

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	3770103608	
法人名	医療法人社団 光樹会	
事業所名	グループホーム木太	
所在地	香川県高松市木太町3749-3	
自己評価作成日	平成29年8月31日	評価結果市町受理日

※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.kaigokensaku.mhlw.go.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29年10月17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)】

より良い介護現場の実現には職員の高い就労意欲と介護技術が欠かせません。開設13年目を迎え更なる職員のレベル向上のためキャリアアップを支援し、質の良い施設環境を提供できるよう努めています。同時に隣接の母体医院の協力の下、終末期を視野に入れた支援のため日々努力を重ねています。また市域の催し物への参加協力等、老人会、民生委員、近隣の方々のおかげで地域に根差した施設として発展していると自負しています。

住宅街の中、3階建て鉄筋コンクリート造りの建物があり、2・3階に事業所がある。1階は同法人のデイサービス、ケアサポートセンターがあり、看護師が常勤している。母体医院は隣接しており、利用者の健康管理の連携体制が整っていて、安心した生活支援と看取り介護に力を入れている。施設理念のもと、各ユニットが目標を定め、達成に向けて職員が協力して利用者の個性を大切に生活を支援している。年間研修計画に基づいた勉強会や外部研修に参加し、より良いケアの提供に努力している。地域との交流に力を入れ、地域行事や自主防災訓練への参加、事業所行事への招待、ボランティア訪問等に取り組んでいる。

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 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、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	Tender【思いやり】、Loving【愛情ある】、Care【介護】の施設理念の下「一人ひとりの個性を大切に活気ある生活を」をモットーに明るく活気ある、かつ地域に根ざした組織として発展している。将来的にプライマリケアの実現を目指したい。	施設理念の下、各ユニットで目標を定め達成に向けて取り組んでいる。施設長が職員アンケートを年1回実施している中で、理念・目標の理解と達成度、要望等を調査している。また、個人目標を記載する欄も設けている。	職員アンケートで得た結果や個人目標を管理者と共有し、進捗状況を個人面接で確認や助言を行い、より良い実践に繋がることを期待する。
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の幼稚園との交流は10年目を迎え、子供会・自治会の獅子舞の披露、コミュニティセンター【餅つき】への参加は恒例になっており地域に根ざした施設として発展している。	地域との交流は文化祭への作品出展や見学、餅つき、運動会、敬老の日等に参加している。ボランティアとしてフラダンス、大正琴、マンドリン、琉球太鼓等、月1～2回の訪問があり、幼稚園児の訪問には手紙を書く等交流を深めている。	
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	市役所の介護保険課や母体医院の入り口に施設新聞【はつらつ】の設置を継続している。又レクリエーションで作る作品等を地区文化祭へ出品する等、公表を得ている。		
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	二ヶ月に一回の会議を滞る事無く継続している。入居者、家族だけでなく老人会、民生委員、近所の方、包括支援センター、市介護保険課の方々の参加で貴重な意見交換の場となっており、同会議に参加出来なかったスタッフへの周知を徹底する事でサービスの向上につながっている。	会議は利用者・家族・民生委員・地域代表者・市関係者と大勢が参加し、意見交換が行われている。地域の情報が得られ、利用者が行事に参加し交流できることに繋がっている。	スタッフ間で共有するために、会議録はもう少し詳細な内容で、かつ要約して記録するよう期待したい。
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	運営推進会議への市担当者や地域包括支援センターの方々の参加時、又は電話相談での確かな助言、アドバイスをいただいている。	市役所に出向き、職員のキャリアアップのための職員体制や時間配分について、看取り計画や多職種による記録方法等、管理や業務についての具体的な相談を行い、指導・助言を得ている。	
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	スタッフミーティングにてマニュアル等を使用しながら「拘束」についての勉強を継続している。そして拘束の仕方・時間・状況を記載し、見直し改善を行っている。	年間研修計画に「拘束」をあげ、理解を深めている。出ようとする利用者には声を掛けて対応しているが、重度化している利用者の状況により、事業所出入り口を現在は施錠している。医療上、安全のために必要な安全帯は、マニュアルに基づき必要最低限とし、同意を得て実施し、観察・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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	スタッフミーティングにおいて虐待についての勉強を継続している。言葉、力の虐待を行っていないか常に意識しつつ、スタッフ間でもお互いに注意を払い、気になる点があれば改善、情報の共有に努めている。又、虐待チェックリストを活用し、更なる意識付けとしている。		
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	スタッフミーティングにて権利擁護に関する制度の勉強を継続している。成年後見制度による入居もあり関係機関への相談や助言をいただく事で必要な方への支援を行っている。今後、更なる意識向上の為、弁護士、司法書士、社会福祉士等による勉強会も検討している。		
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	入居前に重要事項を説明の上、疑問点の有無を確認し、疑問があれば納得いくまで説明を行い理解を得てもらう。改訂については随時、書面にてお知らせしている。		
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	入居時に苦情相談窓口の説明を行っている。事業所内には意見箱を設け、又、入居者との会話により意見、要望をくみ取り運営に反映できるように心がけている。年一回の家族会の開催を実施し、家族間の交流を図ると共に貴重な意見を提示していただいている。	家族会は年1回、夏祭りの行事に合わせて開催している。利用者・家族、医師や職員等が参加して交流し、話しやすい関係が築けている。家族から面会は部屋でゆっくりしたいと要望があり、必要時部屋に設置できるソファベッドの購入を予定している。	
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	スタッフミーティングには施設長も参加し、スタッフの要望、考え方を意見にして職場環境の改善に努めている。又、スタッフへのアンケート調査も実施している。	月1回のユニットミーティングは利用者対応の検討や勉強会、職場環境の問題等を話し合い、施設長も参加しているのでタイムリーな改善に努力している。合理的に業務遂行できるよう、必要な備品購入に努めている。	
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	スタッフ各自が就業規則をよく理解しスタッフミーティングにて就業環境について意見を出し合っている。又、更なる進化を目標しキャリア・パスの策定を検討している。		
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	新人研修マニュアルに基づき新人研修を実施、又事業所内外の研修への積極的な参加も励行しておりスタッフのレベルアップを目指している。		

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
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	事業所外研修参加にて、他事業所職員との交流を図る。事業所訪問を受けた場合は情報交換しサービスの向上に活かしている。		
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	入所前に事業所見学をしていただいたり、入院中なら訪問、待機中ならデイサービス等を利用していただきスタッフと顔なじみになり、要望を聞き安心して入居していただくよう努めている。		
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	事業所見学時、契約前に時間を掛けて入居者の生活歴、病歴、家族の意向や悩みを聞き、入居後のサービスに活かせるようにしている。又、入居後も家族の訪問時や毎月のお便りで現状報告し新しい要望を引き出すよう努めている。		
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	家族、主治医、ケアマネージャーと連携し本人の健康状態、希望を考慮した多様なサービスに対応出来るよう努めている。		
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	入居者の出来ることを把握し、出来ることはなるべく自身で行ってもらうよう声かけを行っている。又、入居者のお話しや日常の行動の中でスタッフが学べたことは生活内で実施する等「教えてもらうこと」を大切にしている。		
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	毎月のお便り等で入居者の心身の状況【特に体調の変化時】を報告しつつ、必要に応じて電話や来訪時の家族からの支援をお願いしている。又、日々の様子【趣味、外出等楽しんだ事柄】も伝えるよう努めている。		
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	面会に来られる友人、知人の方々が過ごしやすく来所しやすい場所であるよう、スタッフの接遇の向上、明るい雰囲気作りに努めている。	1階のデイサービスに来所した知人が面会に来てくれる。家族の協力を得ての外出や、馴染みの喫茶店や美容院へお連れすることがある。行事の前には職員が髪染めを介助して、おしゃれ心を引き出し気分を盛り上げる支援をしている。	

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	認知症レベルの違う入居者同士の会話にスタッフが同席、会話がスムーズに出来るようサポートしている。レクリエーションの作品づくりもお互いが助け合い作品が完成出来るよう配慮している。		
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	退所されたご家族へ年賀はがき等にて現状をお伺いする。そして遠慮のないご意見をいただけるよう考えている。		
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	本人との会話等により意見・要望をくみ取り、申し送りやミーティングの際に検討している。又、本人が遠慮して言いにくい事柄はご家族により情報を得るよう努めている。そしてケアプランに反映しスタッフ全員が共有している。	入居前の利用者の生活歴情報や、本人が発する言葉や表情・動作・反応、家族からの情報等から、声かけをして思いや意向を引き出している。個々の職員が得た情報は職員間で共有して話し合い、支援している。	
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	入居者自身からの話の内容、ご家族・知人から過去の生活歴等の情報収集を行いスタッフ全員が認識したうえで穏やかな生活の支援に努めている。		
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	日々の生活の中で各スタッフが入居者の過ごし方、心身の状態、有する力等の把握に努め、申し送り・ミーティング等で意見交換、又記録に残すことで改善出来ている。そして医療・介護の両面からサポートしている。		
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	本人や家族の意向を聞き、主治医との連携もしつつ、スタッフ間で意見交換し本人に合ったプランを作成して、家族に説明・同意を得ている。	職員が利用者より深く関わるため受持ち制を導入し、1～2人を担当している。ケアマネジャーは「モニタリング依頼書」を毎月出し、担当職員が利用者の介護計画への反応を記載している。また、ユニットカンファレンスや申し送り時の話し合いから、介護計画を作成し、同意を得て介護に当たっている。	
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	日々の記録でのケアの実践・結果を申し送り、ミーティングにて情報交換、プランの見直しに活かしている。		

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
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	入居者個々のその時の状況に合わせ又、家族の意見等を参考にし、サービスを提供しており、レクリエーションや毎日の体操等に取り入れている。		
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	入居者の意向や必要性に応じて、消防訓練・交通安全教室やボランティアの訪問等多くの協力を受け支援されている。又、民生委員等より新しいお出かけ場所等の情報をいただくようにもしている。		
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	主治医が入居者の体調を毎日把握し、必要に応じて対応している。又、入居者の状態、家族の希望に応じて専門医への紹介、専門医と主治医への連携に対応している。主治医への質問や相談の書式を統一し実施している。	毎朝、夜勤者が利用者の状態を主治医に報告し、健康管理に努めている。同一建物内に看護師が常勤配置され、ケアに当たっている。専門医への受診は家族の協力で受診し、情報提供支援や共有に取り組んでいる。	
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	職場内及び母体医院の看護師と情報を共有することで入居者の細かな変化に気づき適切な医療を受けることが出来る。		
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。	主治医と入院先との連携により情報を得る事が出来る。事業所からの質問・相談は電話、面会時に口答で行われ更に書面にて情報交換している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まず入所時に重度化した場合の終末期のあり方について当事業所の方針、考え方を説明している。重度化した場合は看取りの確認を行い、意思確認した後看取り介護の同意書を交わし、医療機関や介護職員と話し合い看取り介護計画書を作成、終末期に向けた取り組みを行っている。	「重度化した場合の対応および看取りに関する指針」を再検討し、看取りの体制、職種ごとの役割、介護の実施内容を具体的に示した指針を作成し、家族にも周知した。母体医院の医師・看護師、事業所看護師との連携体制が整っており、看取り介護を実施している。	
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	スタッフミーティングにおいて定期的に勉強している。又、急変時には主治医からの確かな指示が受けられるよう連絡体制が整っている。		

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
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	スタッフミーティングにおいてマニュアルを利用しての学習だけでなく、定期訓練を通じて職員が避難する方法を習得するよう実践的な学習も行っている。訓練時は入居者も参加しておりスムーズに行動出来る。又、訓練時は近隣に実施予定表を配布し訓練であることをお知らせしている。	災害マニュアルを作成して、年2回避難訓練を行っている。しかし、日中想定が多く、夜間は火災を出さないことが重要との考えから、夜間想定の実績が少ない。	日中は人員確保が容易であり、夜間の職員が少ない時の避難訓練が望まれる。消防士が利用者を外に救出した時に、見守りをしていただけの地域住民の協力体制の構築を期待したい。
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	スタッフミーティング及び毎日の申し送りの中で入居者に対する接し方を常に確認、一人ひとりに合った対応・声かけが出来るよう心がけている。認知症が重度化し言葉かけや接し方が難しい場合はスタッフ間で相談等を行い適切な対応に努めている。	慣れ合いにならず、礼節をもって接することを心がけている。利用者に対して気になる対応があれば、職員間で話し合い改善するよう取り組んでいる。年間研修計画に接遇研修を取り入れている。	
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	自身の希望を言葉に出せない入居者もおられる。日常のさりげない言葉、行動に表されること職員は見逃さず現状を共有し自己決定出来るよう働きかけている。		
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	レクリエーションへの参加、外出等は無理強いないのではなく自然な声かけにて自主的に参加するよう心がけている。		
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	月一回の訪問理容を行っており、希望があればなじみの美容院等へ通っていただけるよう支援している。入浴、外出時の準備や更衣時は入居者と相談しつつ、一緒に衣類を選んでいく。主張できない入居者には季節感を考慮しアドバイスしている。		
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	片づけの一部を入居者と行っている。食事形態も個々のレベルに合わせている。【普通食・刻み食・ミキサー食】食事内容の変更等があれば搬入業者に連絡、対応している。又、ミキサー食等でメニューが分かりづらいものに関しては口頭で伝えつつ食器の種類や盛り付けにも配慮している。	主食と汁物は事業所と1階のデイサービスの台所で調理し、副菜は委託業者が届けている。事業所で盛り付けをし、利用者の嚥下状態に合わせてトロミ剤を調整して配膳している。利用者は可能な範囲の下膳やお盆を拭く等の片付けをしている。月1回、お菓子作りやたこ焼きパーティーを楽しんでいる。	
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	栄養のバランスを考慮して食事を提供しているが日頃の摂取量を基本とし体調やメニューに合わせて量を調整している。これに関しては主治医よりアドバイスしていただけるよう努めている。又、食事量・水分量はチェック表にて把握している。		

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	歯磨き、うがいの声かけを行っている。介助が必要な入居者にはその都度介助を行う。又、訪問歯科の無料検診を利用、口腔内のチェック及びケアの方法を指導いただいている。治療の必要な方は実践している。		
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	入居者個々の排泄パターンを把握し随時トイレへ誘導、パット等の交換を目指している。夜間オムツ使用でも日中はリハビリパンツ使用にてトイレでの排泄に努めている。	入居者の排泄チェック表で排泄パターンを把握し、表情や動作の観察でトイレ誘導している。尿失禁が多くて紙オムツを使用していたが、尿取りパットに変更でき不快感が軽減した事例がある。	
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	排便チェック表にて排便状況を把握すると共に便秘のある入居者に関しては主治医の指示による服薬以外に水分補給等の必要性の説明や随時の声かけを行っている。又、軟便の時は原因となる要因【食べ物等】の把握や除去を行っている。		
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	入居者レベルに合わせて特別浴槽、普通浴槽を利用しているが曜日や時間帯が決まっている為その時間帯の中で入居者の希望を確認している。又、体調不良で入浴出来なかった場合は曜日、形態を考え対応している。	週2回以上の入浴を目標に、現在は1階のデイサービス施設の浴室を午後から使用している。普通浴槽と特別浴槽があり、安全に配慮して浴槽を選択し、安楽な入浴を支援している。拒否傾向の利用者には時間や日を変えて促している。	
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	気温や天候に合わせた室温、湿度、居室の明るさの管理や声かけ等を行っている。又、寝着への更衣等は時間を意識した生活習慣を重視している。		
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	主治医、看護師と連携を取り毎日の入居者の体調に合わせた服薬の提供、管理を行っている。薬の変更、容量の変更等があった時は申し送りノートにて各スタッフへ周知させている。通常の処方個人別のお薬管理ノートに記載している。又、服薬時にはのみ忘れ防止の為確実に手渡し、見守りを行っている。		
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	入居者個々の生活歴に合わせた生きがい、役割作りが出来るよう支援している。洗濯物や新聞の整理、お盆拭き等入居者がやりがいをもち、気分転換となるよう努めている。		

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	月1～2回の買い物、催し物等へ参加している。又、健康状態を考慮【主治医の意見等を参考】の上、家族との連携にて外出、外泊等を励行している。	事業所建物の向かいがコンビニエンスストアで、買物が気軽に楽しめる。地域の行事は車いすや車送迎で参加している。馴染みの美容院や喫茶店、マーケット内のフードコートでの夕食等を楽しんでいる。家族と共有できるよう、行事参加への協力を呼びかけている。	
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	お小遣い帳にてお金を管理しており、外出時には買い物や食事をされる等している。入所前に本人家族に説明し同意を得ている。		
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	各居室には電話を設置しており希望者は外部との通話が可能である。手紙を書く場合は必要に応じスタッフが書き方を手助けするよう努めている。		
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	洗面所、テレビを居室外に設置することで閉じこもりを防止。又、リビング、食卓のテーブルは入居者の希望を取り入れ配置、設定を随時行っている。季節に応じホール内の飾り付けも変更している。	食卓、テレビ鑑賞、畳スペースがある。居間の一面が全面ガラス張りで眺望が良い。壁には季節感のある手作り作品や行事の楽しい写真、職員の名前を添えた顔写真等を掲示している。落ち着いた雰囲気、居心地が良い共用空間づくりに努めている。ADLや入居者同士の人間関係を考慮して、食卓の席替えを行っている。	
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	食卓のテーブル、座席の随時の移動はもちろん畳スペースを設けおり、独りになったり仲の良い入居者と過ごせたりする事の出来る空間を利用している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	家具は備え付けの物であるが、思いでの写真や置物等を設置している。又、本人や家族の意向を取り入れ部屋の模様替え、衣替えを行っている。エアコン、加湿器の利用、屋内の清掃や換気等も効率的に行っている。又本人希望により居室の変更も行っている。	ベッドや整理ダンス、収納庫、棚が備え付けで、思い出の写真や小物類で部屋を飾り、居心地よい部屋作りを支援している。	
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	決められた場所に必要な物を設置する。廊下などに不要な物を置かない、ガスコンロの元栓は随時ロックする。又、段差をなくし転倒防止の為、台所のマットは廃止している。		

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	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 (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	施設理念(Tender思いやりLoving愛情あるCare)を施設理念としユニット目標である(助けあえ支え合える生活環境作りを目指します)を目標を掲げ、ホールやスタッフルームに掲示し職員が常に確認しながら業務が出来るように理念の実践に繋げている。
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	地域の幼稚園と10年間に渡り交流を行い、自治会とは毎年餅つき大会や獅子舞を通じて交流が出来る。年1回の文化祭では日々の作品を展示して頂きホームでの生活を地域の方々に披露出来る機会になっている。運営推進会議では民成委員の方々の協力を頂きながら地域交流の話し合いが出来ている。
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	市役所介護保険課や母体医院に施設新聞『はつらつ』を設置して頂き地域の方々に理解して頂いている。又、地域行事(文化祭等)日常生活での買い物、散歩を積極的に取り組み相互理解を深めている。
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か月に1回は必ず利用者、御家族、介護保険課、包括支援センター、地域の民生委員の方々、近隣住民と共に取組み状況報告を行い意見を頂きホームでのサービス向上に繋げている。特に民生委員からの協力は多大でありホームから地域へ出かける機会が増えるようになっている。御家族、利用者より意見を頂く機会となり、推進会議で出た意見は職員へ伝達し、さらなる改善に繋がっている。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議へ市町村担当者(介護保険課・地域包括支援センター)に参加頂き、施設での取り組みについて相談したり貴重な意見を頂き協力関係を築けている。
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	スタッフミーティングで身体拘束について話し合い身体拘束チェック表にて随時状況を記載し必要性を検討している。又、玄関施錠は徘徊等問題行動のある方の入居を機に御家族様へ説明し施錠している。今後、改善すれば時間を決めて解放していく予定にしている。

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	虐待チェック表にて年1回の虐待チェックを行っている。チェックを行う事で職員の虐待行為について見直し再確認に繋がっている。又、日々の業務の中で職員同士で気をつけながらも声をかけあいながら防止に努めている。
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に支援している	ミーティング時に権利擁護に関する制度の勉強を継続している、更なる理解を深める為に、弁護士や司法書士から施設勉強会へ招き、より深く学べる機会を検討している。
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	入居前にホーム説明を行い、契約時は十分に説明し理解頂き納得頂いている。重要事項の変更は随時書面にて説明し同意頂いている。
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	入居時に苦情相談窓口の説明を行っている。事業所内には意見箱を設置している。年1回の家族会を実施し利用者や家族の意見交換の機会になっている。また、運営推進会議へ参加頂き要望を早急に聴き取る機会になっている。
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	管理者は、職員の意見を取りまとめて代表者へ意見を提言し、話し合う機会を持っている。また技能、経験を重視するとともに仕事に対する適性、本人の希望を考慮に適正な部署、職務に反映している。
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	職員の勤務状況を把握し、健康管理、労務時間、給与体制について検討している。又、仕事への意欲、資格取得、技能向上を積極的に支援する。
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	事業所外研修に参加し、他の職員にも周知してスキルアップを図る。また、資格取得にあった勤務体制を取り、目標を持って就業することが出来た。(介護福祉士)資格取得に関する研修を欠勤としない。H25年より資格取得へのプログラムは定着し昨年6名のスキルアップとなる。
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	連絡協議会に出席し、その中で相互意見の交換を行っている。また、他の事業所での良いところを見習い、当事業所に反映できるように取り組む。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	入居前に面談を行い、本人の状況を十分に調査し聞き取り調査(生活歴、既往歴、家族との関係性等)を行い、本人の困っている事や不安な事を分析している。職員間で利用者の日々の行動を申し送りやカンファレンスで話し合いを行い安心感を確保できるように努力している。
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	入居前の面談にて家族の抱えている不安や問題点をケアを行う者として受容共感し、施設の取り組み等を十分に説明し、面会時に日々の状況を職員からも伝えるよう努力し細かな心配事でも話が出来る雰囲気を作れるように努めている。又、毎月のお便りにて報告している事で信頼関係につながっている。
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	入居前には家族から聴き取り調査を行い、本人に面会し現状を把握し職員間で検討しプラン作成している。場合によっては主治医からの指示や指導を仰いでいる。すでにサービスを受けていた方については、居宅支援事業所とも意見や情報交換している。
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	食器やお盆拭きを手伝って頂いたり洗濯たみと一緒にいき、出来る事は継続出来るように努めている。又、作業の中での工夫や昔の話をすることで生活での工夫を教えもらい、共に助け合う関係性を築く事が出来る。
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	毎月のお便りにて現在の状況を報告している。夏祭りや運動会には家族に参加して頂き家族と共に支えている。又、家族と共に外出や食事に出かけたり、お墓参り等家族と共に計画を行い実現している。外出の出来ない入居者は面会時にゆっくり過ごせ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	急激な生活変化がないように入居前に施設見学し職員と顔馴染みになり安心感を持って頂く。また、散髪ではなじみの理容室を利用したり友人の面会を依頼している。随時、プランに表出している。
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	ユニット目標は「支え合え助け合える生活環境作りを目指します。」であり、車椅子での生活であってもお互いを心配したり喜び合える雰囲気を作れるように行事の工夫をしている。誕生会では入居者様からプレゼントを手渡せるようにしている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	在宅復帰した後も他の事業所からの相談を受け付け家族の支援も行うようにしている。又、サービス終了後も家族からの要望があれば他の家族の入居を希望され入居の実現が出来ている。
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	一人一人の言動から常時思いをくみ取り、本人の性格や生活歴を考慮し家族からの意見も取り入れ、申し送りやカンファレンス時に検討して日々のケアに繋げている。身体状況も個人個人違っており、随時のご家族、主治医との意見交換は不可欠である。
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	入居時に生活歴等の把握をしているが、入居後の生活の中で本人との会話の中で発見した情報は家族に確認しケアに役立てている。
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	個別に一日の過ごし方を朝の申し送りで把握し当日の過ごし方に取り入れている。大まかにはカンファレンスで話し合いニーズの表出につながっている。レクリエーションでは、それぞれの理解度や得意な事を把握して個別にケアプランに繋げている。
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	生活歴や現在の病状を職員へ報告し家族からの希望や本人の現況をカンファレンスで意見交換や話し合いを行いケアプラン作成している。原案をもとに家族・施設長・管理者と話し合い再度見直し実施するようにしている。又、定期的に主治医からの意見を伺いケアに繋げている。
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	日々の変化を介護記録に記入し留意点や変更状況は申し送りノートに記載し共有している。又、介護記録には個別にケアプランを添付しプランの実践に繋げている。定期的にカンファレンスを行い主治医からの病状経過や家族の希望を報告したり精神状況の改善方法を話し合いプランに活かしている。
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	医療機関はもちろんの事、併設されている通所介護事業所との交流も出来ている。又、馴染みの美容院へ行けなくなっても出張散髪においてパーマを施行してもらっている。施設で対応出来ない受診送迎は近隣の介護タクシーと連携できる体制も出来ている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	毎月、ボランティアの慰問があり交流出来ている。又、地域の民生委員からの案内で行事参加している。運営推進会議の参加もされ意見を発する機会も設けている。又、防災面では消防訓練や交通安全教室の参加で安全に生活出来るように工夫出来ている。非常災害対策計画の行動手順を提示している。
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	日々の病状管理は主治医が行っており病状変化があればケアマネジャーから家族に報告し主治医と今後の方針を話し合っている。主治医から他の医療機関への紹介できる体制が整っており、本人や家族からの安心を得ている。
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	毎日、病状を報告し主治医から看護師へ指示指導があり介護職への指示につながっており早期発見早期治療が出来ている。他の医療機関での診療結果を主治医から看護師と職員に指示指導が出来る体制になっている。
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。	主治医から入院先との医療連携体制が出来ており、ケアマネジャーが面会を行い担当看護師と連携を多く持ち家族と情報交換を行い地域連携室との退院日程の調整が出来て早期に退院出来ている。
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	利用契約時に利用契約書(第5条1)にて終末期における説明を行っている。重症化した場合は看取りの確認を行い意志確認した後看取り介護の同意書を交わし医療機関や介護職員と話し合い看取り介護計画書を作成し終末期に向けた取り組みが出来ている。
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	緊急時マニュアルをミーティング時に確認し訓練している。又、急変時の連絡体制が整っており主治医から早急に指示が受けられる。
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	災害マニュアルを定期的に確認している。消防署の協力を受けて消防訓練を実際に入居者と訓練を行い避難確認や消防器具の取扱いを確認している。訓練前には近隣に実施予定を書面にて配布している。
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	お礼の言葉や尊敬を持った声かけを行っている。認知症の重度化があるがゆえに尊厳を持った言葉や接し方を職員同士が申し送り時に話し合い工夫している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	自己決定が出来るように各入居者に理解度によって声かけの方法を考えている。又、行動に注意し声には出していないが本人の希望が隠れていないかを気づこうとしている。何気ない言葉も聞き流らさないようにし申し送りやミーティングにて希望を叶える工夫をしている。
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	年齢的な事も考慮し一日の生活パターンを把握し、軽度の認知症の方には1か月の予定を知らせし当日に再度声をかけて予定を知らせ行事等に参加してもらっている。入浴日は大まかに決めてはいるが本人の心身状況に応じて変更している。その際は心身状況に注意して様子観察を申し送り介護記録に記載している。
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	毎朝の整容では洗面後化粧水を使用し保湿に努め、行事には化粧をして頂きメリハリのある生活に出来ている。又、希望者にはパーマや染毛を行っている。更衣時は本人の希望も伺いながら準備している。
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	食事内容の希望があれば厨房に相談し改善してもらっている。食器の片付けは心身状況に合わせて行って頂いており、食事の準備や片付けは出来る事は出来る方で行っている。たこ焼き作りを定期的開催し全員が力を発揮出来る場面作りに努めている。
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	食事摂取量はチェック表を使い把握している。摂取量低下のみられる方には栄養補助食品を補い栄養バランスを確保している。又、食器に配慮し座位姿勢が低い方には食事内容が見えるように低い食器を使用している。経管栄養を実施している方も経口摂取に努め主治医と相談の元、栄養確保に努めている。
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	食後の口腔ケアを行い清潔を保っている。なるべく本人に歯磨きをして頂いているが磨き残しの無いように介助を行っている。歯ブラシを他者と同じ場所に置く事を嫌う方は個別にケースに保管している。口腔状態の変化がある場合は訪問歯科で治療してもらえる体制がある。
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	安易なおむつ使用はせずにトイレでの排泄を継続できるように努力している。各利用者の排泄パターンの把握を行い定期的にトイレ誘導を行っている。又、排泄チェック表にて職員同士が把握しその日の状態に応じて排泄パターンを検討し実施しており精神安定にもつながっている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	排便状況表にて排便状況を職員同士で把握している。主治医からの指示体制が整っており、その都度適切な方法で便秘の改善に繋げることが出来ている。日常生活でトイレ誘導時に腹部マッサージの実施水分補給の確保、体操参加を促し運動する機会を多くし便秘改善に努めている。
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ず、個々に合わせた支援をしている	入居者のレベルに合わせて機械浴と普通浴を利用して頂いている。おおまかな予定はあるが本人の気分や体調に合わせて時間をおいて再度勤めたり翌日に変更している。本人の希望のシャンプーを使用したり普通浴では入浴剤で入浴を楽しんでもらっている。
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	日中の活動を検討し体調に合わせて休息して頂き必ず状況を記載し申し送っている。又、夜間では水分補給を行ったり排泄後は必ず陰部清拭を行っている。昼夜の区別を図るため必ずパジャマに更衣している。
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	薬剤情報は申し送りノートに記載し、常時職員同士で把握している。副作用等の状況変化は記録され主治医に報告し連携できている。服薬の支援では嚥下障害がある方は粉碎し服用しやすい形態にし無理なく服用出来ている。
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	家族から得た情報を職員が共有しレクリエーション活動に取り入れ個人の力量に応じて活動している。洗濯たみや食器拭き等の役割を持っている。嗜好品は家族から預かり時間を決めて提供している。
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	本人の希望により病院受診したり、近隣の店に買い物に出かけたりしている。家族との交流の希望があれば支援体制を整え外出が出来るように努めている。月の行事の中に外出できる行事を多く取り入れるよう努力している。
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	金銭出納管理に関する同意書の同意を頂いた上で、各入居者様のお小遣いを預かり月1回の買い物に出かけ現金を使える機会を作っている。使用したお金は小遣い帳で管理し定期的に家族に確認してもらっている。必要な御家族にはお小遣い帳のコピーを毎月お渡ししている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	各居室に電話があり希望者には外部との回線使用ができる。又、字の書ける方には家族に年賀状や手紙を書けるように支援している。また、レクリエーションで絵手紙を作成しご家族に送り喜ばれている。
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	ホールには入居者の作品を展示したり行事の写真を掲示している。又、カーテンや照明を利用し光の調整をして安らぎのある空間になっている。居室には足元灯の設置して夜間の孤独感不安感の解消になっている。ホールには季節に応じた飾りつけをする事で季節感を感じて頂けている。
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	ベランダにテーブルとイスを設置しくつろげるスペースがある。又、畳スペース付近は仲良しの方々が会話の出来る空間になっている。テレビ前での空間では車イスの方もテレビ視聴が出来るように広い空間にして工夫している。
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	家具は備え付けの物であるが、各入居者の家族の写真や大切なぬいぐるみ、ホームで作った作品を飾ったり、個人の好みの寝具を使用したり、足下灯や加湿器を設置し住環境に留意している。また年2回外部委託によりワックスがけ、エアコンの一斉清掃が行われ、清潔な居住環境となるよう努めている。
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	園芸が趣味の方はベランダで花を育てる工夫がされている、塗り絵の出来る方はすぐに作業が出来るようにホールにある棚に準備出来ている。キッチンのガスコンロはロック出来るようになっており安全に配慮されている。