

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（すみれユニット）		
所在地	鳥取県倉吉市上井町1丁目2-1		
自己評価作成日	平成29年11月14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.kaisokensaku.nhlw.go.jp/31/index.php?action=kouhou_detail_2017_022_kanistrus&filevoId=3170300408-004PrefId=31&VersionId=022
----------	---

【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	平成29年11月21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)】

グループホームマグノリアは、地域ケアセンターマグノリアの3階にあり、同一建物内には、デイサービス、ショートステイ等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グループホームへ入所となられる利用者もあります。隣接して法人の医療施設もあり、連携した対応が可能となっています。

職員は、研修や会議を通して、専門知識と情報共有され、チームとして利用者に対応されています。ホーム内は、利用者と職員が和やかな雰囲気の中で、日々暮らしておられます。

職員は、「私の姿と気持ちシート」から、利用者の思いを汲み取られ、役割を持って生活ができるように支援されています。

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 3. 家族の1/3くらい 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がっている。 ・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の理念を作成されています。理念等は毎日の朝礼で、唱和され実践に繋がられています。職員は個々に年間目標を作成し実践されます。	
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	・地域のグランドゴルフ大会への参加、施設周辺のゴミ拾いや地区子供会の廃品回収での触れ合いがある。小中学生との交流の機会もあり、小学校の運動会、発表会に招待され出向いている。	運営推進会議で情報をもらわれ、地域のグランドゴルフ大会に参加されました。施設周辺のゴミ拾いもされています。地区子ども会の廃品回収では施設玄関前まで新聞紙を持ち出され、地域の子ども達と触れ合われました。中学生の職場体験や小学校の運動会、発表会に招待され交流されています。	
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いる。 ・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、率直な意見や質問を頂き、わかりやすい表現や表記に修正し、防止策、予防策の取り組みについて職員の意識も高まっている。また今年度からはスライド写真で利用者の生活場面、行事、活動を伝えている。 ・地域行事等の情報をその場で確認し、地域活動への参加が増える様に努めている。	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、ヒヤリハット、事故報告等報告され意見交換されます。ヒヤリハット強化月間があり職員に喚起されています。民生委員さんから地域行事等の情報を頂き地域活動への参加が増えるよう努められています。	
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	・月1回、倉吉市介護相談員派遣事業を受け、利用者から聞き取った相談や、気になったケアなどサービス向上に繋がっている。また今年度は倉吉市の他県の優良施設視察に参加し交流も図った。	月1回市の介護相談員がホームに来られ利用者から相談やケアについて気付かれた事の報告があり、サービスの向上に繋がられています。倉吉市の優良施設視察に参加され交流を図られました。各種研修会等の連絡もあり連携されています。	
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回施設内研修が行われ、職員に周知、理解されています。帰宅願望等のある利用者には、職員が様子観察をされ離設のないようケアをされています。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っておられません。	

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 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。しかしながら利用者本人への説明等については出来ておらず、家族の意向からの入居であるため納得は得ていない場合もある。		
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、家族会、介護相談員から利用者、家族の意見要望、提案を聞く機会を設けている。また今年度の目標「利用者の希望を叶える」として職員個々が希望を聞き取り取り組んでいる。	2ヶ月に1回の運営推進会議、年2回の家族会、月1回の介護相談員訪問、年1回アンケート調査、家族面会時から利用者、家族の意見、要望等を聞く機会が設けられています。遠方の家族には月の便りに担当職員が生活等の様子送付し知らされています。今年度の目標「利用者の希望を叶える」では食べたいもの、外出等、聞かれ目標に繋がられています。	
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、全体会議、GH会議で意見や提案を聞かれています。職員の方の会議中意見が言いやすいとのことでした。年1回職員満足度アンケート、グッドアイデアから意見・要望を集め、次年度事業計画に反映さされています。法人に対しても、ホームからの意見・要望は聞き入れてもらえるような仕組みとなっています。	
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	・施設長は毎日巡廻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	・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をうけている。年3回の目標面接では職務基準書により能力評価を行っている。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	・法人内のグループホームとの交流を持ち、法人内での相互見学会や事例検討など意見交換する機会がある。また2か月に1回、市内包括区域のGHとの勉強会により交流が図れている。		

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	・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ろうとする姿勢やリロケーションダメージに注意し関わりを持ってケアを行っている。		
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き、家族と本人の要望の差異にも考慮しながらの意向を聞き取っている。		
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の背景をとらえ、グループホーム以外の家族、地域、他サービスの活用も考慮し、検討、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 たみ・掃除・植物の世話等行なっている。		
19		○本人と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いる。面会、外出、通院同行に協力していただいております。毎月ボランティアとして来所される家族もある。		
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	・施設側からのアプローチは積極的に行えておらず、家族に委ねていることが多い。具体的、計画的な支援にはなっていない。	毎年年賀状を出される方や友人に手紙を出される方がおられ継続しています。2階デサービスを利用されている友人、知人に面会される方もあります。家族と馴染みの美容室に出かけられたり、外食される方もあります。利用者のご希望で地域のスーパーに買物に出かけられる事もあります。	馴染みの人や場との関係継続については、認知症ご利用者の回想療法の意味合いも多く、直接、お会いしたり、出掛けたりも必要ですが、忘れずに思い出せるに重きを置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	・孤立しがちな利用者には職員が声をかけ、皆と過ごせるような配慮をしたり、一緒にテーブルでお茶をのんだり、その人なりの特性を把握して考慮している。		
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。		

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	
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「私の姿と気持ちシート」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から生活歴等の聞き取りやホームでの生活の様子から検討され思いや意向に繋げています。	長生きして何がしたいのか、何のために健康で暮らし続けるのか、利用者一人ひとりの生きがいとなるものや目標を見つけてあげら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、適時聞き取り、把握に努めている。なじみの家具や額、家族との写真を飾ったりして環境を整えている		
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	・生活の中での役割や活動を通して、個々の能力を把握、評価し会話も記録に残すようにしている。ミニカンファレンスにて情報共有に努め、プランにもつなげている。		
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、必要の関係者と話し合い、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。	「私の姿と気持ちシート」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され、ユニット毎にカンファレンスを行い計画作成担当者と一緒に介護計画を作成されています。サービス担当者会議には家族の参加頂けるよう促されています。記録は法人で作成された様式に記録されています。モニタリング毎月、評価・見直しは6ヶ月に1回実施されています。	
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。新しいニーズや状態変化あれば、その都度ミニカンファレンスを行ない計画の見なおしを行なっている。又、支援計画に基づいた記録を心掛けている。		
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	・ご家族、本人に合わせた通院支援や往診依頼(現在は定期で往診あり)。他事業所での行事に参加等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 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	・GH周辺の地域資源を運営推進委員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、(喫茶店、店、ドライブ等)や、小学校との交流を通じて学校行事に参加している。		
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治療に反映できるよう心掛けている。	利用者、家族の意向によりかかりつけ医は協力医療機関とされ受診、往診が行なわれています。精神科、眼科も協力医療機関より往診があります。歯科、整形外科は家族が同行受診されます。精神科は日頃の様子や病状が分かる看護師が同行受診されます。状態変化が起きた時は、看護師が家族、かかりつけ医に連絡され対応されます。	
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。気づきに応じて相談指示を得ている。		
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。	・協力病院については、毎月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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域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され、同意を得られています。重度化してきた場合には、カンファレンスで終末期に向けた意向の確認をされて対応可能な範囲で支援されます。ホーム内での医療行為の対応は難しく協力医療機関等との連携となり、重度化で点滴対応となれば協力病院に入院される場合が多い。	
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から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	・消防署の協力にて年2回昼夜想定の方災時の避難訓練に地震想定での図上訓練を行っている。H28年の中部地震では実際に避難場所となり、上井地区との防災協定を交わした。また水害時の避難場所にもなり、協力体制がとれている。	年2回消防署の協力の方災避難・消火訓練、夜間想定訓練を行われています。火災避難訓練時に地震想定の方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、水害時の避難場所に指定される等、協力体制が取られています。	

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
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。また理念の唱和を毎朝行い、利用者主体のケアを意識づけている。	施設内の倫理研修にも参加されプライバシー確保に努められています。法人独自の『虐待の芽チェックリスト』を使用し、利用者に対しての職員の声掛けや対応について確認されています。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された支援が行なわれています。	
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。		
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	・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。 ・肌の手入れや整容ケア、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、容器の入れ替えや、食事介助をして一緒に食べている。	施設の栄養士が献立を作られホームで食事を作られています。食材は地域のスーパーに発注し、配達して頂かれます。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。食事時は、職員は見守りをされ必要な方に対しては食事介助をしながら、会話を楽しみながら一緒に食事をされます。マグノリア全体の行事の際には施設厨房で作られる事もあります。誕生日の時は希望を聞きホームで作られます。外食に出掛けられる事もあります。	
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。またバ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は把握され身体状況に合わせできる限りトイレの排泄支援を行われています。リクライニング式車椅子利用者の方は座位が可能な為2人介助でトイレで排泄の支援をされています。排泄時間やバット使用量を情報共有し検討され支援に活かされています。	
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、トイレにずわる等、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。また他フロアの風呂を借り浴槽に入れるよう支援している。	週2から3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。浴槽の出入りに段差や階段があり安全を図りながら入浴支援をされています。拒否の方は気分を変えたり声掛けのタイミングを工夫し入浴して頂いています。2階デイサービスに個浴があるので借りて入浴される場合もあります。	
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。		
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。外出先の希望を聞き取ろうとしているが、明確に伝えられる利用者はなく、生活歴や家族の情報から読み取る工夫が必要と感じる。	気候の良い時には、施設すぐ横の公園に散歩に出掛けられたり、ドライブに出かける等され、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。職員と一緒にお手伝いで1階のごみステーションまでゴミ捨てに行ってもらえます。	利用者の方に、多く考えて頂き、発言してもらえよう、新聞、雑誌等の情報提供を行い、会話を楽しく頂く事も良いと思います。

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
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ない。		
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いる。家族からの手紙を代読したり、年賀状の作成を活動として支援をしている。		
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。不用意にテレビをつけたりせず、ゆったりできる馴染の音楽を流すようにしている。	エアコンで温度管理や換気をされ湿度に気をつけ季節にあった適温で過ごされています。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秋にちなんだ習字や季節の作品が飾られていました。近々冬バージョンに模様替えされます。	
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	・家から持ってき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。自宅から家族との写真、アルバム、人形など持ち込まれています。部屋のトイレが使いやすいようベッドを配置し、動線を確保する等安全に排泄ができるように工夫されています。	
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いる。個々にあわせ、リクライニングベッド、柵等設置している。		