医を受診する場合には、家族に付き添いを依頼しているが、日頃の健康状態を把握していることや、受診後の結果や対応なども把握したい考えもあり、付き添い対応することが多くなっている。 |                   |
| 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                          | 看護職は配置されていない為、法人内や協力医に相談しながら支援している。   |   |                   |
| 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。 | 入退院時には、担当医や医療ソーシャルワーカーと連携を取り、情報共有を行う。特に、今後の生活注意すべき点など、適切に在宅生活を過ごす事が出来る様に、チームケアに反映していく。              |   |                   |
| 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  | 重度化した場合、終末期における対応に関しては文書にて説明し確認する。又、個々の入居者の身体状況に合った支援を検討し、場合によっては、適切な支援を行う事が出来る施設等を紹介する。            | 看取りをしない方針を伝えており、事業所のトイレや入浴の設備での生活が困難になった時が目安であり、重度化した場合にも再度伝えて、入院や他施設を紹介している。例外的には、他施設への入居も時間的に困難で、家族の希望により、協力医療機関の医師と連携し看取った事例もある  |                   |
| 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、事故発生に往診医への連絡体制をしている。また職員には普通救命の講習を受講してもらっているが全員はできていない。  |   |                   |
| 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  | 火災予防訓練を実施し、消防署の立ち入り検査も受けている。火災予防訓練は地域の方の参加はコロナの影響で無い。避難出来る方法としてハザードマップの活用。法人本部への避難など考えられる。          | 年2回避難訓練を実施している。水害時には、関連施設の3階に避難することを想定している。地域の方からは、地形を踏まえた避難経路のアドバイスをいただいている。避難した際の利用者の見守りを想定した、地域住民との関わりを模索している。   |                   |

| 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 |
| <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                    | 家族等の情報でその方にふさわしい呼び名でよんでいる。その方の生き方や社会性によって個々に違うと思うので一人ひとりに合わせる工夫をしている。 | 年に1回質問形式のチェック項目でチェックをして、意識付けを図っている。呼称やトイレの扉の開閉などの他、その方がやろうとしていることは否定しないことが尊重と捉え、危険が伴う場合には言葉かけでその方の気持ち・行動を否定しないようにしている。           |                   |
| 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                      | いつでも言える雰囲気作りに努めなじみの関係作りを実施している。おやつのお菓子などで色々な種類の中から選んでもらったりしている。       |  |                   |
| 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 | こちらから一方的に支援することなく個々の希望に添える様に配慮している。                                   |  |                   |
| 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                                   | 基本着たい服を自由に選んで頂いている。季節と合っていない服装に関しては本人と話し変更したりしている。                    |  |                   |
| 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      | 法人栄養士の献立にそって食事提供している。野菜の皮むきなど、できる利用者に手伝ってもらったりしている。                   | 食事は、業者から調達し、昼・夕食は職員の手作りで提供している。利用者に関わってもらえるようテーブルで作業ができるおはぎづくり・恵方巻づくりをしている。土用の丑の日にはうなぎや、畑で収穫したじゃがいもを使ったコロッケづくりなどをして、楽しめるようにしている。 |                   |
| 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           | 体格や体調具合によって提供している。野菜をなるべく多くし便通にも配慮している。胃を全摘された人がおり一回の食事量に注意している。      |  |                   |
| 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                    | 毎食後口腔ケアを行なっている。基本自身で洗浄していただくが具合により介助を行なう。夜間は洗浄剤を使用している。               |  |                   |

| 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  |
| 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                              | 排泄チェック表を作成し毎日の傾向をチェックしトイレのタイミング、下剤の使用を確認している。                          | 排泄チェック表を作成し、失敗がないように声かけをしている。夜間はポータブルトイレを使用しても、昼間はトイレまで行くことも運動であると捉えてトイレでの排泄を支援している。急劇な体調変化により、2人介助でトイレでの排泄を支援するなど柔軟に対応している。 |  |
| 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  | 一日一回は食事にヨーグルトを取り入れている。野菜を多く使ったメニューを意識し調理にあたっている。                       |  |  |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 週最低2回実施している。希望されない時は無理強いは行っていない。入浴時の軟膏塗布や様子を記録に残し職員間で同じ対応が出来る様に支援している。 | 週2回の入浴とし、入浴の声かけをして気がすまない時には、入浴日を変えて対応している。着脱から入浴まで、職員が一人で行っている。冬至のゆずや、入浴後には水分補給でポカリスエット、なかには化粧水を使うなどして、くつろげる機会としている。         |  |
| 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   | 居室にて基本いつでも休んでいただける。その他別ホールやソファ、好きな場所で過ごさせている。                          |  |  |
| 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  | 薬の補充時は申し送りノートに変更追加等特記している。投薬時は職員2名によるダブルチェックを行ない誤薬を防いでいる。              |  |  |
| 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                             | 洗濯物干し、たたむ、縫い物、畑仕事、台所、野菜の皮むき、体操の声掛け等それぞれの得意分野で手を借りている。                  |  |  |
| 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 | 状況の許す限り散歩やドライブを実施している。また、外出先や花見などの外出レクも実施している。                         | 外出に制限があり、初詣や花見、外出などは再開していない。外気にあたる機会をつくりたいと考えているが、実現できない実情であり、事業所内で季節を感じてもらえるよう外出以外の機会づくりを演出している。                            | 外出できる体制が整ったときには、事業所内で生活が完結しないよう、庭先に出るなど外気にあたる機会により気分転換や五感の刺激につながることに期待したい。 |



| 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 |
| 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  | お金の管理は基本的に施設で行なっており、普段お金にふれる状況が無い。                      |  |                   |
| 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   | 電話をかけたければ掛けたりかかってくれば繋いだりしている。季節の挨拶状が届けば返事を書いてもらったりしている。 |  |                   |
| 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 | 廊下壁に行事の写真を貼り思い出せる様にしてている。また来館した家族への、活動の報告も兼ねられ好評でもある。   | 行事の写真を掲示して、利用者が忘れてしまったとしても会話の糸口にしてている。毎朝換気をしているが、寒さで不快が思いをしないように温度管理には気をつけている。利用者との人間関係にも配慮して気持ちよく過ごせるようにしている。 |                   |
| 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  | 館内にソファーや別ホールがあり居心地の良い場所ですごせている。                         |  |                   |
| 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  | 思い出の家具、写真、植物等、持ち込みは自由にされている。誕生日プレゼント等の花なども飾っている。        | ダンスやハンガーラックなどを持ち込み、作品や写真・位牌などを飾っている。居室では、ラジオを聞いたり、日誌を書いたり過ごせるようにしている。  |                   |
| 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」「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   | 動きやすいように余分なものは置かない、身体状況により車イス押し車に対応し転倒予防に努めている。         |  |                   |