

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	0470201435		
法人名	株式会社 ケアサービス希慈		
事業所名	グループホーム希慈		
所在地	石巻市渡波字浜曾根山20		
自己評価作成日	平成 22 年 1 月 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://yell.hello-net.info/kouhyou/
----------	---

【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 22年 2月 24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)】

常に利用者さんのことを第一に考えて利用者さんのリズムに合わせて一日を過ごしています。利用者さん一人ひとりが穏やかな顔をしています、毎月写真を添えて近況報告を家族にしております。

【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)】

入院中おむつ着用をしいられた入居者が退院後おむつをはずして、リハビリパンツに変え、排泄の自立を積極的に施している。透析患者で車椅子の入居者が歩行訓練で自立して歩けるようになり、排泄の自立を実現し喜ばれている。家族会は設立されていないが、家族参加の芋煮会やクリスマス会など家族との交流が積極的で家族等にも評価されている。

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)(事業所名 グループホーム希慈)「ユニット名 」

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	会社の理念を常に頭に入れ、なおかつ自身の理念をケース記録に添付し意識させる。常に自分のケアが理念に合っているか、疑問を持つように働きかけています。	会社独自の理念「介護しているのではなく、介護させていただいている」を作り上げているが、地域密着型サービスの意義が加味されていない。1年に1回以上は状況の変化に応じて理念の確認もしてほしい。	地域生活の継続や地域との関係性強化など地域密着型となったグループホームの役割を反映した理念を皆で作りあげ、ホームの状況に応じた見直しも行っていただきたい。
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	町内会に加入して各種行事へ参加し、地域に溶け込む努力を続けています。	町内会に加入し地域のお祭り等に参加している。隣接の中学校の文化祭や運動会等に招待されたり、中学生の職場体験の受け入れや校長の運営推進会議への参加など交流が盛んである。	
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	見学者の受け入れは常にオープンに行っています。高齢者を抱える近隣住民からの問い合わせ時は、親身になり適切なアドバイスを行っています。		
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	事業計画・事業所の活動状況の報告等を行い、様々な異見・提案を頂き参考にしております。	3月に新型インフルエンザ予防のため休んだ外、2ヶ月ごとに5回開催されている。毎回地域包括支援センター職員の参加がある。委員には中学校の校長もいる。外食や新設されたグループホーム等の議題となった。	
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	常に連携を欠かせない様に普段から心掛けています。又年2回に石巻市の担当栄養士さんから食事栄養のアドバイスを受けています。	市に指導監査の依頼をし水分補給等の指導や管理栄養士から年2回ホームの食事の献立の指導を受けている。ケース記録に目を通してもらったり市との連携に努めている。	
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	利用者の尊厳・自由・権利を尊重しすべての職員に認識させる。見守りの強化や定期的な勉強会を行い、『拘束しない・させない』方法を考え実践しています。	食品庫の入り口に鍵を取り付けることで石巻市に行き相談して、身体拘束に該当しないことなどの指導を受け鍵を取り付けるなど、運営規則等にも明記されているように入居者の行動の制限をすることしないようなケアを工夫している。	
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	高齢者虐待法を理解する為に外部・内部研修を行い理解し、小さな虐待を見逃さず、利用者の小さなサインを見つけ『虐待ゼロ』を実践しています。		

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
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	成年後見制度について理解する為、定期的な勉強会を行い理解する。また利用者の親族と十分に協議し利用者の財産等が利用者の不利益にならないように支援する。		
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	重要事項説明書、事業所のケアプランやケア内容、又は個々の相談も聞き入れ双方の理解納得の上で署名を頂いております。		
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	御家族が面会の際に職員から話しかけてご意見やご要望を引き出し、運営推進会議で協議しご家族と共によい方向に進めております。	家族会は結成されていないが、家族等の参加の芋煮会やクリスマス会を開催して入居者に喜ばれている。入居者や家族等が意見や苦情が出しやすいように第三者委員を設けるように検討していただきたい。	
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	毎月ミーティングを開き職員の意見や提案を聞き対応を図っている。	職員からの提案で、食事のトレーが大きいので中型に変更した。入居者全員で外出する時、現在は2台の車で行くので、1台に乗れるようにした方がよいなどの提案は現在前向きに検討中である。	
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	職員に改善提案書を提出してもらい協議の上、採用する事により向上心を持ち、楽しく、やりがいのある職場作りに努めています。		
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	宮城県介護研修センター主催の研修会の参加や、定期的な勉強会を開き介護士として必要な知識と技術を身に付けるよう育成しています。		
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	宮城県認知症GH連絡協議会主催の情報交換会に参加し、他社の方々との交流を通じて意見・情報交換を行いケア向上に努めています。		

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
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	御相談を受けた際には必ず本人のもとへ足を運んでお話を伺う。また事業所にも引きホームでの生活についてお話をし入居へと進めています。		
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	上記同様に面談で聞き取りを行い、その上でホームでの生活に求めるものや不安等も聞き入れ十分時間をかけてよい信頼作りに努めています。		
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	利用者のADL・介護度・生活環境を把握し利用者が必要としているサービスを検討する。またGHでの生活が利用者にとって適切であるか本人・ご家族等と話し合う。		
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	利用者自身の生活スタイルを尊重し、出来る所はしていただき、出来ない所を支援させていただき事で残存機能を維持し、QOLの向上に努めています。		
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	毎月職員による現状報告をお手紙にてお知らせし、また四季折々の行事を行った際の写真を添付して家族の絆を大切にしています。面会時にはホームでの様子をお伝えし、ご家族とゆっくり過ごしていただけるよう環境を整えています。		
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	利用者の生活環境を尊重し、入居前からの掛かりつけの病院、商店、家族以外の知人等を把握し、外出や来訪などにより大切な関係が途切れないよう支援しています。	入居者が住んでいた街のよろずやに買物に行き、昔の呼び名で会話したり、友達の訪問で青春時代を思い出したりしている。なじみの美容師にホームに来てもらい髪を整えてもらう人もいます。	
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	ひとりひとりの性格を把握し、利用者にあったコミュニケーションを取り、利用者が共に楽しめるような行事を行うことで他の利用者や職員との信頼関係を築いています。		

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
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	施設を退所しても利用者のご家族との関係性を大切に、ご相談を受けた場合は適切にアドバイスをを行い支援しています。		
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	日々の会話の中から思いや要望を聴き出し個人の趣味や関心事に合わせたケアを行っています。	散歩や入浴時になにげなく生活歴などを話してくれるので、入居者の思いを垣間見る時がある。その思いを日々のケアで実現できるように努めている。昔習った絵や習字、歌等は趣味の活動に活かされている。	
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	入居前の情報収集は本人、家族や利用していた施設関係者に聴きま、入居後も面会の際や本人との会話から得た情報を活用しています。		
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	利用者の生活スタイルを尊重しADLの状態、残存機能を把握、理解した上でケアを行う。職員本位のケアではなく、利用者本位のケアを心掛け個々に接する時間を大切にしている。		
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	毎月のケアカンファレンスにて職員の気づきや意見を聴取し、本人の気持ちや家族の意向、掛かりつけ医のアドバイス等と統括し、現状にて一番最適なケアプランを作成しています。	東京センター方式を活用したアセスメントに基づきケアプランを作成。ミーティングで毎月検討し、無理な時は計画を変更している。入居間もない人は毎月見直している。	
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	食事・排泄・バイタル・水分量等一目見て変化がわかるように日々記録しています。日常の様子はケース記録に記録し勤務前に目を通し情報の共有を図っています。		
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	日々変化する利用者のADLやニーズに対応し、充実した生活を送っていただく様に支援する。また家族の状況や変化にも柔軟に対応し、通院等の要望に対応しています。		

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
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	一人ひとりの生活履歴を把握し、利用者の人生の核となっている地域資源を理解し、活用しながら支援を行っています。		
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	利用者・ご家族の要望に沿い、すべての利用者がそれぞれ掛かりつけ医に定期的に受診し指示を仰いでいます。	かかりつけ医等を受診する時は、職員が付き添うか、書面でホームでの生活の様子を分かるようにし、受診の結果や助言はケース記録に残している。週3回透析に通院している入居者もいる。	
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	看護職は不在の為、介護員が自己判断せずかかりつけ医に早急に相談する事を徹底し、症状の悪化を防ぐように支援する。		
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。	施設に戻るにあたっての留意事項等をご家族・医療関係者と相談し、早期退院に向けて働きかける。また職員がお見舞いに伺い、利用者が安心して戻れるように支援する。		
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	本人・ご家族がどのような終末期を迎えたいかをできるだけ早い段階から話し合う。本人・ご家族のニーズに出来るだけ沿えるように看取りの指針を策定し職員全員で対応する。	入居時に医療行為が必要な場合や座位が保てなくなった場合には退所する同意書を貰っている。医療行為が伴わない老衰には看取りが可能になるが、状況の変化に応じた段階的な話し合いや関係者等との話し合いは行われていない。	重度化や終末期の対応についてのホームとしての指針を作り、状況の変化に応じて繰り返し入居者や家族、関係者等と話し合い、できるだけその人らしい生活の支援をして頂きたい。
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	緊急時対応マニュアルを作成し、社内研修を行うことで応急手当や初期対応の知識と技術を身に付ける。		
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	消防署の立会いの下で火災訓練、設備点検を行う。また救命救急法の技術等を学ぶ事で利用者が安全・安心して非難できるように対応しています。	スプリンクラーは2月末に工事の予定。災害マニュアルを作成し、年2回避難訓練を行っている。備蓄は3日以上準備。訓練中自室に戻る入居者がいたり、地域住民の参加が得られていない。	運営推進会議での協力要請やホームの会報等で地域の協力を呼びかけて頂きたい。

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
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	職員は常に『その人らしく』を頭に入れ一人ひとりに合わせ、時には失礼の無いように方言等を交えながらコミュニケーションを図り『尊厳の尊重』を実践しています。	朝夕の引継ぎ時に入居者に聞こえないように名前を読み上げないようにしたり、チャン付けしないなどプライドを傷つけないように配慮している。元美容師は先生と呼ばないと応答しないので「先生」と呼んでいる。	
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	『自立支援』を実践する為、利用者の小さなサインも見逃さず本人の要望や希望を最大限受け入れ、自己決定していただけるように働きかけています。		
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	常に利用者のペースで生活できるように本人の気持ちを確認した上で支援内容・日常業務を組み立て支援しています。		
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	整容・整髪・着衣選び等も楽しみながら自己決定してもらえるように働きかけています。また家族の了承を得て美容師に出張してもらい理髪していただいています。		
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	一人ひとりの好みやADL・残存機能を把握し配膳・盛り付け等の準備や味見をお願いし、楽しんでいただいている。また後片付け等は職員と一緒にしています。	嚥下体操をして誤嚥予防に努めている。メニューは市の管理栄養士に年2回点検してもらい、カルシウムの不足や塩分の摂り過ぎの指導を受け実施。職員も一緒に食事を取り、さりげなく介助している。週2回希望食を	
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	一人ひとりのADL・食事形態に合わせた支援を行っている。施設には栄養士がいない為、年2回石巻市の担当栄養士さんに水分・カロリー摂取量を検討していただいています。		
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、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	毎食後職員が見守りを行い一人ひとりの口腔状態・IADLに合わせた支援を行っています。また定期的に訪問歯科医に受診していただき指示を仰いでおります。		

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
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	利用者の排泄パターンを把握し、残存機能を活用した排泄を支援する。また羞恥心に配慮した支援を心掛け、排泄の声がけ等を行いながら自力でトイレでの排泄が行えるように支援する。	日中おむつの着用者はいない。退院したばかりの入居者は夜間のみ着用しているが、リハビリパンツの着用に変え、排泄の自立に努めている。	
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	排泄記録表を元に便の状態・量・水分量等を総合的に判断し、適切な排便コントロールを行っている。また一人ひとりの体質に合わせた食料・運動を行うことで排泄を促している。		
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	本人の希望を最優先にしながら、毎朝のバイタル値を確認してから判断する。入浴時間も本人の希望に沿い、個々の体調等を判断し可能な限り入浴していただく。体調不良・介助拒否等の場合は足浴・清拭で対応しています。	入浴を阻む人はいないので、毎日14時から入浴を支援している。失禁者はそのつど浴室で清拭などをして清潔に気持ちよく過してもらっている。	
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	利用者一人ひとりの生活習慣・生活履歴に配慮し個々が安らげる場所を提供し支援している。また夜間不眠だった場合には、翌日は無理に活動や入浴を促さず、休息の時間を取られるように配慮しています。		
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	毎月のケアカンファレンスにて薬の目的・作用・副作用を学び理解する。服薬も個々のIADLに合わせた支援を行い、服薬後の症状の変化についてもケース記録に記録している。		
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	日常生活や行事等では個々に合った役割をお願いし、張り合いのある生活をしていただいている。職員はその都度利用者に感謝の言葉を伝え、お互いが喜び信頼できる関係を築いています。		
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。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	利用者の希望を第一にその日の体調・天候等を配慮し判断している。本人の希望を把握し、普段行けないような所にも家族・親族等と話し合い可能な限り支援している。	天候の良い日は散歩等に出かけている。ドライブで河北町の道の駅「上品の郷」へ行き、天然温泉の足湯につかり、買物してくるコースが入居者に喜ばれている。	

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	利用者と一緒に買い物に行った際は自分で商品を選んだり、お金を渡し会計をしていたり、利用者のIADLに合わせた支援を行っています。		
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している	利用者の希望に沿って家族と電話できるように支援しています。電話で家族の声を聞く事で安心感を得ていただき、家族との絆が途切れないように支援している。		
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	利用者が一番長い時間を過ごすリビングは、『明るく・広く・温かく』をテーマに思い出の写真や季節感のある飾り物を飾って自宅の茶の間のような雰囲気を出せるように工夫している。	大きなガラス戸から+F65536	
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	リビングの隣に和室を設け、一人でテレビ鑑賞や、気の合う利用者同士でお話をいただいている。一人の時間を大切にプライバシーに配慮した支援を心掛けています。		
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	入居時には使い慣れた家具や思い出の品等を持って来ていただきます。利用者の好みの部屋にすることで安全に安心して生活できる居室作りを行っています。		
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」「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	ホーム内はすべてバリアフリーにし安全に配慮している。利用者の歩行能力を把握し『自立支援』を心掛け利用者の状態に合った支援を行い、自立での生活が送れるように工夫している。		