

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	3790600021		
法人名	社会福祉法人 津田福祉会		
事業所名	グループホームさわやかハウス		
所在地	香川県さぬき市津田町津田2205番地		
自己評価作成日	平成27年8月16日	評価結果市町受理日	平成26年1月28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.kaijokensaku.jp/37/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JiryousoCd=3790600021-00&PrefCd=37&VersionCd=022
----------	---

【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9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)】

三つの介護理念(①その人の思いや生き方をささえます。②安心して楽しく暮らせる家庭をつくります。③地域へ出かけてもてる力で役割をつくりまします。)が、実践できるようにご利用者やご家族、地域の方々との関わりを大切にしています。今年度は竹内式認知症ケア4原則(「共にある」「安定した関係」「行動の了解」「タイプ別ケア」)のさらなる実践と、新たにフランスで広く使われている技法“ユマニチュード”の4つの基本技術(見る・話す・触れる・立つ)を習得して、ご利用者が穏やかな時間を過ごしてもらえるように認知症ケアのレベルアップをはかっています。また、馴染みの場所への外出、地域行事への参加を積極的に行っています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

地域密着型事業所の意義と役割を理解し、新しい動きや流れを、介護理念に反映させている。認知症の理解とケア技術を深め、質の高いケアを目指している。ユニット会・スタッフ会・管理者会等の会議を開催し、管理者や職員が立場や経験に関係なく、オープンな話し合いが行われている。職員の意識とモチベーションは高く、利用者の思いや暮らし方の意向をくみ取り、利用者が楽しみが持てるよう取り組んでいる。自治会活動に職員を講師として派遣するなど、地域の活動に積極的に協力している。

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)	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	利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	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)	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)
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)	66	職員は、生き生きと働いている (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)	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)	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)		

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	平成26年3月に職員全員で話し合っ決めて新しい介護理念を第1ユニットフロアに掲示して、常に確認できるようにしている。主任や計画作成者、生活相談員が中心となって、スタッフ会議等で具体的な実践計画を話し合っている。	地域密着型事業所としての意義や役割を考え、平成26年3月に現在の理念に変更した。立場・経験に関係なく、ユニット会・スタッフ会等で話し合いがもたれ、職員全員が理念を理解している。「平成27年度生活サービスの重点行動計画」を立て、取り組んでいる。	
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	地元のボランティア活動(松原清掃)に参加したり、小学校、老人会の運動会や夏越祭、文化祭などの季節行事やイベントに出かけて、地域の方々との交流が図れるように取り組んでいる。	地域の行事やイベントに、積極的に参加している。松原の清掃活動には、利用者も参加している。事業所主催の縁日には、家族や多数のボランティアが参加している。自治会単位で開かれるふれあいサロンに、職員が講師として参加し、介護保険制度の説明や介護方法の講習を行う等、地域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	地域の認知症ケアの拠点となる取り組みは、まだまだ十分ではない。昨年度より自治会のふれあいサロンに職員が参加して、認知症への理解、自宅、地域で行える認知症予防体操・運動などを紹介する取り組みを始めている。		
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ヵ月に一度開催している。会議では、事業所としての取り組みなどを報告し、それに対する意見や要望(ふれあいサロンへの参加等)をいただいている。今後は、会議内容の充実と、施設外研修(認知症について)への参加も計画、実践していきたい。	定期的に開催されている。事業所の活動報告にとどまらず、認知症ケアの全国大会への参加を募ったり、地域活動への参加をお願いするなど、地域との関わりが持てるよう、会議を有効に活用している。詳細な議事録を作成し、毎回家族に送付している。	
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	退所、転居についての相談や、利用者の状態が急変した場合の連絡対応について、その都度アドバイスをいただいている。	運営推進会議以外にも、受け入れの判断が難しい入居希望について、市担当者に相談し、助言を得るなど、日頃から市担当者へ、運営や利用者支援について、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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践	職員全体会議等で身体拘束廃止・禁止や高齢者虐待防止について学び、正しいケアの実践につなげている。3カ所の玄関は施錠せず、自由に開閉できるようにしている。また、その他の身体拘束も行っていない。定期的に身体拘束廃止委員会を開催して、現状報告等を話し合っている。		
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	職員全体会議等で、安易な身体拘束が高齢者虐待につながることや、制止、抑制となる言葉の虐待（スピーチロック）がないか党の注意喚起が行われ、介護のプロとしての自覚と行動を促している。		
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	業務研修会に、外部講師（社会福祉士）を招いて「成年後見制度について」を学ぶ機会をもてた。制度の仕組みや活用の仕方などの理解を深めることができた。		
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	契約時には、できるだけ具体的な事例を用いて、分かり易く丁寧な説明を行っている。また、事業所で行える医療行為や入院時の在籍、看取り介護の希望等については、その都度説明、確認を行っている。		
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	満足度調査アンケートの実施、集計を行っている。ご利用者、ご家族からいただいた意見や要望を分析して、スタッフ会議で実践案を検討している。その内容は、運営推進会議等を通じて伝えているが、改善や反映は十分ではない。引き続き事業所全体で努力していかなければならない。	毎年、家族対象の満足度調査を実施している。利用者の生活環境、ケアプラン、職員、運営推進会議等の項目について、満足度を回答してもらい、家族の率直な意見や思いを把握している。家族からの要望で、家族会で医師の講演会を実施している。	

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
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	目標達成度シートや個別職員面談の際に、職員自身の考えや希望、要望等を述べられる機会が設けられている。寄せられた意見や要望は、運営会議等で検討され、その都度個人又は全体に回答されている。	職員一人ひとりの目標達成度シートの提出や個別職員面談を実施し、職員の希望や事情を把握している。日々のケアについての疑問や意見を、運営会議やユニット会等で検討し、運営に反映している。	
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	法人全体で職員考課制度が推進され、職務態度・職務能力・目標達成度の評価が賞与、昇給に反映されている。また、看護・介護休暇や子育て支援制度の取得推進、正規職員体制や再雇用制度の活用など、働きやすい勤務形態、働き甲斐のある職場環境が整備されている。		
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	職員に必要とされる研修は、受講できるように支援している。受講して得た知識や技術は、事業所の業務研修会や運営推進会議等で報告、発表している。職員からも施設外研修にできるだけ参加したい、との声が聞かれている。		
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	3か月に一度、市内グループホームのケアマネージャーが集まる連絡会に出席して、情報交換や勉強会を行っている。また、他の事業所からの行事案内があり、ご利用者と共に参加している。その他、計画作成者2名は「ケア友の会」(さぬき市介護支援専門員等協議会)の会員となり、勉強会や交流会に参加している。		
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	入所後、困っていること、不安なところは何か等を聞き出せるよう、ご利用者と話し合える機会を多くもっている。その内容は、計画作成担当やユニット職員に伝えて、ご本人の不安が軽減できるように取り組んでいる。		

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
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	面会時やサービス担当者会の前後に、ゆっくりお話する機会をつくり、希望や要望を伺っている。いただいた内容は、ケアプランや日常ケアの実践に反映できるように心がけている。		
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	居宅サービスの担当ケアマネージャーから、自宅での生活情報や入所に際して助言などの協力を得ている。計画作成者等は、ご本人やご家族の要望等を見極めた初期の介護計画を立案し、職員全員に周知している。		
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	何気ない会話の中にあるご利用者の思いを読み取り、生活の場であることを意識しながら、接するように努めている。		
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	ご家族には、面会時にご利用者の様子などについて報告している。その際、ご家族の思いや希望についても、お聞きしている。		
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	センター方式の活用や自分史作成時のアセスメントにより、ご利用者個々の馴染みの人、場所を把握できている。ケアプランにも、他事業所の利用や馴染みの方への面会支援を入れるなど、関係が途切れないように支援している。	入居時にアセスメントを行い、利用者の自分史を作成し、一人ひとりのこれまでの生活歴を把握している。自分史をもとに、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、買い物や外出時の支援に反映させている。また、法人が実施している他のサービスの利用者との交流の機会を作っている。	
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	ご利用者同士の交流が図れるように、少人数での外出やレクリエーションを計画、実施している。関わりが深まるように、引き続き実践していきたい。		

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
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	他の施設等に転居された際には、主任やユニットリーダーが面会に行っている。ご家族から、今後の見通しや心配事についての話しを伺うことがあり、出来る範囲の協力や助言を行っている。		
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	普段の会話やご家族からの情報を基に、意向の把握に努めている。その内容は、介護記録等に記入している。また、ユニット会で他の職員に伝えられている。	自分史から日々の生活や暮らし方に対する思いや希望は、把握できている。毎日の介護記録には、利用者全員の注意事項を赤字で記入しており、日々の状態が共有されるよう工夫している。介護記録と申し送りノートを活用し、日常生活の何気ない会話やしぐさから、体調や気分の変化を、察知す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	ご利用者ごとの担当職員が、生活歴等の把握に努めている。また、その情報を基に自分史を作成している。これまでの生き方を理解した上で、行えること、得意なことが、これからも行えるように支援している。		
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	日々の生活の中で、心身状態やどのように過ごされているかを記録している。行えること、出来る事の把握に努めて、有意義な生活が送れるような取り組みを進めている。		
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	それぞれの利用者様を担当している職員がモニタリングを行っている。3ヶ月ごとにモニタリング、ユニット会でのカンファレンス、本人・ご家族を交えたサービス担当者会を行い、介護計画書を作成している。ユニット会カンファレンスでは、状態の変化に合わせた支援の実施について話し合っている。また、緊急を要する場合には、出勤職員のみでカンファレンスを行い、プランの変更等を申し送りノートや業務日誌を用いて、他の職員に周知している。	担当職員が、毎月「生活の様子・プラン・健康状態」の項目を、本人や家族からモニタリングし、担当職員の意見を記録している。些細な事や小さな気づきを記録し、介護計画に活かしている。介護計画は、ユニット会・スタッフ会で検討し、随時変更している。利用者の現状に即したプランを作成し、利用者にも最適な支援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
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	全職員で検討した介護記録を4月より使用している。生活の状況、支援の内容が分かりやすく、又細やかに記録できるようになった。支援内容を変更する場合は、支援経過を使用したモニタリングを行い、根拠が示せるように取り組んでいる。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人やご家族から、訪問マッサージサービスの利用希望があり、週1回利用できるように支援している。		
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	外出レクリエーション時に、ボランティアサポーター会員の方に参加していただいている。また、地域の行事へ参加した際には、地域の方々と交流を深めている。ただし、昨年に比べ、地域資源の活用が十分出来ていない。		
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	主治医を変更の際には担当者会を開き、ご本人やご家族の同意を得た上でやっている。また、かかりつけ医以外でもご本人やご家族が希望した場合、他の医療機関への橋渡しを行っている。受けたい医療の受診が可能となるよう協力している。	近隣の利用者が多いこともあり、これまでと同じかかりつけ医を希望する人が多く、定期受診や近隣の病院での受診は看護師が同行している。遠方の医療機関での受診は、家族に協力をお願いしている。薬や病状は、スタッフや家族に報告され、適切な医療が受診でき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	体調不良の利用者様がいる時は、看護職員に連絡、報告して、指示を受けている。看護職員が勤務していない際、受診が必要な場合には看護職員と連絡の上、ご家族や医療機関と連絡を代行したり、受診の同行を行っている。		

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
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。	入院が決定した時点でサマリーが提供できるように、日頃より支援経過への記入を行っている。これにより、ケアについての話し合いやADLの認識、情報の共有がスムーズに行えている。入院中もご家族と一緒に担当者会参加を希望して、短期間での退院、受入れが迅速に行えるよう支援している。		
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	ご利用者が重度化された場合は救急対応が多くなるが、医師不在のグループホームでは、早期の受診対応が重要となるので、終末期のあり方については、入所契約時から話している。ご家族の意向をその都度確認しつつ、主治医との連携を図りチームケアの実践に努めている。	入所時に、事業所のできる範囲を説明し、家族の希望で看取りを実施している。重度化し、医療への依存度が高くなった場合は、家族と密に話し合い、方針を決定している。家族に寄り添い、その時々揺れる思いを受け止め、丁寧に対応し、希望に沿うよう努めている。	
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	業務研修会等で看護職員が講師となり、緊急時対応マニュアルの再確認や適切な対応(事例を設定したトレーニング)について学習している。また、法人全体の職員研修会で感染症予防対策や窒息時の救急対応を学んでいる。		
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	災害時要援護者施設になっており、マニュアルに沿った要援護者、地域住民等の受け入れについて研修を行っている。また、職員緊急連絡網は定期的に更新し、全職員に配付している。職員は全体研修会や運営推進会議を通して、緊急時、非常災害時における施設の役割や地域との連携等について、理解を深めている。消防訓練は実施できているが、自然災害訓練は行っていない。	消防署の指導のもと、法人全体で年2回夜間の火災想定避難訓練を実施し、法人内の通報訓練と消火器の使用法の訓練も併せて行っている。法人全体で備蓄しており、事業所は2日分の食料を備蓄している。事業所は、小高い山の中腹の硬い地盤のうえにあり、地震や水害による被害は少ないとされている。県主催の「シェイク・アウト」訓練に、参加予定である。	災害時要援護者施設に指定されており、地域の期待も大きい。一層地域と連携し、地域の一員として力を発揮する事を期待したい。また、想定を超える地震等が発生する可能性もあるので、地震等の災害訓練や災害対策を検討されたい。

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	利用者様への接し方について、研究部会が作成した資料をもとに研修を行い、プロとしてふさわしい言葉づかい等を学び、利用者様の立場にたった声かけを実践している	利用者への接し方について、研究部会を設けている。研修では、言葉づかいや身だしなみについて、具体的に例示している。個室のドアにすりガラスを使用し、内側に暖簾を掛けるなど、プライバシーの確保に配慮している。	
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	ご利用者の日々の表情やしぐさから、その思いや感情を汲み取れるように心がけている。自らの意思が表せるように支援している。		
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	何事も無理強いすることなく、心情や体調に合わせた対応を実践しているが、毎日ほぼ決まったながれで生活している方が多い。		
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	入浴時や起床時には、更衣する服を自分で選んでもらっている。また、外出時には職員の援助を受けながら、外出用の服に着替えて出かけている。		
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	法人内の管理栄養士と連携をとりながら、体調に合わせたメニューを提供している。また、料理の際には、可能なご利用者は職員と一緒に食事の材料を切っていたり、盛り付け等を行ってもらっている。	法人内の管理栄養士が献立を立て、食材は法人で準備されている。事業所の台所で調理し、利用者にごしらせや配膳を手伝ってもらっている。食前に嚥下体操をし、職員も一緒に食卓を囲んでいる。月1回の料理レクでは、利用者の希望する献立を取り入れたり、利用者と一緒に季節のおやつ作りをするなど、食事を楽しめるよう工夫している。	
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	ご利用者の食事、水分摂取量を毎日記録している。水分摂取量が少ない方には、寒天やプリンなどを補食していただき、体調管理に努めている。		

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
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	口腔ケアは毎食後、義歯の洗浄は毎日夕食後に行っている。口腔内の異変や義歯の不具合を発見した際には、歯科衛生士に報告している。歯科衛生士の判断により、歯科医の訪問診療を受けている。		
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	排泄時、車椅子の位置、ブレーキの確認、自尊心に配慮した声かけ等を行っている。また、転倒しないように見守りを行ったり、清潔で安心して排泄が行える環境を整えている。	トイレでの排泄を目指して支援している。排泄支援を安全に実施するため、法人内の理学療法士や作業療法士に、介助方法や手すりの位置等のアドバイスを受けている。パットを使用していた人が、布パンツの利用に変更できるなどの成果があった。	
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	竹内式の4つの基本ケア(水分、排泄、運動、食事)の実践に取り組み、現在、下剤、浣腸の使用者はいない。下剤ゼロの取り組みを進めている。また、個々の排便周期・時間のモニタリングや継続的な便秘予防を行っている。		
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	その日の体調や行事等にもよるが、2日に一度の入浴を提供している。入浴を断ることが多かったご利用者に対して、馴染みのある他のご利用者と一緒に入浴を案内したことで、入浴を楽しまれるようになった。以後、入浴を拒むことは、殆どなくなった。	浴槽は檜作りで、浴室の壁も板張りとなっており、雰囲気のある浴室となっている。2日に1回、午後に入浴している。利用者一人ひとりの状態に合わせて、複数の職員で対応したり、法人内他施設の機械浴を利用している。また、入浴を拒否する人には、声かけをするスタッフを変更したり、時間を空けて声かけをしている。また、気の合う利用者と一緒に入浴を勧めることで、入浴を拒むことがなくなった人もいる。	
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	パジャマへの更衣、お部屋の温度、湿度を考慮するなど、就寝時の環境整備に努めている。また、寝具は定期的に交換し、清潔が保てるようにしている。		

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
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	受診時には、必ず看護職員が医師へ薬剤の人体に対する影響(良いこと、副反応)を伝達している。また、飲み忘れや誤薬が発生しないようご本人に渡す時、袋を開ける時、袋等を捨てる時の3回、必ず確認するよう看護職員が指示している。		
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	スタッフ会議(ユニット会、SS会)でご利用者にとって、どのような活動がその方のQOLの向上につながるかを話し合い、その結果をケアプランに反映させている。モニタリングにご利用者やご家族様の満足度が記入できる項目をつくり、喜びた楽しみにつながっているかを検証している。		
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	出来るだけご本人からの希望を伺い、又ご家族のご協力を得た個別外出等を立案して、実践している。	季節のお花見や地域の行事には、家族やボランティアと外出している。お誕生日レクとして、利用者の希望を聞き、外食・買い物・温泉入浴などの個別支援をし、利用者に喜ばれている。日常の買い物希望は、職員が対応し、遠方への買い物希望には、ボランティアの協力を得て、希望に沿うよう努めている。	
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	預かり金から支払っている。援助を要するが、本人様の趣味や必要な物品を購入する際は、職員と一緒に出かけている。行きたい場所に外出できるように支援している。		
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	携帯電話を使用している利用者様に対しては、充電が行えているか気をつけている。又ご家族に電話をかける援助や取次ぎを行っている。		
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	共用空間は、常に清潔が保てるよう清掃を行い衛生面に留意している。また、施設内は季節感を感じさせる生花や掲示物で、和やかな雰囲気をつくっている。家具類は、少しずつ配置換えを行い、ご利用者の気分転換を図っている。	木造平屋で、梁・壁・床等に無垢材が多く使用され、温かみがある建物となっている。天井が高く、清潔で明るい空間となっている。季節の花や利用者の作品が飾られ、大きいソファが設置されている。廊下に置かれているソファで、利用者が思い思いに過ごしている。	

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
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	ソファの配置を変えたり、馴染みのあるものを置くなど、ストレスを感じることなく、気持ちよく過ごせる環境がつかれるようにしている。		
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	ご家族の協力を得て、居室内には実際に使用していた家具や写真、本など、ご利用者の馴染みの物品を持ち込んでいただいている。自宅にちかい雰囲気、居心地が良く落ち着いて過ごせる環境づくりに努めている。	板張り畳の部屋があり、畳の部屋には布団とこたつを置き、家庭と同じ生活様式で暮らせるよう対応している。天袋とベッドが備え付けられ、家庭で使っていた家具や冷蔵庫、テレビが持ち込まれている。家族の写真や手芸品を飾り、居心地のいい部屋とな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	居室内はご利用者が動きやすく、又ホールにすぐに出て来られるように家具等を配置している。ホールでは、食席のほかにソファを置き、いつでも気軽に座れるようにしている。		

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	平成26年3月に職員全員で話し合って決めた新しい介護理念を第1ユニットフロアに掲示して、常に確認できるようにしている。主任や計画作成者、生活相談員が中心となって、スタッフ会議等で具体的な実践計画を話し合っている。
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	小学校の運動会や夏越祭、文化祭などの季節行事やイベントに出かけている。また、施設・法人合同行事で来られた地域の方々とは、その都度交流が行えるように支援している。
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	地域の認知症ケアの拠点となる取り組みは、まだまだ十分ではない。昨年度より自治会のふれあいサロンに職員が参加して、認知症への理解、自宅、地域で行える認知症予防体操・運動などを紹介する取り組みを始めている。
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	会議では、事業所としての取り組みなどを説明、報告し、それに対する意見や要望(ふれあいサロンへの参加等)をいただいている。今後は、会議内容の充実と、施設外研修(認知症について)への参加も計画、実践していきたい。
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に取り組んでいる	退所、転居についての相談や、利用者の状態が急変した場合の連絡対応について、その都度アドバイスをいただいている。
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	職員全体会議等で身体拘束廃止・禁止や高齢者虐待防止について学び、正しいケアの実践につなげている。3カ所の玄関は施錠せず、自由に開閉できるようにしている。また、その他の身体拘束も行っていない。

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	職員全体会議等で、安易な身体拘束が高齢者虐待につながることや、制止、抑制となる言葉の虐待(スピーチロック)がないか党の注意喚起が行われ、介護のプロとしての自覚と行動を促している。
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	業務研修会に、外部講師(社会福祉士)を招いて「成年後見制度について」を学ぶ機会をもてた。制度の仕組みや活用の仕方などの理解を深めることができた。
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	契約時には、できるだけ具体的な事例を用いて、分かり易く丁寧な説明を行っている。また、事業所で行える医療行為や入院時の在籍、看取り介護の希望等については、その都度説明、確認を行っている。
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	満足度調査アンケートの実施、集計を行っている。ご利用者、ご家族からいただいた意見や要望を分析して、スタッフ会議で実践案を検討している。また、運営推進会議には、ご利用者本人やご家族が出席して、感想や意見を述べられている。
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	目標達成度シートや個別職員面談の際に、職員自身の考えや希望、要望等を述べられる機会が設けられている。寄せられた意見や要望は、運営会議等で検討され、その都度個人又は全体に回答されている。
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	法人全体で職員考課制度が推進され、職務態度・職務能力・目標達成度の評価が賞与、昇給に反映されている。また、看護・介護休暇や子育て支援制度の取得推進、正規職員体制や再雇用制度の活用など、働きやすい勤務形態、働き甲斐のある職場環境が整備されている。

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	職員に必要とされる研修は、受講できるように支援している。受講して得た知識や技術は、事業所の業務研修会や運営推進会議等で報告、発表している。職員からも施設外研修にできるだけ参加したい、との声が聞かれている。
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	3か月に一度、市内グループホームのケアマネージャーが集まる連絡会に出席して、情報交換や勉強会を行っている。また、他の事業所からの行事案内があり、ご利用者と共に参加している。その他、計画作成者2名は「ケア友の会」(さぬき市介護支援専門員等協議会)の会員となり、勉強会や交流会に参加している。
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	入所後、困っていること、不安なところは何か等を聞き出せるよう、ご利用者と話し合える機会を多くもっている。その内容は、計画作成担当やユニット職員に伝えて、ご本人の不安が軽減できるように取り組んでいる。
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	面会時やサービス担当者会の前後に、ゆっくりお話する機会をつくり、希望や要望を伺っている。いただいた内容は、ケアプランや日常ケアの実践に反映できるように心がけている。
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	居宅サービスの担当ケアマネージャーから、自宅での生活情報や入所に際して助言などの協力を得ている。計画作成者等は、ご本人やご家族の要望等を見極めた初期の介護計画を立案し、職員全員に周知している。
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	園芸(花や野菜の育て方)のアドバイスを受けたり、日々の生活の中でご利用者を尊重しつつ、方言を交えた会話が行え、垣根のない関係がつけられるようにしている。

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	一時的にでも、ご本人とご家族との関係がこじれた時には、話しを聞いたり、助言、代弁を行うことがある。また、普段から悩みや相談がある場合には、十分な傾聴を行っている。
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	自分史を作成することで、ご利用者の馴染みの場所が把握でき、個別外出の行き先場所としている。また、通所サービスを利用されている知人や馴染みのある職員との交流、訪問が行えるようケアプランに立案している。
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	少しでもご利用者同士が関わりを持っていただけるようにレクリエーションを企画しているが、実際に参加している方々は、同じご利用者が多い。最近、少しずつユニットを越えての交流が行えつつある。
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	他の施設等に転居された際には、主任やユニットリーダーが面会に行っている。ご家族から、今後の見通しや心配事についての話しを伺うことがあり、出来る範囲の協力や助言を行っている。
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	ご本人やご家族の希望にそって介護計画書を作成しているが、それぞれの希望や要望等の相違も多くあり、本人本位には成り得ていない部分がある。
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	ご本人やご家族から、生い立ちや生活歴、趣味や嗜好をお聞きし、記録に残している。担当職員が変更となっても、その記録で確認できたり、職員間で情報を伝達することで、ご本人とご家族との関係を大切にしながら、生きがいのある生活が続けられるように支援している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	生活スタイルや身体状態を把握して、利用者様それぞれのペースで生活が送れるよう支援している。過剰介護にならないよう状態をみながら、できることは行っていただけるよう声かけをしている。日々の生活の中での自立を促している。
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	それぞれの利用者様を担当している職員がモニタリングを行っている。3ヶ月ごとにモニタリング、ユニット会でのカンファレンス、本人・ご家族を交えたサービス担当者会を行い、介護計画書を作成している。ユニット会カンファレンスでは、状態の変化に合わせた支援の実施について話し合っている。また、緊急を要する場合には、出勤職員のみでカンファレンスを行い、プランの変更等を申し送りノートや業務日誌を用いて、他の職員に周知している。
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	介護記録には、その日の体調や気づいた点を記録している。又BPSDの出現した時はセンター方式のP-4シートに記入している。ユニット会で、その内容を検討し、次の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	ご利用者の希望にそって、週1回外部からの訪問マッサージサービスを利用している。今後もニーズに合わせた対応を行っていきたい。
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	自分史の作成によって、ご本人にとっての地域資源を抽出している。それを基にエコマップを作成しているが、十分に活用はできていない。
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	主治医を変更の際には担当者会を開き、ご本人やご家族の同意を得た上で行っている。また、かかりつけ医以外でもご本人やご家族が希望した場合、他の医療機関への橋渡しを行っている。受けたい医療の受診が可能となるよう協力している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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、介護間でご利用者の体調等の情報共有や受診支援の協力が、以前に比べ行っている。また、話し合う機会も多くなり、早めの対応が行えるようになった。
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。	入院が決定した時点でサマリーが提供できるように、日頃より支援経過への記入を行っている。これにより、ケアについての話し合いやADLの認識、情報の共有がスムーズに行っている。入院中もご家族と一緒に担当者会参加を希望して、短期間での退院、受入れが迅速に行えるよう支援している。
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	ご利用者が重度化された場合は、救急対応が多くなる上、医師不在のグループホームでは、早期の受診対応が重要となる。終末期のあり方については、入所契約時から話し合う必要がある。ご家族の意向をその都度確認しつつ、主治医との連携を図りチームケアの実践に努めている。
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	業務研修会等で看護職員が講師となり、緊急時対応マニュアルの再確認や適切な対応(事例を設定したトレーニング)について学習している。また、法人全体の職員研修会で感染症予防対策や窒息時の救急対応を学んでいる。
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	職員は全体研修会や運営推進会議を通して、緊急時、非常災害時における施設の役割や地域との連携等について、理解を深めている。消防訓練は実施できているが、自然災害訓練は行っていない。

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	他のご利用者との交流が難しい方には、職員が1対1で対応するように心がけている。また、意思の疎通が難しいご利用者には、トイレ介助の際にもタイミングを見計らって、声をかける等の工夫を行っている。
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	生活の中での対話により、ご本人の思いや希望を聞き取ったり、実現できるような環境づくり、支援体制を心がけている。買い物の希望や受診、美容院への外出等、自己決定が実現できるように支援している。
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	勤務職員数に左右されることがないように努めているが、一人ひとりの希望や要望に添えない時がある。結果的に、ご家族の要望が優先されることがあり、ご利用者本位の生活が送れるように支援していきたい。
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	多くのご利用者が入浴時や外出時に自ら準備されている。困難な方には、職員が付き添い季節感のある服やご本人の意向を聞き取りながら、気に入ったものを選んでもらっている。
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	管理栄養士と相談しながら、好みや体調に合わせた食事を提供している。庭にできているわずかな旬の野菜を食材にも取り入れている。出来る方は職員と一緒に、調理や盛り付け、片付けを行ってもらっている。また、嚥下レベルが低下している方には、一口大もしくは刻みにしたり、トロミ剤を使用する等、工夫している。おやつ、料理、外食レクリエーションを実施し、楽しんでいただける支援も行っている。
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	毎食の食事量や1日の水分摂取量を記録に残している。摂取量が不足している場合は、好みの飲み物や補食等を提供し、摂取量が不足しないように努めている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	自分で行える方には、声かけや見守りを行っている。一部介助が必要な方は、仕上げ磨き等の援助を行っている。口腔内や義歯が気になる方は、歯科受診や訪問歯科診療にて診察してもらっている。
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	排泄のタイミングを把握して、声かけが行えるように気をつけている。意思表示を行うことが難しい利用者様には、定期的な誘導を行った際、パッドやリハビリパンツの交換を実施している。
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	竹内式の4つの基本ケア(水分、排泄、運動、食事)の実践に取り組み、現在、下剤、浣腸の使用者はいない。下剤ゼロの取り組みを進めている。また、個々の排便周期・時間のモニタリングや継続的な便秘予防を行っている。
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ず、個々にそった支援をしている	体調をみながら、2～3日に一度は入浴が行えるように支援している。ご利用者と確認しながら、入浴の順番を決めている。男性職員が苦手な利用者様には、女性職員が交代して入浴援助を行っている。
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	不眠気味なご利用者には、昼夜逆転にならないよう適度な運動や休息、対話・声かけを行っている。また、十分な睡眠を得ていただく一つの方法として、自宅で使用していた寝具を持ち込んでもらっている。
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	受診時には、必ず看護職員が医師へ薬剤の人体に対する影響(良いこと、副反応)を伝達している。また、飲み忘れや誤薬が発生しないようご本人に渡す時、袋を開ける時、袋等を捨てる時の3回、必ず確認するよう看護職員が指示している。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	ご本人が得意としていることを把握して、援助している。園芸が好きな方は、畑での農作業を行ってもらっている。又生け花が得意な方には、一緒に花を買いに行き、玄関に飾ってもらっている。それぞれご本人にとっては、やりがいを得られているようで、積極的に行われている。
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	買い物を希望されるご利用者には、近くのスーパーや馴染みの店への個別外出が行えるようにしている。また、生け花が得意な方には、一緒に出かけて、好きな花を選んでもらい、生けてもらっている。
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	所持金をもたれている方は少数であるが、ご本人の希望により、買い物支援を行っている。支払いに際しては、職員に依存される方もおられる。
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	ご本人が希望された時は電話をかけたか、かかってきた際には、取次ぎを行っている。ご家族にハガキを送る前には、文字の練習やハガキの記入の仕方を行っている。体調によって、現在実施できていないことが多い。
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	玄関には生け花が得意なご利用者に週1回程度のペースでお花を生けてもらっている。また、ホールの壁面には、ご利用者と一緒を考え作成した作品が掲示できるように取り組んでいる。季節に応じた飾り付けを作る喜び、作品を見る楽しみを味わってもらっている。
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	ホールで気の合った方同士でお話をしたり、テレビを観られたりと、個々に自由に過ごされていることが多い。ただし、食事スペースとくつろぎスペースが同じ場所(仕切り等がない)にある為、落ち着いて過ごせる環境とは言い難い。

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	自宅で過ごされているようにご本人の気持ちを大切にしている。ストレスにならないよう他のご利用者の長時間の滞在には、注意を払っている。引き続き、居心地よく生活でき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	トイレや居室の場所など、分かりやすいように張り紙や印をつけている。迷われることもあるが、殆どの方が自分で移動できている。毎日使う物は、ご利用者取りやすい位置に置くことで、自ら準備や片付けをされている。テレビ前の空間は、整理が出来ておらず、有効的な活用が出来ていない。