

2019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	1490900402	事業の開始年月日	平成28年4月1日
		指定年月日	平成28年4月1日
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム横浜大倉山		
所在地	(222-0037) 神奈川県横浜市港北区大倉山7-36-8		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和1年10月10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/kaigonavi/
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

愛の家グループホーム横浜大倉山は、横浜の中心地から少し離れ、閑静な住宅地の中で生活を送れる環境です。ホーム周辺には河川や緑道、太尾小学校、港北高校に囲まれている為、河川や緑を眺めながらの散歩や小学生や高校生と触れ合いながら認知症緩和ケアを行うことができるのも大きな利点です。校庭から聞こえてくる子供たちの声と共に生活できる、楽しいホーム作りをしていきたいと思っています。ご入居者、ご家族にとっても安心して生活しやすいホーム運営を目指し、雰囲気作りを大切にしております。個別での外出や散歩など認知症緩和ケアを実施し、入居者様の「第2に我が家」になればと考えています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年11月13日	評価機関 評価決定日	令和2年1月15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、横浜市営地下鉄線「新羽駅」、または東急東横線「大倉山駅」から徒歩15分です。JR線「新横浜駅」から横浜市営バスに乗り、「太尾小学校前」で下車、徒歩1分のアクセスもあります。開設3年目の事業所で、小学校と高校に面する住宅地にあります。近くに鶴見川が流れ、太尾堤緑道があります。

<優れている点>

個別外出と散歩による認知症緩和ケアへの取り組みを推進しています。散歩は利用者1対1を基本とし、事業所の周囲や学校などへ出かけています。ゆったりとした時間の中で会話を交え、風や気温など季節を体感しています。また、「ふれあい祭り」や「桜祭り」、「学校祭」にも積極的に参加し、地域社会との繋がりを大切にしています。職員は家族に、共に外食を楽しんだり、自宅で季節行事を一緒に過ごすなど、家族との外出を提案しています。戸外への外出がままならない利用者は、まず玄関口まで、次に敷地内の自動販売機で購入まで、更に前の通りの子供の顔が見られるところまでと、少しでも外部との関りが持てるよう支援をしています。

<工夫点>

職員の業務改善見直しの流れが上手くまとめられています。1つの改善事項に対して原因を追究し、詳細にわたる現状を把握して、具体的な結論を導き出し、全員で解決に繋がっています。「トイレに尿臭がある」ことの解決事例があります。

【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	愛の家グループホーム横浜大倉山
ユニット名	さくら

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	①「快適」で「穏やか」な生活を常に支援します。 ②さまざまな機会を通じて、地域の人々との触れ合いを大切にします。 ③「心」を込めた親切なサービスに努めその「姿勢」を磨き続けます。 この3つの理念を基に日々のケアに取り組んでいます。	昨年の9月、法人理念の見直しがあり、それ以来、法人理念を事業所理念としています。理念の趣旨は変わらないと管理者は職員に伝えています。過剰で行き過ぎの「親切サービス」ではなく、「利用者の自立を損なうことの無い日常支援」に取り組むよう、日々研鑽しています。	
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。	昨年度より町内会に参加し、町内会の催しや近隣のイベントに参加し、地域との交流を図っています。	地域社会の一員として、保育園、小学校、高等学校との交流があり、学校祭や地域の祭りに出かけています。月1回の移動パン店の来訪時に、利用者はパンを自分で選んで購入し、職員は見守り支援しています。徘徊協力機関として地域ケアプラザに協力しています。	
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。	地域の方で認知症介護に困っている方に対して相談体制を整えています。 また、認知症高齢者支援の中でも、認知症相談受付と徘徊協力機関として、協力体制を整えています。		
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ヶ月に1回の運営推進会議を開設時より欠かさず行い、ご家族様や地域の方々の意見を反映しサービスの向上に努めています。	運営推進会議は奇数月に開催しています。多くの参加者を得るため、開催日を工夫し、平日開催や土日開催を経て、現在は参加者の多い土日開催としています。事業所の報告で「ヒヤリハット」の意味を尋ねられ、家族が代わって質問者に説明をしたりしています。	地域住民の参加が少ない状況です。書面や訪問などで地域との連携の必要性を伝えるなど、積極的な参加要請により、今後、住民の参加者が加わることも期待されます。
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取り組んでいる。	今年より介護相談員の方に1ヶ月に1度来訪して頂き、ホームの良い点、改善点の報告を受け、ケアサービスに反映させています。	介護相談員を2019年1月より新たに迎えています。利用者のミキサー食の色彩が、3種類とも同じ色彩仕上がりのため、色彩への調理の工夫を提言しています。区役所と地域ケアプラザには運営推進会議の年間予定を事前に書面で伝えています。	

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。	マニュアル、指針を掲示し拘束や施錠を防止しています。また、定期的に研修や身体拘束廃止委員会を開催し意識を高めています。ホーム会議や回覧にてスタッフに情報共有しております。	身体拘束をしないケアと施錠禁止の指針を掲示しています。身体拘束廃止委員会では法人配信の自己チェックシートを活用し、年4回実施しています。結果は育成指導に向けたり、ケアプランに位置付けのない呼称の使用が確認された場合などを指導対象としています。	
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。	定期的に研修を行い、朝礼などでも啓蒙活動を行ない、防止に努めています。		
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。	社内や外部研修等の機会を通じて学び、対象となる入居者様に対して活用できる様に支援します。		
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。	契約時には概ね1時間半～2時間の時間を掛け読み合わせを行い、ご理解を頂いています。		
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。	運営推進会議時にご家族様よりご意見を頂き、日常的にも意見箱を設置しご意見を反映させています。	運営推進会議の案内に同封している返信用意見枠や、意見箱などで聞き取っています。トイレ内異臭の苦情について話し合い、まず清掃手順の再確認から芳香剤の使用、窓の開放と順次解決しています。芳香剤はトイレ別に3タイプを使用しています。	

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。	毎月ホーム全体の会議やユニットの会議を開き、個人が意見を発言できる場を設けています。	ユニット会議開催前に議題を募集しており、職員は連絡ノートに各自記載しています。1階職員は来客対応、2階職員は電話対応を基本とすること（臨機応変あり）や事業所行事で敬老の日、納涼祭、クリスマスは重点行事として、担当制で必ず実施することなど多彩です。	
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。	毎年、全従業員に対して満足度アンケートを実施し、職場環境の改善に努めています。「働き方改革」として有給休暇の取得、休憩時間の確保、定時での退勤など会社として取り組んでおります。		
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。	キャリアパス制度を利用し職員一人一人の力量を把握し、必要に応じた指導を行う。また、法人内で行われる研修に参加する事でケアの質の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。	ケアプラザで行われる会議等や同業者の勉強会に参加し情報交換や交流を深めています。		
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。	入居前のアセスメントでは、本人の要望とご家族様のご要望を聞きだし、理解し、当事業所での生活がイメージできるような助言と相談を実施する事で良好な関係作りに努めています。入居後ご家族様に詳細な生活歴をご記入いただきケアに活かしています。		

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
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。	サービス前にはご家族様とも十分に話し合いを持ち安心してサービスが受けられるよう理解を深め、信頼を得られています。		
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。	サービス開始段階で必要としている支援をニーズから見極め、助言する事を実施しています。支援して行く中でも他のサービス利用の必要性なども発見し、助言しています。		
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。	生活をする上で必要な家事や、楽しみなどをご入居者様と職員で共有し、良い雰囲気の上で関係を構築しています。		
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。	ご家族の意向を傾聴し、必要であれば随時、担当者会議を開催し、サービスの計画を立てている。本人を支えていく上で様々なヒントや助言を頂き反映できています。		
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。	手紙や面会等でご本人様が今まで大切してきた馴染みの関係が維持できるよう支援しています。	職員は、利用者の生活情報シート（生活歴・趣味など）から情報を共有しています。内容の確認後は各自がシートに押印しています。家族の承認を経た馴染みの人は事業所で迎えています。家族からの電話の取り次ぎをしたりして、関係の継続を支援しています。	

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
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。	ご入居者様個々の性格を把握し、場合によっては職員が間に入る事で、職員も含めて共に生活する仲間として、役割を持てるような雰囲気作りをしています。		
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。	当事業所でのサービスを終了された後もお電話での連絡やご相談に対して随時ご対応させて頂いています。		
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。	ケアプラン更新時には必ずご本人様の意思や意向を尊重しプランに反映させご本人本位のケアプランとなっています。	本人本位の意向は生活情報シートを基にアセスメントシートにまとめています。アセスメントは本人の生活を支える視点から、本人のできることに着目した支援に繋がっています。家族からの聞き取りや日常の記録は職員が自らの目で観察して収集しています。	
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。	家族を交えてのアセスメントを実施し、生活歴や生活環境を把握しています。趣味や馴染んだ習慣なども継続して実施して頂いております。また、大切にしていた行事なども個別支援として対応しています。		
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。	今までのその方の個々の過ごし方を尊重しています。心身の状態も常に観察し対応し、日々の申し送りの際に心身の状態を引き継ぎしています。		

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
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。	担当者会議時に職員の考えている事や現在の課題を明確にし話し合いを行っています。 また、ご家族様からのアドバイスも踏まえて職員全員で共有し達成可能な無理の無いケアプランを作成しています。	担当者会議で、生活情報シートと日常ケアの記録から、職員全員の話し合いを経て作成しています。「サービス担当者会議の要点」には整形外科医と理学療法士の助言や意見を記載しています。ケアプランは家族に説明し、同意を得て実施しています。	
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。	ケアプランを介護記録と一緒にファイルし、プランを常に意識しながら記録しています。 情報共有も適宜適切に行えプランの見直しに活かしています。		
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。	ご入居者様やご家族様の新しいニーズに対し、臨機応変なサービスを実施しています。		
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。	保育園の園児、小学校の特別支援学級の小学生との交流を定期的に行っています。		
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。	ご入居時には、今までのかかりつけ医、当事業所のかかりつけ医を選択する事が出来、どちらの場合においても随時連携し、適切な医療が受けられる体制となっています。 また、緊急時ご家族様が不在時には職員による通院対応も行っています。	現在は全員が訪問医をかかりつけ医としています。訪問医は「往診受診記録」に利用者の症状を記入し、指示を出しています。訪問看護師は記録を共有して訪問医と連絡を取りながら日常の健康管理を行っています。月1回、理学療法士が個別機能訓練を実施し、機能回復・保持を支援しています。	

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
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度の看護師による訪問により情報を共有し連携強化を図っています。また、その都度、往診医と連携しながら適宜適切な助言を頂いています。		
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。	入院された際は必ずソーシャルワーカー等と密に連携を図り、適切な情報共有が出来るような体制を整えています。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に「重度化した場合の対応にかかる指針」の説明を行い同意を得ています。	契約時、終末期における事業所の方針を説明し家族の同意を得ています。現在までに「看取り」の実績はありませんが、「ターミナルケア」の研修を実施し「看取り」に備えています。	
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。	年2回の消防防災訓練を実施し、消防所長の指導の下、応急処置訓練や普通救命の訓練を行っています。また、各ユニットに緊急時の対応マニュアルを掲示しています。		
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2回の消防防災訓練を実施し、（内1回は夜間想定訓練）消防所長の指導の下、応急処置訓練や普通救命の訓練を行っています。また、各ユニットに緊急時の対応マニュアルを掲示しています。	「地域防災協定」を結んだ後、消防署々長や地域の役員立ち会いの下、防災避難訓練を実施し、通報、誘導、避難経路の確認などを行っています。また、夜間を想定した自主訓練も行っています。備蓄は3日以上保管し、備蓄リストを作成して管理しています。	

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。	ご入居者様お一人お一人の性格や人生背景に照らし合わせ思いや希望を叶えられるような声掛けや自己決定できるようなアプローチを心懸けています。	家族から生活史を聞き取り、一人ひとりの思いに合わせて対応しています。年長者として敬うことを念頭に、呼称は名字に統一しています。利用者が「出来ることは出来るだけ自身できるように」さり気ない声かけ・誘導を心掛けています。	
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。	ご入居者様お一人お一人の性格や人生背景に照らし合わせ思いや希望を叶えられるような声掛けや自己決定できるようなアプローチを心懸けています。		
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。	可能な限り希望に沿ってその日の過ごし方を支援し、その方のペースを大切にして支援しています。		
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。	お一人お一人の生活習慣に合わせた身だしなみをして頂けるよう支援し、理美容に関しても、ご希望の方にはカラーリング等の対応が出来る美容師の手配をしています。普段の生活の中でも化粧を行う機会を設けています。		
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。	専属の調理スタッフを2名配置し、栄養士の管理の下、栄養バランスの良い食事を提供しています。 週に1度、入居者様と職員とで調理を行う日を設けています。	献立は栄養士が作成し、食材は外部業者に委託、調理は専門のスタッフが行っています。利用者は盛り付け、配膳、後片付けに参加し、週に1度、職員と共に料理に腕を振るっています。また、個別での外食、移動パン屋でのパン選びなど食事を楽しむ支援をしています。	

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。	1日を通して水分補給が出来る時間を作っています。 また、好きな時にお好きな物をお飲みできる様随時声かけし、1日のトータル水分量をチェックしています		
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行っています。 また、ご希望の方には週に1度、訪問歯科による往診日を設けています。		
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。	ご自身で排泄が出来る支援を基本とし身体の状態によっては、現状の排泄習慣を維持できる支援を実施しております。 また、必要な方に対しては排泄チェック表を活用し、排泄パターンの把握に努めています。	排泄に関して自立は3割強で他の人はリハビリパンツにパッド使用です。チェック表で排泄パターンを把握し、職員間の会話の中で情報を共有し、適切な声かけや誘導に努めています。入居時リハビリパンツだった利用者が失敗が減少して布パンツとパッド使用になった改善例があります。	
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。	便秘の際は往診医や訪問看護師と密に連携を取り、アドバイスを頂きながら、原因究明し早期改善できる様努めています。		
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。	曜日の固定は行わず、週に2度は入浴出来るよう声掛けを行っています。	その日の入浴は入浴チェック表で決め、週2～3日午前2～3人を基本としています。希望により夕方入浴も可能です。浴室は広く清潔で、脱衣室のトイレは廊下側から入ることもできます。可動式の手すりなど、利用者が安心安全に入浴出来る設備となっています。	利用者がより入浴を楽しめるように、湯船に季節の物を浮かべたり、癒やしの色や香りを取り入れるなど、五感への刺激も期待されます。

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。	お一人お一人の体力に応じ、休息を促しております。 空調にも配慮し布団シート、布団カバーも常に清潔を心懸けています。 個室の為、静かに落ち着いて眠れる事が出来ています。		
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。	お一人お一人の薬情報をファイルにして管理しています。 また、服薬時には誤薬防止の為、職員間でダブルチェックを行っています。		
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。	お一人お一人の生活歴から役割を分析しその方に適した支援を行っています。 趣味に関しても出来限りの支援をさせて頂いています。		
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。	天候にもよりますが、天気の日には、当事業所の外周を散歩として毎日行っています。 また、季節に合った外出レクを提供させて頂いています。	日々の散歩は安全面を考慮して個別対応です。近隣の桜並木や銀杏並木を職員と1対1で会話を楽しみながら歩いています。地域のふれあい祭りや桜祭り、そして招待に応じて学校祭にも積極的に参加しています。	
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。	買い物に出られる際はおこずかいを持って頂き、個別に買い物を楽しんで頂いています。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話に関してはご家族様のご理解の下いつでも連絡出来る状態です。定期的に文字を書く機会を設けています。		
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。	ご自宅にいるような空間作りを心掛けています。季節ごとや行事、普段の様子を写真で掲示しています。	玄関ホールにソファを置き、利用者が靴を履き替えたり休んだりする空間となっています。リビングはダイニングセットの間を車いすでも楽に移動出来る広さがあります。壁面には職員と利用者手作りの季節の作品が飾られ、家族や来訪者との会話のきっかけ作りとなっています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	外のベンチに座り日光浴をしたり、外の菜園や花壇を眺めたり、読書や昼寝をされたりと思思いに過ごして頂ける様工夫をしています。		
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。	ご入居の際に使い慣れた家具をお持ち頂く事をお勧めしています。ご入居されてからご本人様が早く生活に慣れて頂く為にご家族様と密に連絡を取り支援を行っています。	エアコン、クローゼットが備えられています。利用者はベッドや椅子、小物入れ、テレビなどを持ち込み、家族の写真や思い出の品を飾っています。自分で管理出来れば冷蔵庫や携帯の持ち込みも可能とし、その人らしい居心地のいい居室作りを支援しています。	
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。	お一人お一人の認知症の状態やADLに応じて家具や座席の変更など安全に配慮し、ご本人様の動線を確認し出来るだけ自立した生活を行えるよう支援しています。		

事業所名	愛の家グループホーム横浜大倉山
ユニット名	うめ

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	①「快適」で「穏やか」な生活を常に支援します。 ②さまざまな機会を通じて、地域の人々との触れ合いを大切にします。 ③「心」を込めた親切なサービスに努めその「姿勢」を磨き続けます。 この3つの理念を基に日々のケアに取り組んでいます。		
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。	昨年度より町内会に参加し、町内会の催しや近隣のイベントに参加し、地域との交流を図っています。		
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。	地域の方で認知症介護に困っている方に対して相談体制を整えています。 また、認知症高齢者支援の中でも、認知症相談受付と徘徊協力機関として、協力体制を整えています。		
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。	2ヶ月に1回の運営推進会議を開設時より欠かさず行い、ご家族様や地域の方々の意見を反映しサービスの向上に努めています。		
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。	今年より介護相談員の方に1ヶ月に1度来訪して頂き、ホームの良い点、改善点の報告を受け、ケアサービスに反映させています。		

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。	マニュアル、指針を掲示し拘束や施錠を防止しています。また、定期的に研修や身体拘束廃止委員会を開催し意識を高めています。ホーム会議や回覧にてスタッフに情報共有しております。		
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。	定期的に研修を行い、朝礼などでも啓蒙活動を行ない、防止に努めています。		
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。	社内や外部研修等の機会を通じて学び、対象となる入居者様に対して活用できる様に支援します。		
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。	契約時には概ね1時間半～2時間の時間を掛け読み合わせを行い、ご理解を頂いています。		
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。	運営推進会議時にご家族様よりご意見を頂き、日常的にも意見箱を設置しご意見を反映させています。		

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。	毎月ホーム全体の会議やユニットの会議を開き、個人が意見を発言できる場を設けています。		
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。	毎年、全従業員に対して満足度アンケートを実施し、職場環境の改善に努めています。「働き方改革」として有給休暇の取得、休憩時間の確保、定時での退勤など会社として取り組んでおります。		
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。	キャリアパス制度を利用し職員一人一人の力量を把握し、必要に応じた指導を行う。また、法人内で行われる研修に参加する事でケアの質の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。	ケアプラザで行われる会議等や同業者の勉強会に参加し情報交換や交流を深めています。		
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。	入居前のアセスメントでは、本人の要望とご家族様のご要望を聞きだし、理解し、当事業所での生活がイメージできるような助言と相談を実施する事で良好な関係作りに努めています。入居後ご家族様に詳細な生活歴をご記入いただきケアに活かしています。		

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
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。	サービス前にはご家族様とも十分に話し合いを持ち安心してサービスが受けられるよう理解を深め、信頼を得られています。		
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。	サービス開始段階で必要としている支援をニーズから見極め、助言する事を実施しています。支援して行く中でも他のサービス利用の必要性なども発見し、助言しています。		
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。	生活をする上で必要な家事や、楽しみなどをご入居者様と職員で共有し、良い雰囲気の上で関係を構築しています。		
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。	ご家族の意向を傾聴し、必要であれば随時、担当者会議を開催し、サービスの計画を立てている。本人を支えていく上で様々なヒントや助言を頂き反映できています。		
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う、支援に努めている。	手紙や面会等でご本人様が今まで大切にしていた馴染みの関係が維持できるよう支援しています。		

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
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	ご入居者様個々の性格を把握し、場合によっては職員が間に入る事で、職員も含めて共に生活する仲間として、役割を持てるような雰囲気作りをしています。		
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。	当事業所でのサービスを終了された後もお電話での連絡やご相談に対して随時ご対応させて頂いています。		
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。	ケアプラン更新時には必ずご本人様の意思や意向を尊重しプランに反映させてご本人本位のケアプランとなっています。		
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。	家族を交えてのアセスメントを実施し、生活歴や生活環境を把握しています。趣味や馴染んだ習慣なども継続して実施して頂いております。また、大切にしていた行事なども個別支援として対応しています。		
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。	今までのその方の個々の過ごし方を尊重しています。心身の状態も常に観察し対応し、日々の申し送りの際に心身の状態を引き継ぎしています。		

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
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。	担当者会議時に職員の考えている事や現在の課題を明確にし話し合いを行っています。 また、ご家族様からのアドバイスも踏まえて職員全員で共有し達成可能な無理の無いケアプランを作成しています。		
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。	ケアプランを介護記録と一緒にファイルし、プランを常に意識しながら記録しています。 情報共有も適宜適切に行えプランの見直しに活かしています。		
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。	ご入居者様やご家族様の新しいニーズに対し、臨機応変なサービスを実施しています。		
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。	保育園の園児、小学校の特別支援学級の小学生との交流を定期的に行っています。		
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、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。	ご入居時には、今までのかかりつけ医、当事業所のかかりつけ医を選択する事が出来、どちらの場合においても随時連携し、適切な医療が受けれる体制となっています。 また、緊急時ご家族様が不在時には職員による通院対応も行っています。		

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度の看護師による訪問により情報を共有し連携強化を図っています。また、その都度、往診医と連携しながら適宜適切な助言を頂いています。		
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。	入院された際はソーシャルワーカー等と密に連携を図り、適切な情報共有が出来るような体制を整えています。		
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。	契約時に「重度化した場合の対応にかかる指針」の説明を行い同意を得ています。		
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。	年2回の消防防災訓練を実施し、応急処置訓練や普通救命の訓練を行っています。また、各ユニットに緊急時の対応マニュアルを掲示しています。		
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2回の消防防災訓練を実施し、（内1回は夜間想定訓練）応急処置訓練や普通救命の訓練を行っています。また、各ユニットに緊急時の対応マニュアルを掲示しています。		

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。	ご入居者様お一人お一人の性格や人生背景に照らし合わせ思いや希望を叶えられるような声掛けや自己決定できるようなアプローチを心懸けています。		
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。	ご入居者様お一人お一人の性格や人生背景に照らし合わせ思いや希望を叶えられるような声掛けや自己決定できるようなアプローチを心懸けています。		
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、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。	可能な限り希望に沿ってその日の過ごし方を支援し、その方のペースを大切に支援しています。		
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。	お一人お一人の生活習慣に合わせた身だしなみをして頂けるよう支援し、理美容に関しても、ご希望の方にはカラーリング等の対応が出来る美容師の手配をしています。普段の生活の中でも化粧を行う機会を設けています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	専属の調理スタッフを2名配置し、栄養士の管理の下、栄養バランスの良い食事を提供しています。 週に1度は入居者様と職員とで調理を行う日を設けています。		

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
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。	1日を通して水分補給が出来る時間を作っています。 また、お好きな時にお好きな物をお飲みできる様随時声かけし、1日のトータル水分量をチェックしています		
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行っています。 また、ご希望の方には週に1度、訪問歯科による往診日を設けています。		
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。	ご自身で排泄が出来る支援を基本とし身体の状態によっては、現状の排泄習慣を維持できる支援を実施しております。 また、必要な方に対しては排泄チェック表を活用し、排泄パターンの把握に努めています。		
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。	便秘の際は往診医や訪問看護師と密に連携を取り、アドバイスを頂きながら、原因究明し早期改善できる様努めています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	曜日の固定は行わず、週に2度は入浴出来るよう声掛けを行っています。		

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の状況に応じて、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。	お一人お一人の体力に応じ、休息を促しております。 空調にも配慮し布団シーツ、布団カバーも常に清潔を心懸けています。 個室の為、静かに落ち着いて眠れる事が出来ています。		
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。	お一人お一人の薬情報をファイルにして管理しています。 また、服薬時には誤薬防止の為、職員間でダブルチェックを行っています。		
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。	お一人お一人の生活歴から役割を分析しその方に適した支援を行っています。 趣味に関しても出来限りの支援をさせて頂いています。		
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。	天候にもよりますが、天気の日には、当事業所の外周を散歩として毎日行っています。 また、季節に合った外出レクを提供させて頂いています。		
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。	買い物に出られる際にはおこずかいを持って頂き、個別に買い物を楽しんで頂いています。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話に関してはご家族様のご理解の下いつでも連絡出来る状態です。定期的に文字を書く機会を設けています。		
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。	ご自宅にいるような空間作りを心掛けています。季節ごとや行事、普段の様子の写真を掲示しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	外のベンチに座り日光浴をしたり、外の菜園や花壇を眺めたり、読書や昼寝をされたりと思い思いに過ごして頂ける様工夫をしています。		
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。	ご入居の際に使い慣れた家具をお持ち頂く事をお勧めしています。ご入居されてからご本人様が早く生活に慣れて頂く為にご家族様と密に連絡を取り支援を行っています。		
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。	お一人お一人の認知症の状態やADLに応じて家具や座席の変更など安全に配慮し、ご本人様の動線を確保し出来るだけ自立した生活を行えるよう支援しています。		