

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	3170300408		
法人名	社会福祉法人敬仁会		
事業所名	グループホーム マグノリア		
所在地	鳥取県倉吉市上井町1丁目2-1		
自己評価作成日	令和元年11月20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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/31/1/index.php?act=on_kouhyou_detail_02_2_kani=true&Ji_gvosvoCd=3170300408-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号
訪問調査日	令和元年11月26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)】

健康管理においてはナースの配置により、健康観察や緊急時の指示があり速やかに対応ができています。また協力病院である倉吉病院の往診により、適時診断、相談が行えている。活動面では個々の能力を把握し、役割や楽しみのある時間がもてるよう取り組み、プランの見直し時にはセンター方式C-1-2(私の姿と気持ちシート)を作成し思いを汲み取るよう努めている。また地域ケアセンターマグノリアは在宅系のサービスが集合しており、デイサービス、ショートステイの利用を経てGHへの入居となるケースもあり、介護サービスの始まりから把握でき、関わった職員同士の情報共有がスピーディーに行える特徴もある。地域とのつながりとしては小学校との交流が盛んで、認知症の理解を得る機会としても捉えている。

【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)】

法人施設の在宅系サービスがありデイサービス、ショートステイの利用を経てグループホームへ入所となる方もおられます。法人の医療と介護サービスを連携した対応ができます。職員はセンター方式C-1-2「心身の情報」を使用し希望や意向の把握をされ思いを汲み取られ役割を持って生活ができるよう支援されています。小学校や子ども会、中学生の職場体験、子ども会の廃品回収のお手伝いもされ地域と交流が継続されています。利用者の介護度が進みが外出や買い物に出かける機会が少なくなっていますが、職員は利用者に寄り添い穏やかな生活の支援を行われています。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 (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、活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	・施設理念を基にGHの基本方針を立案し、個人目標管理表にて具体的な実践に繋げており、会議等でも確認する機会がある。 ・法人理念、施設理念、毎日朝礼で唱和、確認している。	法人理念、施設理念を基にグループホーム理念を作成されており、グループホーム理念は毎日朝礼で唱和され確認されています。職員は個々に年間目標を作成し、個人目標管理表を基に実践されています。	
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	・日常的までではないが地区子供会の廃品回収、小中学生との交流行事があり、小学校の運動会、発表会に招待され出向いている。上井公園へ散歩した際は、地域住民と会話する機会もある。	地域の情報を基に地域のグランドゴルフ大会に参加、施設周辺のゴミ拾いにも参加されています。地区子供会の廃品回収では利用者が施設玄関前まで新聞紙を持ち出され子ども達と触れ合いが行われています。中学生の職場体験の受入れや小学校の運動会、発表会に招待され交流が行われています。ホーム横の公園に散歩される時は地域住民と挨拶を交わす等、地域との付き合いを大切にされています。	
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	・毎月施設として「ぼっかぼかの会」(認知症家族の会)を開催し意見交換や交流の場としており、認知症講座の受講者の受け入れもある。 ・倉吉市の認知症絵本教室に協力し認知症の理解を深める学習に参加、その後の交流事業も行っている。		
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	・事故ヒヤリハットの報告では、意見や質問を頂き、防止策、予防策の取り組み等説明し職員の意識も高まっている。	2ヶ月に1回開催されています。利用者状況、活動報告、研修会の報告が行なわれています。特にヒヤリハット、事故報告については、ホームからは防止策、予防策の取組み状況も説明されています。頂いた意見等は職員で話し合いサービス向上に活かされています。	
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に取り組んでいる	・運営推進会議以外でも、介護保険上の相談や確認など連絡が行えている。	運営推進会議にも参加頂かれています。また、月1回介護相談員に来所頂き利用者に話を聞いて頂く機会があります。話の内容や相談について報告がありサービスの向上に繋げておられます。地域包括支援センターに困難事例や障がいの相談が行われています。倉吉の認知症絵本教室に協力されています。各種研修会の案内や介護保険上の相談や確認も行われおり、連携が図られています。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	・施設内研修を行い必須研修として参加している。身体拘束廃止の取り組み手順もあるが、身体拘束を行わないという認識を持ってケアを行っており、身体拘束は行っていない。	必須研修として年1回身体拘束廃止の施設内研修を行い、職員の理解、周知が深められています。職員は身体拘束は行わない認識を持ちケアを行われ身体拘束は行われていません。身体拘束廃止委員会は法人内の委員会で開催されています。	
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	・施設内研修や、全体会等でも虐待防止について学び、人権委員の取り組みでも「虐待の芽チェックリスト」を使い不適切なケアになっていないか確認している。		
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	・制度に対する研修は施設内では計画されていないが、外部研修への案内は行っており研修の機会を持てるようにしている。後見人がついている利用者1名ある。		
9		○契約に関する説明と納得 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	・入居時、家族に契約書・重要事項説明書をもとに説明を行ない、理解納得を図り契約を交わしている。その際は不安や疑問点がないか確認している。		
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	・運営推進会議、アンケート、家族会等から利用者、家族の意見要望、提案を聞く機会を設けており、要望、意見については「福祉サービス苦情解決処理要領」に沿って対応するようになっている。	月の便りに担当職員より生活等の様子をお知らせしております。2ヶ月毎の運営推進会議、年2回の家族会、年1回アンケート調査、家族面会時に家族等の意見・要望を聞いておられます。お会いしにくい家族にはケアプラン評価・見直し時にお電話等で意見・要望を伺われます。要望、意見等について「福祉サービス苦情解決処理要領」に沿って対応されます。	
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	・毎月の運営会議、全体会、GH会議にて職員の意見や提案を聞く機会がある。また年1回職員満足度アンケート、グッドアイデアをとり、職員の意見要望を次年度事業計画に反映している。	毎月の運営会議、全体会、GH会議で職員の意見や提案を聞いておられます。また、年1回職員満足度アンケート、グッドアイデアから意見・要望を汲み上げ、次年度事業計画に反映されています。法人に対しては管理者より上、下期に報告する機会があります。大事な情報については「みるみるノート」に記入し職員間で情報共有されています。	

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
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	・施設長は毎日巡回しコミュニケーションをとっている。また目標達成度評価表で個々の業務遂行、目標の進捗状況等把握している。敬仁会の諸規定、各手順により給与や研修体制等明確になっている。		
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践と力量を把握し、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	・法人内外で研修を受ける機会があり、個々の経験年数、希望等に沿って研修が受講出来ている。年3回の面接では職務基準書により能力評価を行い目標についての擦り合わせも出来ている。OJTや部下育成の重要性は認識できており、適時、指導、相談ができています。		
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	・法人内でのグループホーム部会や他法人のグループホームとの交流を持ち、相互見学会や事例検討会など行っている。事例検討会では認知症に対する理解やケアを振り返る良い機会となっており、参加者も増えている。		
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	・センター方式C-1-2を入居1か月には作成しており、本人の気持ちを汲み取るためのアセスメントが行えている。それをもとに本人との関わりを深め、安心できるケアに努めている。		
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	・入居前に計画作成担当者が今までの経過、今困っていること等を聞いている。コミュニケーションに留意し信頼関係が築けるよう努めている。		
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	・入居前に計画作成担当者が話を本人・家族から聞き、その抱えている課題をとらえ、グループホーム以外の家族、他サービスの活用も考慮し、必要とするケアを見極めケアプランに反映している。		
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	・利用者の出来ることを活かし役割のある生活が送れるよう、調理の下ごしらえ・洗濯たたみ・掃除・植物の世話等職員と一緒にしており、互いに感謝の言葉を掛け合っている。		

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
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	・毎月利用者の近況を伝えるお便りを配布し、写真と担当者からの言葉で様子をお伝えしている。家族会や行事のお知らせをし参加を勧めており、面会、外出、通院同行等はプランにも盛り込まれ共に支え合う関係である。		
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	・家族へは面会の声掛けをしており、来られた際は、ゆっくりと過ごせるよう配慮している。またデイ利用者との交流や馴染みの美容室への外出などもある。	家族にはなるべく面会に来て頂けるよう声掛けをされており、面会時には利用者とゆっくり過ごされるような配慮が行なわれています。同一建物内のデイサービス利用の馴染みの方に会いに行かれる方もあります。墓参りや馴染みの美容室に家族と行かれた方もあります。	馴染みの方や場所に行った後、昔話をし、頂く事により、回想法に繋げて行かれると良いと思います。
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	・利用者の関係やコミュニケーションのレベルを把握し、席の配置や交流の支援、軽作業等を一緒に行うなど日常的に関係作りに努めている。		
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	・、病院へ見舞いに訪問したり、退所後の病院との連携、家族の相談にも対応している。		
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	・センター方式C-1-2を使用し希望や意向の把握に努め、意向確認が困難な場合は家族への聞き取りや普段の様子、生活歴等を鑑み検討している。	担当職員はセンター方式C-1-2「心身の情報」を使用し希望や意向の把握をされています。意思疎通が困難な方は家族への聞き取り、生活歴やホームでの生活の様子から検討され思いや意向の把握をされています。普段の会話からも思いや意向に繋がられています。	利用者の活動意欲が湧くよう、生きがいや目標となるような思いや意向の把握に努めて行かれると良いと思います。
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	・家族や本人から生活歴や介護サービス利用に至った経緯等、適時間聞き取り、把握に努めている。		
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	・今までの生活歴等をアセスメントした上で、生活の中での役割や活動を通して、個々の能力を把握、評価しミニカンファレンス等にて情報共有している。		

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
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	・センター方式C-1-2を使用し本人はもとより、家族からの意見や要望を普段から聞き取り、介護計画に反映している。またモニタリングにリスクの効果を評価する項目がありカンファレンスにおいても効果の確認が出来ている。	センター方式C-1-2「心身の情報」を使用し利用者、家族から意見、要望を聞き介護計画を作成されています。担当者が原案を作成。ユニットごとにカンファレンスを行い介護支援専門員と一緒に介護計画を作成されます。サービス担当者会議には家族が参加されます。記録はホームの様式に記録されます。モニタリング毎月、評価6ヶ月に1回実施されます。必要時見直しも行われます。利用者の状態変化、認知症の進行等で計画の変更も行われます。	
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	・フォーカスチャータリングに則りサービス経過として記録を行っている。ケア後の状況や会話等が記入され、モニタリング、見直し時には確認されプラン作成に活かされている。		
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	・家族からのニーズに対しては柔軟に対応している。施設の特徴としても、他事業所や専門職から協力が得やすい。		
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	・地域資源を運営推進委員会や家族等から収集している。ご利用者のなじみのある場所や希望に沿っての外出、小学校との交流など支援している。		
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	・家族の意向を尊重し、かかりつけ医の受診や往診を支援している。病状によっては専門外来（精神科、眼科、皮膚科、歯科、整形外科など）の受診について家族と相談しながら進めている。 ・主に看護師が同行し日々の暮らしぶりや病状等相談し主治医との連携がとれている。	利用者・家族等の意向によりかかりつけ医は決定されます。協力医の場合には往診は2週間に1回が行われています。また、かかりつけ医によっては家族が受診同行されます。他科受診の場合、精神科、眼科は往診があり、歯科、整形外科は家族が同行受診されます。同行受診の場合は日ごろの様子や病状が分かる看護師が同行されます。状態変化が起きたときは看護師が家族、かかりつけ医に連絡、対応されます。	
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	・看護職員を配置し、24時間連絡のとれる体制ができており、利用者の適切な受診や看護ケアの提供につながっている。ワーカーや夜勤者からの状態変化や気づきが速やかに伝えられ助言、指示を得ている。		

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
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。	・協力病院については、情報交換の会議があり、協力病院以外とも地域連携室を通して連携が図られている。 ・退院時には退院前カンファレンスの開催を依頼し、医師、病院関係者、家族、GHと情報共有し、受け入れ体制を整えケアプラン作成をしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	・重度化した場合の指針を入所時に説明を行い同意を得ている。またカンファレンスの際に終末期に向けた意向確認を行なっている。状況により医療機関等へ看護師が連携をとっているが、地域関係者との支援までには至っていない。	入所時に重度化や終末期の指針を説明、同意を得ておられます。また、カンファレンスで終末期に向けた意向の確認をされ、状況に応じて看護師が医療機関等と連携が取られています。協力病院には緩和病棟もあり対応してもらえます。	今後のニーズに対応するためにも、地域関係機関との連携を強化されると良いと思います。
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	・職員全員が毎年消防署による救急法の研修を受講し、心肺蘇生法等学んでいる。また係会議内においても看護師による急変時の対応等研修を行っている。		
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	・消防計画に沿って年2回、日中、夜間想定の方針時の避難訓練、地震、水害想定では図上訓練を行っている。上井地区との防災協定を交わしており、火災時の自動通報先に近隣住民が登録されている。	年2回消防署の協力で火災・消火訓練、夜間想定訓練が行われています。地震、水害時を想定しての図上訓練も行われています。上井地区と防災協定を交わされ災害時の自動通報先に地区住民の方も登録されています。地区住民の方には、避難集合場所での利用者の見守りの協力を依頼されています。	
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	・施設内研修にて倫理についての研修や『虐待の芽チェックリスト』で自身や他職員の声掛けや対応について確認している。また認知症利用者のケアとしてパーソン・センタード・ケアを基本としている。	理念の基利用者の人格の尊重やプライバシー保護を確保した支援をされます。年2回施設内の倫理研修に参加されています。法人独自の『虐待の芽チェックリスト』を使用し利用者や職員の声掛けや対応について確認されています。認知症利用者のケアとしてパーソン・センタード・ケアを基本として支援されています。	
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	・個々のコミュニケーション能力、意思疎通の困難さ、認知症の特徴等を加味しながら、意向を引き出すように努めている。またできる限り選択できる問いかけを意識しており、自己決定の機会を作れるようにしている。		

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
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	・基本的な流れはあるが、その人のペース・体調を見ながら、本人の希望に添える様個別支援をしており、入浴や食事時間など柔軟に対応している。また希望に沿って外出や個別活動を行っている。		
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	・本人の好みや希望に沿って訪問理美容や、なじみの美容院にてのカットや毛染めを行なっている。 ・肌の手入れや化粧、クレンジング、入浴後の服を選択してもらうなど支援している。		
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	・食事準備で、野菜の皮むき、テーブル拭き、お盆拭き等して頂いている。食事は傍で見守りながら混乱の無いよう声かけしたり、器の入れ替えや、食事介助をして一緒に食べている。	献立は法人栄養士が作成され、ホームで3食手作りされています。利用者は職員と一緒に野菜の皮むき、テーブル拭き、お盆拭き等されます。職員も同じテーブルに付き、声掛け、見守りや食事介助をしながら、楽しく会話され一緒に食事をされます。おやつ作りのクッキングも月1回程度楽しめます。外食も担当職員と出かけられる方もあります。行事食も行われています。誕生日にはホームの食事メニューにその方の好きなものに換えて提供されています。	
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	・食事は栄養士の献立表を基本とし嗜好も確認した上で一人一人に合わせた食事を提供している。水分量等も個別にチェックしており、1日の摂取状況を把握している。食事時間もその方に合った時間で提供し、食事や水分が本人のペースで進むよう無理にならないような配慮をしている。		
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、口腔ケアの支援を行なっている。義歯は自分で洗えるよう支援し必要に応じ介助を行っている。歯の無い方にはうがいの声かけをしたり、スポンジブラシにて支援している。		

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
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	・個々の排泄パターンを把握しており、利用者の身体状況等に合わせ、できる限りトイレでの排泄を支援している。安全に排泄が行えるよう、2人介助で行ったり、希望があれば速やかに対応できるようにしている。またパットや排泄時間について情報共有し、失敗が減らせるよう検討している。	利用者個々の排泄パターンを把握され身体状況に合わせできる限りトイレでの排泄支援が行われています。安全な排泄支援の為、2人介助や希望に添って速やかな対応で支援されています。パットの種類や排泄時間について情報共有を行い検討をされ、排泄用品の選定や失禁等が減少できるよう取組みが行なわれています。ポータブルトイレは夜間のみでふらつきやトイレに間に合わない方が使用されています。	
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	・看護師の指導のもと便秘予防に努めている。乳酸菌飲料、牛乳、きな粉の摂取、又、運動や腹部マッサージの施行、トイレにすわる等、個々に合わせて対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	・入浴時間が決まっているため、希望時に即対応はできないが、無理な案内はせず1人ひとりのタイミングに合った声かけを行い、ゆったりとくつろげる支援を心掛けている。	週2回午後入浴の支援が行われています。一人ひとりのタイミングに合わせた声掛けを行いゆったりとくつろいで入浴されます。浴槽の構造や段差等の事もあり、安全に配慮されながら入浴支援が行なわれています。拒否の方は気分を変えたり声かけのタイミングで入浴されます。来年度浴槽の改修を予定されており、より安心、安全な入浴が可能となります。	
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	・個々の体調やリズム、習慣等に応じて日中は活動出来るよう支援し、また昼寝や休息時間を設け夜間安眠できるよう支援している。入眠するまではホールで過ごす等希望に沿って対応。また寝具、明るさ、室温等の環境面にも留意している。		
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	・個々のケースに最新の薬剤情報を綴り把握、確認している。処方の変更等は「みるみるノート」で周知し副作用も理解した上で様子観察に努めている。適時記録に残し看護師への相談、報告を行っている。		
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	・家族や本人から話を聞いたり、出きる事の確認をし、活動、軽作業が継続できるようプランにも挙げ支援しており、役割として生活の中に定着している。		

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
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に支援している	・近所の公園を散歩したり、ドライブに出かけ季節感を感じたり、楽しみとなるよう支援している。家族と定期的に外出される利用者もあるが、利用者の重度化により日常的な外出としては難しい。	ホーム横に公園に散歩に行かれたり、ドライブに出かけられる等、季節を感じてもらい楽しみとなるよう支援されています。家族と定期的に外出される方もあります。1階に週1回来られる訪問販売での買い物も楽しめます。利用者の重度化により日常的な外出やおやつ等の買い物に出かけることも難しくなっています。	
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	・現在のところお金を自己管理している利用者はなし。金銭管理への支援については積極的に行っていません。		
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	・電話の希望があれば応じており、お礼の電話を家族にかけるなど支援している。		
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	・温度、湿度に留意しながら換気やエアコンを使用し、ソファやクッション等でリラックスできるような環境設定している。季節の生花を活けたり、飾り付けを行い雰囲気作りに努めている。	温度・湿度管理を行いながら、エアコン、加湿器また、換気を行い季節にあった適温で過ごされています。季節の飾り付けや生花を飾り、季節感も出されています。ホールにはソファやクッションがありくつろぐことができます。廊下の壁には利用者が書かれた習字や季節の作品が飾られています。行事の写真が飾られ家族にも様子が分かりやすくなる様にされています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	・ソファ、椅子、畳等設置しており、利用者それぞれ自分の好きな場所で過ごされている。ユニットにしばられず自由に行き来し、一緒に歌ったり会話をされる機会が日常の中にある。		
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	・家から持ってこられたものを居室へ置いてもらっている。(家族との写真、アルバム、人形、本等)本人の希望がある時は写真・習字などを壁に飾っている。	ベッド、ソファはホームで用意されています。家族の協力も得ながら自宅から家族との写真、アルバム、人形等、持ち込まれています。本人の希望を優先しながら、居室の壁に写真や習字など飾る工夫も行われています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	・利用者の出来る事を職員が見極め、環境設定している。居室の表札、風呂、便所の表示等目印をつけており、個々にあわせ、リクライニングベッド、柵等設置している。居室環境では動線の安全性、家具等の配置、照明等にも留意している。		