

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	1090201128		
法人名	社会福祉法人マグノリアニセン		
事業所名	グループホームさとの花		
所在地	群馬県高崎市乗附町209-1		
自己評価作成日	令和7年1月1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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&jizyosyoCd=1090201128-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	令和7年1月20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)】

最高の福祉サービスによる心安らぐ生活の提供という理念の下、ご利用者様を第一優先に考え、ご利用者様が満足して頂けるようなサービス提供に心掛けています。室内は木目調の家具を使用し、家庭的な環境の下、大きな窓で光や風を取り込んでいます。各居室については、今までの生活環境により近い環境で生活できるよう、自由にレイアウトして頂いている。隣の小規模多機能と一体的に活動し、合同の行事(運動会、クリスマス会等)や外出レク(箕郷芝桜や敷島バラや鼻高展望台の丘や観音山等)等季節ごとに応じた様々な活動を通してご利用者様、地域の方との交流が行われている

【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)】

利用者の個別の行動を、なぜそうした行動となるのか職員で分析して、そのためにどう対応すればその行動を軽減できるかに焦点をあてて取り組んでいる。利用者には半年に1回アンケートを行い、食べたいもの・行きたい所などを聞いて、献立や外出先に反映させている。年間のレクリエーション計画を立てて、季節の花にあわせて多い月には3~4回外出の計画を立てる他、その時々でドライブに出掛けるなど、外出の機会を多く作っている。法人の医療機関や認定看護師との連携もあり、入居時に「思いをつなぐシート」で事業所のできる医療行為を説明し意向を確認して、重度化した場合には指針をもとに説明して看取りを実施する体制がある。災害対策は、事業所において毎月災害・防犯なども含めて危機管理対策を行い、安心した日々が提供できるよう努めている。

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 ↓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
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 (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 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 (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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 (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 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	法人の理念は施設内に掲示し、カードを職員に配布している。また、事業所の理念は特徴としてパンフレットに掲載。理念から部門目標、個人目標に展開され、個人の目標に基づき、日々取り組んでいる。	法人の理念を達成できるよう地域密着型サービス部門としての目標を掲げ、その目標にそった個人目標を上期・下期の年2回管理者との面談をもとに設定をして、理念の実現にむけて取り組んでいる。年度末3月の全体研修会において、その達成度の振り返りが行われている。	理念に掲げている言葉の意味について、スタッフ会議などで職員同士で確認しあうことにより、さらに共通認識をもって目標達成にむけてすすめられることに期待したい。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 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	コロナが5類以降地域の方とつながりを持つよう他事業所(隣接している小規模多機能型介護事業所)認知症カフェ参加し、毎月地域の方々と交流し、顔なじみの関係出来るよう取り組んでいる。	隣接する小規模多機能型居宅介護事業所で行う認知症カフェに参加して、毎回地域の方1~4名と交流し、顔なじみの関係が築かれている。回覧板を活用し案内したこともある。また、民生委員からの誘いで運動会見学に行ったりしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	隣接している小規模多機能型介護事業所が認知症相談窓口となっている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	2ヶ月に一度地域の方を呼んで運営推進会議を開催している。サービス提供状況の報告をしたり、出席者からご意見をいただいている。頂いたご意見については、毎回反省会を行い、その中で改善につなげている。改善内容については、次回の運営推進会議で議題にあげている。	運営推進会議ではスライドをつかってわかりやすく活動状況だけでなく、課題についても報告・相談することで、意見の表出につながっている。会議開催後は職員で反省会を行い、報告の仕方などの改善につなげている。	欠席した委員に、会議の内容が伝わるような仕組みがあることで、次の会議へのスムーズな参加につながることや、継続した興味関心とあわせて意見表出につなげることに期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 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	必要なことがあれば、すぐに市町村担当者へ相談している。また、法人内に高齢者あんしんセンターがあり、必要な情報共有をしている。	介護加算の算定について問い合わせをするなど、不明点については市担当者で連絡をとっている。あわせて、法人内に高齢者あんしんセンターがあるため、日頃から連絡をとっており、毎回運営推進会議に参加してもらっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	身体拘束に関する指針を定め掲示している。開所以来、身体拘束は行っていない。	身体拘束をしないことを前提に、自由な暮らしを支援している。外出傾向のある利用者が外出したのがわかるように玄関引き戸に鈴をつけて、外出すれば一緒に出掛けている。また、転倒などの危険がないように超低床ベッドにしたり、マットを敷いたりして、身体拘束を回避できるよう取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 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	管理者が研修を受け、防止に努めている。スタッフ会議の中で毎年勉強会を実施している。		

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
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	管理者は研修を受講し、知識を得ている。法人内にパンフレットを設置し活用できるよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 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	管理者が重要事項説明書を用い説明、改正時は重要事項説明書別表を作成し十分な説明をして理解を図っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	面会に来られたご家族に声掛けし、ご意見等ないか伺っている。出てきた意見は管理者へ報告され、運営に反映している。通信誌を毎月発行し、行事や利用者の日常の写真などを掲載し、家族に送付している。	半年に1回、利用者に食べたいものや行きたい所などのアンケートを実施して、食事の提供や外出先に反映している。家族には利用者の状況を伝えながら意見を聞いているが、運営に関する意見の聴取にはいたっていない。法人の考えもあるが、家族からの運営に関する要望があれば、関係する委員会に相談する体制がある。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 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	毎年職員面談を行い、意見や提案を聞く機会を設けている。また、予防処置・改善提案のしくみがあり、職員の意見や提案が反映できている。また、月に1回スタッフ会議を実施し、意見交換を行っている。	年2回個人目標設定とあわせて、面談が行われている。また、部署の目標にあわせて担当者が決められており、目標達成にむけて職員が参画する仕組みがある。その時々々の課題や職員の要望をもとに、移乗介助の方法などの勉強会が行われている。	
12		○就業環境の整備 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	目標管理のしくみがあり各自がやりがいや目標を持って働ける環境がある。また、人事考課制度により努力や実績が給与や賞与に反映されるしくみになっている。また、個人面接を行い、職場環境の改善に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	職員一人一人の力量を評価し、教育訓練を計画、実施している。また、法人内では月に1回研修会が行われている。外部研修にも積極的に参加し、参加した職員は伝達講習を行い情報共有を諮っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 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	地域密着サービス連絡協議会に入会し、会議や研修会に積極的に参加している。		

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
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 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	利用開始前に必ず本人・家族に会い、不安なこと、求めていることをよく聴きケアプラン(サービス)に反映させている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	利用開始前の面接は時間をかけ、十分に不安や要望を確認している。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	グループホーム以外のサービスも含め、その方にとって一番よいと思われるサービスを勧めている。必要であれば連絡調整する。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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	本人と喜怒哀楽を共にしている。昔の地域の様子や世の中の出来事、苦勞したことなどを教えていただき、関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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	受診時の付き添いや行事への参加を依頼している。来所時やカンファレンス時には日頃の様子など小さなことも報告、相談し、一緒に本人を支えている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	地域の方の入居が多い。入居時、面会や外出のお願いをし、家族だけでなく、今までの顔なじみの関係が維持できるよう支援している。制限や条件はあるが定期的面会や外出ができるようになってきている。	利用者のいまの生活は、これまでの生活の延長線上にあると考えており、これまでの生活が継続できるように考えている。家族や孫たちとの面会も面会できるよう感染リスクの低い環境を設定したり、4名の方がお盆や正月に自宅に帰ったり、関わりが途切れないよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 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	職員が利用者同士の関係性を情報共有し、必要に応じ職員が関わりを持ち利用者同士のトラブルや孤立しないよう支援している。		

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 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	サービスが終了した方であっても、その後のサービス提供機関への様子確認等行っている。また家族に対し、必要があれば相談にのる旨を伝えている。状態が良くなったり、再度利用したいようなら、再度申し込みや契約につなげている。		
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					
23	(9)	○思いや意向の把握 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	一人一人の今までの暮らし方、今後の希望、意向の聞き取りを行い、できる限り反映させている。困難な場合はその都度、ご家族と相談をし、よりよい方法を検討している。	利用者の気持ちを尊重し、食事の声かけをしても本人の気持ちが向くまで待ったり、習慣の塗り絵などの脳トレーニングをして過ごせるようにしたりしている。認知症チームケア推進加算を取得し、利用者の行動・心理状況(BPSD)に対してその軽減を図るべく、行動の分析をして対応を導き出している。	
24		○これまでの暮らしの把握 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	利用開始時に、今までの生活歴や生活習慣を聞き取りしできるだけ添えるようしている。利用開始後も、本人やご家族からその都度情報を得られるようコミュニケーションをとっている。		
25		○暮らしの現状の把握 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	一人一人の一日の生活について各職員が状況を把握し、その都度情報共有をして日常のケアに役立てている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	ケアプランは本人・家族の意向を確認し、関係者が意見を出し合い、プランの妥当性確認を行っている。	調査票・情報提供票をもとに、介護計画を作成して、サービス担当者会議を開催している。職員が利用者を担当しており、担当する職員が介護計画の確認を行っている。日々の介護記録でプランの実施が確認できる書式を採用することで、モニタリングにつなげている。	
27		○個別の記録と実践への反映 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	日々の様子・健康状態・ケアプランの実施状況は個人記録に記入し、情報は共有されている。また、介護計画の見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	本人や家族から新たなニーズがあった場合はその都度対応している。		

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 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	家族、親戚、友人、かかりつけ医など把握に努め安全で穏やかに生活できるよう支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	今までのかかりつけ医に引き続き看てもらったり、希望があれば、訪問診療という形にして適切な医療が受けられるようしている。	利用者全員が月1回法人の医療機関による訪問診療を受けており、往診も可能である。あわせて、月1回認定看護師による褥瘡などの指導を受けている。専門科への受診は原則家族対応で行われ、必要があれば日々の数値などを家族に渡している。	
31		○看護職との協働 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	看護師を職員として配置している。法人内の看護師の協力体制も出来ており、必要に応じては他部署の看護師に相談できる体制ができている。適切な受診等受けられるよう支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 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。	入院中はできる限り面会に行き、本人や家族の不安を取り除いている。また、病院関係者と連絡を密に取り、情報交換を行っている。毎月1回以上関連病院にて連携会議を開いており、関係づくりを行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	法人として、思いをつなぐシートを用い、早い段階から、本人・家族の意向を伺い、話し合いを行っている。	看取りが可能であり、入居時に「思いをつなぐシート」をもとに、事業所でできる医療行為などの説明を行い、意向を聞いている。看取りの段階になれば、看取り指針をもとに説明を行い同意を得ている。看取りの際には、面会制限を解除して会えるよう配慮している。	
34		○急変や事故発生時の備え 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	安全管理マニュアル、救急マニュアル等整備されており、そのように対応している。また、研修会や勉強会など、定期的に行って必要な知識、技能を高めている。		
35	(13)	○災害対策 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	法人内で定期的な避難訓練を実施。部署内でも毎月様々な想定で訓練を計画、実施している。また、地域との防災協定を結び、協力体制ができている。	法人全体で火災の昼夜を想定した訓練を実施している。法人と地域で防災協定を結び、委員には見守りなどの役割を依頼している。その他、毎月隣接した小規模多機能型居宅介護事業所と合同で水害想定や防犯なども含めた訓練を行っている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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	研修会やスタッフ会議でプライバシー保護について勉強している。トイレ案内時は、最小限の大きさを声掛けし、周りに配慮している。入浴は1対1で着脱から入浴支援まで行っている。	利用者のペースで過ごせるように配慮しており、職員から指示しないようにして、利用者の気持ちを大切にしている。配慮が必要な場面では1対1として、法人の接遇研修で学んでいる。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	出来るだけ本人の思いを大切に、意向をくめるよう支援している。また必要があれば家族とよく話をし本人の思いに応えるよう支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 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	利用者一人ひとりに確認しながら、その日どう過ごして頂くか聞き取りを行い、体調等考慮しながら希望に沿った支援をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	洋服はその都度利用者に選んでもらって着ている。毎月、出張の理容師が来るので、希望があれば、散髪の支援を行っている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 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	朝食と夕食は自事業所で調理し提供している。昼食はご飯と汁物は作り、おかずは法人内の食事課よりおかずのみ作って頂いている。嗜好を把握し、また必要に応じ個別に対応している。できる方については、一緒に準備、片付けを行っている。	バランスよく提供できるように献立をたて、アンケートなどを活用して好きなものが提供できるようにしている。食事づくりなどに利用者が参加できることは少ないが調理レクリエーションを行い、食べるたのしみにつなげるようにしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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	利用者個々の食事量、水分摂取量を記録し職員が把握している。一人ひとりの能力、習慣に応じ個別の提供方法を行っている。必要に応じ、管理栄養士から助言を受け、ケアに活かしている。		
42		○口腔内の清潔保持 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、一人一人に合った方法で口腔ケアを実施している。必要に応じ、歯科衛生士から助言を受け、ケアに活かしている。		

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 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	原則、全員の方にトイレにて排泄して頂いている。一人一人の排泄パターンを把握し、時間や仕草等のサインを読み取り支援している。	立位が保てない日常生活動作からトイレでの排泄が困難な方以外は、トイレを認識でき、トイレへ行ける利用者が多く、時間や訴えがあればトイレで排泄できるようすすめている。	
44		○便秘の予防と対応 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	管理栄養士が立てた献立で栄養価を考えたメニューとなっている。毎日機能訓練、体操を実施し日常的に体を動かす機会を作り便秘予防に取り組んでいる。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 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	午後に入浴したいという方が多いので、午後、入浴時間を設けている。一応曜日は決めさせていただいているが、その日の体調や気分により臨機応変な対応で、入浴支援をしている。	入浴は週2回行っており、入浴を拒否する方には入れるタイミングで、入ってもらえる機会を逃さないようにしている。年に数回、かりんやゆずなどのアロマの湯をしたり、皮膚疾患のため毎日足浴をしたり、汚れてしまった場合には陰部洗浄したりして、清潔保持とたのしめるよう支援している。	
46		○安眠や休息の支援 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	一人一人の生活習慣や体調等により、本人の意向を確認しながらその都度休息時間を設けている。		
47		○服薬支援 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	薬の説明書で利用者個々の薬情を管理している。必要に応じ、看護師や主治医と連携し変化に対応している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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	料理・掃除・洗濯物たたみ・散歩・歌等一人一人得意なことやできること、好きなことを致した支援をしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 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支援している	散歩や外出ドライブ等定期的実施している。面会については、1回15分間や健康チェック等の条件はあるが定期的にご家族の方と面会する機会を作っている。また、条件付けではあるが自宅への外出等も行えるようになってきている。	年間レクリエーション計画をたて、花の季節やたのしみごと(アイスクリームツアーなど)にあわせて月に数回各地へ出掛けている。また、計画以外でもその日の状況によって、ドライブに出掛けるなど臨機応変に対応して、気分転換の機会をつくっている。	

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
50		○お金の所持や使うことの支援 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	金銭のトラブルを避けるため、不要な現金はできるだけ控えていただくが、本人の希望があれば、ご家族了承のもと、所持していただいている。		
51		○電話や手紙の支援 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、電話をかけた、受けた、行っている。手紙のやり取りをされている方もおり、その支援も行っている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 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	共有のリビングは木目調の家具や大きな窓を設け、光や風の音が十分に入り、明るく、家庭的な環境で生活していただいている。窓の外には四季を感じさせる木々や草花が見え、部屋の温度も一日3回計測しながら、快適な環境を保っている。	共用空間は過度な飾り立てをせず、季節にあわせて七夕飾りやクリスマスのタペストリーなどで演出している。窓からの日差しが入り、台所がすぐであり、人間関係に配慮して日々席の配置には気を配っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	リビングにテーブルが2つあり、気の合う方同士自由に過ごして頂いている。また廊下にソファが置いてあり、そちらでも利用者同士おしゃべりされている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	居室内はベット以外、自由に家具等持ち込み可としており、今まで使い慣れたものや好みのものを持ち込み頂き、生活している。	自宅から入居する方が少ないため、入居時に安心した環境づくりについて説明をしているが、持ち込むケースが少なく、現在は寝具や植物が持ち込まれている。表札をつけてわかるようにしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	部屋の入口にそれぞれお名前を表札のように掲示しており、ご自分の部屋がわかるようである。また必要な場所に手すりもあり、できるだけ自立した生活できるようしている。		