

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	0490200052		
法人名	社会福祉法人 みやぎ会		
事業所名	グループホームきたかみ	ユニット名	
所在地	宮城県石巻市北上町橋浦字大須234番地		
自己評価作成日	平成22年3月25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)】

利用者様が家にいるような、のびのびとくつろがれている。

※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4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)】

社会福祉法人みやぎ会には、特養ホームきたかみ、デイサービスセンターと共にグループホーム「きたかみ」がある。このホームの特徴の一つは毎月職員個々が自らのケア行動について「振り返り評価」を行っていることである。例えば「利用者の想いを汲み取る事が出来たか」の設問に○×で答え、その理由を記述するもので10項目ある。大変な学習効果があると思われる。特徴の二つ目は運営推進会議の運営である。区内の有力者や様々なキャリアを持つ人を活用し地域の行事に参加している。特に出席家族の発言はホームとの信頼感を厚くし、災害訓練、バスツアー等への家族参加の原動力となっている。
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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)
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)
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
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
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 グループホームきたかみ)「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	事務所の職員室、玄関に掲示している。	今年「自分で作れば実行する」という事でスタッフ全員が「自分の親だったら」などをイメージして作り、それぞれ呈案し検討した。「話を良く聴きます」など率直で分かり易く、実践につなげ易い6項目の理念である。	
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	近くに診療所、歯科診療所あり、受診、往診と協力を頂き、他医療機関と連携とり、常に相談しながら行っている。また、理容等も近所店を利用し、散歩、日光浴等の際も近所の方々に挨拶交わし、野菜、花頂いたりうまく付き合えていると思う。	入居者は地元の人が多い。大工さんが作業台を作ってくれ、ご近所から野菜を頂き、お礼に入居者作成の紙箱を届けたり等自然体でのお付き合いである。市の前課長が防災訓練の指揮を取るなど協力を得ている。	
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	運営推進会議において、また家族との面談の中や面会、見学に来設された際、認知症の理解できるように常に努めている。		
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	外部評価、市の指導、入居者の状況、活動状況等すべて報告し、参加メンバーから質問、意見、要望受け、双方向的な会議になるよう配慮している。	隔月開催し、市の課長と地域包括センター職員、区長、民生委員、折り紙教室の先生等が委員で多数の家族も毎回出席している。津波情報による待機中に区長からチリ地震津波の体験を聴くなどしている。	
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取り組んでいる	市町には問題点が出た際にも常に相談し、助言を頂きながら努めている。(診療所、歯科診療所、消防署、市役所介護保険課、生活保護課、包括支援センター)	ホームの改装の際の届出の有無の相談や入居者の状態に適した病院探しなどについて、行政、包括支援センターからの指導、助言を得ている。ホームでは行政側の「応援」を感じ取っている。	
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	ケア会議等において身体拘束について話し合い、正しい理解に努め、ケアプランに細やかに取り入れ、対応の方で防ぐように取り組んでいる。	虐待についてはケア会議で「小言も虐待になるのか」など具体的に検討している。日中玄関の鍵は掛けていない。しかし駐車場の車をいたずらされた事があるので、ホームの周りの気配に気を付けている。	
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	ケア会議において虐待防止について話し合い、ケアプランに細やかに取り入れ、事故防止に努めている。また職員を研修に参加させている。		

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	生活保護の方1名いるので、市の生活保護課、地域包括支援センターに相談しながら行っている。		
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	見学や相談に来所された際は十分時間をとり、不安な面、疑問点をよく吸い上げ、理解や納得をして頂くよう説明し同意得ている。		
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	運営推進会議において家族の要望を吸い上げ、また面会に来た際にもスタッフ全員、家族等が意見を言える雰囲気づくりに努めている。第三者委員の設置も行っている。	家族の多くが運営推進会議に出席しているせいか、要望はよく出される。外気浴、座りっぱなしに放置しないなどである。職員は面会時に家族が置いていく言葉はスキルアップの根になるとして大切にしている。	
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	ケア会議において意見提案の吸い上げを行い、ケアプラン、業務に活かしている。	経験から一人よがりのケアが一番怖い。入って来たばかりの職員の真っ直ぐな目に、はっとすることがあると管理者は言う。抱え込まず、何でも言える雰囲気のケア会議で、率直に意見を出し合っている。	
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	一人ひとりの個性、得意分野生かすよう業務も分担制にし、遣り甲斐できるよう配慮している。		
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	職員一人ひとりの経験、性格把握し、研修の内容決め受けるよう努め、常に仕事している上で不安ないか吸い上げ、内部研修行っている。		
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	グループホーム連絡協議会の実践者研修報告会の参加や市の研修にも参加させるようにし、同業者と交流できるように努めている。		

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	実調の際、必ず本人、家族の不安、困っていること、これまでの暮らしぶり、好きなこと、嫌いなこと等細やかに吸い上げ、また、関わっている中で本人の声、どんな小さなことも大事に、見過ごさないようカンファ行い、その方に合ったケアプランに努めている。		
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	申込時や実調、契約の際は時間にゆとりを持ち、相談受け、GHとは、認知症とは、理解できるように説明している。また、入所しても利用者様の状態に応じ報告、相談密にし、常に面会に来れる、また相談できる雰囲気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	前の事業所より情報頂き、また本人、家族の声どんな小さな声でも見逃さず連絡ノートに記入、報告密に行い、ケア会議で家族やスタッフの意見、気づき吸い上げアセスメントその都度行い、その人らしくのケアプランに努めている。		
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	利用者様を尊敬し、家族の一員として愛情を持って、また感謝し、その人らしく伸び伸びと生活して頂くよう、その人その人できること大事にして頂き、自信にもつながり、また安心して過ごせるよう支援している。		
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	本人の希望吸い上げ、常に家族と状況に合わせ連絡と相談し、利用者様にとって一番良い方向に行くように、家族に遠慮なく要望等言って頂けるような信頼関係に努めている。		
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	昔からの友達、昔から行き慣れた病院、床屋、お祭り、家族、ご本人、運営推進会議で細やかに聞いて、面会、来訪しやすいような雰囲気づくりに努めている。	正月、お盆、連休の時に帰省する人の他に実家に日帰りし友人とお茶飲みをしてくる人もいる。馴染みの床屋さん、カラオケに出掛けたり、入居してから馴染みになって、近所の人から散歩時に花を頂いたりしている。	
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	カラオケ、体操、張り絵、トランプ、行事通じ、お互いに理解し協調できる関係づくりに努めている。		

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
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	契約終了した方が3名いるが、入院した際本人の状況、家族の不安を相談受け、家族の方が行き詰まらないよう配慮に努めた。		
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	意思疎通が困難な方には家族から情報を得ようとする。また、本人にとってどのように暮らすのが一番なのか、本人の声を大事にし、家族等交え職員全員聴取し確認し、その人らしく暮らせるよう努めている。	「本人の気持ちを一番に考えます」はこのホームの理念の1項目である。職員がその人の身になって考えられるか、自分と置き換えたらどうなのかを考え、入居者一人ひとりの生活の張り合い探しをしている。	
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	実調、契約時、また利用後も面会時、家族、関係者から折に触れ聞くようにしている。本人からも折に触れ、聞いている。		
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	日々の生活の中でできること、できないことを把握しながら、できることに注目し、その能力が維持できるように努めている。また、各々の生活リズムを理解しながら、その人の全体把握に努めている。		
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	利用者様がその人らしく暮らせるように日頃の生活の中で思いや要望、家族にも聞き、その人の状況に応じ、アセスメント含めスタッフ全員気づき話し合い、その人にあつた介護計画の作成に努めている。	毎日の様子、状況について個人毎に具体的に記録し、それに基づき月1回カンファレンスを行っている。3か月に1度、家族はプランを確認している。入居者一人ひとりの気づきノートが課題分析の根幹となっている。	
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	毎日の様子や気づき、利用者様の状態変化は職員同士で申し送り密にし、個人個人のケア記録に残し、また気づきノート作って活用し、月1回のケア会議、カンファレンスにてアセスメント行い、実践や介護計画見直しに活用している。		
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	利用者様、家族の状況に応じて通院、受薬、利用者様の買い物、介護保険の更新手続き等必要な支援は臨機応変に対応している。		

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
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	利用者様が安心して地域での暮らし続けられるよう運営推進会議や近所の方々に相談し、また情報頂き、GH防災訓練の際は消防署に相談しながら活動に取り組んでいる。		
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	入所以前からのかかりつけの医大事にし家族に受診して頂いているが、家族の状況、希望に応じてはGHでも対応している。どうしても遠くの病院無理な方は近くの診療所に受診、また往診して頂いている。	入居者が以前からのかかりつけ医に、家族の都合によっては、職員が付き添い、状態説明も行っている。歯科医師の往診もある。併設の特養ホームの看護師との連絡は、24時間体制である。	
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	併設の特養・看護職員と常に利用者様状態変化に応じて24時間体制で支援行えるようにしている。状況変化等については家族に報告している。		
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。	重度化になった際、近くの診療所の医師に紹介状書いて頂いて安心して入院できるように努め、大きい病院と診療所と連携できるように努め、安心して退院できるよう努めた。また退院無理な方には連係相談室のこと説明した。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	遠くまで受診できない方に診療所に往診お願いし、土日は特養のナースをお願いしているが、家族には食事摂取できなくなればGHでは看れないことは伝えている。	かつて容態が悪化しても家族等の希望もあり、かかりつけ医(日赤病院)の診療を続け、特養ホームの看護師の協力も得て、亡くなる一週間前までホームでケアした経験を持っている。	ホームでは「重体であっても家族の不安を受け止め、家族が行き詰らないように」を方針としているのもう一步進め、重度化及び終末期の指針を定め、本人家族の意向を汲んで看取りに取り組んでいただきたい。
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	急変時対応マニュアル作成し、グループホーム内でも勉強会に取り入れる。看護師、消防署の協力得て救急手当や蘇生術の研修を受けた。		
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	災害対策としてGHでは春、秋に夜間想定し地域の方々、家族の方々に声かけ協力して頂いて訓練行っている。	避難訓練は併設の特養ホームと共に年に2回夜間想定で実施している。消防署の立ち合い、区長や入居者家族が参加し、近隣の元介護保険課長が指揮をとっている。業者による設備点検を年2回実施している。	

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	常日頃より利用者様を尊敬することスタッフに声掛けし浸透するようにしている。他家族や外来者に対して、本人のプライバシーに関する情報は漏らさないように徹底している。本人の誇りを傷つけたりするような言い回しはせず、本人の意欲を高めるような声掛けに心掛けている。	排泄に関わる全てが入居者の尊厳の基本だと管理者は言う。本人はおむつは恥かしい事だと思っている筈だからおむつ外しの工夫とケアは当然で、ホームの理念「本人の気持ちを一番に考えます」はそこで生きてくる。	
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	毎日の入浴、自分の入りたい時間聞いたり、ドライブどこに行きたいか、食事のメニュー一人ひとりに聞くようにし常に細やかなことでも聞くように努めている。		
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	基本的に1日の流れはあるが、一人ひとりに添った対応でその日の状況に応じて支援している。		
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	着替えは利用者様の好みに任せているが、自分で決定しにくい利用者様にはスタッフ一緒に考えて選んでいる。理髪は利用者様一人ひとりに聞いて希望に合わせて、出張の理髪、行きつけの理髪店に行き、髪の毛の長さ、顔そり等を本人にお聞きし行っている。		
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	利用者様の嫌いな物は事前に聞いて出さないようにしている。旬の食材で利用者様に聞きながら好きなメニューを作っている。利用者様の状況に合わせて一緒に作り、片付けをしている。また、太ってきた方3名いるので、カロリーの高い料理控えるように努めている。	旬の食材で食べたい物(今は白子やメロード)を聞き出してメニューに加える。刺身も人気で週1回は食卓に上る。栄養士の指示に従い、糖尿病の方にはカロリーにも配慮し時に別メニューである。職員も一緒に食事しながらさりげないサポートをしている。	
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	利用者様の嫌いな物は事前に聞いて出さないようにしているが、現在糖尿病の方2名いて1名は重度である。定期的に受診、検査行い特養の栄養士さんと相談しながらカロリーの少ない食事、おやつ工夫し、食事量、水分量の記録行い、発注、メニューも工夫している。		
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	朝、就寝時、歯磨き、うがい、入れ歯の洗浄、できない方は介助し、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	時間等をチェック表に記入、把握し、利用者様に合った排泄方法全員で話し合い、ケアプランに基づき利用者様ごとに排泄を誘導している。	排便の有無と時間のチェック表を作成し、その人の異変との関連をつかむようになっている。異変といってもおおごとではなく機嫌の良し悪しなどである。排泄がその人の1日を左右することもある。	
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	毎日の排泄チェックし、早朝に冷たい牛乳、バナナ摂取して頂いたり、水分、果物多め、野菜多めのメニューにしたり工夫している。		
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	曜日決めず、本人入りたい時間、その日の希望に合わせて、毎日入りたい方は毎日入れるよう努めている。重度の方2名いるが、職員2名対応で安心して入れる時間、体調見て入っている。	生活歴での出来事で入浴に対して生理的に嫌悪感を持っている人に対しては、清拭、足浴などで対応し無理強いはいしない。曜日によらず毎日でも入れる。「今日は何の風呂?」「桜の香りでお花見で一ず」	
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	日中、生活リズム整うように努めている、現在は全員良眠である。		
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	服薬は一人ひとり服薬ケース用意し、すぐ確認できるよう朝・昼・夕、名前・日付記入し、服薬時は担当のスタッフが手渡し、きちんと服用しているか確認している。また、薬を嫌がる利用者様にはオブラート、ジュース、プリン等に入れ服用して頂いている。		
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	実調の際に一人ひとりの楽しみごと聞いているが、他利用者様の雰囲気を見ながら一緒にできるように努めている。その人々のできること見極め、負担にならない程度に行っている。		
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支援している	普段行けない遠距離の外出は、事前に下見し、計画を立て、実施日にはスタッフの人数増やしたり家族に協力して頂いたりし、月2回以上はドライブに行けるよう努めている。	天気の良い日は努めて日光浴を心掛けている。それに相応しい環境でもある。家族の協力も得て月に2回以上ドライブに出掛ける。桜の花見、柳津虚空蔵尊、横山不動尊へのお参り、もくもくハウスの野原での大宴会などである。	

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
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	家族の方の協力得て、小額のお金を持っている方は1人いるが、その他の方はトラブルになりうる方々なので家族よりお金お預かりし事業所が管理している。買いたい物がある時はスタッフが同行し、ご自分で好きな物を選んで頂き買い物をしている。		
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	利用者様の希望、願いに応じ、待たせず家族と連絡とれるよう家族にもお願いし、ご自分で電話かけて頂いたり、家族に利用者様の思いをお話したりしている。手紙もすぐ書けるよう対応している。		
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	きれい好きな方多いので、失禁、床汚染の方には付き添い、速やかに拭き取り不快感ないように努め、また、夜間明るい光に反応される方いるので、大きな照明は消している。月1回折り紙教室で季節の花づくり、常にテーブルには季節の花活けている。	屋根の天窗で光線を調節している。冬の長い東北ではうってつけである。南向きの廊下にソファが2か所置かれている。折り紙教室での作品がさりげなく飾られ、室温、湿度も適度であり、音量も適切である。	
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	玄関ホールや玄関外にイスやベンチ、ソファを設置し、一人でゆったり過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげるスペース作っている。		
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	利用者様によって荷物を持ってくると不安になると思い持っていない方多い。最近、家庭に近い雰囲気作りに暖簾を勧めたが、そのことによって不穩になり帰宅願望につながってしまった。このことを運営推進会議に投げかけたが、「ここは家ではないから…。このままでいい」と家族の一人が話されていた。	帰宅願望の強い人の中には衣類などを風呂敷包みにして押入れに入れておく人もいる。また、長くホームに居ると「家に帰る」がホームに帰ることを意味する人も居り、それぞれの個性に合った個室にしていきたい。	
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	スタッフ全員でカンファレンス、ケア会議行い、利用者様一人ひとり何が分からないのか、どうすればできるか日々検討し、ケアプラン見直しかけ、プランに入れ対応し、各居室の戸、利用者の目線の所に大きく名前等表示し、混乱のないよう工夫している。		