

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	0471200584		
法人名	社会福祉法人登米市社会福祉協議会		
事業所名	認知症高齢者グループホームほほえみ		
所在地	宮城県登米市石越町南郷字新石沢前47-3		
自己評価作成日	平成 24年 10月 9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)】

外に向け出かける機会を多くつくる。今までは来るのを待っていた部分が多かったが、地域の中のミニディやサロンなどに積極的に参加し色々な方達との繋がりを持つ。グループホームの入居者の方達を知っていただく事で馴染みの関係が出来てきてきている。行事では地域の方達・ボランティアの方達を招待し、御家族とも交流して頂き地域の関係つくりを力を入れている。社協だよりでも紹介してもらい市内にもアピールしていきたい。

※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24年10月25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)】

本ホームは登米市社会福祉協議会が運営する石越福祉センター、デイサービスセンター、23年開設特別養護老人ホームと隣接しており、入居者・家族の安心につながっている。運営推進会議を核とした地域との交流が活発に行われており、ホーム行事の納涼流しそうめん会や敬老会に家族と共に地域の方が多数参加している。今年度は入居者と共に外に出かける機会を増やしており、地域資源の市消防防災センターでの地震や煙体験を実施してホーム災害対策の見直しに活用したり、ボランティアの協力によるサロンやミニデイおしゃべり会参加などで地域の一員として日常的な交流を深めている。

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、安心して暮らさせている (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 認知症高齢者グループホーム ほほえみ)「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	実践されているが、今年度見直しも兼ね話し合う機会を設ける予定。	二つの理念を作り、「地域交流」ではサロンなど外に出かける場を増やし、「一人ひとりの生き方尊重」では何をしたいかの選択項目の工夫で自己決定して頂くなど実践している。次年度に見直しを計画しており期待したい。	
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	ボランティアの協力もあり、地域のサークルやミニディへの参加等声を掛けていただき、参加する機会が増えています。	市社協「心の元気サポート」代表の協力による地域の方が集まる趣味サークルやミニディおしゃべり会参加、小学校発表会への出席など入居者と共に積極的に地域へ出かける機会を増やし交流を深めている。	
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	「介護110番」の窓口はそのまま継続しています。社協だよりなどに掲載し市内の方達にも分かっていたできるようにしています。		
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	行事の協力、参加をいただき、反省会を設け立場の違いからの意見等を頂き、防災関係では防災センターの活用などのアドバイスを頂き、職員間で話し合い入居者と見学体験をしてきました。	入居者、家族代表、行政区長2名、民生委員、市職員、包括支援センター員をメンバーに奇数月毎に定期開催され、ホーム状況報告後、行事内容や避難訓練など意見交換し、区長提案による市防災センター体験を実施している。	
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	運営推進会議に参加していただき、又、委託事業も受けているので協力関係は良い状態で出来ている。	市職員、包括支援センター職員が出席する運営推進会議でホームの理解、支援働きかけや在宅認知症の方の関わり方を話合っている。市委託による緊急の理由などで介護ができなくなった在宅高齢者の短期宿泊を行っている。	
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	日中の玄関の施錠は無し、外出は併設の施設の協力をいただき、見守り声掛けで対応している。ペットのサークル使用時は家族の了解のもとで対応しています。	外部研修を受講、ホーム内研修で入居者が受ける拘束の弊害を理解し、日々の声かけなどでの入居者の行動制限に注意し合いながら、拘束のないケア実践に取り組んでいる。一人ひとりの外出傾向を把握し、隣接サービスと連携しながら、見守りなどで対応している。	
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	研修には、参加しています。持ち帰り施設内研修を実施し、日頃より注意、防止に努めています。		

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
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	研修を受け、施設内研修を行います。成年後見制度は現在対象者がいないので幸いです。		
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	管理者、計画作成担当2名が対応、最低でも2回は自宅訪問し説明を行い、納得して頂くまで面談等行う。		
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	面会時や行事など、来訪時には必ず会話をもち日頃の状況や自宅の様子などの情報交換をしています。又運営推進会議では入居者の方にも参加していただきお話をさせていただき事もしています。	日々の奇り添いの中で入居者意向を聞き、家族には来訪時やホーム行事に参加頂き、気軽に話合える雰囲気づくりで意見を聞き運営に反映している。運営推進会議でも意見を聞いている。第三者委員について説明している	
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	毎月、ケアカンファ時ミーティングを設け、各自の意見、提案など話す機会を設けています。その場で解決出来るものは話し合い、出来ないものは上司に上げ相談、解決に持っていくようにしています。	日々のミーティングや毎月開催カンファレンスで意見・要望を聞いており、特養理学療法士によるリハビリ指導やホーム内段差解消などサービスの質向上に反映している。戸外のスロープ設置を上司に提案しており、実現を期待する。	
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	なかなか難しいです。今年度、本部で人事考課制度策定委員会を立ち上げ取り組んでいます。		
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	研修、講習等は一人一人に合わせレベルアップにつなげ実践につなげています。		
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GH協に入会しているので、講演や研修会などの機会を通し交流、情報交換をもうけ質の向上につなげている。		

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	入居前に自宅訪問は最低でも2回は行き、必要に応じ回数は増やし、又ホームへの見学も勧めハード面からの安心にも努める。		
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	本人の希望、要望も大切だが、御家族の希望する事が何であるかも、きちんと伺い出来ることは対応し良い関係づくりに努めている。		
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	他のサービスの利用はしていないが、併設の施設の協力をもらい出来る範囲で対応に努めています。		
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	出来ることを見つけ、役割を持って頂くことで、生活の張りや役に立っているという楽しみを持っていただく。(茶碗拭き・廊下の掃き掃除・モップ掛け・草取り・洗濯物たたみ等)終了時は必ずお礼の言葉掛けます。		
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	来訪時は面会をして会話を持っていたが、スタッフからは近況をお話し、家族でしか出来ない部分のケアは御家族の協力を頂き目線を同じにするような関係づくりに努めています。		
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	全員出来れば良いのですが、地域や家族の協力を頂ける方には途切れないように支援しています。床屋・親戚宅への訪問・同級生・行政区長の訪問など	これまでの生活歴などをセンター方式で把握し、知人や地域との関わりの継続を支援している。同級生来訪時の再訪の働きかけ、家族や区長、ボランティアの協力による馴染みの商店、洋服店、理容店の利用など行っている。	
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	関係の把握は出来ているが、一部の利用者が孤立してしまう事がある。環境や状態によっても関わりが難しい方もいますが、職員が間に入り関係づくりに努めています。		

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
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	終了理由は、入院、他の施設への入居のため出来ていません。入居中の情報等必要な時は提供しています。		
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	毎日の生活は自宅での生活リズムをあまり変えずに出来るよう本人、家族のお話をうかがい出来ない部分は、なるべく近い状態で出来るよう努めています。	日々の関わり、入居者同士の話などから一人ひとりの希望、思いを把握している。お孫さんに見せるぬり絵作りや縫い物の好きな方の刺し子作りなど本人の希望に添えるよう支援している。	
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	入居前センター方式に添って出来るだけ詳しく記入していただき、聞き取りも行っていきます。		
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	午前バイタルチェックを行い、状態を把握したうえで、日中の活動を行い、その内容を個人のケース記録に記録し、申し送り日々の変化等把握につとめている。		
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	日頃、本人が発する言葉に耳を傾け、何を望み楽しみとしているかをケアカンファ時話し合い、検討し必要な関係者との連携相談、家族にも面会時などにお話しをしている。	個々の入居者、家族、介護担当からの課題、目標を反映した具体的な介護計画を作り、日々のケア、モニタリングを行い、毎月開催カンファレンスで評価し、見直している。定期的には3ヶ月毎家族と話し合い同意を得ている。	
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	介護計画に沿った記録をする事で、情報の共有につながる。また、見直しにも生かしている。		
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	以前は、ディサービスだけでしたが、昨年特養が開所し、行事等交流ができ、また理学療法士の方の協力をいただきリハビリなどの面でもサービスに取り組んでいる。		

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
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	地域のサロンやミニディ、買い物などに出かけ活動に参加(見学)する事で、楽しみにされている。		
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	入居前に御家族と話し合い決めています。協力医の場合はホームサイドで対応、それ以外は御家族対応。状態は必ず御家族にお話しし受診していただきます。受診前後の状態はケース記録に記録しておきます。	希望するかかりつけ医受診を行っている。協力医通院は職員が同行、協力医外は原則家族とし、日々の様子や体調をメモなどで伝えていく。容態変化時や薬変更を都度家族に伝え、生活援助計画にも反映している。	
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	バイタル時の変化や、食欲、排泄面、入浴時の外面的変化など、気づきがあった場合必ず報告し、状態に応じ受診や看護の支援を受けています。		
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、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。	出来るだけ、毎日面会に行き、本人の不安を少なくし、病院関係者とも話す機会をつくり情報交換や相談しやすい関係に努めている。		
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	昨年家族との話し合いを目標としていましたが実施できませんでした。今年度には方針を決め取り組みたい。	23年度の達成計画としていた「ホーム方針策定、家族との話し合い、お互いが納得できる内容での成文化」の目標に向け、検討を進めているが、ホーム方針の策定に至っていない。	昨年、隣接地に開設された同法人特養老人ホームとの連携なども検討しながら、重度化や終末期に向けての方針を策定し、家族、医療機関との話し合いを進め、方針共有化と具体的な支援への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	マニュアルは出来ている。実践を重ね身に付けるよう努める。		
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	協力体制、連絡網は出来ているが、全体での訓練がまだ出来ていない、今後予定はしている。定期的にホーム内の実働訓練・図上訓練を行なっている。非常食や備品等の確認も行なっています。	マニュアルを作成し、ホームでの日中及び夜間想定実働避難訓練及び図上避難訓練を年間各々1回、計4回実施している。区長の協力による地域の方の避難訓練参加を予定している。震災後発電機、ヘルメットも準備している。	

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	個人に合わせた声掛け、訪室時や排泄時の対応には必ず声を掛けプライバシーには気をつけ対応しています。	入居者各々の持っている力に応じての自立した暮らしの手伝い、自己決定をし易い言葉かけに職員同士気をつけ合いながら介助している。耳の遠い方へは身振りや耳元でのゆったりとした声かけで対応している。	
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	話をする、聞く時間をつくり、何がしたいか望んでいるかを聞き、又言えない方には、実際に物を見たりして選べる工夫をしています。		
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	自分のペースで過ごす方には、無理のない程度に支援し、出来ない方には職員がそれなりのペースで支援しています。		
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	自分で選べる方は任せています。出来ない方は職員の方で、季節や行事に合わせてお化粧もしています。		
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	昔からの「はっとう」づくりは、利用者をお願いすると大変喜ばれ一緒に準備をしていただけます。季節の物を献立に取り入れ職員と一緒に食事をする事で話も弾み、楽しい食事になっています。	特養栄養士が作成した献立を旬の食材や入居者の体調、希望、おかゆなど食べ易い形態で調理し、提供している。「はっとう」作り、片づけなど入居者の力を活かしている。流しそうめん会など行事食、外食も楽しんでいる。	
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	糖尿病や運動量の少ない方などは食事の量に気を付け、便秘気味の方には水分の量や、乳製品野菜を増やしたり、飲み込みが悪い方には、とろみを付け十分な栄養がとれるよう工夫している。		
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	歯科医との連携で口腔ケア・診療を行っています。出きる方は各自で毎食後歯磨き、うがいをさせていただきます。出来ない方は、職員が介助し行っています。		

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
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	入居年数も長くなり、認知もADLの低下も見られますが、排泄チェック表を活用し日中はほとんどの方はトイレにて排泄し、リハビリパンツで過ごされています。	月間排泄・バイタルチェック表を活用しその方に合った時間間隔での誘いかけやサインを見逃さないよう注意しながらトイレでの排泄を支援している。安眠に配慮し、日中、夜間の下着の使い分けをしている。	
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	散歩や運動、牛乳やヨーグルトなどの乳製品の摂取、腹部マッサージなど行っています。かかりつけの医師と相談しながら下剤で対応している方もいらしゃいます。		
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、個々にそった支援をしている	希望に添えるよう努力しています、入りがらない方が何名か居るので、本人と話し希望の曜日・時間を聞きながら対応しています。現在夜間浴の方1名支援させて頂いています。	個々の希望や体調に配慮した支援をしており、夜間浴の方もおられる。拒む方には足浴や清拭など、誘いかけのタイミングの工夫で対応している。介護度の高い方は職員2名での介助や同性介助を行っている。	
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	休まれる時間、起床時間は季節やその日の状態が変わるので、職員間で情報を共有し対応しています。夜間眠れなかった方は日中に休む時間をもうけています。		
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	薬の説明書は個人のケースにファイルしておき誰でも見れるようにしてあります。薬変更時には必ず、職員に申し送り説明、経過観察も行います。変化のあるときは家族、医師との連絡を行います。		
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	茶碗拭き、玄関掃除、廊下のモップ掛けなど、今では自分の仕事だと思って手伝って頂き終わったときはお礼を言うことで楽しみにされている、おやつには好きな飲み物を提供し、散歩やドライブなどで気分転換をいただいています。		
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	散歩やドライブはなるべく天候を見ながらシルバーカーや車椅子など利用し皆さんが出かけられるよう支援しています。行きつけの床屋、洋服屋さんにも御家族の協力を頂き出かけています。コンサートやショーなどなかなか行けない所も、地域のボランティアさんの協力支援を頂き出かけています。	一人ひとりの希望にそった外出を支援しており、地域ボランティアの協力で童謡歌手コンサート、フラダンスショーに出かけている。デイスの車を利用し、防災センター見学、伊豆沼などへのグループ外出をしている。訪問時にも昼食前の戸外散歩に出かけていた。	

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
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	入居時、お小遣いとしてお金を、お預かりしています。外出や買い物の時は本人が使えるよう支援しています。		
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をしている	電話は番号を押すのが難しく、職員の方でかけて渡したり、かかって来た電話は本人に取り次ぎお話をさせていただいています。手紙は最近難しくなっていますが、年賀状は書ける所まで書いていただき職員が手伝い出しています。		
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	不必要なカーテンの使用は避け、外の様子が常に見えるようにし、換気は必ず全室行います。	天井が高く、大きなガラス戸から外の見える居間は圧迫感がない。エアコン、加湿器、換気扇で適温・適湿管理され空気のよどみもない。秋を感じさせる貼り絵や暦で季節を演出している。廊下各所にソファが置かれ入居者同士や一人で思い思いに寛げるようにしている。	
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	居間のカーベットの空間では日向ぼっこをしながら足を伸ばしたり、横になったり出来る空間を作りました。廊下には長椅子・ソファを置き、気のあった人達で過ごされる様子が見られます。玄関前の椅子は一人になれる場所になっています		
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	入居時に使い慣れた家具、テレビなどの持ち込みをお願いして、なるべく安心できる空間づくりに努めています。	洗面台、クローゼット、押入れのある居室に家族に働きかけ、家族写真、使い慣れた机、ゆったりできる座椅子、家具類が持ち込まれている。手製のぬり絵を飾るなど自室での楽しみを作り出す工夫をしている。	
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	段差の無い事で安心な面があります、廊下にも手すりが設置され、トイレ、浴室、居室には名札やのれんを設置する事でわかる工夫をしています。		