

# 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	3771400219		
法人名	悠悠 有限会社		
事業所名	グループホーム 悠悠 香南		
所在地	高松市香南町西庄182番地1		
自己評価作成日	平成29年12月25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	<a href="http://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php">http://www.kai gokensaku.mhlw.go.jp/37/index.php</a>
----------	---

## 【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30年2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)】

「個々(その人らしさ)を大切にしていこう」という目標を掲げ、「できる力」を活かし、できること・できないことを見極め、その人らしい生活が送れるように支援している。また、心配りを大切にして、利用者様に寄り添ったケアで利用者様の思いを受け止め利用者様一人ひとりに合ったサービスが提供できるように支援しています。ユニット間での利用者様同士の交流を深めるため月4回の合同レクリエーションを開催しており、生き生きと生活して頂けるようにしている。また、地域清掃などの地域行事への参加、近隣への買い物をして顔見知りになれるよう努めている。災害対策においても、近隣住民の方に参加して頂き、地域で助け合っているように働きかけている。また、家族様との連絡を密にし、深く関わりを持つことを重要視している。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

昔ながらの住宅地に位置し、二つのユニットが平屋建てで隣接しており、普通の住宅のようなたたずまいで町に馴染んでいる。地域とのつながりを大切に考え利用者と共に地域活動への積極的参加に努めている。共同の玄関から左右に分かれたユニットはスタッフルームを挟んで常時開放しており、行き来は自由にできる。法人内で複数のグループホーム運営をしているため、研修会や合同での行事の機会があり職員の意識の向上につながっており、書式の様式の変更や設備の改善など職員の意見を取り入れながら行っている。

## 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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人理念とユニットごとに独自の理念を掲げ認知症高齢者との関わりを大切にしている。理念は常に目に付くところに掲げ、理念をもとに日々ケアについて話し合い、職員全員が共有した考えを持てるよう取り組みを行っている。法人理念は、毎日朝礼時に唱和している。	法人理念・ユニット理念ともスタッフルームに掲示し、法人理念は毎朝唱和している。ユニット理念に沿ったケアの実践のために、毎年毎に翌年の年間目標を職員間で話し合い、その具体策を考え、半年毎に達成度を確認している。	
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	散歩時に隣近所の方と会話を交わしたり、お花や野菜等を頂いたりしている。ホームの行事に招待し、一緒に楽しんで頂けるように努めている。また、運営推進会議にて地域行事等の情報を頂き、参加できるものには極力参加し、親交を深めている。	地域の一斉清掃に利用者と一緒に参加し、空港周辺の清掃には職員が参加している。避難訓練には隣家にも声をかけ、参加がある。「こどもSOS」として地域への貢献活動をしている。香南町の文化祭へ利用者の作品の展覧をしている。	
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	隣の方、向かいの方にはホームで作ったお寿司などをおすそ分けしたり等し、交流を深め、地域の方でお困りの方が相談しやすいホーム作りに努めている。		
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	ホームでの入居状況、活動状況を報告し、地域の方や利用者様、家族様の意見を直接お聞きし、話し合いの場を持ち今後の取り組みに活かせるように努めている。わかりやすいように写真や動画を用いて報告を行っている。	年間計画を立て、参加者を決めている。地域の役員の参加があり、地域の行事の情報や事業所の行事のアドバイスを求める機会になっている。家族アンケートや防災訓練の報告、外部評価の結果などの周知をしたり、地域包括支援センターに制度改正の説明を依頼することがある。	
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取り組んでいる	運営推進会議にて事例を挙げて、相談を助言して頂いている。困難な事例の場合は、ホーム内で解決せずに市・担当職員や地域包括・担当者に相談をしている。	市や地域包括の担当者へは、何かあれば相談できる関係にあり、家族への対応方法に課題のあるケースは間に入って話をしてもらったことがある。	
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	定期的(年4回)に「身体拘束廃止委員会」を開催し、職員全員で話し合っている。全体の勉強会でも、身体拘束について取り上げて内容を把握できており、ケアにも反映されている。	勉強会を定期的に行い、職員間の意識の統一を図っている。玄関センサーや利用者によっては居室のセンサーマットや離床センサーを使用しているが、事例検討会を行い見直しの機会をもっている。	

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がないように注意を払い、防止に努めている	マニュアルを元に、身体拘束委員会にて話し合っている。また、ミーティングなどでも話し合い、職員全員が意識してケアを行っている。		
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	現在、必要のある方はいないが、今後必要に応じて支援していく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	事前に見学に来て頂き、疑問質問などをお聞きしている。また、解約についても同じようにしている。後日、生じた問題点には直ちに回答できるように配慮している。また、「グループホームQ&A」を独自に作成し、グループホームに対する内容が分かり易く理解して頂けるよう配慮している。		
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	利用者様が発した小さな事を見逃さず記録し、内容・原因の分析・今後の対応・改善点を職員全員で話し合い改善している。家族様には、面会時に不満や苦情、要望が無いかお聞きしている。年に1回家族様に匿名アンケートをお出しし、日頃言えない要望も拾い上げてケアに繋げている。	意見箱は設置しているが、面会や電話連絡の際に直接話を聞くことが多い。伝えにくい内容を引き出すために、毎年家族からの匿名アンケートを実施し、あがってきた苦情・要望・改善方法など内容を全家族へ公開している。	
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	毎月のミーティング開催時、職員から意見や提案を聞く機会を設けており、本部定例会議にて、管理者が経営者に述べている。	毎月のミーティングで発言する機会は設けているが、普段から提案しやすい職場関係にあり、物品の配置など日常の会話から改善することが多い。	
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	「自己評価シート」を職員全員が年2回作成し、管理者が評価を行っている。また、個々の勤務状態を把握し、面談を定期的に行い向上心を持って働けるよう努めている。		
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	毎月、内部研修会を実施している。また、外部研修案内の情報等を職員に知らせたり、各職員に必要な研修を受ける機会を設けている。研修後には報告書の提出を行い、それを内部研修にて発表し共有できるようにしている。		

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
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	近隣地区で編成されている「情報交換会」に参加しており情報交換や事例検討会、勉強会を行い、交流の場を持っている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ホームを見学していただき、雰囲気や生活の様子を知っていただくことが大切だと考えている。不安などがないよう、十分にお話をお聞きし安心した生活を送っていただけるよう相談に乗っている。		
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	相談時、家族様の現在困っている事や要望・気になる点をお聞きし、共に考え、解決することで信頼していただけるよう連絡をこまめに行っている。		
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	初回の面談時から状態把握に努めるための面談や、家族様や担当ケアマネジャーからの情報提供にて、本人様と家族様が必要とされる支援を見極め、他のサービスも導入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	人としての尊厳を大切にしている。これまでの生活や生き方を把握し、様々な事を教わったし、人として学び、利用者様と職員が支えあえるような関係を築いている。		
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	家族様宛に毎月1回生活状況を報告書にして送付している。状態に変化があればその都度電話連絡し、面会時には近況報告すると共に、家族様からも話を聞き、しっかり本人を支えていける関係を築いている。		
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	友人・知人が面会に来られたときにはゆっくりと談笑していただけるように支援している。また、よく行っていた場所、思い出の場所をお聞きし、要望があれば訪問できるように支援している。	会話の中で出てきた思い出の場所である寺や在宅時に通っていた化粧品店に買い物に行く機会を作っている。地域の行事に参加して、昔なじみとの会話を楽しむことがある。	

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	利用者様同士の関係性を把握し、食事の座席位置や、ゆったり過ごすなど上手く交流ができる環境作りをしている。状況に応じて職員が間に入り、交流が持てるように関わり合いを大切にしている。		
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	契約が終了ということがあっても、本人様や家族様との連絡は断ち切らず、相談に乗り支援している。退所後、同グループの事業所が引き続き関わり支援させていただいている例もある。		
<b>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</b>					
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	本人様が何を願い、どんな事をしてもらいたいのか、本人様の視点に立ち、利用者様の目線でケアができるように努めている。こちらの考えではなく、本人様や代弁者となる家族様の意向に沿って検討している。	苦痛の除去を最優先と考え、身体状況の把握に一番気を付けている。本人からの正確な訴えは難しいため、「いつもと違う」ことを見逃さないよう、観察と記録の重要性を管理者から職員へ普段から指導している。	
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	入居前に面談を行い、本人様や家族様の聞き取りを行なっている。また、独自の「生活暦シート」を利用し、個々の生活歴や状態の把握に努めている。契約者以外の家族様からも面会時にこれまでの暮らしをお聞きしている。		
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	個々の記録に1日の言動や行動、身体状況等を記録し、状態を把握している。また、変化があればその都度話し合い、状況の把握に努めている。		
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	モニタリング、アセスメントを定期的に行い、介護計画を作成している。計画をもとに家族様、主治医、職員等の関係者が話し合い、ケアの内容を把握している。家族様の要望や新たな提案があれば計画に追加し、本人にあったケアを提供するよう心がけている。	計画作成者がモニタリングを行っているが、見直し時にはスタッフ会議で全員の意見の聞き取りをする。計画変更時には職員全員が確認しているが、普段から計画に沿った支援の提供ができるよう独自の書式を採用している。	
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	普段と違った発言や行動を見逃さず記録し、情報の共有に努めている。毎月のミーティングや必要に応じてカンファレンスを行い、新たな介護方法を見出している。変化時は介護計画に取り入れ早期対応に心がけている。		

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	家族様の希望があれば、利用者様の居室へ宿泊して頂けるよう布団などの寝具を用意している。ホームと家族様が気兼ねなく家庭的なお付き合いが出来るよう柔軟な支援をしている。		
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	地域の文化祭に利用者様の作品を出品したり、地域の清掃活動に参加したりしている。また、ボランティアの方に行事に参加して頂いたり、他施設との交流をして外部との交流をしている。		
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	入居時に本人様、家族様から希望する医療機関をお聞きしている。主治医が月2回訪問診療に来ており、緊急時、夜間も連絡し対応してもらえる。	協力医療機関の医師の訪問が定期的にあるが、入居前からのかかりつけ医に家族による通院介助でかかっている人がいる。緊急時には職員が通院に同行することが可能である。	
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	日常の情報や気づきを共有できるように申し送りで把握できるようにしている。また、正看護師を配置している。利用者様の急変時には迅速な対応が出来る体制を整えている。		
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。	入院した時には、頻回に病院へ足を運び、状態把握し、家族様と連絡・相談しながら、医療機関と早期退院に向けて話し合いを行なっている。		
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、事業所の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	重度化や終末期については入居時に家族様の希望を聞いている。また、重要事項説明書に「看取りに関する指針」が明記しており、事業所での対応がどこまでできるか等説明している。気持ちの変化がある場合もあるので、機会をみながら話し合いの場を持つようにしている。必要な場合は、かかりつけ医も交え方針を共有している。	入居時に希望の聞き取りを行い、事業所の方向性を示している。身体状況の変化等があれば、再度話し合いの時間を作り本人・家族の意向を確認している。緊急時には事業所の看護師や協力医療機関の医師が対応できるが、終末期介護の研修会を開催し職員の不安の払拭に努めている。	
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	緊急時の対応や事故発生時の対応を職員研修の中に定期的に取り入れている。その他、消防署協力により救急講習やAED講習を行なっている。		

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	年に2回避難訓練、消防訓練を行なっている。訓練には近隣の方にも参加できるように働きかけている。また、夜間・地震を想定した訓練も行っている。地震・水害に関しては、地震対策マニュアル・風水害マニュアルを作成している。本部にて防災委員会を年2回開催し、各事業所の取り組み等の話し合いを行っている。水・食料等を備蓄している。	事業所前に河川があるため危険水位を決め、避難場所を決めている。緊急連絡網を各所に掲示し、実際に活用し避難したことがある。避難訓練には隣家の参加がある。町の防災組織への加入を検討中である。街灯がなく暗い場所への避難のため蛍光タスキを準備している。	各種マニュアルは整備されているが実際に緊急時に使えるマニュアル作成を目指してほしい。地域との連携を築きつつあるので、防災組織への加入を含め、今後のより一層の取り組みに期待したい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	独自の「プライバシー保護の取り扱いマニュアル」を作成しており、個人情報について適切な取り扱いが出来るようにミーティング時に話し合っている。また、一人ひとりの尊厳を大切にしている。	居室内の尿取パット、オムツが他の人の目につかないように気を付けている。排泄介助時のドアの開閉の際には見えない工夫をしたり、大声でのトイレ誘導がないよう目配せや指さしでの誘導を心がけている。異性介助の際には事前確認をし希望により同性に変更も可能である。	
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	会話を多く持ち、自分で選択したり、決定できるような場面を作り、自立の可能性を最大限に引き出せるように支援し、残された能力を活用でき、自信が持てる暮らしが出来るようにサポートしている。		
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	毎日の生活の中で、利用者様一人ひとりがどのように過ごしたいのか自分の気持ちを話せる環境を作り、本人の希望に添えるよう支援している。		
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	定期的に理容師が訪問し、一人ひとりの希望に応じて、カットや毛染めを行っている。また、日々着る洋服や入浴後に着替える洋服は入居者様と選び、その人の好みを尊重している。		
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	入居者様の力量に応じて調理・盛り付け・配膳・片付けを一緒に行っている。利用者様の状態に合せた食事形態で提供している。食事中は、入居者様と一緒に会話を楽しみ、良い雰囲気の中で食事を行っている。	献立作成、発注は法人の栄養士が、調理は各ユニットで行っている。盛付、配膳など利用者各人ができることを一緒にしている。職員も一緒にテーブルにつき食事の時間を楽しんでいる。時々、うどん・回転寿司など希望に合わせて外食に出かけている。	

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
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	栄養士が献立を作成している。食事摂取量は毎食後記録しており、摂取量は個々に対応している。水分摂取量の少ない方には、好みのものを提供する等、工夫して水分量が確保できるように支援している。		
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、口腔ケアの声かけを行い、義歯洗浄を含めてその人にあった方法で清潔を保っている。十分に磨けない方に対しては、職員が介助を行っている。義歯装着の方は、夕食後に義歯を外して頂き、洗浄剤につけて洗浄している。		
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	失禁のある方には排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握し、定期的な声かけ、誘導を行い、羞恥心に配慮しながら出来るように支援している。拒否をされる場合は無理強いせず、時間を置き再度声かけし、誘導を行っている。	排泄が自立していない入居者へは排泄チェック表にてパターンの把握に努めている。動きや表情による変化で誘導することがある。夜間も声かけによるトイレ誘導を行っている。	
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	繊維質の多い食材や乳製品を取り入れたり、水分補給や運動をして、力を掛けることにより自然排便が出来るように取り組んでいる。便秘症の方は、医師と相談し、対応策を考えている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴時間は決めているが、利用者様の身体状態・その日の希望を優先するようにしている。また、個々のADLや症状にあわせて支援している。	週に2~3回午前中の中の入浴が多いが、体調や希望により変更が可能である。個浴の普通浴、特浴があり身体状況に合わせて入浴できる。	
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	日中の活動を増やし、夜間安眠できるようにしている。不眠の訴えがある場合、ゆっくりと傾聴を行ったり、寄り添って安心して眠れるように支援している。		
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	薬の説明書を個別にファイルし、職員が内容を把握できるようにしている。薬の効能や副作用がすぐに確認できるようにしており、飲み忘れがないように支援している。症状に変化があれば医師に相談し、指示を仰いでいる。		
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	個々の生活歴や趣味を把握し、日常生活の中において役割や楽しみを持った生活ができる工夫をしている。自身が持て、嬉しい気持ちになれるように声かけにも配慮している。		

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	買い物や外出に出かけ、天候の良い日には近隣の散歩、玄関先での日向ぼっこ、花の水やりなど戸外へ出る機会を多く作っている。	天候の良い日には近隣への散歩に出かけ、地域のひととの会話を楽しむことがある。個別の買い物、外食や季節ごとの花見に出かけることが多い。季節の行事には、できるだけ全員参加を促し車窓からだけでも楽しんでもらっている。	
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	お金の所持は、個々の力量に応じて管理している。自己管理できない方については、ホームで管理している。外出時には、お小遣いから買い物や食事をされ、使用後はお小遣い帳にて管理している。		
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	電話や手紙のやり取りが出来るように支援している。毎年、年賀状を利用者様全員がご自身の家族様にお出ししている。手紙を書かれる方は、便箋・封筒を用意し、いつでも書けるようにサポートしている。		
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	共有の空間には、花、カレンダー、時計、季節に合った飾り付けを行い、居心地よく生活できる空間作りをしている。	広い窓と天窗で明るい空間ができています。窓からは外の風景が見えるため季節感を味わえる。二つのユニットを開放し、お互いを行き来できるので広々としている。テレビやソファを置き、好みの空間で過ごすことができます。	
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	リビングのテーブル以外にソファを置き、利用者様同士が会話を楽しむ場所となっていたり、一人でのんびりできるスペースとなっている。		
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	入居時の準備物説明の際に使い慣れた家具や生活用品を持ってきて頂くようにお話し、環境が急変しないよう配慮している。本人様の趣味に合わせて机や椅子を用意している方もいる。	ベッド以外は使い慣れたものを持参してもらっており、それぞれ布団・タンスなどを持ってきている。好きな花や写真でそれぞれの空間を作っている。居室入口も好みの写真や絵などで表記している。	
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	トイレ、居室、廊下には手すりを設置している。利用者様で居室等がわからない方がおられるので、目線に合せた位置に表札をつけたりしている。生活の中で、できる事は見守り、可能な限り自立した生活を送れるよう配慮している。		

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>			
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	悠悠全体の理念と悠悠香南の理念を事務所に掲げている。理念をもとに日々ケアについて話し合い、職員全員の意識の統一を図っている。
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	散歩時、隣近所の方と会話をしたりすることで顔馴染みになれるよう関係作りに努めている。行事にも招待し、交流を持てるように努めている。また、地域活動への参加をしている。
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	隣の方、向かいの方にホームで作ったお寿司などをお配りしたりして、交流を深めている。
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	ホームでの入居状況、活動状況を報告し、地域の方や利用者様、家族様の意見を直接お聞きし、情報交換を行い、今後のサービス向上に活かせるように努めている。
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取り組んでいる	運営推進会議にて事例を挙げて、相談をし助言を頂いている。困難事例があれば、地域包括センターや市担当職員に伝え、問題解決している。
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	年4回、身体拘束廃止委員会を開催し、意見交換を行なっている。ミーティングや勉強会でも取り上げ、身体拘束のないケアについて話し合っている。
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	悠悠全体で身体拘束廃止委員会にて話し合う機会を設けている。話し合ったことを事業所にて職員に周知している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	現在、成年後見制度を利用している入居者様がおられ、毎月訪問していただいている。
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	事前に見学に来て頂き、質疑応答をしている。また、解約についても同じようにしている。また、「グループホームQ&A」を独自に作成し、内容が分かり易く理解して頂けるよう配慮している。後日、生じた問題点についてもすぐに解答できるように配慮している。
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	面会時には、利用者様の状況報告を行うようにしている。家族様とは、こまめに連絡をとるようにしている。また、年1回家族様アンケートを実施して意見を頂き、職員全体で改善点について話し合い、ケアの向上に取り組んでいる。
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	定期的に個人面談を行い、職員一人ひとりの意見を汲み入れている。
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	個々の勤務状態を把握し、面談を定期的に行い向上心を持って働けるよう努めている。
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	外部研修の情報や、職員に必要な研修があれば受ける機会を設けている。
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	他のグループホームとの交流を持ち、サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>			
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	本人様の状態を見ながら、不安なことや要望等をお聞きし、信頼関係を築けるように努めている。
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	相談時、家族様の困っていること、要望・気になることをお聞きし、不安を解消できるように連絡を取るようになっている。
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	初回の面談時から、家族様や担当ケアマネジャーから情報提供を頂き、必要とされるサービスを見極めている。
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	人としての尊厳を大切にし、これまでの生活の知恵等、様々なこと教わり、学び、共に支えあえるような関係を築いている。
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	季節の行事にお招きし、家族様との交流を大切にしている。また、面会時には近況報告を行い、家族様からも話を聞き、本人様を支えていける関係を築いている。
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	友人・知人が面会に来られた時には、ゆっくりと談笑して頂けるように支援している。また、思い出の場所等をお聞きし、要望があれば訪問できるように支援している。
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	利用者様同士の関係性を把握し、リビングの座席位置の配慮を行い、利用者様同士が上手く交流できるよう努めている。

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	契約が終了しても、利用者様・家族様の相談に乗る支援をしている。退所後、同グループの事業所が引き続き支援している例もある。
<b>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</b>			
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	日常の会話の中から、利用者様の思いを汲み取り、ミーティング等で話し合い、利用者様の目線でケアができるように努めている。
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	面談時の聞き取り、入居時に記入して頂く「生活歴シート」等を利用し、これまでの生活歴や状態の把握に努めている。
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	個々の記録に1日の言動や行動、身体状況等を記録し、状態の把握に努めている。
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	モニタリング、アセスメントを定期的に行い、ケアについて家族様、主治医、職員等で話し合い、それぞれの意見や要望を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	普段と違った状態があれば詳細に記録し、職員間で情報共有をしている。必要があれば計画の見直しを行っている。
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	家族様の要望があれば、いつでも宿泊して頂けるよう、布団等の寝具を用意している。家族様と気兼ねなくお付き合いができるよう支援をしている。

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	運営推進会議にて地域行事等の情報を頂き、地域の文化祭に利用者様の作品を出品したり、清掃活動に参加したりしている。
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	入居時に本人様や家族様の希望をお聞きしている。主治医が月2回訪問診療に来ており、緊急時、夜間対応も可能である。
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	看護師に状態の変化があれば申し送りにて相談するようにしている。職員間で申し送りや連絡ノートを活用し情報共有できるようにしている。急変時には迅速な対応ができる体制を整えている。
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。	入院されたときは、頻回に病院へ行き、状態把握をするようにしている。医療機関、家族様と連絡を取りながら早期退院に向けて話し合いを行っている。
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	重度化や終末期については入居時に家族様の希望を聞いている。また、事業所での対応がどこまでできるか等説明している。気持ちの変化がある場合もあるので、機会をみながら話し合いの場を持つようにしている。必要な場合は、かかりつけ医も交え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	緊急時の対応や事故発生時の対応を職員研修の中に定期的に取り入れている。その他、消防署の方からの救急講習やAED講習を行なっている。
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	年に2回避難訓練、消防訓練を行なっている。訓練には近隣の方にも参加できるように働きかけている。また、夜間想定・地震想定を訓練も行っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>			
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	ミーティング時等に言葉かけ等の話を行い、振り返りを行い、一人ひとりの尊厳を大切にしたいケアができるよう努めている。
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	日常の会話の中で、自分で選択したり、自己決定できるような場面を作り、残存機能を活用でき、自信が持てる暮らしができるようにサポートしている。
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	毎日、利用者様一人ひとりに声を掛け自分の気持ちを話せる環境を作っている。
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	更衣時や入浴準備時等に、洋服を一緒に選び、その人好みの身だしなみができるように支援している。
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	食事に準備や片付けを利用者様と一緒にやっている。食事は個々の状態に応じた食事形態にしている。食事中は会話を楽しみながら食事ができる環境を作っている。
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	毎食、食事摂取量を記録し摂取量は個々に対応している。水分摂取量の少ない方に対しては、好みのものを提供する等、工夫をして水分量が確保できるように支援している。
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、口腔ケアの声掛けをし、ここにあった方法で清潔を保っている。十分に磨けない方は、職員が声かけ・介助を行ない、清潔保持に努めている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	排泄チェック表にて排泄パターンを把握し、定期的に声かけ誘導を行っている。
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	個々に応じた食品使いや運動を行い、自然排便ができるように取り組んでいる。便秘症の方は、医師と相談し、対応策を考え対応をしている。
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	週2～3回の予定で入浴をしているが、利用者様の身体状況やその日の希望を優先して実施をしている。
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	日中の活動を増やし、夜間安眠できるように支援している。不眠時には、ゆっくりと傾聴をし、寄り添い安心して眠れるように支援している。
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	薬の説明書を個別にファイルし、職員が内容をすぐに把握・確認できるようにしている。症状に変化があれば医師に相談し、支持を仰いでいる。
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	個々の生活歴や趣味を把握し、日常生活において役割や楽しみを持った生活ができ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	買い物や外食に出かけ、天候の良い日には近隣の散歩、玄関先での日向ぼっこ、花の水やりなど戸外へ出る機会を多く作っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	個々の力量に応じて管理している。自己管理できない方については、ホームで管理している。
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	電話や手紙のやり取りが出来るように支援している。毎年、年賀状を利用者様全員がご自身の家族様にお出ししている。
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	季節ごとにお花を飾ったり、飾りを利用者様と一緒に作成して飾ったりしている。空調管理や日差しが直接利用者様に当たらないような配慮をしている。
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	リビングのテーブル以外に、利用者様同士が会話を楽しんだり、のんびりできるスペースとしてソファを置いている。
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	環境が急変しないように使い慣れた家具や生活用品を持ってきて頂くようにしている。本人様が居心地よく過ごせるように配慮している。
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	日常生活の中で、できる事は見守りし、可能な限り自立した生活が送れるよう配慮している。