

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	2373800396		
法人名	シルバーサービス株式会社		
事業所名	グループホーム安心樹		
所在地	愛知県小牧市大字池之内398番地		
自己評価作成日	平成31年 1月10日	評価結果市町村受理日	平成31年 4月22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.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigyosyoCd=2373800396-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成31年 2月15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)】

平成30年3月に新施設に引っ越しをしました。新しい環境で利用者、職員ともに戸惑うことが多くありましたがようやく1年を迎えようとしています。新施設ではカラオケシステムが導入されて毎日懐かしい歌を皆で歌っています。日に日に大きな声が出るようになり、今では活みなぎる歌声です。地域の行事にも積極的に参加しているので外出先などでは地域住民の方々から多くの声をかけてもらえるようになりました。日常では入居者同士がお互いを助け合い、共に喜び、共に笑う共同生活をしています。入居者、職員の仲良し大家族です。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

利用者の「その人らしさ」を輝かせる支援は新施設へ移り、ますます輝きを放っている。2つのユニットをつなぐ空間「ふれあい広場」では利用者の気持ちに合わせて多彩なレクリエーションを行なっている。特に新たに導入したカラオケシステムは利用者に変化をもたらしている。毎日皆で歌っていることで声に張りが出るようになり、いきいきとした表情を見せている。カラオケ以外でも物づくりなどのレクリエーションの充実を図っている中、ホームの買い物当番を事務職員から利用者や職員と一緒に買い物に出掛けるように変更をしている。買い物や食事の準備、掃除や毎年正月に寄せ植えを作るなど利用者が自らの「役割」を自覚して積極的に行なっていることも多い。また地域とのかかわりを日常に取り入れて、利用者が地域の一員として毎日を安心して暮らせるように日々支援に取り組んでいる。

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)	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)	64	通いの場や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)	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)	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、安心して暮らせている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	開設時から理念の継続はされている。日常の勤務の中で常に意識し、互いに声をかけあい、ケアを実践している。	職員面接時や日常業務の中で理念を共有している。またホームを訪れた際に目に留まるように理念を玄関入り口に掲げている。職員は利用者の心に寄り添い、利用者が毎日を自分らしく過ごせるように支援をしている。	
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	ボランティア、近隣幼稚園の定期訪問、町内会、学区の行事、オレンジカフェ、日常の買い物など地域との交流を行っている。	区長がホームの顧問であるため地域行事の参加は多く、小、中学校運動会、認知症カフェ、子ども餅つき大会、区の作品展などで交流をしている。2ヶ月毎の幼稚園児の慰問は遊戯や誕生日祝いで楽しんでいる。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議や町内の行事、オレンジカフェへ参加することにより、地域の人々へ認知症の理解の発信、相談を受けることが増えている。また、地域の中学校での職業体験の場として開放し、認知症の理解を発信している。		
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	年6回開催しており、前年度より始めた体験型会議の継続を行っている。委員、家族から多くの意見をもらい、サービスの向上に努めている。	運営推進会議は年6回、毎回市介護保健課及び地域包括支援センター職員、民生委員、区長、利用者家族(複数名)の出席がある。ホームの報告や意見交換だけでなく地域の高齢者の課題についても話し合っている。	
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	運営推進委員のメンバーに市職員がいる。疑問があれば相談している。毎月1回、市から派遣される介護相談員の訪問もある。市で開催される研修にも時間の許すかぎりではあるが参加している。	運営推進会議に行政の出席がある。また、市や地域包括支援センターに適宜相談をしている。市から研修案内があり、職員が積極的に参加している。介護相談員は毎月来訪し、利用者とのコミュニケーションをとっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	今年度より、義務づけられた身体拘束委員会の会議などで職員には常に身体拘束というものについて理解を得ている。日常の中で職員一人一人が身体拘束していないかということを意識して職務にあたっている。	身体拘束廃止委員会を3ヶ月毎に行なっている。委員会の教材はインターネットや職員アンケートで実施の状態を取り上げて毎回作っている。勉強会などで職員は知識を深め、共通認識のもと以前よりお互いに注意し合いよりよいケアに繋げている。	
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	身体拘束委員会で虐待についても理解を深めている。管理者は職員の変化に早期に気づくように一人ひとりに声をかけている。		

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
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	制度を利用している者がいるため、職員は勉強会を通じ理解している。必要時は関係者と話し合い支援していく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時は時間を充分に取り、わかりやすく説明している。医療機関も契約時には参加してもらい、本人・家族に安心して暮らせるように理解を得ている。		
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	日頃の面会時に職員、管理者が家族に生活状況を報告したり、必要であれば電話連絡も行っている。家族からの意見、要望はユニット主任に伝え、各ユニットで話し合いをもうけ、反映させている。	日頃の来訪の他、家族会(春・秋)や運営推進会議などで家族の意見を聞き取っている。また月刊の「やすらぎ新聞」は請求書と共に送っており、利用者の日常の「コマ」を届けている。	
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	何かあれば組織として連携ができています。日常生活の中で各ユニット主任が「気づきノート」という職員との意見交換を行っている。管理者も各ユニット主任から相談、報告を受けている。管理者は職員との距離を縮め相談しやすい場を設けている。	月に1回職員が揃い、全体会議、勉強会、カンファレンスを行なっている。懸案事項は統括や主任に相談をしている。主任の発案で「気づきノート」を運用しており、ケア向上に役立っている。	
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	年2回人事考査、自己評価を行っている。顧問も毎日数回、顔を出し、職員にねぎらいの言葉をかけ勤務状況を把握している。管理者もその都度努力を評価している。個々の職員の実績は顧問、代表に報告。職員会議などで努力の評価をしている。		
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	月1回の職員会議、県、市主催の研修には時間の許す限り参加している。		
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	市や他業者の研修参加で交流機会がある。地域の行事に参加したり、他施設の者と交流を深めている。		

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	
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	事前面談を行っている。話しやすい環境で本人からゆっくりと話を聞き、会話の中からさりげなく心配事や本人の思いを聞き出すようにしている。聞き取った情報は書面で残しアセスメントをし、回覧や会議で情報の共有を図っている。			
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	事前面談で家族から入所に至るまでの状況や本人の生活歴などを詳しく聞き、施設への要望や不安などを理解したうえで施設での生活の内容を説明している。			
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	入居前のアセスメントを把握したうえでゆっくりと段階を踏み、不安なく生活できるように支援している。家族と本人が必要としているプランをあげ、サービスの内容を説明している。			
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	理念のもと、毎日の生活は入居者と職員が協力している。利用者中心の生活を職員が支援している。			
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	家族の面会や外出、外泊も多いです。家族とは常に連絡、報告、相談ができる関係を築いている。家族との協力関係も図られている。			
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	知人や友人、親戚関係の面会もある。遠くの親戚なども電話や手紙などで連絡が来ている。	正月、お盆の時期は宿泊を伴い帰宅している。編物、家庭菜園、鉢植え作りなど趣味の継続や携帯電話の持ち込みなど生活習慣の維持、ホームを拠点に外出などで新たな馴染みを作っている。		
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	入居sじゃは自然に共同スペースの居間が生活の場の中心になっている。職員とも共有の時間を大切にしている。入居者同士での会話や助け合いが増加した。			

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	重度化や医療が必要になった入居者は敷地内の施設へ転居されるケースが多いため関係の継続をしている。自宅やその他の場合も情報の提供や支援経過を伝えるなどをし、継続している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居者とのかわりの中で常にさりげなく聞き出すようにしている。傾聴ボランティアや相談員からも話の内容を伺い、面会時の家族からも情報を聞くようにしている。情報は記録に残し職員間で共有し、ケアに活かしている。	利用者の状態に合わせて「聴く」ことを大事にしている。たとえ意思疎通が難しくても表情などで推察をしている。思いや意向は記録に残して、職員間で情報共有をしている。	
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	入居前の生活歴や情報は職員間で把握し共有している。親戚や兄弟の面会時にも情報が得られることもあり、新しい情報を得た場合にはすぐに職員間で共有するようにしている。		
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	1日3回の申し送りを入居者の1日の生活状況を把握している。記録の確認をし、行動や発言などからその都度、情報を共有している。		
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	担当者を決め、毎月1回モニタリングを行っている。家族には状況が変化した時、面会時には常に現状を報告している。	モニタリングを毎月行ない、変化があった場合や概ね半年毎に介護計画の見直しをしている。サービス担当者会議には利用者本人が参加をしている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人の記録は1日の様子を様子をわかりやすく記録するようにしている。毎月1回のカンファレンスで情報を共有し、必要であれば介護計画の見直しをしている。		
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	本人や家族の要望にできるだけ寄り添って対応できるように努めている。必要に応じて通院介助、必要物品の買い物など柔軟に対応している。		

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
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	介護相談員の訪問、ボランティアの定期訪問、認知症カフェ、必要物品の買い物など社会との交流を持ちながら刺激のある楽しい生活ができるように支援している。		
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	協力医療機関が主治医となっていて月に2回往診がある。必要時には個別の往診がある。協力医とは24時間連携が取れており、検査が必要な時でも迅速に対応できる。医師から家族への状況説明も必要であれば行っている。	今期、利用者の状態変化に合わせて協力医療機関を在宅専門医に変更している。精密検査など総合病院と連携して迅速な対応をしている。また訪問看護と密な連携があり、利用者の変化を見逃さないようにしている。	
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	月2回の訪問看護がある。入居者の状況を把握してもらい適切な医療につなげている。ケアで疑問に思ったことなど相談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。	入院時には情報提供を行っている。入院中は面会することで状況の把握に努め家族、医療機関からも状況報告を受けている。退院時には情報提供を依頼し、退院後のケアにつなげている。		
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、事業所です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	契約時、終末期のあり方について説明をしている。身体状況に応じ、医師・家族・事業所と話し合い支援している。	必要時に主治医、家族などと相談のうえ対応している。現在、終末期は系列の住宅型有料老人ホームなどに転居しているが、家族アンケートを実施してホーム方針を変化させる時期と考えている。	
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	勉強会や協力医の指導を受け、訓練をしている。日中、夜勤時の緊急対応を整備し、周知の徹底、身につける実践をしている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回日中、夜間想定災害訓練を実施している。地域住民にも協力して参加してもらっている。災害時の備蓄品も毎年、見直し点検をしている。	年2回避難訓練を行なっている。系列施設との合同訓練や、単独で夜間想定訓練をしている。民生委員や区長に災害時の協力を依頼している。地域避難所を想定して、3日間発電可能な発電機を購入している。	

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
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	個人の人格を把握し、個々に合わせた声かけを行っている。入居者が親しみのある呼び名で呼ばれることで本人の思いを話しやすくすることができる。	プライバシーを侵害しない様に気配りをしている。敬語やゆっくり話しかけることを心掛けている。排泄時の声掛けや居室入室時の声掛けなど、利用者の意思を確認している。	
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	言葉かけは入居者が自己決定しやすいような言葉をかけるように努めている。日常生活の中で表情や行動を観察し、入居者との会話を多くして思いや希望を探るように努めている。		
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	1日の生活の流れはあるが本人のペースにあった生活が送れるように支援している。		
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	着替えは本人が大方決めている。ほかの人に褒めてもらふことで自分に自信を持つことができるように支援している。外出時にはおしゃれを楽しむ様子もうかがえる。		
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	入居者と職員の共同で食事づくりをしている。準備も片付けも役割分担できている。食事時にはBGMを流し同じものを同じテーブルで会話を交えながら食事をしている。	利用者は下ごしらえ、配膳、盛り付けや片付けを自分の役割として楽しんで手伝っている。誕生日は赤飯に幼稚園児が手作りのプレゼントを渡している。おやつレクや季節のイベント食を楽しんでいる。	
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	個々の普段の食事量、形態を把握し、個別に対応している。食事、水分量摂取はチェック表で把握している。本人の体調や食事のタイミング、介助法などを工夫し、食事が進む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、洗面所にて口腔ケアを行っている。義歯は毎晩消毒のため、管理し起床時に本人に渡している。		

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
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	排泄パターンを把握し、行動、言動からタイミングを察知しできるだけトイレでの排泄を支援している。食事・おやつ前には順番にトイレに行く習慣ができています。夜間も個々の排泄タイミングを把握し、誘導している。	利用者全員の排泄記録を取り、少しの変化も見逃さないように対応している。また利用者に合わせた排泄誘導を行なっている。おむつは極力使用しないようにトイレでの排泄を基本としている。	
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	毎朝のラジオ体操、散歩、水分摂取などできるだけ薬に頼らないようにしている。個々の排泄パターンを把握し便秘の対応には気を付けている。		
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	入浴は午後に行うことが多い。希望の時間に入ってもらえるように声をかけている。職員と1対1で接する場なので会話も深まる。入居者の本音の思いがきける場となっている。	一日置きに午後から入浴をしている。入浴時間は利用者が気兼ねなく職員と会話をする場となっており、昔話や世間話などから利用者の思いをくみ取っている。季節を楽しむゆず湯を行なっている。	
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	就寝時間は決まっているが眠れない方やまだテレビを見ていたい方には無理強いしないようにしている。居室で眠れない時には職員を近くに感じられる居間のソファで眠るものもある。		
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	全職員が薬の内容を自主勉強、情報共有にて把握している。処方の変更などはその都度申し送りノートなど書面にて情報共有を徹底している。不安な時は協力医にいつでも相談できる体制を築いている。		
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	入居者同士、自然に役割分担ができています。午前、午後のレクリエーションは楽しい時間となっている。カラオケを導入したことで毎日の楽しみになっている。		
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	散歩は毎日の日課になっているが天候の思わしくない時は施設内で体操を行っている。施設で使用する日用品を買い出しに行くことも外出支援の一環としている。	ホームで使う日用品、個別で靴、洋服、化粧品、副食など職員と一緒に買い物をしている。また喫茶店に数名で出掛けている。毎週家族と外食をする利用者もいる。家族会は全家族が参加して年2回の遠足を楽しんでいる。	

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
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	事故にて金銭管理をしている者もいる。施設で管理している者は外出先で金銭を支払う時に職員が入居者にお金を渡し、支払いの支援につなげている。		
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	携帯電話を所持している者もいる。家族に電話をしたいと訴えがあれば自己にて電話をかけてもらっている。かかってきた電話の取次ぎも行っている。		
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	共有空間の居間にはソファがあり、入居者全員がくつろげる場となっている。食堂、台所、居間と一つの空間となっているため入居者は自由に行き来できるようになっている。	リビングのソファは利用者同士の顔が見えるように囲むような配置をしている。こまめにお茶を出して寛げる雰囲気を作っている。平屋造りの中央にはカラオケシステムを備えた「ふれあい広場」があり、利用者や来訪者との交流の場所となっている。	
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	入居者全員が仲良しであり、一人であるというよりは皆、自然と仲間のいる場所へ集まっている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	各居室には入居者の馴染みの者が持ち込まれている。それぞれに暮らしやすい配置となっている。	家族の写真や化粧BOX、日記帳やテレビなど利用者の馴染みの物を持ち込み、自宅のように過ごせる居室づくりをしている。衣替えは利用者や家族と相談をして行っている。	
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	身体状況の変化に応じ、環境整備をしている。必要なものには目印をつけたり、物の配置を工夫している。		

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	2373800396		
法人名	シルバーサービス株式会社		
事業所名	グループホーム安心樹		
所在地	愛知県小牧市大字池之内398番地		
自己評価作成日	平成31年 1月10日	評価結果市町村受理日	平成31年 4月22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.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JigyosyoCd=2373800396-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成31年 2月15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)】

平成30年3月に新施設に引っ越しをしました。新しい環境で利用者、職員ともに戸惑うことが多くありましたがようやく1年を迎えようとしています。新施設ではカラオケシステムが導入されて毎日懐かしい歌を皆で歌っています。日に日に大きな声が出るようになり、今では活力みなぎる歌声です。地域の行事にも積極的に参加しているので外出先などでは地域住民の方々から多くの声をかけてもらえるようになりました。日常では入居者同士がお互いを助け合い、共に喜び、共に笑う共同生活をしています。入居者、職員の仲良し大家族です。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

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	通いの場や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、安心して暮らせている (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	開設時から理念の継続はされている。日常の勤務の中で常に意識し、互いに声をかけあい、ケアを実践している。		
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	ボランティア、近隣幼稚園の定期訪問、町内会、学区の行事、オレンジカフェ、日常の買い物など地域との交流を行っている。		
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	運営推進会議や町内の行事、オレンジカフェへ参加することにより、地域の人々へ認知症の理解の発信、相談を受けることが増えている。また、地域の中学校での職業人体験の場として開放し、認知症の理解を発信している。		
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	年6回開催しており、前年度より始めた体験型会議の継続を行っている。委員、家族から多くの意見をもらい、サービスの向上に努めている。		
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に取り組んでいる	運営推進委員のメンバーに市職員がいる。疑問があれば相談している。毎月1回、市から派遣される介護相談員の訪問もある。市で開催される研修にも時間の許すかぎりではあるが参加している。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	今年度より、義務づけられた身体拘束委員会の会議などで職員には常に身体拘束というものについて理解を得ている。日常の中で職員一人一人が身体拘束していないかということを意識して職務にあたっている。		
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	身体拘束委員会で虐待についても理解を深めている。管理者は職員の変化に早期に気づくように一人ひとりに声をかけている。		

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
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	制度を利用している者がいるため、職員は勉強会を通じ理解している。必要時は関係者と話し合い支援していく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時は時間を充分に取り、わかりやすく説明している。医療機関も契約時には参加してもらい、本人・家族に安心して暮らせるように理解を得ている。		
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	日頃の面会時に職員、管理者が家族に生活状況を報告したり、必要であれば電話連絡も行っている。家族からの意見、要望はユニット主任に伝え、各ユニットで話し合いをもうけ、反映させている。		
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	何かあれば組織として連携ができています。日常生活の中で各ユニット主任が「気づきノート」という職員との意見交換を行っている。管理者も各ユニット主任から相談、報告を受けている。管理者は職員との距離を縮め相談しやすい場を設けている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回人事考査、自己評価を行っている。顧問も毎日数回、顔を出し、職員にねぎらいの言葉をかけ勤務状況を把握している。管理者もその都度努力を評価している。個々の職員の実績は顧問、代表に報告。職員会議などで努力の評価をしている。		
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	月1回の職員会議、県、市主催の研修には時間の許す限り参加している。		
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	市や他業者の研修参加で交流機会がある。地域の行事に参加したり、他施設の者と交流を深めている。		

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
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	事前面談を行っている。話しやすい環境で本人からゆっくりと話を聞き、会話の中からさりげなく心配事や本人の思いを聞き出すようにしている。聞き取った情報は書面で残しアセスメントをし、回覧や会議で情報の共有を図っている。		
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	事前面談で家族から入所に至るまでの状況や本人の生活歴などを詳しく聞き、施設への要望や不安などを理解したうえで施設での生活の内容を説明している。		
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	入居前のアセスメントを把握したうえでゆっくりと段階を踏み、不安なく生活できるように支援している。家族と本人が必要としているプランをあげ、サービスの内容を説明している。		
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	理念のもと、毎日の生活は入居者と職員が協力している。利用者中心の生活を職員が支援している。		
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	家族の面会や外出、外泊も多いです。家族とは常に連絡、報告、相談ができる関係を築いている。家族との協力関係も図られている。		
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	知人や友人、親戚関係の面会もある。遠くの親戚なども電話や手紙などで連絡が来ている。		
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	入居sじゃは自然に共同スペースの居間が生活の場の中心になっている。職員とも共有の時間を大切にしている。入居者同士での会話や助け合いが増加した。		

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	重度化や医療が必要になった入居者は敷地内の施設へ転居されるケースが多いため関係の継続をしている。自宅やその他の場合も情報の提供や支援経過を伝えるなどをし、継続している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居者とのかかわりの中で常にさりげなく聞き出すようにしている。傾聴ボランティアや相談員からも話の内容を伺い、面会時の家族からも情報を聞くようにしている。情報は記録に残し職員間で共有し、ケアに活かしている。		
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	入居前の生活歴や情報は職員間で把握し共有している。親戚や兄弟の面会時にも情報が得られることもあり、新しい情報を得た場合にはすぐに職員間で共有するようにしている。		
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	1日3回の申し送りが入居者の1日の生活状況を把握している。記録の確認をし、行動や発言などからその都度、情報を共有している。		
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	担当者を決め、毎月1回モニタリングを行っている。家族には状況が変化した時、面会時には常に現状を報告している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人の記録は1日の様子を様子をわかりやすく記録するようにしている。毎月1回のカンファレンスで情報を共有し、必要であれば介護計画の見直しをしている。		
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	本人や家族の要望にできるだけ寄り添って対応できるように努めている。必要に応じて通院介助、必要物品の買い物など柔軟に対応している。		

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
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	介護相談員の訪問、ボランティアの定期訪問、認知症カフェ、必要物品の買い物など社会との交流を持ちながら刺激のある楽しい生活ができるように支援している。		
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	協力医療機関が主治医となっていて月に2回往診がある。必要時には個別の往診がある。協力医とは24時間連携が取れており、検査が必要な時でも迅速に対応できる。医師から家族への状況説明も必要であれば行っている。		
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	月2回の訪問看護がある。入居者の状況を把握してもらい適切な医療につなげている。ケアで疑問に思ったことなど相談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。	入院時には情報提供を行っている。入院中は面会することで状況の把握に努め家族、医療機関からも状況報告を受けている。退院時には情報提供ウを依頼し、退院後のケアにつなげている。		
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	契約時、終末期のあり方について説明をしている。身体状況に応じ、医師・家族・事業所と話し合い支援している。		
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	勉強会や協力医の指導を受け、訓練をしている。日中、夜勤時の緊急対応を整備し、周知の徹底、身につける実践をしている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回日中、夜間想定災害訓練を実施している。地域住民にも協力して参加してもらっている。災害時の備蓄品も毎年、見直し点検をしている。		

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
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	個人の人格を把握し、個々に合わせた声かけを行っている。入居者が親しみのある呼び名で呼ばれることで本人の思いを話しやすくすることができる。		
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	言葉かけは入居者が自己決定しやすいような言葉をかけるように努めている。日常生活の中で表情や行動を観察し、入居者との会話を多くして思いや希望を探るように努めている。		
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	1日の生活の流れはあるが本人のペースにあった生活が送れるように支援している。		
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	着替えは本人が大方決めている。ほかの人に褒めもらうことで自分に自信を持つことができるように支援している。外出時にはおしゃれを楽しむ様子もうかがえる。		
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	入居者と職員の共同で食事づくりをしている。準備も片付けも役割分担できている。食事時にはBGMを流し同じものを同じテーブルで会話を交えながら食事をしている。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個々の普段の食事量、形態を把握し、個別に対応している。食事、水分量摂取はチェック表で把握している。本人の体調や食事のタイミング、介助法などを工夫し、食事が進む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、洗面所にて口腔ケアを行っている。義歯は毎晩消毒のため、管理し起床時に本人に渡している。		

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
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	排泄パターンを把握し、行動、言動からタイミングを察知しできるだけトイレでの排泄を支援している。食事・おやつ前には順番にトイレに行く習慣ができています。夜間も個々の排泄タイミングを把握し、誘導している。		
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	毎朝のラジオ体操、散歩、水分摂取などできるだけ薬に頼らないようにしている。個々の排泄パターンを把握し便秘の対応には気を付けている。		
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	入浴は午後に行うことが多い。希望の時間に入ってもらえるように声をかけている。職員と1対1で接する場なので会話も深まる。入居者の本音の思いがきける場となっている。		
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	就寝時間は決まっているが眠れない方やまだテレビを見ていたい方には無理強いないようにしている。居室で眠れない時には職員を近くに感じられる居間のソファで眠るものもある。		
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	全職員が薬の内容を自主勉強、情報共有にて把握している。処方の変更などはその都度申し送りノートなど書面にて情報共有を徹底している。不安な時は協力医にいつでも相談できる体制を築いている。		
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	入居者同士、自然に役割分担ができています。午前、午後のレクリエーションは楽しい時間となっている。カラオケを導入したことで毎日の楽しみになっている。		
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	散歩は毎日の日課になっているが天候の思わしくない時は施設内で体操を行っている。施設で使用する日用品を買い出しに行くことも外出支援の一環としている。		

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
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	事故にて金銭管理をしている者もいる。施設で管理している者は外出先で金銭を支払う時に職員が入居者にお金を渡し、支払いの支援につなげている。		
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	携帯電話を所持している者もいる。家族に電話をしたいと訴えがあれば自己にて電話をかけてもらっている。かかってきた電話の取次ぎも行っている。		
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	共有空間の居間にはソファがあり、入居者全員がくつろげる場となっている。食堂、台所、居間と一つの空間となっているため入居者は自由に行き来できるようになっている。		
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	入居者全員が仲良しであり、一人であるというよりは皆、自然と仲間のいる場所へ集まっている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	各居室には入居者の馴染みの者が持ち込まれている。それぞれに暮らしやすい配置となっている。		
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	身体状況の変化に応じ、環境整備をしている。必要なものには目印をつけたり、物の配置を工夫している。		