

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	0491200200		
法人名	株式会社宮城登米広域介護サービス		
事業所名	グループホーム憩いの里かがの	ユニット名	
所在地	宮城県登米市中田町石森字加賀野二丁目26番地2		
自己評価作成日	平成25年 7月 8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)】

<p>自宅で過ごしていた時のなじみの人や場所に触れられるよう、家族や知人との外出や面会の機会をできるだけ多く持てるよう心がけている。 できるだけ本人の意向に沿った生活が送れるよう、個別の援助に配慮している。</p>

※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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成25 年7 月23 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)】

<p>平成24年9月、新規に開設された1ユニットのホームで、旧中田町(現登米市)の国道346号から近い住宅地の一角にある。16年前に行行政主導で設立された株式会社宮城登米広域介護サービスが運営法人で、訪問介護、デイサービス、ケアプランセンターを運営している。近くの国道沿いは食料専門の大型店や家電量販店が立ち並び 賑わっている。管理者、職員とも介護に対する熱意が感じられ、家族からも行きやすいと評判が良い。しかし、質の高いケアサービスの確立は今後の課題となっている。この地域の認知症ケアの総合拠点として、今後更なる発展が期待されるホームである。</p>
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	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、その時々々の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				

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所: 憩いの里 かがの)

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	一般職員間で事業所理念を作成し、職員会議において管理者、法人代表者と共に理念を共有し、実践を試みている。	法人が定めた「共生」をうたった「第16期のテーマ」に基づき、ホームの事業計画で運営理念、運営目標、ユニット理念を定め、職員会議などで理念を共有している。このことは職員聴取でも確認ができる。	
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	地域の方の協力のもと、事業所敷地内に畑を作り、地域の方と共に農作業を行っている。	町内会加入は、入居者の住所移転の関係で折衝中で、防災を含め区長と調整をしている。近隣住民からはプランターに入れたお花を頂き、またホーム内に手作りの装飾品を飾って頂くなど、つきあいが強められている。	
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	運営推進会議を通じて、地域へ認知症の人に関する理解についての情報を発信しているが、今後、より地域への情報発信を強化していく必要性を感じている。		
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ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、活動報告、入居者の状況報告等を行い、運営方法等に関して意見を集め、サービスの向上に努められるよう努力しているが、今後、一層の努力が必要と感じている。	会議の参加メンバーや行政などの参加、年間の開催回数などは、目標を達成している。今後ホーム運営の中心軸として、この会議の結果がケアサービスの向上に結び付くよう、更なる取り組みを期待したい。	
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取り組んでいる	運営推進会議や必要時に直接市町村担当者に連絡を取り、必要な情報の収集、事業所の評価を行ってもらっている。	支所の担当者とは、健康保険証更新、生活保護(現在2名)、各種加算算定などで、実情を説明しながら連携を強めている。また行政や地域の介護事業者が参加する「地域ネットワーク会議」で、情報交換を行っている。	
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	身体拘束に関する規定を作成し、職員会議を通じ、職員に対し、必要な正しい理解、知識の習得に努めているが、今後も引き続き周知の徹底を図っていく必要がある。	身体拘束廃止の方針は、統一的に法人が作成し周知されている。実践者研修の拘束廃止の取り組みを活かし、職員全員に伝達している。開設以来行方不明者が3名出たが、職員の捜索で見つかり日常のケアの貴重な経験となっている。	
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	高齢者虐待防止に関して、入社オリエンテーション時に高齢者虐待防止関連について学ぶ機会を設定している。しかし、定期的な確認を含め、今後も機会の設定の必要性を感じている。		

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	成年後見制度に関しては、入社オリエンテーション時に制度の概要等を職員へ学ぶ機会を設定しているが、今後も定期的に制度等の確認が行えるよう機会の設定の必要性を感じている。また日常生活自立支援事業に関しては、今後学ぶ機会の設定を行いたい。		
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	契約の締結、解約、改定等の際には、文書にて利用者や家族等に説明を行い、不明な点や不安等の解消に努め、署名、捺印を頂いている。		
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	運営推進会議の場面や直接管理者や職員へ意見、要望を表明してもらい、運営方法等の改善につなげている。	家族会の設置や意見箱はないが、電話や来訪時など意見や要望を聞いて運営に活かしている。事業所以外でも支所の長寿介護課や国保連の住所、電話番号などを周知している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に1回もしくは2回、職員会議を開催し、職員より運営に関する意見や提案を書面で提示してもらい、改善等に反映させている。	職員会議を毎月開催し、運営に関する意見や提案を書面を出して貰い改善に活かしている。また年2回の人事考課の面接の際も、職員から運営上の意見を聴取している。	
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	年2回の人事考課を実施し、各職員へ対し、考課内容等のフィードバックを実施し、個別に各職員に対し勤務状況等に関する意見、要望をヒアリングしている。		
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	必要と判断される研修会への参加を促している。		
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	法人として、地域の介護事業者における連絡協議会へ参加し、他の法人との意見交換等を行い、サービスの質の向上に努めている。		

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
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	入居決定前にアセスメントを実施し、本人の意向、生活状況、身体機能等を確認し、新たな生活の場として安心して過ごしていただけるよう配慮しているが、今後もより質の向上を図っていく必要がある。		
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	入居前に、本人とは別に家族に対してもアセスメントを実施し、不安、意向等の確認を行い、できるだけ信頼していただけるよう配慮しているが、今後も必要に応じてその都度対応を行っていく必要がある。		
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	当グループホームのみではなく、その本人、家族の状況、生活環境等に応じた他のサービスの提案等を常に心がけた対応に努めるようにしている。		
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	共に生活を行っていく者としての対応に心がけるよう配慮しているが、まだまだ不足な面があり、介護する側、される側の関係性になる場合があり、今後の課題と考えられる。		
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	最低月1回の面会の機会を設定し、本人と家族の関係性が途切れないよう配慮し、通院や外泊等の機会も積極的に協力していただけるよう心がけている。		
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	本人のなじみの場所(個人病院や理美容院等)へできるだけ外出できる機会を設定し、できるだけなじみの人間関係の継続に配慮している。	スーパーへ食材の買物や、友人、知人宅訪問、デイサービス利用者との交流など、馴染みの関係継続に努めている。入居者の平均年齢が高いが外出機会もある。ホームには親族、知人の面会が多い。	
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	できるだけ利用者同士が分かり合えるよう、利用者間に職員が入り、関係性の構築に努めているが、まだまだ十分といえる状況ではなく、今後の修正課題の一つである。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	現状では、サービス利用の終了の場面に至っておらず、今後において、そのような場面となった場合には経過のフォローに努めたいと考えている。		
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	できるだけ本人の意向に沿った暮らしが継続できるよう配慮しているが、本人に気をつかわせてしまう場面が見受けられ、今後の支援のあり方についての課題であり、修正の必要性がある。	アセスメントでの聞き取りが中心で、一人ひとりの想いや希望の把握に努めている。「利用者基本情報シート」を作成し、職員間で共有している。自己評価で示された課題は、全職員でさらなる取り組みを期待したい。	
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	一人ひとりの生活歴やなじみの暮らし方等に関してできるだけ把握するように努めているが、不足な面も多々感じられ、今後の課題として考えている。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方を時間列で記録を残し、状況の変化の気づきに活用している。しかし、職員一人ひとりが十分に記録物を活用しきれておらず、今後の課題の一つでもある。		
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	個別に介護計画を作成し、計画に対し、内容の確認、同意を得ているが、今後、より質の高いサービス提供を目指した、より内容の濃い個別援助計画が作成できるよう努めていきたい。	個別で具体的な介護計画があり、家族へ説明している。サービス手順書に計画が反映され、見直し回数も目標が達成されている。今後さらなる内容の豊富な計画となるよう期待したい。	
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	個別の介護記録を作成し、また申し送りや気づきに関しても記録を残しているが、十分な共有化がなされていない場合があり、より一層の情報の共有に配慮した支援体制を構築していきたい。		
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、その時々にも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	できるだけ状況に応じた支援体制の構築を心がけているが、画一的な支援となってしまう場合があり、柔軟な対応がとれるよう、今後も継続的な配慮を行っていきたい。		

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
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	十分な地域との連携や社会資源の活用とまでは至っておらず、地域におけるグループホームでの生活の内容の充実が今後の課題と考えられる。		
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	主治医は、入居以前より利用していた医療機関に受診していただき、必要に応じて本人の心身機能に適した医療機関の紹介を依頼している。	入居者全員がかかりつけ医を受診をしている。外出機会を利用して皮膚科などを受診する時もある。「申し送りシート」を利用して、職員全員が情報の共有を行っている。	
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	事業所と独自に契約を締結している訪問看護ステーションの看護師と連携を図り、日々の生活上で必要な医学的な助言の提供をいただけるよう連携に努めている。		
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。	利用者が入院した場合に、必要な情報を提供し、退院後も安心して生活が行えるよう、医療機関と連携を図り、医療従事者との面談の機会も設定していただいている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期のあり方に関して、契約時に事前に説明を行い、指針を作成しているが、現状ではそのような場面に至っておらず、今後必要時には、随時連携を図っていきたいと考えている。	重度化、終末期の対応は、関係者間の方針の統一、話し合いと段階的な合意の形成、対応方針の確立と家族、医師、看護師との話し合い、意思確認書の作成など多岐に渡るが、取り組みが十分とは言えない。今後更なる努力を求めたい。	本人、家族、医師など医療関係者との話し合いを行い、理解が得られるよう説明し、意思確認書を作成して同意を得るなど、重度化・見取りに向けた取り組みを期待したい。
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	急変時の連絡体制の構築や初期対応の方法について事前に取り決め、訓練は行っているが、定期的な訓練には至っておらず、今後、実践力を身に付けることができるよう日々努力していきたいと考えている。		
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	災害時の避難訓練等は実施しているが、地域の協力を得た訓練の実施とまでは至っておらず、今後、地域住民の協力を得た訓練、災害時の応援要請について、現在調整中である。	夜間想定を含めた年2回の訓練をしている。設備などの点検は立ち会って確認されており、非常用食料や備品などは配備されている。地域住民が参加しての避難訓練など、地域との協力体制が十分でない。	地域住民の協力体制の確立について、目標を設定し取り組むことを期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりを尊重した声掛けや対応が行えるよう、職員会議やその都度周知しているが、時間の経過と共に対応に乱れが生じることがあり、今後も継続的に適切な対応となるよう配慮を行っていきたい。	運営目標の第一に「入居者の人権・プライバシー、尊厳を守る生活支援」を掲げ実践している。ユニット理念で笑顔で接することを中心に位置づけている。入居者の呼び方も苗字、名前を本人・家族と相談して使用している。	
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	できるだけ利用者本人が何を訴えているか傾聴するよう心がけているが、十分でないと判断される場合があり、今後の課題の一つであると判断される。		
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	職員の都合を優先した対応となってしまう場合があり、今後の修正課題の一つで、利用者本人のペースを大切に生活様式の確立に努めていきたい。		
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	自宅で過ごしていた際と同様に、本人の希望に沿った衣類や髪型等で過ごせるよう支援している。		
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	利用者の好みの食事となるよう配慮し、利用者の残存能力に応じて、職員と共に調理や準備、後片付けを行えるように支援している。	献立は栄養士が1ヶ月分を作成し、ホームの畑でできた野菜も取り入れて職員が入居者と共に調理している。食事は職員も一緒に取り、さりげなくサポートしている。季節のお花見弁当等を用意することもある。	
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	バランスの取れた食事となるよう栄養士の立案したメニューをもとに、利用者の好みに応じた食事とし、食事量や水分摂取量を確認し、必要に応じた支援を行っている。		
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	毎食後に口腔ケアが実施できよう必要な支援を行い、習慣化がなされるよう努めている。		

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
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記録し、できるだけトイレを使用した排泄が行えるよう自立に向けた支援を行い、必要に応じた介助を行っている。	「24時間生活支援シート」の記録によりパターンを把握し、タイミングをみて声がけている。日中は全員トイレを使用して夜間は、おむつ使用の方もいる。	
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	排便の傾向を確認し、個人に応じた飲食の形状等に配慮し、便秘の予防に配慮している。必要時には主治医の指示に応じた下剤の服用等を促している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	定期的な入浴の機会の設定は行えているが、一人ひとりの希望時間の入浴とまでは至っておらず、今後の課題の一つである。	毎日入浴できるが、一日おきの方が多い。一人に1時間位かけゆっくり入ってもらっている。好みの入浴剤を使用し、お湯は一人が入ったらその都度取り替えている。	
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	生活習慣に応じた休息や安眠の支援を行えるよう配慮している。		
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	内服薬の種類、服用目的、副作用等について職員へ周知徹底に努め、変更等があった場合には、申し送りを徹底するよう配慮しているが、稀に服用忘れが確認される場合があり、今後の課題の一つである。		
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	グループホーム内で役割や楽しみを持ち、張り合いのある時間を過ごせるよう配慮しているが、まだ十分な状況ではなく、今後の課題の一つである。		
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	できるだけ利用者の希望に沿った外出を心がけているが、家族や地域の人々の協力のもとでの外出とまでは至っておらず、今後の課題の一つである。	法人デイサービスの車で、車椅子の方も一緒にお花見等に出かけている。買い物は職員と近くのスーパーに行ったり、また家族が迎えに来てお墓参りに行くこともある。家族や地域の方と外出できるよう今後も働きかけていきたい。	

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
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	利用者個人の状況に応じて、少額の金銭の管理を行って持っており、必要に応じて買い物等が行えるよう支援している。		
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	家族等へ連絡を取りたい場合には、電話の利用等がスムーズに行えるよう、適切な支援を行っている。		
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	できるだけ心地よく生活ができ、四季の変化を感じることができるよう工夫を行っている。	南向きのリビングは明るく、廊下の窓からの風が気持ち良く通り抜けていた。七夕飾り等季節のものや今日の献立がボードに記されている。職員はゆったりと入居者に話しかけている。	
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	共有空間の中に、思い思いの時間を過ごせるよう空間設定を心がけているが、まだまだ十分といえる状況ではなく、今後も配慮を行っていきたい。		
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	できるだけ自宅で使用していたなじみの物を居室へ持ち込んでいただけるよう声掛けは行っているものの、十分な状況ではなく、今後の課題の一つである。	ベッド、筆筒は備え付けで、夏・冬の洋服はその都度入れ替えている。馴染みの家具を持ち込む方が少ないので、今後も家族に働きかけていただきたい。家族が来た時は居室でゆっくり話しをすることが多い。	
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	一人ひとりの残存能力に応じた居室の設定等を行っているが、まだ十分といえる状況でない場面もあり、今後の課題の一つである。		