

平成26年度

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	1473500690	事業の開始年月日	平成18年3月1日
		指定年月日	平成18年3月1日
法人名	株式会社メディカルケアシステム		
事業所名	グループホームちいさな手横浜さかえ		
所在地	(244-0841) 横浜市栄区長沼町478-1		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成27年1月5日	評価結果 市町村受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473500690&SVCD=320&THNO=14100
----------	---

【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)】

外出レクリエーション・外出レクリエーション・食材レクリエーションに力を入れており、横浜赤レンガます。横浜赤レンガ、初詣、回転寿司、ファミリーレストラン等外出の機会を設けています。夏祭りではスイカ割やヨーヨーすくい、線香花火などでご家族様と一緒に夏を感じていただけるようにしています。近隣の小学校や中学校との交流もあり、職場体験やボランティアの受け入れも積極的に行っています。面会の時間も特に決めてなくいつでもだれでもホームに来ていただけるようにしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年1月26日	評価機関 評価決定日	平成27年4月10日

【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)】

事業所は、JR東海道線戸塚駅からバス停「長沼」下車、徒歩約5分の閑静な住宅街にある2階建てのグループホームです。平成18年の開設以来地域との関係を築いています。

＜優れている点＞
協力医療機関から往診医、看護師が定期的に訪問し、連携をとりながら利用者の健康管理を行っています。往診医は診断の他、認知症簡易判定検査を行い、認知症の状態把握もしています。訪問看護師は毎週健康チェックを行い、簡単な傷や巻き爪などの処置もしています。24時間オンコール体制を築いており、緊急時も主治医と連絡がとれ、対応してもらえることで安心感に繋がっています。

＜工夫点＞
利用者が生活面でいろいろな役割を持って、力を発揮しています。毎朝掃除機をかけ、包丁で食材を切ったり、配膳や下膳、食器洗い、ベランダでの洗濯物干し、洗濯物たたみ、お茶出しなどを一緒にやり、生き生きとしている様子が見られます。「私を解ってシート」を使い、やりたい事や身体状況など、アセスメントを定期的に行い、生活の中で出来ることは積極的に参加してもらい、生活が楽しくなる工夫をしています。また、地域に根付き、活発に地域と交流しています。町内会の毎月の組長会議に参加し、夏祭りの盆踊りや正月の玄関前での獅子舞を見学しています。毎年、中学生の職場体験を受入れています。今年は小学生が認知症を調べに来て、その発表会に利用者も聞きに行く機会を持っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
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 ～ 35	9 ～ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	グループホームちいさな手横浜さかえ
ユニット名	1 階

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活き活きと働いている。 (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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	毎朝の申し送り時にクレドカードを使用して理念の共有を図っています。	職員はクレドカードを持っています。クレドカードには社是や行動規範、介護理念や企業理念などが書かれています。毎朝の申し送り時に、クレドカードの一節を唱和しています。1階・2階の入口には企業理念とホーム目標を掲示しています。	
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。	ゴミ回収後の掃除、町内会議の参加、地域の消防訓練の参加、ご近所の皆様との挨拶などをさせて頂いております。月に1回の町内の組長会議に参加しています。	毎月の町内会の組長会議に参加しています。夏祭りの盆踊りを見に行ったり、正月の玄関前での獅子舞を見ています。毎年、中学生の職場体験の受入れや、今年は小学生が認知症について調べに来て、小学校での発表会に利用者も聞きに行っています。	
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。	ケアプラザなどを通じてボランティアの受け入れを行い、認知症の理解、支援方法などを学んでいます。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	会議では活動内容の報告とともに参加された方々から質問やご要望を伺い、参考にさせていただき改善事項があれば改善するよう努めています。	会議は2ヶ月に1回、年6回、区役所職員や民生委員、町内会役員、地域包括支援センター職員、利用者家族が参加して行っています。活動内容の報告をメインに、質問や要望があれば対応しています。	
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。	区役所が主催するグループホーム連絡会に参加させていただき	区とは運営推進会議や認定更新、事故報告などで接触を密にしています。さらに、近隣数ヶ所のグループホームの情報交換の場も作ってくれています。生活保護の人もおり、生活保護課とは申請や報告に行ったり、区の方が状況確認に来てくれています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	身体拘束の勉強会を行い、身体拘束をしないケアを徹底しています。ふらつきや転倒リスクが高い入居者の動きを把握し見守っています。そして、最期までその人らしい生活ができるよう支援しています。	身体拘束廃止に向けた取り組みに関して、利用者への説明書でうたっています。月1回のスタッフミーティングでも身体拘束をしない介護をするよう注意しています。玄関、1階・2階の入口は安全のため施錠しています。	身体拘束について検討しています。さらに、話し言葉・声掛けを含む接遇や拘束・虐待の研修にも取組まれることを期待します。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている。	ミーティングや勉強会を行い、高齢者虐待防止の指導を行っています。日頃から入居者様に対する言葉遣いも注意するようにしています。		
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。	ミーティングなどで成年後見人制度のことを取り上げ、今現在制度を使用している入居者様の事を話し合い理解を深めていきます。		
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、解約時においては、文章の朗読を行い両者の合意のもと、御家族様に納得してから、印鑑を押して頂いております。		
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並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。	家族会や面会時に御家族様のご要望を伺いケアに反映しています。ご意見やご要望はミーティングや申し送りノートを使用し周知させています。また、月に1度はご家族様へ手紙を書いて近況を報告しています。	毎年1月に家族会を行っています。家族会や面会時に意見や要望を聞いています。利用者からも意見や要望を聞き、対応しています。薬を変更した場合に連絡が欲しいとの要望にも応えています。外に行きたいとの希望にも、1日1回は外に行くようにしています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	毎朝の申し送りのみでなく個別ケアの意見交換などを行い、出された意見や提案はすぐにケアにいかすようにしています。また、意見や提案を出しやすい環境を作るよう努めています。	月1回のスタッフ会議や毎朝の申し送りの時に意見交換を行っています。お茶を入れるのに大きな急須を使うことで一回で済むようにしたり、服薬のチェック表を見易く変えたりしています。毎年3月には個人面談を行い、意見を把握しています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	職員一人一人に役割を持たせ、責任を持って遂行してもらう中でやりがいと充実感をもってもらえるように努めています。職員の疲労やストレスも把握し、働きやすい環境を心掛けています。		
13		○職員を育てる取組み 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。	法人内の委員会に参加後、ホームに持ち帰り情報を共有しています。また、介助方法で困った事があれば実際に介助しながら指導し技術向上に努めています。		
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つくり、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組みをしている。	グループホーム間の交換研修を行い、質の向上に努めています。法人内の他のホームへの見学などを通じて、環境の違いやケアの違いなどを知るなど学ぶ機会を作っています。		
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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居間もない頃は馴染めずに不安な様子をされていることが多いので、入居者様が何を思い、何を望んでいるのかなどを伺い・観察し不安感を少なくし安心してもらえるよう努めています。入居者様の情報シートを用いて、ケアに取り組んでいます。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前に御家族様より御本人様の情報を詳しく教えて頂き、初期のケアプランに反映させています。またご利用者のケアだけでなく御家族様の負担についても気を配るようにしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入居前には必ず御本人様にお会いしグループホームに入所する事が適しているかどうか判断するようにしています。出来る限りの支援をしても難しい場合は御家族様を含めて今後のサービスについて検討します。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	言葉使いに気をつけながらもご利用者様とスタッフが家族の様な関係になれるように努めています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	ご利用者様と御家族様の関係を大切にして頂く為に、面会や外出、外泊は基本的に自由にして頂いております。お孫様の結婚式の出席の支援もさせていただきました。		
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。	外出や面会を自由にして頂き、馴染みの場所や人との関係が途切れないようにしています。	友達が遊びに来て部屋で話をしたり、家族と一緒に墓参りに行く利用者もいます。毎週日曜日に家族と教会のミサに行く利用者もいます。また、住んでいた鎌倉の家まで職員が連れて行ったこともあり、馴染みの人や場との関係継続の支援を続けています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	個別支援を大切にしながらも、季節の行事やお散歩等は1階2階合同で行ったりして利用者様同士の関わり合いを持つようにしています。		
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。	ホームでお看取りをさせて頂いた御利用者様のお通夜に出席したり、ご家族様よりお手紙を頂いたりしています。		
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。	共同生活の場所ですが、本人の希望や意向を出来る限り反映出来るように努めています。	思いや意向を、「私をわかって」シートにまとめています。3ヶ月ごとのモニタリングを行う際に、思いや意向を再確認し、シートを見直しています。日常の中で、思いや意向が分かった場合は「申し送りノート」に記入し、皆で情報を共有しています。	
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。	ご利用者様の出身地や職業、御兄弟、御家族様の状況についての把握に努めて日常のコミュニケーションを活性化させている。		
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。	毎日の申し送りでご利用者様の状態変化に気を配っています。週に1階の訪問診療では医師と看護師より医学的な変化にもアドバイスをいただいております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	御本人様、ご家族様、医師、看護師、マッサージ師、スタッフの意見を取り入れてのケアプランの作成に努めています。	初めに、暫定1ヶ月のケアプランを作り、その後、短期目標3ヶ月、長期目標6ヶ月の正式ケアプランを作っています。ケアプランを作る際には管理者、プラン作成者、職員の担当者会議で決定し、家族には来訪時にケアプランを確認してサインしてもらっています。	
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。	ご利用者様の変化を個人記録や毎日の申し送りで記録に残し、ケアプランの変更に活かしています。		
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。	御家族様のご意見やご要望に出来る限りこたえられるように努力しています。		
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。	地域のケアプラザや小学校との交流を通して楽しく豊かな生活ができるように努めています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	月に2回の訪問診療、訪問看護を通して医療について不安が無い様にしています。	往診医による月2回の診察と月1回の認知症簡易判定検査を行っています。入所時に本人・家族の了解の下、主治医を往診医にしてもらっています。毎週、法人の訪問看護師が健康チェックを行い、24時間のオンコール体制になっています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	週に1回の訪問看護でご利用者様の变化を看護師に伝えています。必要に応じて24時間のオンコール対応をして頂いています。		
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、また、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。又は、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。	協力医療機関である栄共済病院との関係作りに努めています。		
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。	入居時にホームでの看取りの指針をお伝えしています。	看取り介護巡回、今までに10数名の看取りをしています。入所時に看取り指針を説明し、看取り介護の同意を得ています。終末期になった場合は主治医や本人、家族や看護師、管理者と話し合い、終末期医療についての同意を得ています。	
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。	事故対策マニュアルの活用と応急手当のやり方を看護師から指導頂き、実践力を身に付けるようにしています。		
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回の防災訓練を実施して災害対策に努めています。	年2回の防災訓練を実施し、1回は消防署に立ち会いの下に行っています。夜間を想定しての訓練が多く、近隣の住民の参加も得られ、協力体制が出来ています。備蓄品も水、カンパン、スパゲティーなど3日分準備しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	トイレ、入浴、着替え時にはプライバシーが守れるように気をつけ、声掛けや言葉遣いにも気をつけています。	職員の新人研修でルールやマナー、丁寧な挨拶などの教育をしています。実際に介護の現場では、常勤職員が中心になり、具体的なトイレ介助、入浴介助などでプライバシーを守るように指導しています。		
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。	ご利用者様に洗濯して頂く事を大切にして、なんでも職員が決めつけるような声掛けや対応をしないように気をつけています。			
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。	1人1人の生活のリズムを把握したうえで、散歩やお昼寝、食事の時間等を強制する事なく調整しています。			
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。	身だしなみでは特に爪切りや、髭剃り、顔そりに気をつけています。			
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。	それぞれが自分の役割を持って調理、配膳、下膳をして下さりやりがいや生きがいに繋がっています。	食事は毎日3食分の食材と、カロリー計算された献立が届き職員が作っています。利用者も包丁で野菜を切ったり、食器洗いや盛り付け、配膳や下膳などを一緒に手伝っています。誕生日のケーキ作りやホットプレートでホットケーキ作りもしています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	I N O U Tチェック表を作成し、毎日の排泄、水分摂取量を把握して日々のケアに活かしています。		
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。	毎食後に口腔ケアを実施しています。必要に応じて訪問歯科を利用した口腔ケアと職員への指導を頂いています。		
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向けた支援を行っている。	介護度が重くても介護者の都合ですぐにオムツやリハビリパンツにせずに、その方に適した排泄の介助を行っています。	日中は殆どの利用者がトイレで排泄を行っています、リハビリパンツから布パンツに変わった利用者もいます。「I N O U T表」で排泄の回数や状態、水分の摂取量のチェックを行い、トイレ誘導や脱水症予防に役立てています。	
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。	毎日排便の有無を確認しているとともに医療と連携しながら適切な下剤の調整を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の日には1週間に2回ではなく3回に設定しています。入浴日も固定して決めていなく、その日の状況に応じて入浴して頂いています。	週3回の入浴が基本ですが、入浴はリネン交換の日を除き、週6日午前中に行っています。希望により回数を増やしたり、日にちを変えることが可能です。立位のとれない利用者には、2人で入浴介助を行い、浴槽にも入ってもらっています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	夜間帯に良く眠って頂ける事を前提に、上手にお昼寝をして頂いたり、運動をしたりして良く睡眠できるようにしています。		
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。	薬の内容が変更した時は看護師と薬剤師から、変更した内容について詳しく教えて頂いています。		
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。	料理、洗濯、掃除、カーテンの開け閉め等、日常生活で必要なことについてそれぞれが役割を持ってやって頂いています。		
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。また、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。	毎日のレクリエーションの時間には出来る限り散歩に出掛けられるようにしています。お買い物の希望がある方については個別で一緒に買いに出掛けたりしています。	天気の良い日は3～4人で近くの公園迄散歩に出掛けています。希望があれば近くのコンビニ迄買い物にも付き添って行っています。年4～5回はホームの車で、初詣や花見、横浜レンガ街、運営法人の他のグループホームなどにも出掛けています。	
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。	買い物へは出来る限りご利用者様と一緒にいくようにして、買い物を楽しんでいただける様に支援しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	御家族様への手紙の希望がある方や、電話でのお話の希望がある方に対して希望が添えるように努力しています。		
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。	毎日清掃を欠かさず、整理整頓に努めています。眩しい光にはカーテン、空気の喚起、手すりやトイレ、床をハイターで清掃し、心地よい環境作りに努めています。	リビングは明るく、対面式のキッチンや、オープン形式のスタッフルームから見渡せる設計になっています。リビングの一角には和室があり、ベランダにも出られ、開放的で居心地の良い空間になっています。掃除機、モップ掛けは毎日行っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	テーブルだけでなく、ソファや畳もあるので、自分の思い思いの場所で過ごして頂けるようになっています。		
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。	居室内には出来る限り自宅で使用されていた馴染の物を持って来て頂き、精神的な安定が図れるように努めています。	居室にはベッドやエアコン、広めのクローゼットが備わっています。今まで使い慣れたタンスやテレビ、仏壇などを持ってきて、安心して生活してもらっています。日々の掃除のほか、居室担当者が利用者と一緒に衣類の整理を行っています。	
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」や「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。	バリアフリー構造で、エレベーターもあり、車椅子でも1階と2階の行き来が出来るようになっています。		

事業所名	グループホームちいさな手横浜さかえ
ユニット名	2階

Ⅴ アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活き活きと働いている。 (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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	毎朝の申し送り時にクレドカードを使用して理念の共有を図っています。		
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。	ゴミ回収後の掃除、町内会議の参加、地域の消防訓練の参加、ご近所の皆様との挨拶などをさせて頂いております。月に1回の町内の組長会議に参加しています。		
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。	ケアプラザなどを通じてボランティアの受け入れを行い、認知症の理解、支援方法などを学んでいます。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	会議では活動内容の報告とともに参加された方々から質問やご要望を伺い、参考にさせていただき改善事項があれば改善するよう努めています。		
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。	区役所が主催するグループホーム連絡会に参加させていただき		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	身体拘束の勉強会を行い、身体拘束をしないケアを徹底しています。ふらつきや転倒リスクが高い入居者様の動きを把握し見守っています。そして、最期までその人らしい生活ができるよう支援しています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	ミーティングや勉強会を行い、高齢者虐待防止の指導を行っています。日頃から入居者様に対する言葉遣いも注意するようにしています。		
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。	ミーティングなどで成年後見人制度のことを取り上げ、今現在制度を使用している入居者様の事を話し合い理解を深めていきます。		
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、解約時においては、文章の朗読を行い両者の合意のもと、御家族様に納得してから、印鑑を押して頂いております。		
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並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。	家族会や面会時に御家族様のご要望を伺いケアに反映しています。ご意見やご要望はミーティングや申し送りノートを使用し周知させています。また、月に1度はご家族様へ手紙を書いて近況を報告しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	毎朝の申し送りのみでなく個別ケアの意見交換などを行い、出された意見や提案はすぐにケアにいかすようにしています。また、意見や提案を出しやすい環境を作るよう努めています。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	職員一人一人に役割を持たせ、責任を持って遂行してもらう中でやりがいと充実感をもってもらえるように努めています。職員の疲労やストレスも把握し、働きやすい環境を心掛けています。		
13		○職員を育てる取組み 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。	法人内の委員会に参加後、ホームに持ち帰り情報を共有しています。また、介助方法で困った事があれば実際に介助しながら指導し技術向上に努めています。		
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つくり、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組みをしている。	グループホーム間の交換研修を行い、質の向上に努めています。法人内の他のホームへの見学などを通じて、環境の違いやケアの違いなどを知るなど学ぶ機会を作っています。		
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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居間もない頃は馴染めずに不安な様子をされていることが多いので、入居者様が何を思い、何を望んでいるのかなどを伺い・観察し不安感を少なくし安心してもらえるよう努めています。入居者様の情報シートを用いて、ケアに取り組んでいます。		

自己評価	外部評価	項　　　　　目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前に御家族様より御本人様の情報を詳しく教えて頂き、初期のケアプランに反映させています。またご利用者のケアだけでなく御家族様の負担についても気を配るようにしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入居前には必ず御本人様にお会いしグループホームに入所する事が適しているかどうか判断するようにしています。出来る限りの支援をしても難しい場合は御家族様を含めて今後のサービスについて検討します。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	言葉使いに気をつけながらもご利用者様とスタッフが家族の様な関係になれるように努めています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	ご利用者様と御家族様の関係を大切にして頂く為に、面会や外出、外泊は基本的に自由にして頂いております。お孫様の結婚式の出席の支援もさせていただきました。		
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。	外出や面会を自由にして頂き、馴染みの場所や人との関係が途切れないようにしています。		

自己評価	外部評価	項　　　　　　　目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	個別支援を大切にしながらも、季節の行事やお散歩等は1階2階合同で行ったりして利用者様同士の関わり合いを持つようにしています。		
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。	ホームでお看取りをさせて頂いた御利用者様のお通夜に出席したり、ご家族様よりお手紙を頂いたりしています。		
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。	共同生活の場所ですが、本人の希望や意向を出来る限り反映出来るように努めています。		
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。	ご利用者様の出身地や職業、御兄弟、御家族様の状況についての把握に努めて日常のコミュニケーションを活性化させている。		
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。	毎日の申し送りでご利用者様の状態変化に気を配っています。週に1階の訪問診療では医師と看護師より医学的な変化にもアドバイスをいただいております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	御本人様、ご家族様、医師、看護師、マッサージ師、スタッフの意見を取り入れてのケアプランの作成に努めています。		
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。	ご利用者様の変化を個人記録や毎日の申し送りで記録に残し、ケアプランの変更に活かしています。		
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。	御家族様のご意見やご要望に出来る限りこたえられるように努力しています。		
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。	地域のケアプラザや小学校との交流を通して楽しく豊かな生活ができるように努めています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	月に2回の訪問診療、訪問看護を通して医療について不安が無い様にしています。		

自己評価	外部評価	項　　　　　目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	週に1回の訪問看護でご利用者様の变化を看護師に伝えています。必要に応じて24時間のオンコール対応をして頂いています。		
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、また、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。又は、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。	協力医療機関である栄共済病院との関係作りに努めています。		
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。	入居時にホームでの看取りの指針をお伝えしています。		
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。	事故対策マニュアルの活用と応急手当のやり方を看護師から指導頂き、実践力を身に付けるようにしています。		
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回の防災訓練を実施して災害対策に努めています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	トイレ、入浴、着替え時にはプライバシーが守れるように気をつけ、声掛けや言葉遣いにも気をつけています。		
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。	ご利用者様に洗濯して頂く事を大切にして、なんでも職員が決めつけるような声掛けや対応をしないように気をつけています。		
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。	1人1人の生活のリズムを把握したうえで、散歩やお昼寝、食事の時間等を強制する事なく調整しています。		
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。	身だしなみでは特に爪切りや、髭剃り、顔そりに気をつけています。		
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。	それぞれが自分の役割を持って調理、配膳、下膳をして下さりやりがいや生きがいに繋がっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	I N O U Tチェック表を作成し、毎日の排泄、水分摂取量を把握して日々のケアに活かしています。		
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。	毎食後に口腔ケアを実施しています。必要に応じて訪問歯科を利用しての口腔ケアと職員への指導を頂いています。		
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向けた支援を行っている。	介護度が重くても介護者の都合ですぐにオムツやリハビリパンツにせずに、その方に適した排泄の介助を行っています。		
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。	毎日排便の有無を確認しているとともに医療と連携しながら適切な下剤の調整を行っている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の日には1週間に2回ではなく3回に設定しています。入浴日も固定して決めていなく、その日の状況に応じて入浴して頂いています。		

自己評価	外部評価	項　　　　　目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	夜間帯に良く眠って頂ける事を前提に、上手にお昼寝をして頂いたり、運動をしたりして良く睡眠できるようにしています。		
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。	薬の内容が変更した時は看護師と薬剤師から、変更した内容について詳しく教えて頂いています。		
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。	料理、洗濯、掃除、カーテンの開け閉め等、日常生活で必要なことについてそれぞれが役割を持ってやって頂いています。		
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。また、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。	毎日のレクリエーションの時間には出来る限り散歩に出掛けられるようにしています。お買い物の希望がある方については個別で一緒に買いに出掛けたりしています。		
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。	買い物へは出来る限りご利用者様と一緒にいくようにして、買い物を楽しんでいただける様に支援しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	御家族様への手紙の希望がある方や、電話でのお話の希望がある方に対して希望が添えるように努力しています。		
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。	毎日清掃を欠かさず、整理整頓に努めています。眩しい光にはカーテン、空気の喚起、手すりやトイレ、床をハイターで清掃し、心地よい環境作りに努めています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	テーブルだけでなく、ソファや畳もあるので、自分の思い思いの場所で過ごして頂けるようになっています。		
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。	居室内には出来る限り自宅で使用されていた馴染の物を持って来て頂き、精神的な安定が図れるように努めています。		
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」や「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。	バリアフリー構造で、エレベーターもあり、車椅子でも1階と2階の行き来が出来るようになっています。		