

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	3771600610		
法人名	医療法人 圭良会		
事業所名	グループホームこんびら		
所在地	香川県仲多度郡琴平町167番地		
自己評価作成日	平成29年8月1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9月6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)】

当事業所は、立地条件を生かし商店街での買い物や外食、散歩等、積極的に外出をしている。入居者も近隣の方が多く、通い慣れたお店や美容院を利用して自宅にいた時と同じような生活を送れるよう支援している。医療法人である事から、看護師との連携を密にし医療面でのサポートも整っている。また認知症対応型という専門であるため、認知症についての勉強会や入居者様の認知症状の報告会等行なっている。町と協力して、認知症サポーター養成講座にも講師役として参加している。品質目標を立案し、それをもとに職員がどのように貢献するか個々に目標を立てて取り組んでいる。内部、外部研修にも積極的に参加し職員のスキルアップを図り、サービスの質の向上に努めている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

当事業所は、商店街に隣接し、散歩、買い物等に便利である。利用者は近隣からの人が多く、馴染みの風景の中で生活をしている。ユニットの大きい窓からは象頭山が望め精神的な癒しに繋がっている。事業所1階部分に協力病院があり、利用者、家族の安心につながっている。ISO9001認証を取得し、サービスを客観的に評価し、サービスの改善向上に取り組んでいる。接遇教育は外部講師を依頼し、勉強会や定期的な評価を実施している。職員は、随時内部、外部の研修に参加し、地域の認知症サポーター養成講座の講師を務めている。運営推進会議では、家族に参加の呼びかけ、利用者自身の参加があり、行政や地域の関係者と事業所の情報を共有して、課題の解決に対応している。

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)
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)
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)
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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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	ユニット内に理念を掲示している。また、職員の名札の裏に入れ携帯している。申し送り時、ミーティング時には職員で唱和している。常にケアの基となるということを職員に話している。	理念は、毎年理事長と代表者とで見直しをしている。理念と基本方針から職員が個々の目標を年度初めに立てている。理念を日々唱和し、実践で活かされるよう管理者が職員に随時声かけしている。理念は、パンフレット等で広報している。	
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	琴平町社会福祉協議会との交流会を月に1度おこなっている。また、日常的に商店街等に出かけ、馴染みの店で買い物をしたり外食したりしている。町の行事を毎月確認し、出来る限り参加している。(例：福祉チャリティー、町夏祭り等)	町の行事を毎月確認し、できる限り参加するよう心がけている。法人でボランティアを募集し、行事時に協力を得ている。職員が認知症サポーター養成講座の講師となり、地域の施設や小学校に出向き、認知症の理解に努めている。	日常的な地域のつながりを大切にしているが、具体的な利用者を想定したボランティア募集などの取り組みを検討し、利用者の個別支援に活用するとともに、認知症の人の理解や支援の方法について地域の人に伝える取り組みを期待したい。
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	地域運営推進会議で介護教室や認知症の勉強会を行っている。また、役場と協働し認知症サポーター養成講座にも力をいれている。		
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	ホームでの行事や取り組み等報告出来ている。毎回座談会を行っている。また、年度末には反省会を行っている。それを基に次年度の年間計画を行っている。	民生委員、婦人会、介護支援サポーター、地域の薬局、行政職員(地域包括支援センター・役場)、利用者、家族等が参加している。運営推進会議で、介護教室や認知症の勉強会を行っている。テーマについて、年間計画を立て、事前に参加者に知らせていることで、問題意識を持って参加できるよう努めている。	
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	地域運営推進会議に参加して頂いたり、認知症サポーター養成講座を協働で行なっている。また、適宜、相談にのってもらっている。ケアマネジャーはケアマネ連絡会議に参加している。	町担当者には分からないこと、困っていることを随時相談している。担当者は、経験が長く事情をよく理解してもらっている。隔月で開催しているケアマネジャー連絡会で情報交換し、協力関係を築いている。事業所の空き情報を伝え、協力をお願いしている。	

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
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	法人内に「身体抑制廃止委員会」があり、身体抑制があれば報告している。職員にも身体抑制について勉強会を開催し、正しく理解できるように努めている。玄関の施錠については、不審者の侵入防止の為、ご家族の了承を得て施錠している。	法人内に「身体抑制廃止委員会」があり、委員会の会議録が全職員に回覧され周知されている。年1回全職員で「勉強会」を開催し、マニュアルの見直しが行われている。身体拘束の事例はない。立地条件もあり、玄関は施錠している。	
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	ミーティング、法人内の勉強会において虐待について学ぶ機会を持つ事ができている。		
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	ミーティング、法人内の勉強会において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つ事ができている。		
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	契約については、説明後、不安や疑問はないか確認している。また、契約内容の変更がある場合は、重要事項説明書を通して説明を行い、同意を得ている。		
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	年に1回、家族会(家族面談)、ご家族アンケート、運営推進会議で、家族や入居者の意見を聞きサービスに活かしている。	事業所独自の接遇・環境整備・プライバシー等の項目について、全家族を対象に、年1回家族アンケートを実施している。無記名で玄関のお便り箱に投函してもらい、回収、集計結果を通知している。回収率は良い。アンケートを基に、サービスが改善した事例がある。	
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	年1回マネジメントレビューを行い、職員の意見や年度の取り組み内容を理事長に報告している。その他週一回、理事長との報告会を行い、その都度課題などについて検討している。管理者は定期的に職員と面談を行っている。	年度末にISOの手法でマネジメントレビューを実施している。ここで理念の見直しや目標の達成度の話し合い等がなされている。管理者は職員との業務の中で意見を聞き、年1回は意識して面談をしている。利用者の支援については、気付いた時に話し合い、支援の変更や追加を適宜行っている。	

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
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	目標管理シート、組織人マインド評価表を活用し、各自の課題を明確にし取り組んでいる。希望する時にできるだけ休日が取れるようにしている。		
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	目標管理シートにて職員それぞれの力量に応じた目標を立て、計画的に取り組めるようにしている。院内外の研修にも積極的に参加しサービスの質の向上に努めている。		
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	香川県のグループホーム協会、全国グループホーム協会に加入しそれぞれに開催される研修会に参加し交流を図るようにしている。また近隣の事業所、社会福祉協議会とも交流を図っている。		
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	サービス開始前に事前に対象者宅を訪問する。またご家族と共にホームへお越し頂いている。その中で本人、ご家族、介護支援専門員から日ごろの状況を聞き、入居後どのようなケアが必要か職員ともに検討している。		
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	サービス開始前に事前に対象者宅を訪問する。またご家族と共にホームへお越し頂いている。その中で本人、ご家族、介護支援専門員から日ごろの状況を聞き、入居後どのようなケアが必要か職員ともに検討している。		
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	同法人には、近隣に小規模多機能居宅介護サービスがあり、そのことも視野に入れご相談に来られた方と検討している。また、近隣の施設も把握しておき、適したサービスが利用できるよう努めている。		

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
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	入居者様の出来る事を大切にし日常の小さなこともやっていただくことを大切にしている。職員も入居者に助けられているとい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	家族会(面談)を通してご家族の意見も大切にしている。ご家族だからこそできることをご家族にしている(散歩、外出、面会など)。またご家族には入居者様の心身の状況を細かく伝え安心していただけるよう努めている。		
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	商店街を利用していた入居者様が多く、散歩には商店街に出かけ知り合いの方にあたりする機会になっている。またドライブでは自宅の方に出かけて行ったりもしている。	近隣からの利用者が多く、家族以外にも友人等も足を運び易く、利用者は馴染みの場所に出かけており、馴染みの人に出会う機会が多い。個別に外出支援をし、集団で地域の馴染みの場所に外出している。日常的には、近所の商店街を散歩している。	
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	共に生活する中で築かれた入居者様同士の関係性を職員は把握して、お互いが助けあえる環境作りに努めている。		
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	体調不良等で入院された場合は、ご家族の了解を得たうえでお見舞いに行ったり、亡くなられた入居者様の葬儀に参列させていただいたりしている。		
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	ケアプラン立案時、生活に対する意向を必ず確認している。また日常の生活においても選択権は入居者様にあることを意識し支援している。常に希望にそえるわけではないがそえない場合は、その事を説明し早めに対応出来るようにしている。	入居時に生活歴を本人や家族から聞き取り、本人の趣味等を把握している。認知症高齢者が対象であるため、聞き取りが難しい時は調子が良い時に聞き取ったり、普段の生活の中の表情や動き等から思いや意向を判断し、家族に確認している。	

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
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	入居の時にご家族に協力していただいて生活歴史シートを作成している。そこから得られた情報を日ごろのケアや入居者様との会話に取り入れている。		
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	毎月モニタリングを実施。日々のケアの中やモニタリングを通してユニット職員は、ユニット入居者様の生活、心身の状態、できる事・できない事・できなくなりつつある事を把握している。また緊急の課題についてはカンファレンスも実施している。		
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	ケアプラン立案にあたり家族会を実施、サービス担当者会議を開催した上でプランを作成。作成後には承認会議を開きユニット職員でプランの内容を吟味している。また毎月モニタリングを行いサービス内容の変更・追加を行なっている。	介護計画作成前に、案で利用者の家族と協議し、「サービス担当者会議」後に、介護計画を作成している。立案した介護計画に「サービス担当者会議」の内容が盛り込まれているか、この支援でいいのか等を確認している。毎月、全利用者を対象にモニタリングを実施している。	
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	日々の様子だけでなく注意事項、検討を要することなどを記録に残している。また特記すべき事がある場合は、チェック表を活用しケアの内容を分析しやすいようにしている。その後1ヶ月のモニタリングにいかしている。		
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	現在はグループホームのみのサービスを提供。		
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	商店街、美容院、近隣の歯科医院などは、グループホームの事を理解していただいており、診察などの順番など配慮していただいている。入居者によっては、入居前に参加していた活動に参加する事もある。		

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
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に支援している	現在ユニット入居者様全員協力医療機関（併設している森内科医院）を受診している。歯科、耳鼻科、眼科は入居者様が希望されることを受診できるようご家族の協力も得ながら支援している。	事業所の1階にある併設の内科医院で、週1回の受診をしている。診察結果を職員間で共有し、家族にも報告相談している。必要に応じて、内科以外の診療科の受診には、家族の協力も得ながら、場合によっては事業所でも対応している。	
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	併設している森内科看護師とは連携を密にし入居者様の健康状態を伝えている。協力医療機関である永生病院の看護師には、定期的な訪問と緊急時の対応にも応じてもらっている。		
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。	体調不良などで医療機関へ入院となる場合は、同法人の永生病院に入院する事が多く、医師、病棟看護師から情報を得ている。		
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	重度化したときの指針を策定。重度化した場合は、医師からご家族に説明し対応の方針を共有している。また管理者、職員から日々の状態を医師、看護師、ご家族に報告している。入居者様の状態に応じホームでの支援を継続するかどうか等も検討している。	重要事項の追加事項として、「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」を策定している。入居時には、「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」により、事業所ができることを説明し、家族に重度化、終末期について意向を確認している。過去には看取りをした実績がある。	
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	緊急時の対応の勉強会を毎月ミーティングで実施している。勉強会では実践を取り入れ、その場で職員がどう行動するか学んでいる。		
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	避難訓練を実施。また移動訓練も実施している。避難方法のマニュアルがあり日常的に職員同士で避難誘導方法を確認している。また運営推進会議でも避難訓練等を実施している。	災害対応マニュアルを作成し、年4回の火災、水害、地震想定で、避難訓練を実施している。近隣の住民に水害時の避難場所として、事業所を案内している。食糧等の備蓄を6日分準備している。	震災対策について、建物内の耐震対策の確認、職員や利用者家族との具体的な連絡方法、夜間想定避難方法の検討など、より具体的な対策の検討を期待したい。

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	入居者様一人ひとりに応じた声かけや対応を行なっている。また法人全体で接遇教育に取り組み入居者様だけでなく全ての人において節度ある対応ができるよう勉強会を通して学んでいる。	毎月テーマを決め、法人で「医療サービス改善委員会」を開催している。その記録は全職員に回覧している。接遇教育には、外部講師を招いて勉強会を開催し、講師は普段の介護場面を見て評価している。管理者は、普段の対応を確認し、必要に応じて注意をしている。	
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	日常生活の中で入居者様自身が決めるといふ事を大切にしている。入浴、外出、散歩、行事への参加など。全てが希望通り対応できないときもあるが可能な限り自己決定したことを大切にしている。		
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	受診や外来リハビリ等は決まっているためそちらを優先しているが、それ以外のことは可能な限り入居者様の生活のリズムに合わせるようにしている。就寝時間も画一的ではなく柔軟に対応している。		
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	行事の時にはお化粧をしたり、洋服を買いに行ったりしている。日々の生活の中でも自分ができる入居者様には、洋服を選んで着てもらっている。美容院にも希望にそって出かけている。		
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	職員は入居者様の好みを把握している。また食事形態は、入居者様の咀嚼・嚥下力に応じて対応している。また配膳、下膳、盛り付けなど入居者様ができることを行なっている。入居者様の中で役割ができています。	今春より水飲みテストを定期的実施している。専門職が評価し、その結果を基に利用者個々に合った食事や水分の摂取方法を検討している。普段の食事では、盛り付けに気を付け、バイキング方式や外食、誕生日食(該当者の好みの食事)等を行っている。調理の下準備ができる利用者には、できる範囲で一緒に行っている。	

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
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	管理栄養士、栄養士が献立を立案している。食事量が低下した場合は、適宜栄養補助食品を使っている。水分摂取量が少ない入居者様は1日水分量を計測し適量摂れるようにしたり、好きな物を(コーヒー、ジュース)提供している。		
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	毎食後歯磨き、うがいを実施している。また必要に応じて歯科受診をして口腔内の清潔保持に努めている。		
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	失禁の状態に応じてパット、紙パンツ等の使用を検討している。入居者様のサインを見逃さず、うまくトイレ誘導が出来るよう声かけを工夫したり、チェック表を活用している。	入居時しばらくは、利用者の排泄パターンに特に注意している。共用トイレは広くて清潔感がある。紙パンツから布パンツへの移行に成功した事例がある。排便に関しては、下剤投与のタイミングを医師と相談して、生活に支障が出ないように配慮している。	
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	冷たい牛乳や腹部マッサージ、水分をしっかり摂り活動を心がけている。しかしながらやはり便秘症の入居者様は多く下剤を使用している。		
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	基本的に入居者様の良い時に入浴してもらえるようにしている。入浴が好きな方は毎日、あまり好まない、希望で1日おき等様々である。受診、外出等の都合で希望にそえないときもある。事情を説明し理解していただくよう努めている。	入浴剤やバラの花、ゆず等を入れて、入浴が楽しめる工夫をしている。入居時、入浴時間の聞き取りをして、午前中から夕食前までの幅広い対応をしている。回数も利用者の希望を尊重しており、毎日入浴している利用者がある。	
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	お昼寝等入居者様が休息したい場合は、自室や和室などで好きなように休んでもらっている。		

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
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	入居者様の服用している薬については、お薬手帳、薬内容表にて用量、副作用を把握できるようにしている。受診時は、お薬手帳を持参して医師に提示している。また服薬介助については、マニュアルあり。飲み忘れ、誤薬を予防している		
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	家事活動を行う、交流会に参加する。野菜・花の水遣り、手入れを行なう。また積極的に散歩やドライブなどに出かけ気分転換を図っている。		
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	午後からは散歩やドライブに出かけるようにしている。時にはドライブで遠出をしたり、入居者様の希望する場所へ行くこともある。ご家族と外出することもある。	近所に馴染みの商店街があり、気候の良い時はほぼ毎日外出している。散歩は頻繁に行い、買い物、遠足等は車を使用している。家族と外出する事があり、友人宅に連れて行ってもらったことがあった。	
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	基本的には職員の方でお金を管理している。入居者様によっては、少しの金額を持っていただいている方もいる。入居者様の能力に応じてご家族と検討して決定している。		
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	入居者様の希望でご家族に電話をしたり、暑中お見舞い、年賀はがきを書いて送っている。電話の希望があれば対応している。		
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	ユニットは、食堂を中心に左右に個室が分かれているため入居者様は自室がどちらにあるか分かりやすい。また居室から出たらすぐにトイレがあり迷わず行くことができる。場所が分からない方は行動を見ながらさりげない誘導を行なっている。季節の飾りや花を飾る等も行なっている。	ユニットの壁面には、利用者の作品が飾られ、食堂横の和室には季節ごとに掛軸が取り替えられ、時期の花を飾ることで、季節感が感じられるよう工夫している。また、大きな窓から外の風景がよく見え、廊下にベンチが配置されており、くつろげる空間になるよう工夫されている。	

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
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	食堂は共有の場でもあり、入居者様同士がくつろげる場になっている。食堂は自然の光が入り、台所から調理の音やにおいがしている。また食堂横の和室で過ごす入居者様もいてそれぞれに過ごしてもらっている。		
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	持ち込む家具などについては制限をせず使い慣れたものを持って来ていただくようご家族にお伝えしている。そのため布団、枕なども持って来てもらっている。	入居時に、今までに使っていた家具等の持ち込みを家族に依頼し、情緒の安定を図っている。ベッド、クローゼット、洗面台以外は持ち込みとなり、各居室が画一的でなく、その人らしさの工夫がなされている。廊下側に吊るした暖簾が、居室の目印としても目隠しとしても良い演出になっている。	
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	ユニット内はバリアフリーではあるが、和室にはあがりまちや階段がある。また居室内は入居者様のADL歩行状態に応じて家具やベッドの配置をしている。		

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	ユニット内に理念を掲示している。また、職員の名札の裏に入れ携帯している。申し送り時、ミーティング時には職員で唱和している。常にケアの基となるということを職員に話している。
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	琴平町社会福祉協議会との交流会を月に1度おこなっている。また、日常的に商店街等に出かけ、馴染みの店で買い物をしたり外食したりしている。町の行事を毎月確認し、出来る限り参加している。(例:福祉チャリティー、町夏祭り等)
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	地域運営推進会議で介護教室や認知症の勉強会を行っている。また、役場と協働し認知症サポーター養成講座にも力をいれている。
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	ホームでの行事や取り組み等報告出来ている。毎回座談会を行っている。また、年度末には反省会を行っている。それを基に次年度の年間計画を行っている。
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	地域運営推進会議に参加して頂いたり、認知症サポーター養成講座を協働で行なっている。また、適宜、相談にのってもらっている。ケアマネージャーはケアマネ連絡会議に参加している。
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	法人内に「身体抑制廃止委員会」があり、身体抑制があれば報告している。職員にも身体抑制について勉強会を開催し、正しく理解できるように努めている。玄関の施錠については、不審者の侵入防止の為、ご家族の了承を得て施錠している。
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	ミーティング、法人内の勉強会において虐待について学ぶ機会を持つ事ができている。

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	ミーティング、法人内の勉強会において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つ事ができている。
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	契約については、説明後、不安や疑問はないか確認している。また、契約内容の変更がある場合は、重要事項説明書を通して説明を行い、同意を得ている。
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	年に1回、家族会(家族面談)、ご家族アンケート、運営推進会議で、家族や入居者の意見を聞きサービスに活かしている。
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	年1回マネジメントレビューを行い、職員の意見や年度の取り組み内容を理事長に報告している。その他週一回、理事長との報告会を行い、その都度課題などについて検討している。管理者は定期的に職員と面談を行っている。
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	目標管理シート、組織人マインド評価表を活用し、各自の課題を明確にし取り組んでいる。希望する時にできるだけ休日が取れるようにしている。
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	目標管理シートにて職員それぞれの力量に応じた目標を立て、計画的に取り組めるようにしている。院内外の研修にも積極的に参加しサービスの質の向上に努めている。
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	香川県のグループホーム協会、全国グループホーム協会に加入しそれぞれに開催される研修会に参加し交流を図るようにしている。また近隣の事業所、社会福祉協議会とも交流を図っている。

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	サービス開始前に事前に対象者宅を訪問する。またご家族と共にホームへお越し頂いている。その中で本人、ご家族、介護支援専門員から日ごろの状況を聞き、入居後どのようなケアが必要か職員ともに検討している。
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	サービス開始前に事前に対象者宅を訪問する。またご家族と共にホームへお越し頂いている。その中で本人、ご家族、介護支援専門員から日ごろの状況を聞き、入居後どのようなケアが必要か職員ともに検討している。
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	同法人には、近隣に小規模多機能居宅介護サービスがあり、そのことも視野に入れご相談に来られた方と検討している。また、近隣の施設も把握しておき、適したサービスが利用できるよう努めている。
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	入居者様の出来る事を大切にし日常の小さなこともやっていただくことを大切にしている。職員も入居者に助けられているということ大切にしている。
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	家族会(面談)を通してご家族の意見も大切にしている。ご家族だからこそできることをご家族にしている(散歩、外出、面会など)。またご家族には入居者様の心身の状況を細かく伝え安心していただけるよう努めている。
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	商店街を利用していた入居者様が多く、散歩には商店街に出かけ知り合いの方にてあったりする機会になっている。またドライブでは自宅の方に出かけて行ったりもしている。
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	共に生活する中で築かれた入居者様同士の関係性を職員は把握して、お互いが助けあえる環境作りに努めている。

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り組み 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	体調不良等で入院された場合は、ご家族の了解を得たうえでお見舞いに行ったり、亡くなられた入居者様の葬儀に参列させていただいたりしている。
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	ケアプラン立案時、生活に対する意向を必ず確認している。また日常の生活においても選択権は入居者様にあることを意識し支援している。常に希望にそえるわけではないがそえない場合は、その事を説明し早めに対応出来るようにしている。
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	入居の時にご家族に協力していただいて生活歴史シートを作成している。そこから得られた情報を日ごろのケアや入居者様との会話に取り入れている。
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	毎月モニタリングを実施。日々のケアの中やモニタリングを通してユニット職員は、ユニット入居者様の生活、心身の状態、できる事・できない事・できなくなりつつある事を把握している。また緊急の課題についてはカンファレンスも実施している。
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	ケアプラン立案にあたり家族会を実施、サービス担当者会議を開催した上でプランを作成。作成後には承認会議を開きユニット職員でプランの内容を吟味している。また毎月モニタリングを行いサービス内容の変更・追加を行なっている。
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	日々の様子だけでなく注意事項、検討を要することなどを記録に残している。また特記すべき事がある場合は、チェック表を活用しケアの内容を分析しやすいようにしている。その後1ヶ月のモニタリングにいかしている。
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	現在はグループホームのみのサービスを提供。

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	商店街、美容院、近隣の歯科医院などは、グループホームの事を理解していただき、診察などの順番など配慮していただいている。入居者によっては、入居前に参加していた活動に参加する事もある。
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	現在ユニット入居者様全員協力医療機関（併設している森内科医院）を受診している。歯科、耳鼻科、眼科は入居者様が希望されることを受診できるようご家族の協力も得ながら支援している。
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	併設している森内科看護師とは連携を密にし入居者様の健康状態を伝えている。協力医療機関である永生病院の看護師には、定期的な訪問と緊急時の対応にも応じてもらっている。
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。	体調不良などで医療機関へ入院となる場合は、同法人の永生病院に入院する事が多く、医師、病棟看護師から情報を得ている。
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	重度化したときの指針を策定。重度化した場合は、医師からご家族に説明し対応の方針を共有している。また管理者、職員から日々の状態を医師、看護師、ご家族に報告して。入居者様の状態に応じホームでの支援を継続するかどうか等も検討している。
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	緊急時の対応の勉強会を毎月ミーティングで実施している。勉強会では実践を取り入れ、その場で職員がどう行動するか学んでいる。
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	避難訓練を実施。また移動訓練も実施している。避難方法のマニュアルがあり日常的に職員同士で避難誘導方法を確認している。また運営推進会議でも避難訓練等を実施している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	入居者様一人ひとりに応じた声かけや対応を行なっている。また法人全体で接遇教育に取り組み入居者様だけでなく全ての人において節度ある対応ができるよう勉強会を通して学んでいる。
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	日常生活の中で入居者様自身が決めるという事を大切にしている。入浴、外出、散歩、行事への参加など。全てが希望通り対応できないときもあるが可能な限り自己決定したことを大切にしている。
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、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	受診や外来リハビリ等は決まっているためそちらを優先しているが、それ以外のことは可能な限り入居者様の生活のリズムに合わせるようにしている。就寝時間も画一的ではなく柔軟に対応している。
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	行事の時にはお化粧をしたり、洋服を買いに行ったりしている。日々の生活の中でも自分でできる入居者様には、洋服を選んで着てもらっている。美容院にも希望にそって出かけている。
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	職員は入居者様の好みを把握している。また食事形態は、入居者様の咀嚼・嚥下力に応じて対応している。また配膳、下膳、盛り付けなど入居者様ができることを行なっている。入居者様の中で役割ができている。
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	管理栄養士、栄養士が献立を立案している。食事量が低下した場合は、適宜栄養補助食品を使っている。水分摂取量が少ない入居者様は1日水分量を計測し適量摂れるようにしたり、好きな物を(コーヒー、ジュース)提供している。
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	毎食後歯磨き、うがいを実施している。また必要に応じて歯科受診をして口腔内の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	失禁の状態に応じてパット、紙パンツ等の使用を検討している。入居者様のサインを見逃さず、うまくトイレ誘導が出来るよう声かけを工夫したり、チェック表を活用している。
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	冷たい牛乳や腹部マッサージ、水分をしっかり摂り活動を心がけている。しかしながらやはり便秘症の入居者様は多く下剤を使用している。
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	基本的に入居者様の良い時に入浴してもらえるようにしている。入浴が好きな方は毎日、あまり好まない、希望で1日おき等様々である。受診、外出等の都合で希望にそえないときもある。事情を説明し理解していただくよう努めている。
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	お昼寝等入居者様が休息したい場合は、自室や和室などで好きなように休んでもらっている。
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	入居者様の服用している薬については、お薬手帳、薬内容表にて用量、副作用を把握できるようにしている。受診時は、お薬手帳を持参して医師に提示している。また服薬介助については、マニュアルあり。飲み忘れ、誤薬を予防している。
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	家事活動を行う、交流会に参加する。野菜・花の水遣り、手入れを行なう。また積極的に散歩やドライブなどに出かけ気分転換を図っている。
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	午後からは散歩やドライブに出かけるようにしている。時にはドライブで遠出をしたり、入居者様の希望する場所へ行くこともある。ご家族と外出することもある。

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	基本的には職員の方でお金を管理している。入居者様によっては、少しの金額を持っていただいている方もいる。入居者様の能力に応じてご家族と検討して決定している。
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	入居者様の希望でご家族に電話をしたり、暑中お見舞い、年賀はがきを書いて送っている。電話の希望があれば対応している。
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	ユニットは、食堂を中心に左右に個室が分かれているため入居者様は自室がどちらにあるか分かりやすい。また居室から出たらすぐにトイレがあり迷わず行くことができる。場所が分からない方は行動を見ながらさりげない誘導を行なっている。季節の飾りや花を飾る等も行なっている。
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	食堂は共有の場でもあり、入居者様同士がくつろげる場になっている。食堂は自然の光が入り、台所から調理の音やにおいがしている。また食堂横の和室で過ごす入居者様もいてそれぞれに過ごしてもらっている。
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	持ち込む家具などについては制限をせず使い慣れたものを持って来ていただくようご家族にお伝えしている。そのため布団、枕なども持って来てもらっている。
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	ユニット内はバリアフリーではあるが、和室にはあがりまちや階段がある。また居室内は入居者様のADL歩行状態に応じて家具やベットの配置をしている。

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
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	ユニット内に理念を掲示している。また、職員の名札の裏に入れ携帯している。申し送り時、ミーティング時には職員で唱和している。常にケアの基となるということを職員に話している。
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	琴平町社会福祉協議会との交流会を月に1度おこなっている。また、日常的に商店街等に出かけ、馴染みの店で買い物をしたり外食したりしている。町の行事を毎月確認し、出来る限り参加している。(例:福祉チャリティー、町夏祭り等)
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	地域運営推進会議で介護教室や認知症の勉強会を行っている。また、役場と協働し認知症サポーター養成講座にも力をいれている。
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	ホームでの行事や取り組み等報告出来ている。毎回座談会を行っている。また、年度末には反省会を行っている。それを基に次年度の年間計画を行っている。
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	地域運営推進会議に参加して頂いたり、認知症サポーター養成講座を協働で行なっている。また、適宜、相談にのってもらっている。ケアマネジャーはケアマネ連絡会議に参加している。
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	法人内に「身体抑制廃止委員会」があり、身体抑制があれば報告している。職員にも身体抑制について勉強会を開催し、正しく理解できるように努めている。玄関の施錠については、不審者の侵入防止の為、ご家族の了承を得て施錠している。
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	ミーティング、法人内の勉強会において虐待について学ぶ機会を持つ事ができている。

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	ミーティング、法人内の勉強会において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つ事ができている。
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	契約については、説明後、不安や疑問はないか確認している。また、契約内容の変更がある場合は、重要事項説明書を通して説明を行い、同意を得ている。
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	年に1回、家族会(家族面談)、ご家族アンケート、運営推進会議で、家族や入居者の意見を聞きサービスに活かしている。
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	年1回マネジメントレビューを行い、職員の意見や年度の取り組み内容を理事長に報告している。その他週一回、理事長との報告会を行い、その都度課題などについて検討している。管理者は定期的に職員と面談を行っている。
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	目標管理シート、組織人マインド評価表を活用し、各自の課題を明確にし取り組んでいる。希望する時にできるだけ休日が取れるようにしている。
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	目標管理シートにて職員それぞれの力量に応じた目標を立て、計画的に取り組めるようにしている。院内外の研修にも積極的に参加しサービスの質の向上に努めている。
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	香川県のグループホーム協会、全国グループホーム協会に加入しそれぞれに開催される研修会に参加し交流を図るようにしている。また近隣の事業所、社会福祉協議会とも交流を図っている。

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	サービス開始前に事前に対象者宅を訪問する。またご家族と共にホームへお越し頂いている。その中で本人、ご家族、介護支援専門員から日ごろの状況を聞き、入居後どのようなケアが必要か職員ともに検討している。
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	サービス開始前に事前に対象者宅を訪問する。またご家族と共にホームへお越し頂いている。その中で本人、ご家族、介護支援専門員から日ごろの状況を聞き、入居後どのようなケアが必要か職員ともに検討している。
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	同法人には、近隣に小規模多機能居宅介護サービスがあり、そのことも視野に入れご相談に来られた方と検討している。また、近隣の施設も把握しておき、適したサービスが利用できるよう努めている。
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	入居者様の出来る事を大切にし日常の小さなこともやっていただくことを大切にしている。職員も入居者に助けられているとい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	家族会(面談)を通してご家族の意見も大切にしている。ご家族だからこそできることをご家族にいただいている(散歩、外出、面会など)。またご家族には入居者様の心身の状況を細かく伝え安心していただけるよう努めている。
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	商店街を利用していた入居者様が多く、散歩には商店街に出かけ知り合いの方にてあったりする機会になっている。またドライブでは自宅の方に出かけて行ったりもしている。
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	共に生活する中で築かれた入居者様同士の関係性を職員は把握して、お互いが助けあえる環境作りに努めている。

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	体調不良等で入院された場合は、ご家族の了解を得たうえでお見舞いに行ったり、亡くなられた入居者様の葬儀に参列させていただいたりしている。
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	ケアプラン立案時、生活に対する意向を必ず確認している。また日常の生活においても選択権は入居者様にあることを意識し支援している。常に希望にそえるわけではないがそえない場合は、その事を説明し早めに対応出来るようにしている。
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	入居の時にご家族に協力していただいて生活歴史シートを作成している。そこから得られた情報を日ごろのケアや入居者様との会話に取り入れている。
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	毎月モニタリングを実施。日々のケアの中やモニタリングを通してユニット職員は、ユニット入居者様の生活、心身の状態、できる事・できない事・できなくなりつつある事を把握している。また緊急の課題についてはカンファレンスも実施している。
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	ケアプラン立案にあたり家族会を実施、サービス担当者会議を開催した上でプランを作成。作成後には承認会議を開きユニット職員でプランの内容を吟味している。また毎月モニタリングを行いサービス内容の変更・追加を行なっている。
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	日々の様子だけでなく注意事項、検討を要することなどを記録に残している。また特記すべき事がある場合は、チェック表を活用しケアの内容を分析しやすいようにしている。その後1ヶ月のモニタリングにいかしている。
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	現在はグループホームのみのサービスを提供。

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	商店街、美容院、近隣の歯科医院などは、グループホームの事を理解していただき、診察などの順番など配慮していただいている。入居者によっては、入居前に参加していた活動に参加する事もある。
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	現在ユニット入居者様全員協力医療機関（併設している森内科医院）を受診している。歯科、耳鼻科、眼科は入居者様が希望されることを受診できるようご家族の協力も得ながら支援している。
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	併設している森内科看護師とは連携を密にし入居者様の健康状態を伝えている。協力医療機関である永生病院の看護師には、定期的な訪問と緊急時の対応にも応じてもらっている。
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。	体調不良などで医療機関へ入院となる場合は、同法人の永生病院に入院する事が多く、医師、病棟看護師から情報を得ている。
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	重度化したときの指針を策定。重度化した場合は、医師からご家族に説明し対応の方針を共有している。また管理者、職員から日々の状態を医師、看護師、ご家族に報告している。入居者様の状態に応じホームでの支援を継続するかどうか等も検討している。
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	緊急時の対応の勉強会を毎月ミーティングで実施している。勉強会では実践を取り入れ、その場で職員がどう行動するか学んでいる。
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	避難訓練を実施。また移動訓練も実施している。避難方法のマニュアルがあり日常的に職員同士で避難誘導方法を確認している。また運営推進会議でも避難訓練等を実施している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	入居者様一人ひとりに応じた声かけや対応を行なっている。また法人全体で接遇教育に取り組み入居者様だけでなく全ての人において節度ある対応ができるよう勉強会を通して学んでいる。
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	日常生活の中で入居者様自身が決めるという事を大切にしている。入浴、外出、散歩、行事への参加など。全てが希望通り対応できないときもあるが可能な限り自己決定したことを大切にしている。
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、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	受診や外来リハビリ等は決まっているためそちらを優先しているが、それ以外のことは可能な限り入居者様の生活のリズムに合わせるようにしている。就寝時間も画一的ではなく柔軟に対応している。
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	行事の時にはお化粧をしたり、洋服を買いに行ったりしている。日々の生活の中でも自分のできる入居者様には、洋服を選んで着てもらっている。美容院にも希望にそって出かけている。
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	職員は入居者様の好みを把握している。また食事形態は、入居者様の咀嚼・嚥下力に応じて対応している。また配膳、下膳、盛り付けなど入居者様ができることを行なっている。入居者様の中で役割ができています。
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	管理栄養士、栄養士が献立を立案している。食事量が低下した場合は、適宜栄養補助食品を使っている。水分摂取量が少ない入居者様は1日水分量を計測し適量摂れるようにしたり、好きな物を(コーヒー、ジュース)提供している。
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	毎食後歯磨き、うがいを実施している。また必要に応じて歯科受診をして口腔内の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	失禁の状態に応じてパット、紙パンツ等の使用を検討している。入居者様のサインを見逃さず、うまくトイレ誘導が出来るよう声かけを工夫したり、チェック表を活用している。
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	冷たい牛乳や腹部マッサージ、水分をしっかり摂り活動を心がけている。しかしながらやはり便秘症の入居者様は多く下剤を使用している。
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	基本的に入居者様の良い時に入浴してもらえるようにしている。入浴が好きな方は毎日、あまり好まない、希望で1日おき等様々である。受診、外出等の都合で希望にそえないときもある。事情を説明し理解していただくよう努めている。
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	お昼寝等入居者様が休息したい場合は、自室や和室などで好きなように休んでもらっている。
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	入居者様の服用している薬については、お薬手帳、薬内容表にて用量、副作用を把握できるようにしている。受診時は、お薬手帳を持参して医師に提示している。また服薬介助については、マニュアルあり。飲み忘れ、誤薬を予防している。
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	家事活動を行う、交流会に参加する。野菜・花の水遣り、手入れを行なう。また積極的に散歩やドライブなどに出かけ気分転換を図っている。
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	午後からは散歩やドライブに出かけるようにしている。時にはドライブで遠出をしたり、入居者様の希望する場所へ行くこともある。ご家族と外出することもある。

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	基本的には職員の方でお金を管理している。入居者様によっては、少しの金額を持っていただいている方もいる。入居者様の能力に応じてご家族と検討して決定している。
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	入居者様の希望でご家族に電話をしたり、暑中お見舞い、年賀はがきを書いて送っている。電話の希望があれば対応している。
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	ユニットは、食堂を中心に左右に個室が分かれているため入居者様は自室がどちらにあるか分かりやすい。また居室から出たらすぐにトイレがあり迷わず行くことができる。場所が分からない方は行動を見ながらさりげない誘導を行なっている。季節の飾りや花を飾る等も行なっている。
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	食堂は共有の場でもあり、入居者様同士がくつろげる場になっている。食堂は自然の光が入り、台所から調理の音やにおいがしている。また食堂横の和室で過ごす入居者様もいてそれぞれに過ごしてもらっている。
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	持ち込む家具などについては制限をせず使い慣れたものを持って来ていただくようご家族にお伝えしている。そのため布団、枕なども持って来てもらっている。
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	ユニット内はバリアフリーではあるが、和室にはあがりまちや階段がある。また居室内は入居者様のADL歩行状態に応じて家具やベットの配置をしている。