

### 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   | 1070201221     |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 夢       |            |  |
| 事業所名    | グループホームどんぐりこころ |            |  |
| 所在地     | 高崎市綿貫町1343     |            |  |
| 自己評価作成日 | 平成27年4月15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 | 平成29年5月24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)】**

群馬の森に隣接しており、静かな田園地帯に位置している。1階浴室には温泉が給湯され全入居者が温泉浴を楽しんでいる。穏やかに充実した日々を過ごしていただくことを目標にしている。提携病院の協力のもと、入居者様の健康管理にも力を入れている。  
 目標達成の取り組みとして、①研修へは積極的に参加できるように取り組んでいる。②チームケアを重視し、毎日の意見交換や情報の共有を図る取り組みを進めている。③年間の行事予定はレク担当を中心に、季節感を大切にした計画を立案し外出・外食等の支援を行っている。運営推進会議のご案内には、日々の様子を“どんぐり便り”として同封したりご家族の要望や意見を取り入れた運営を心掛けている。④入居者の残存機能を活用し、日々の生活がより良く過ごせるよう介護の向上や創意工夫に力を注いでいる。

**【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)】**

隣接に協力病院や特別養護老人ホームがあり、介護と医療の連携がとりやすく家族の安心につながっている。2ヶ月に一度の運営推進会議の案内には、欠席する方に対しても意見要望欄を設けて意見を出しやすくすると共に、日常の様子を「どんぐりこころ便り」として作成し、家族との連携を密に回り安心につながるようにしている。また、管理者は、利用者のケア向上のために職員の意見が大切であると考え、些細なことでも意見が反映されるように意見ボードを設置し、部署会議を通じてケアの統一につなげるようにしている。食事面に関しては、食事会で利用者の希望に沿った食事の提供の他、ランチョンマットを使用して自宅に居る時と変わらないような食卓を考え、食事も楽しみの一つになるようにしている。また、事業所内には自家源泉の浴室、各居室にはトイレが設置されており、トイレでの排泄やおむつをしないですむような検討をしている。

**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)     | ○                     | 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広がったり深まり、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、安心して暮らしている<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  | 部署会議等で、理念を踏まえたサービス内容が提供できているか、また方向性等について話合える場を持ちながらケアしている。                                  | 日常の利用者一人ひとりのケアの中から理念とは何かを考え、そこから職員が具体的なケアに反映できるように工夫している。新人職員に関しては最初に管理者が理念を書面にて伝え、一緒に共有を図るようにしている。                           |   |
| 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  | 隣の病院や近くの神社など散歩に行き、近隣の方と声を掛け合ったり、話をしたりしている。また、地域交流会へ参加し、地域の方と接している。                          | 「群馬の森」で行われる地元地区主催の月1度のラジオ体操に参加し、顔見知りと挨拶を交わしている。地域交流の一環として法人内で第二日曜日に開催する「夢喫茶」に参加し、足湯などもあり憩いの場になっている。事業所として、来た人に認知症の相談や説明をしている。 | 法人内のあんしんセンター主催の「夢喫茶」の活用と共に、事業所自体と地元地区のつながりを始めとする地域の更なる交流を期待したい。 |
| 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  | 地域の交流会や地域の民生委員の方と関わりながら、その交流を通じて認知症について情報を交換している。   |   |   |
| 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                                     | 家族、市の職員、病院の地域連携室の方々に出席してもらい、利用者の日々の様子や活動を報告、話し合いをしている。そこで得た意見は申し送りなどを通じ職員に伝え、サービス向上に役立てている。 | 開催曜日を固定したことで、多くの家族が参加しやすくなっている。会議の進め方は、報告事項を説明し、その都度不明点を聞くことで、より多くの意見が出されるようにしている。役所からノロウイルスやあんしんセンターから行事案内など、情報提供がある。        |   |
| 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取り組んでいる  | 担当課との連絡、運営推進会議の参加してもらい、情報交換・意見交換をしている。  | 運営推進会議の議事録や書類を直接役所に持参した際は、意見交換を図るようにしている。電話で相談することもある。役所からはインフルエンザなどの保健衛生に関する事項や研修に関する案内が郵送される。                               |   |
| 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 | 研修や勉強会等に参加し対応を学んでいる。拘束をしないケアに取り組んでいる。   | 法人内に身体拘束予防委員会があり、職員は交代で参加し知識やしないケアの取り組みを学んでいる。立ち上りや歩行不安定な場合センサーマットを使用するなどして、危険と安全安心を考えて対応している。                                |   |
| 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                                     | 研修への参加、部署会議等で言葉かけや対応方法を話し合っている。   |   |   |

| 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    | 成年後見人制度を利用して生活されていた入居者の経験を、勉強会などの機会に職員同士で知識の共有している。           |   |                   |
| 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                         | 契約、解約時にその都度説明している。  |   |                   |
| 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                     | 利用者への面会時、運営推進会議や家族との連絡時に意見や要望等を聞いている。また、苦情解決窓口を設置し、運営に反映している。 | 基本的に面会時や運営推進会議で、意見を聞くようにしている。運営推進会議の出欠の案内の中に意見要望欄を設けて、家族からの意見が反映できるように工夫している。出された意見に対しては、その後の経過を家族に伝えている。   |                   |
| 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                                      | 連絡ノートや意見ボードで意見を聞き、部署会議で話し合い日々の業務に反映している。                      | 職員は日々の業務の中で気づきやアイデアを付箋紙に無記名で記入し、ホールにある掲示用ボードに貼っている。意見は朝の打ち合わせ等で話し合い業務に反映したり、全体での話し合いが必要なことは会議にかけて検討したりしている。 |                   |
| 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      | 年2回、勤務評定を実施。評定目標を決め自己課題・課題達成のための支援を取り交わしている。                  |   |                   |
| 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         | 認知症の基礎研修、実践者研修に順次受講している。受講内容は、伝達講習を行い現場で共有、利用者への対応の向上を図っている。  |   |                   |
| 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 | 同法人の他部署との交流を図ったり、研修等で、知り合った他事業所の方々と連絡を取り合い、情報交換を行っている。        |   |                   |

| 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 |
| <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 | 事前調査や施設へ見学にきてもらい、本人と家族に生活への不安や要望を聞いている。                                 |  |                   |
| 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            | 入居前の事前調査や施設の間い合わせは見学を兼ねて実際に施設に来ていただき、現場を見ていただいた上で本人と家族に生活への不安や要望を聞いている。 |  |                   |
| 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        | 入所希望、事前調査の段階でどのような支援が必要か検討している。   |  |                   |
| 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                        | レクリエーションや食事を一緒に行うなどし、利用者と共に過ごす時間を大切にしている。役割を決め一緒に共同作業するようにしている。         |  |                   |
| 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         | 家族の方と密に連絡をとり、面会への誘いや情報提供を行っている。   |  |                   |
| 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                     | 面会時や電話等で関係のある方と連絡をとったり、家族に協力してもらい、外出や外泊等、入居前の関係が継続出来るよう配慮している           | 利用者の生活歴から一人ひとりのつながりを把握し、友達との電話、馴染みの場所への買い物その他、外出で馴染みの場に行くようにしている。また、家族に働きかけ、知人の面会への促しや馴染みの美容室の利用や外泊、お墓参りをしている。 |                   |
| 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                 | 利用者間関係の理解に努め、テーブル席やユニット間の交流など行っている。また、共用スペースにソファを設置し、ゆっくりできる場所を提供している。  |  |                   |

| 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                    | 退去後も相談があればいつでも応じ、支援に努めている。  |   |                   |
| <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   | 日々の暮らしの中で希望、要望を聞き、また生活の中で本人の言動、行動から意向の把握に努めている。<br>希望の把握が困難な場合は、本人の視点の立場で考えたり、生活歴などから本人の意向を汲み取るよう努めている。 | 意思疎通ができ、希望や要望を言える利用者には、直接聞いている。希望が伝わりにくい場合には、入居時の事前調査や生活歴から想像したり、日常の様子をケアカンファレンス等で話し合いメニューでもよく食べているもの食べていないものなどから好き嫌いを把握したりしている。    |                   |
| 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                                       | 事前調査表などで情報を共有している。<br>生活歴の調査票を別に使用し、生活歴を家族や他の事業所などから集めている。  |   |                   |
| 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   | 利用者個々の生活パターンや可能な役割を見つけ出し、できることを可能な限り行ってもらっている。  |   |                   |
| 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 | 本人や家族に意見を求め、介護計画に反映している。状態の変化に合わせた介護立案を行っている。<br>また、職員からの意見も取り入れて、介護計画を作成している。                          | 職員は、ケアプランのモニタリングを毎日チェック方式で点検し、ケアマネージャーは月に一度、現在の状況を確認し計画修正に活かしている。職員の視線で現状困っていること、利用者にとってのより良いケアに向けての意見を求め、家族や利用者の意向も含めケアプランを作成している。 |                   |
| 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                        | 申し送りでの口頭の情報共有、利用者別の記録用紙に記録しての情報を共有と、様々な形で共有に努めている。  |   |                   |
| 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               | 利用者の日々の状態変化に合わせて、対応方法を変更するなど、柔軟に対応している。   |   |                   |

| 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                                      | 中学生の職場体験、実習生の受け入れ、年2回の防火訓練への参加など行っている。  |   |                   |
| 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                                  | 入居時に本人・家族の意向を確認。希望がある場合には協力病院の医師・看護師による訪問診療を紹介している。施設診療は隔週で訪問。日常的に健康状態に留意している。    | 家族や利用者が従来の馴染みのかかりつけ医の受診を希望の場合は、日常の様子や気になることを書面で渡して、家族対応で受診している。家族から結果を聞き、情報を共有している。泌尿器科等の初回受診時は、管理者が同行し、医療機関に日常の様子を伝えている。 |                   |
| 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                          | 協力病院の訪問診療時の看護師にその都度相談・個々に合った支援を行ってもらっている。その他、施設内看護師が日常の食事・排泄・清潔状態等の健康面の相談等行っている。  |   |                   |
| 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。 | 入院時には、同意を得て情報提供を行い、入院時にも面会に行くなどして関わりを継続し、病院関係者とも密に連絡を取り合いながら、短期間での退院に取り組んでいる。     |   |                   |
| 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  | 契約時に説明を行って意向を確認、重度化した場合の対応を検討している。情報の共有化に努めている。                                   | 入居契約時に、重度化した場合、敷地内の協力病院や特別養護老人ホームの利用を説明している。利用者の状況により家族の思いや気持ちは変化しやすいので、その都度話し合いをしている。終末期についての事業所の考え方や対応についての指針を、作成している。  |                   |
| 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  | 急変時の対応や日々の観察・バイタル測定時の異常の発見・報告手順マニュアルを作成し急変時に備えている。応援体制をシステム化し落ち着いて対応出来るよう取り組んでいる。 |   |                   |
| 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  | 施設全体での総合訓練や自主訓練等の実施や参加、備蓄などで災害に備えている。隣接する病院や地域等にも協力体制をシステム化している。                  | 火気の確認や避難誘導等のマニュアルを掲示し、夜間想定避難訓練含め自主訓練を年2回実施している。その他、法人全体の消火器訓練や消防訓練に参加し、法人で備蓄を確保している。長寿会と連絡網を作成し、協力体制を築いている。               |                   |

| 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                    | 利用者の尊厳を守り、プライドを傷つけないような言葉掛け、排泄時の見守りなど行っている。<br>また、職員同士で注意し合い、対応の確認に努めている。 | ノックや挨拶をし確認してから入室、ですます調・丁寧語を基本とした言葉で会話することを、職員間で話し合っている。利用者を目上の人、利用者の尊厳を考え、相応しい対応を、日々の中で確認している。居室にトイレがあるため、プライバシーが確保されやすい。 |                   |
| 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                      | 声掛けを多く行い、利用者の希望を聞き取れるようにゆっくり対応を行っている。                                     |   |                   |
| 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 | 日々の生活の中で本人の意向、本人の動きに合わせての対応をしている。   |   |                   |
| 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                                   | 着たい衣服を選んでもらったり、職員と一緒に選んで納得していることを確認した支援をしている。                             |   |                   |
| 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      | 嗜好調査を行い、それに照らし合わせて、食事提供を行っている。<br>また、台ふきなどの食事の準備や食器の片付け、食器ふきなど職員と一緒にしている。 | 入居時の嗜好調査や食べたいものを取り入れた月2回の食事会など、食事を楽しめるようにしている。自分で食事ができる利用者には、食事トレイではなくランチョンマットの上一品一品並べ、家庭の食卓と同じようになるようにしている。              |                   |
| 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           | 毎食の食事・水分量のチェックをし、状態に合わせて調理や盛りつけを行い、提供している。                                |   |                   |
| 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                    | 食事後の口腔ケアの声掛け、誘導を行い、利用者別にケア、記録を行っている。                                      |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 排泄への意欲を促しながら、本人の持てる力を最大限活かす対応をしている。また、排泄パターンを把握し、日中と夜間の対応を変えるなど支援している。                                      | 居室にトイレがあり歩行距離が短いため、トイレ排泄がしやすい環境になっている。自分でトイレに行けるかどうかを把握し、昼間はトイレ誘導見守りを行い、夜間帯は声かけをしないと無理な利用者は、その状況に応じてリハビリパンツを使用するかどうか含め検討している。 |                   |
| 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  | 便秘予防に効果的な食材をできるだけ献立に取り入れたり、日々の運動への働きかけや、飲み物等を工夫するなどしている。便秘時には、主治医に相談。下剤等の処方をしていただき、便秘の状態が続かないように留意している。     |   |                   |
| 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                             | その日の体調をみながら入浴をお手伝いしている。入浴希望がある場合は出来る限り対応するように心掛けている。  | 週2回は、1階にある温泉の入浴を楽しめるようにしている。利用者の体調や外出などの理由で変更の希望時は、応じている。入浴を嫌がる利用者に対しては、家族や本人の意向を確認し、合わせて皮膚など衛生面を考慮しながら支援している。                |                   |
| 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   | 個人別の生活習慣に合った対応をしている。眠れない時などには暖かい飲み物や話し相手などの支援も行っている。  |   |                   |
| 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  | 処方箋情報を個々にファイルし、閲覧可能にしている。また、申し送りを通じて、情報の共有化を図っている。  |   |                   |
| 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                             | 利用者の残存力に応じて、食事の準備や片付け、洗濯物たたみなど役割を決めて行っている。また、散歩や行事などで気晴らしが出来るように支援している。                                     |   |                   |
| 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 | レク担当が年間行事で起案を立て、花見や紅葉を見に行く等季節ごとに車での遠出を立案。お天気の良い日には、近場の散歩などの支援をしている。また、家族にも声掛けを行い、ご本人の希望がある時は外出できるように支援している。 | 利用者が新聞に掲載のある花などを見に行きたいとの要望があれば、遠方で同じ場所は無理でも近くで見られる場所に、年間行事に組み入れ出かけている。日常的には敷地内散歩や隣接の群馬の森に行き地区のラジオ体操に参加している。                   |                   |

| 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 |
| 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  | 希望や気分転換の必要性がある時は、職員と一緒に買い物に行きおやつ等の支払いをお願いしている。少額のお金は家族の同意を得て自室で自己管理を任せている。                  |   |                   |
| 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   | 職員が間に入り、電話や手紙を送る支援を行っている。   |   |                   |
| 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 | 季節に応じた利用者の作成物を展示している。また、ホールにソファなどくつろげる空間を作り、居心地よく暮らせるよう支援している。                              | レクリエーションで作成したあじさいや梅などの作品で、季節感が伝わるように展示している。音楽を流しゆっくり食事ができるようにしたり、ソファでテレビを見たり新聞を読んだり、寛げるようにしている。共用空間に自然光がより多く入るように、扉を開けるようにしている。 |                   |
| 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  | 談話や休息を取れるスペースを設け、ソファや椅子など自由に使用出来るようにしている。   |   |                   |
| 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  | 入居時に以前から使用していた家具や家族写真など、本人に愛着のあるものを持ち込んでもらったりしている。各自で作成した毎月のカレンダーや折り紙等の作品も居室に飾ったりホールに置いている。 | 家族の写真や人形などがあると安心できるものを、持参してもらうように家族に伝えている。家では布団を使用していた利用者には、ベットを外している。レクリエーションで作成したカレンダーで、日付の確認ができるように居室に掲示している。                |                   |
| 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   | 介助を優先するのではなく、本人の状態、残存機能を考えながら、対応を行っている。洗濯物たたみや食器拭き等で見極め一緒に行い寄り添ったケアを心掛けている                  |   |                   |