

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	3771200296		
法人名	社会福祉法人 サンシャイン会		
事業所名	グループホーム北のおひさま		
所在地	香川県小豆郡土庄町屋形崎空開甲969番地		
自己評価作成日	平成27年10月13日	評価結果市町受理日	平成26年2月20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.jp/37/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号
訪問調査日	平成27年12月16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)】

当法人は3拠点16種類25指定サービスを実施しており、小豆島内の地域交流はもとより、サンシャイン会が培った家族を含む、地域を巻き込んだサンシャインファミリーの連携・交流に努めている。地域サロンの活動に参加するなど地域貢献活動を積極的に行っている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

事業所は、瀬戸内海が一望できる閑静な場所にあり、デイサービスセンターを併設している。事業所を運営する社会福祉法人は、理念や基本方針の中で、地域とのつながりを重視しており、事業所は、おもてなしカフェの開催、地元幼稚園との交流、県道の清掃活動、「こどもSOS」/パトロール活動など、地域との交流活動や地域貢献活動を積極的に行っている。また、災害時の避難場所として、地元自治会と災害協定を結んでいる。ご家族の関わりを重視し、利用者の状況や希望を家族に伝え、外出や外泊の機会が増えるよう支援している。医療機関との連携体制があり、利用者や家族の希望で、看取りを行っている。

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	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、生き生きと働けている (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、安心して暮らしている (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

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	理念については、毎月のユニット会議で目標を決めている。先月の反省と今月の目標を決めて、日々理念の実践に向けて意思統一を図っている。また、理念はユニットに掲示している。	事業所理念は、各ユニットに掲示している。また、毎月、ユニット会議で、目標を決め、日々の実践の中に、理念を実践につなげている。 事業所理念 「気に入った土地で たっぶりの自然と のどかな暮らしを 多くの人と触れ合いながら 日々楽しく味わえるよう さらなる満足と生きがいの提供に 邁進することを誓います」	
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	毎月1日に「おもてなしカフェ」を行っている。近所の方が誘い合わせて来てくれる。地元の幼稚園行事に参加したり、事業所に訪問してくれている。県道の清掃活動を積極的に行っている。	法人の理念や基本方針の中で、地域とのつながりを重視しており、地域との交流事業や地域貢献活動を積極的に行なっている。事業所は、おもてなしカフェの開催や地元幼稚園との交流、県道の清掃活動、「こどもSOS」パトロール活動などを行っている。また、災害時の避難場所として、地元自治会と災害協定を結んでいる。	
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	実習生、ボランティアの受け入れを積極的に行っている。また、認知症サポーター養成講座の実習施設として、対象者を受け入れている。地域サロンに参加して、介護予防運動の紹介をした。		
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	運営推進会議(町主管課長、自治会長、法人役員、ご家族、ご利用者代表)委員に参加していただき、会議では事業報告、待機者・入退居状況、今後の予定等を報告している。意見や助言をいただき、サービス向上につなげている。	利用者代表、家族代表、自治会、行政職員、法人理事長等が参加し、2か月に1回、開催している。事業所の活動や利用者の状況、行事予定を説明している。参加者から意見や制度に関する質問があり、参加者の意見や助言は、法人理事長が参加していることもあり、対応可能な要望は早急に対応し、サービスの向上に活かしている。	

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
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	毎回運営推進会議に主管課課長が出席していただき、実情や課題を理解いただいている。地域包括支援センター担当者の呼びかけで、地域の方にも畑農作業(さつま芋、玉ねぎの収穫)のボランティアとして協力していただいている。	運営推進会議に主管課長の出席があり、情報や助言を得ている。また、町や地域包括支援センター職員には、個別の事例について具体的に相談している。地域包括支援センター担当者の呼びかけにより、地域の方が、農作業のボランティアとして協力してくれるようになった。	
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	身体拘束委員会を設置し、毎月職員会議で身体拘束をしないケアの実践について確認している。日中は玄関、居室には施錠せず、出入りは自由にしている。	身体拘束防止マニュアルを整備している。身体拘束委員会を設置し、職員会議の際に職員の理解を深めている。日中、玄関の施錠はせず、職員の見守りにより、対応している。毎月、認知症ケア(パーソンセンタードケア)の勉強会を行い、利用者を尊重したケアに努めている。利用者の安全確保のため止むを得ず抑制や拘束を行う場合には、家族の同意を取る等の必要な手順を踏んで実施している。	
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	毎月、職員会議で尊厳保護委員より、広義の意味での虐待について説明し、話し合い、虐待防止に努めている。		
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	成年後見制度について学ぶ機会を持ち、理解を深めている。法人では人権擁護委員と協力して、年に3~4回人権相談会を実施し、入居者や地域高齢者の虐待があれば、相談できる機会を設けている。		
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	契約時にケアに関する考え方や取り組み、退居を含めた事業所の対応可能な範囲について、説明を行っている。契約解除の場合、退居後についてご家族と話し合いを行い、理解・納得を得たうえで手続きを行っている。		

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
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	運営推進会議に、ご家族代表やご利用者代表に参加していただき、町担当課長や自治会の方に対して直接意見を述べる機会がある。家族にはアンケートを実施して、その意見をケアに反映している。	運営推進会議に利用者代表や家族代表が参加し、意見や要望を提案してもらっている。毎月開催している家族会や面会時に、職員から家族に声かけをして、意見や要望を把握している。また、家族を対象に年に1回、アンケート調査を実施し、アンケート結果は家族に報告している。家族からの要望で、安全のためにフェンスを設置した。	
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	ユニット会議や職員会議等で職員が意見を述べられる機会を設け、運営に反映している。随時は、メールで意見が述べられるようにしている。	毎月のユニット会議や職員会議、日常の業務の中で、職員の意見や要望を把握している。また、メールでも意見や要望を受けている。年に2回の人事考課の際には、理事長が職員全員と個人面談をし、意見や要望を把握している。職員からの提案は、個別支援に関する提案が多いが、職員の提案で施設設備を改善したことがある。	
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	年2回、人事考課を行い、向上心を持って働けるように努めている。また、資格取得に向けた支援を行い、取得後は資格を活かして活躍できるような環境整備に努めている。		
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	職員の能力レベルに応じて、外部研修へ積極的に参加している。研修後は研修報告の提出により、研修内容の理解を深めるようにしている。毎月パーソンセンタードケア勉強会を行っている。		
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	県グループホーム協議会の研修に参加し、他の事業所との交流を図るとともに、県内の事業所とサービス向上について議論の機会を得ている。		

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
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	どのような時でもご利用者が何を求めているのか、不安に思っていることがないのかを、知るよう努力している。		
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	待機順番が近づいた時点で、事前に施設を見学できるように連絡を取り合っている。入居後は、家族会などでも入居に至った経緯等を聞き、家族背景を理解したり、要望等を受け止めるようにしている。		
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	相談時には可能な限り、ご本人やご家族にとって一番望ましいと思われる支援を、提案できるように努めている。		
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	共同生活介護という視点で、日常生活すべてにおいてご利用者個々の得意分野で力を発揮してもらい、お互い様という気持ちや感謝するという関係性を構築している。		
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	毎月、ご家族に機関紙の送付するなど、ご利用者の状況を報告している。事故等の報告は、その都度行っている。通院や外出、自宅への外泊等、ご家族との関わりを大切にするように配慮している。		
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	自宅や実家近くに散歩に行くなど、顔なじみの人と会えるように個別に外出の機会を作っている。お盆や彼岸には、お墓参りやお寺詣りにも行っている。	自宅近くに散歩に出かけるなど、顔なじみの人に出会えるよう個別に外出の機会を作り、馴染みの場所や関係が途切れないように支援している。	

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
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	ご利用者同士の関係性を把握するように努力している。日常生活すべての場面で、良好な関係性が維持でき、共に支えあえるように支援している。		
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	他の事業所へ移られることが決まった時点で、前もって見学に行き、ご挨拶をするなどしている。引っ越しされた方の所へ、仲良くされていた入居者と一緒に訪問している。		
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	入居前と変えたくないこと、変わらず行いたいこと等を、ご本人やご家族に聴き、なるべく希望に添えるよう努めている。	入居前には、利用者の「入居前と変えたくないこと、変わらず行いたいこと」を確認し、できる限り実現するよう努めている。利用開始後は、普段の支援の中で把握するよう努めている。把握した利用者の思いや意向は、申し送りノートに記録し、ユニット会議で共有している。	
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	ご本人やご家族との昔話、写真等見ながら思い出を引き出し、一人ひとりの生活歴を把握し、「自分史」づくりに取り組んでいる。		
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	一人ひとりの生活リズムを把握し、理解に努めている。ご利用者が持てる力を十分に発揮できるよう支援に努めている。また、状況に応じて、話し合う機会を持っている。		

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
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	ご本人やご家族には日ごろの関わりの中で、思いや意見を聞き、支援に反映させるようにしている。アセスメントを含め、全職員で意見交換やモニタリング、カンファレンスを行い、介護計画に反映している。	日常の支援の中で、利用者や家族から把握した意見や要望を、介護計画に反映させている。介護計画の作成は、ユニット会議において職員全員でモニタリングを行い、アセスメント、計画の立案をし、職員の意見を反映させている。介護計画の見直しは、3か月に1回行っており、利用者の状況に変化があり、必要がある場合は、随時見直している。	
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	個別ファイルに日常の様子やケア実践内容を記録し、ご利用者の状態変化や職員の気づきなどは申し送りノートに記録し情報を共有している。		
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	臨機応変に個々に対応できるようにしている。法人内の小規模の「リゾートカフェ」に参加している。ご利用者の話に耳を傾け、「どこかに行きたい」との意見を聞くと出掛けることもある。		
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	入居前に関わりを持っていた理美容院や病院を、継続的に利用できるように支援している。施設周辺の理美容院、病院、幼稚園、公民館、警察、郵便局等と協働していけるように働きかけている。		
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し、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支援している	協力医療機関との連携により、訪問医療など適切な医療を受けられるよう支援している。	利用者や家族が希望する医療機関で受診してもらっている。協力医療機関の場合は、医師の往診が週1回ある。協力医療機関以外での受診の場合は、家族に付き添いをお願いしているが、緊急時など、必要に応じて職員が行うこともある。受診結果は、家族と情報を共有している。	

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
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	看護師の配置はないが、法人内の看護師に相談できる。また、併設の通所介護の看護師に、緊急時は来てもらうなどして対応している。毎週金曜日の往診時に、医師に直接相談したり、看護師に相談している。		
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。	主治医や連携病院とは、いつでもすぐに対応できるように、日ごろから連携に努めている。入院した場合においても、ご本人の状況等について情報交換や相談出来るよう、連絡を取り合っている。		
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	終末期の在り方について、ご家族と話し合い、ホームでの最大の支援方法について、理解、納得していただき、職員全員が方針を共有している。	入居時に、重度化や終末期の対応について、事業所ができる範囲を家族に説明している。利用者の状態が変化した際は、随時、家族と話し合い、方針を確認している。医療機関と連携して、利用者や家族の希望により、看取りを行っている。	
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	AEDを設置し、職員全員が消防署主催の救急救命講習を修了し、事故発生時には慌てないよう日頃からイメージトレーニングをするよう、周知徹底している。		
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	避難訓練の際には、ご利用者一人ひとりにたすきを掛けて、避難場所に行くようにしている。自治会にも災害時には応援をお願いしている。地元自治会と災害時協力協定書を交わしている。	消防署立ち合いのもと、年に2回、避難訓練を行っている。訓練には、利用者が参加しており、避難の際は、たすきを掛けて避難している。地元自治会と、災害時の協力協定書を交わしており、災害時の協力を依頼している。火事にならないよう電磁調理器を使用している。大規模震災に備えて、水や食料を備蓄している。今年度、シェイクアウトに参加した。	大規模震災を想定し、建物・設備の耐震対策の確認を検討されたい。災害は、規模により、様々な状況が発生することになるので、運営推進会議などを通じて、地元自治会との災害協定が、より具体的となるような取り組みを期待したい。

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
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	尊厳保護委員を配置し、毎月の職員会議にて、プライバシーの保護や尊厳について周知し、常にご利用者の一人ひとりの性格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉掛けや対応に配慮している。	プライバシー保護マニュアルを策定している。尊厳保護委員を任命し、毎月の職員会議で、プライバシーの保護や人格の尊重等について説明し、職員の理解を深めている。入室の際は声かけをし、排泄介護や入浴介護の際には、プライバシーや尊厳を損ねない対応を行っている。	
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	職員側の都合を優先させたり、決めつけたりせず、ご利用者に複数の選択を提案し、焦らず、できるだけ自分で決める場面を作れるような支援を行っている。		
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	基本的な一日の流れや日課はあるが、買い物や散歩など、一人ひとりの状態やその日の気分や感情にも配慮しながら対応している。		
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	外出時にはお化粧をしたり、おしゃれをして出掛けている。日々の身だしなみにも注意し、その人らしく過ごせるよう配慮している。		
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	毎食時の献立や食材は、ご利用者と考えたり、食べたい物を聞くなどして、楽しめるように努力している。ご利用者の誕生日には、好きなメニューや食べたい物等でお祝をしている。	毎日の食事は、職員が利用者と相談しながら献立を考えている。法人の栄養士に献立を見てもらい、助言をもらっている。職員は、利用者と一緒に食事をし、食後の後片付けも利用者に手伝ってもらっている。利用者の誕生日には、利用者の食べたいものを作り、お祝いしている。また、弁当を持って外出し、戸外での食事を楽しむ機会を設けている。	
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	法人内の栄養士に献立表を見てもらい、専門的なアドバイスをもらっている。ご利用者の体調や嗜好等考慮し、臨機応変に支援している。必要に応じて訪問診療医にも相談している。		

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
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、ご利用者の能力に応じて、声掛けと介助による口腔ケアの支援を行っている。		
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	ご利用者の状況に応じた下着やパットを使用している。訴えのないご利用者には、定時誘導や行動等を見ながら、排泄の自立にむけた支援を行っている。	トイレでの排泄を目標としている。排泄記録を基に、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導や声かけにより、トイレでの排泄を目指している。排泄介護の際は、他の利用者にわからないよう、さりげなく誘導するようにしている。	
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	野菜中心の献立や乳製品を取り入れるなど、工夫している。個々に応じた飲食物の工夫、運動不足解消等を考え、リハビリ体操や口腔体操、オリーブ体操等取り入れている。		
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	ご利用者の希望をなるべく取り入れ、気持ちよく入浴できるように支援をしている。ご利用者の状況により、急きょ入浴する場合もある。	2日に1回、入浴している。利用者の希望には、柔軟に対応している。また、失禁などで必要があれば、随時対応している。入浴を拒否される場合は、時間をおいて声かけをしたり、声かけをする職員を変更するなどの工夫をして、入浴を促している。	
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	薬に頼ることなく眠れるように、日中の活動を活発に行うよう支援している。夜間は、安眠妨害にならないよう配慮し、巡回を行っている。		
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	服薬マニュアル、服薬管理票を作成している。服薬は個別にファイルしており、副作用等を確認できる。内服薬の変更があれば、薬入れと申し送りノートで、周知を徹底している。		

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
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	ご利用者一人ひとりの得意分野を把握し、日常生活で活かせるよう支援している。		
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	ご本人の希望により、散歩やドライブ、お寺参り、外食、カラオケ、買い物、美容院等の外出支援を、ご家族の協力を得ながら行っている。また、お弁当を作って戸外で食べるなどの取り組みを行っている。	利用者の希望により、散歩に出かけている。買い出しやドライブ、理美容院等への外出を家族の協力を得て支援している。行事での外出、弁当を持って、戸外で食事をするなど、外出支援に取り組んでいる。	
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	小遣い程度の管理ができ、ご家族にも理解のうえ、財布を持っている人がいる。買い物の際には、見守りのもと、ご本人に支払ってもらっている。		
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	携帯電話を持っているご利用者の支援を行っている。ご家族からの電話はプライバシーに配慮し、居室で話をしてもらっている。		
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	ソファや椅子を設置し、清潔、整理整頓を心がけている。温湿度計で室温、湿度を記録している。リビングは、季節感を出すように飾り付け等を工夫している。	共有空間である食堂からは、瀬戸内海を眺めることができ、明るく清潔な空間となっている。季節の飾り付けをし、季節感を感じられるよう工夫している。食堂には、大型テレビやソファやイスを配置し、居心地よく過ごせるよう工夫している。温室時計を設置し、温度や湿度を記録し、室内の温度や湿度の管理を行っている。	
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	ソファを置き、居心地の良い落ち着いた空間を工夫して作っている。		

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
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	ご利用者個々の馴染みのあるタンス、椅子、アルバム、鏡台等を自宅より持ってきたり、居心地良く過ごせるよう工夫をしている。	入居時に、使い慣れたものを持ち込まれるよう家族に説明をし、入居以前から使用していた馴染みの家具や、写真等を持ち込んでもらっており、利用者が居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	ご家族にも相談し、最低限の必要な表示を行ったり、安全面を考慮し、物の配置を変更したりしている。		

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 ↓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	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	事業所からは、瀬戸内海が一望できる閑静な場所にあり、デイサービスセンターを併設している。事業所を運営する社会福祉法人は、理念や基本方針の中で、地域とのつながりを重視しており、事業所は、おもてなしカフェの開催や地元	○	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している (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、安心して暮らしている (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				

自己評価結果

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	理念については、毎月のユニット会議で目標を決めている。先月の反省と今月の目標を決めて、日々理念の実践に向けて意思統一を図っている。また、理念はユニットに掲示している。
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	毎月1日に「おもてなしカフェ」を行っている。近所の方が誘い合わせて来てくれている。地元の幼稚園行事に参加したり、事業所に訪問してくれている。県道の清掃活動を積極的に行っている。
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	実習生、ボランティアの受け入れを積極的に行っている。また、認知症サポーター養成講座の実習施設として、対象者を受け入れている。地域サロンに参加して、介護予防運動の紹介をした。
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	運営推進会議(町主管課長、自治会長、法人役員、ご家族、ご利用者代表)委員に参加していただき、会議では事業報告、待機者・入退居状況、今後の予定等を報告している。意見や助言をいただき、サービス向上につなげている。
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	毎回運営推進会議に主管課課長が出席していただき、実情や課題を理解いただけている。地域包括支援センター担当者の呼びかけで、地域の方にも畑農作業(さつま芋、玉ねぎの収穫)のボランティアとして協力していただいている。
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	身体拘束委員会を設置し、毎月職員会議で身体拘束をしないケアの実践について確認している。日中は玄関、居室には施錠せず、出入りは自由に行っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	毎月、職員会議で尊厳保護委員より、広義の意味での虐待について説明し、話し合い、虐待防止に努めている。
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	成年後見制度について学ぶ機会を持ち、理解を深めている。法人では人権擁護委員と協力して、年に3～4回人権相談会を実施し、入居者や地域高齢者の虐待があれば、相談できる機会を設けている。
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	契約時にケアに関する考え方や取り組み、退居を含めた事業所の対応可能な範囲について、説明を行っている。契約解除の場合、退居後についてご家族と話し合いを行い、理解・納得を得たうえで手続きを行っている。
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	運営推進会議に、ご家族代表やご利用者代表に参加していただき、町担当課長や自治会の方に対して直接意見を述べる機会がある。家族にはアンケートを実施して、その意見をケアに反映している。
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	ユニット会議や職員会議等で職員が意見を述べられる機会を設け、運営に反映している。随時は、メールで意見が述べられるようにしている。
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	年2回、人事考課を行い、向上心を持って働けるように努めている。また、資格取得に向けた支援を行い、取得後は資格を活かして活躍できるような環境整備に努めている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	職員の能力レベルに応じて、外部研修へ積極的に参加している。研修後は研修報告の提出により、研修内容の理解を深めるようにしている。毎月パーソンセンタードケア勉強会を行っている。
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	県グループホーム協議会の研修に参加し、他の事業所との交流を図るとともに、県内の事業所とサービス向上について議論の機会を得ている。
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	どのような時でもご利用者が何を求めているのか、不安に思っていることがないのかを、知るよう努力している。
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	待機順番が近づいた時点で、事前に施設を見学できるように連絡を取り合っている。入居後は、家族会などでも入居に至った経緯等を聞き、家族背景を理解したり、要望等を受け止めるようにしている。
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	相談時には可能な限り、ご本人やご家族にとって一番望ましいと思われる支援を、提案できるように努めている。
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	共同生活介護という視点で、日常生活すべてにおいてご利用者個々の得意分野で力を発揮してもらい、お互い様という気持ちや感謝するという関係性を構築している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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、ご家族に機関紙の送付するなど、ご利用者の状況を報告している。事故等の報告は、その都度行っている。通院や外出、自宅への外泊等、ご家族との関わりを大切にするように配慮している。
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	自宅や実家近くに散歩に行くなど、顔なじみの人と会えるように個別に外出の機会を作っている。お盆や彼岸には、お墓参りやお寺詣りにも行っている。
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	ご利用者同士の関係性を把握するように努力している。日常生活すべての場面で、良好な関係性が維持でき、共に支えあえるように支援している。
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	他の事業所へ移られることが決まった時点で、前もって見学に行き、ご挨拶をするなどしている。引っ越しされた方の所へ、仲良くされていた入居者と一緒に訪問している。
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	入居前と変えたくないこと、変わらず行いたいこと等を、ご本人やご家族に聴き、なるべく希望に添えるよう努めている。
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	ご本人やご家族との昔話、写真等見ながら思い出を引き出し、一人ひとりの生活歴を把握し、「自分史」づくりに取り組んでいる。
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	一人ひとりの生活リズムを把握し、理解に努めている。ご利用者が持てる力を十分に発揮できるよう支援に努めている。また、状況に応じて、話し合う機会を持っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	ご本人やご家族には日ごろの関わりの中で、思いや意見を聞き、支援に反映させるようにしている。アセスメントを含め、全職員で意見交換やモニタリング、カンファレンスを行い、介護計画に反映している。
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	個別ファイルに日常の様子やケア実践内容を記録し、ご利用者の状態変化や職員の気づきなどは申し送りノートに記録し情報を共有している。
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	臨機応変に個々に対応できるようにしている。法人内の小規模の「リゾートカフェ」に参加している。ご利用者の話に耳を傾け、「どこかに行きたい」との意見を聞くと出掛けることもある。
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	入居前に関わりを持っていた理美容院や病院を、継続的に利用できるように支援している。施設周辺の理美容院、病院、幼稚園、公民館、警察、郵便局等と協働していけるように働きかけている。
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	協力医療機関との連携により、訪問医療など適切な医療を受けられるよう支援している。
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	看護師の配置はないが、法人内の看護師に相談できる。また、併設の通所介護の看護師に、緊急時は来てもらうなどして対応している。毎週金曜日の往診時に、医師に直接相談したり、看護師に相談している。
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。	主治医や連携病院とは、いつでもすぐに対応できるように、日ごろから連携に努めている。入院した場合においても、ご本人の状況等について情報交換や相談出来るよう、連絡を取り合っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	終末期の在り方について、ご家族と話し合い、ホームでの最大の支援方法について、理解、納得していただき、職員全員が方針を共有している。
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	AEDを設置し、職員全員が消防署主催の救急救命講習を修了し、事故発生時には慌てないよう日頃からイメージトレーニングをするよう、周知徹底している。
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	避難訓練の際には、ご利用者一人ひとりにたすきを掛けて、避難場所に行くようにしている。自治会にも災害時には応援をお願いしている。地元自治会と災害時協力協定書を交わしている。
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	尊厳保護委員を配置し、毎月の職員会議にて、プライバシーの保護や尊厳について周知し、常にご利用者の一人ひとりの性格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけや対応に配慮している。
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	職員側の都合を優先させたり、決めつけたりせず、ご利用者に複数の選択を提案し、焦らさず、できるだけ自分で決める場面を作れるような支援を行っている。
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	基本的な一日の流れや日課はあるが、買い物や散歩など、一人ひとりの状態やその日の気分や感情にも配慮しながら対応している。
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	外出時にはお化粧をしたり、おしゃれをして出掛けている。日々の身だしなみにも注意し、その人らしく過ごせるよう配慮している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	毎食時の献立や食材は、ご利用者と考えたり、食べたい物を聞くなどして、楽しめるように努力している。ご利用者の誕生日には、好きなメニューや食べたい物等でお祝をしている。
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	法人内の栄養士に献立表を見てもらい、専門的なアドバイスをもらっている。ご利用者の体調や嗜好等考慮し、臨機応変に支援している。必要に応じて訪問診療医にも相談している。
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に、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、ご利用者の能力に応じて、声掛けと介助による口腔ケアの支援を行っている。
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	ご利用者の状況に応じた下着やパットを使用している。訴えないご利用者には、定時誘導や行動等を見ながら、排泄の自立にむけた支援を行っている。
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	野菜中心の献立や乳製品を取り入れるなど、工夫している。個々に応じた飲食物の工夫、運動不足解消等を考え、リハビリ体操や口腔体操、オリーブ体操等取り入れている。
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	ご利用者の希望をなるべく取り入れ、気持ちよく入浴できるように支援をしている。ご利用者の状況により、急きょ入浴する場合もある。
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	薬に頼ることなく眠れるように、日中の活動を活発に行うよう支援している。夜間は、安眠妨害にならないよう配慮し、巡回を行っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	服薬マニュアル、服薬管理票を作成している。服薬は個別にファイルしており、副作用等を確認できる。内服薬の変更があれば、薬入れと申し送りノートで、周知を徹底している。
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	ご利用者一人ひとりの得意分野を把握し、日常生活で活かせるよう支援している。
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	ご本人の希望により、散歩やドライブ、お寺参り、外食カラオケ、買い物、美容院等の外出支援を、ご家族の協力を得ながら行っている。また、お弁当を作って戸外で食べるなどの取り組みを行っている。
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	小遣い程度の管理ができ、ご家族にも了解のうえ、財布を持っている人がいる。買い物の際には、見守りのもと、ご本人に支払ってもらっている。
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	携帯電話を持っているご利用者の支援を行っている。ご家族からの電話はプライバシーに配慮し、居室で話をしてもらうようにしている。
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	ソファーや椅子を設置し、清潔、整理整頓を心がけている。温湿度計で室温、湿度を記録している。リビングは、季節感を出すように飾り付け等を工夫している。
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	ソファーを置き、居心地の良い落ち着ける空間を工夫して作っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご利用者個々の馴染みのあるタンス、椅子、アルバム、鏡台等を自宅より持ってきていただき、居心地良く過ごせるよう工夫をしている。
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	ご家族にも相談し、最低限の必要な表示を行ったり、安全面を考慮し、物の配置を変更したりしている。