

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	0475101549		
法人名	社会福祉法人 共和会		
事業所名	グループホーム広瀬の郷 ユニット名:いきいき		
所在地	仙台市青葉区大倉字大原新田26-12		
自己評価作成日	平成28年11月21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>自然に囲まれたホームで、春夏秋冬の移り変わりを目で見て楽しめます。地元で暮らしてきた入所者も多く、ローカルのなコミュニティーが来ています。生活保護受給者も条件が満たしたら入所できます。</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.kaigokensaku.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29年3月28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>里山に囲まれ、周辺は田畑がある。ウッドデッキから桜や笹、雑木など季節の変化が眺められる、静かな環境である。法人全体の「秋祭り」に入居者、家族、地域住民が参加し、焼きそばなどの出店や秋刀魚の炭火焼、子ども向けのくじ引きなどで交流している。定義の花火大会の日に、神輿の来訪があり楽しんでいる。目標達成計画の「項目の完成度を高めていく」を掲げ、「認知症ケア」「身体拘束排除」について年2回の内部研修を実施し、達成に向けて取り組んでいる。運営推進会議の開催回数を満たす目標は継続課題とした。</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)	○ 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広がったり深まり、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、活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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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 GH広瀬の郷)「ユニット名 いきいき

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	出来ている。 いきいきユニットでは3つの理念の下サービス向上を図っている。	年度末に振り返り、入居者本位の基本姿勢で話し合い、次年度の理念を掲げている。お互いが笑顔になれるケアの実践を心掛け、笑顔での挨拶や声掛けの工夫などで、思いに寄り添う姿勢に努めている。	
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	出来ている。 会話ボランティアの方や地元の床屋さん来訪時には、世間話や昔の話などをしながら楽しんでいる。	敬老会に地域住民を招待し、家族の篠笛演奏やボランティアの踊り披露などがある。週2~3回のハーモニカ演奏と傾聴のボランティアや、地域の訪問理容が2か月毎に来訪している。野菜や梅を貰っている。	
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	運営推進会議時において、身近な認知症に関する疑問・質問等を話す機会を設け、一般の方にも理解しやすいような交流の場を設けている。		
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	出来ている。 上記同様、身近な認知症に関する疑問・質問等を話す機会を設け、一般の方にも理解しやすいような交流の場を設けている。	地域の空き巣被害の情報は、安全面での注意喚起の助言になっている。メンバーのデイサービス職員から、ボランティア来訪情報があり、デイ利用者との交流の機会にしている。会議の開催が5回である。	県のガイドラインでも求められているので、年6回以上会議を開催していただきたい。
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	生活保護受給者の受け入れや支援内容等分からない事は担当の方へ相談している。	骨折事故などの報告をしている。生保受給者の身元引受人変更時に、市担当者から家族に制度の説明と助言をもらった。強い帰宅願望の事例を地域包括に相談し、対応の協力を得て改善した。	
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	出来ている。 一部に徘徊される方がおり、玄関を出られることがあるが、職員による巡回と不在時にも職員に知らせる玄関センサーを設置しており離設予防を行なっている。	年2回の研修で、スピーチロック、ドラッグロックなど、ケアを振り返りながら話し合っている。「ちょっと待って」を「一緒にしますよ」や、「だめ」を「どうしたの」に言い換えるなど、話し合いの中で気付いたことや意見を共有し、拘束のないケアに努めている。	
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	出来ている。 事業所内での身体拘束マニュアルを参考に関連書類を用い社内研修を通して理解を深めている。		

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
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	心と身体に残っている生きる力や主体性が成果中の中で十分に発揮できるように一人できないことを見極めて援助するよう心掛けている。成年後見制度についての話はあまり行っていない。		
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	出来ている。管理者を中心にわからないことは何でも質問頂ける体制を敷いている。入所後も定期的に家族へ質問等を聞き、あいまいな返答は避けるようにしている。		
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	玄関前に、意見箱が設置してあり、いつでも家族が意見を言えるような取り組みをしている。また、家族面会時には、職員が日頃の様子や要望等をお聞きする機会を設けている。	居室エアコンの風が苦手な方の要望で、電気ストーブにした。家族から聞いた好きな歌を午後のレクリエーションに取り入れている。退院後に転倒リスクがある方に、手引き歩行リハビリ等、要望に応じて対応している。	
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	普段から園長、管理者は職員と気軽に話せるような雰囲気をつくりいつでも意見できるようにしている。	「入居者の活気が少し足りないのでは」の意見があり、週1回程度のカラオケ大会の実施や、のど自慢番組録画を見るなどしている。夜勤の勤務回数は希望に沿っている	
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	全て一括して園長が行ってはいいるが不満のある職員などがいれば園長と管理者で情報を共有し、フォローにあたっている。		
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	年に数回の法人内の研修には全員参加。法人外の研修も希望者を募り参加させている。		
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	年に数回、グループホーム間での交換研修に参加し、1日体験研修を行ない、他事業所の取り組みや情報交換などを行い、自ホームで活用できると思われる取り組み等を学ぶ良い機会となっている。		

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	出来ている。 入所直後は慣れない環境の中で早く自分の生活スタイルを構築できるよう、コミュニケーションを通し不安や疑問を取り除けるよう支援している。		
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	出来ている。 本人は知らないが家族は知っている本人に関する情報等わからないことは積極的に情報交換をすることで、関係作りを行なっている。		
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	出来ている。 入所前に生活実態調査をご本人・家族立会いのもと行ない、アセスメントの実施。ホームで職員間と課題分析を行ない、ニーズを確認する。		
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	実行出来ている。 お互いを家族のように慕い、慕われる関係を作り、のんびりできる雰囲気を作っている。		
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	出来ている。 些細な事でも、利用者本人が話していたこと、電話等で家族が話したことなどを職員が代弁しお互い良好な関係が構築できるよう支援している。		
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	出来ている。 稀に話の行き違い等で口論に発展する事が有るが、職員が仲介に入り大事には至らないようにしている。	友人や知人の来訪がある。家族と外出した時に、自宅があった周辺に行っている。親しみのある定義山や秋保に、季節の行事やドライブで出掛け、名物の三角油揚げを食べたり、おはぎを買うなどしている。	
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	出来ている。 特に難聴の肩へは職員が仲介し、話しが一步通行にならないよう注意している。		

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
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	半分出来ている。 他施設への転居や死去に伴い関係性は集結する。		
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	出来ている。 利用者のニーズを把握しプランに活かしている。	1対1の時間を大切にし、思いに寄り添っている。時には方言や筆談で会話をしている。編み物やぬり絵、将棋の対局、率先して食器を拭くなど、好きなことや得意なことを捉え、楽しみに繋げている。	
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	実行出来ている。 利用者本人や、その家族等よりかつての生活様子等を聞きだし生活支援に活かしている。		
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	アセスメントを行ない、現在の状況等を職員会議等で話し合い共通のサービスに結び付けている。		
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	実行できている。 毎月、各利用者ごとのモニタリングを行ない、新たな課題や解決できた事等を話し合い、現状態にあったプランができている。	3ヵ月毎のケース検討会議で見直している。毎日の活動・余暇記録と医師所見が入った外来記録も計画作成に反映している。状態の変化などで随時見直している。	
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	できている。 ケース記録を基に情報を職員間で共有し、ケース検討会で必要に応じ話し合っている。		
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	できている。 利用者のニーズと家族のニーズが子となる事があるが、双方の意見をまとめ具体的にホームで出来る事を職員間で話し合い、サービスに反映させる。		

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	できている。 近隣の町内会長や民生委員には利用者様の知り合いも多く避難訓練時など顔を合わせ、交流を図っている。		
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	できている。 日頃の健康状態や既往歴、内服薬の効能等を職員が認識し、必要に応じて早期に医療機関への受診を勧めている。	2カ月に1度、職員が付き添って協力医院に通院している。泌尿器科や脳神経内科などの専門医受診は、家族が付き添っているが、車椅子使用の方は職員が付き添い、支援している。	
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	看護職は不在である為、判断は介護職員が中心に行う。的確な判断が困難な場合には必要に応じて思行園看護師への看ていただくこともある。		
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。	入院先の病棟看護師、医療ソーシャルワーカー等への情報交換等、積極的に行なっている。 今後は病院主催の勉強会等への参加も行なっていく。		
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、事業所です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	当グループホームでは看取りケアは実施していない為、医療行為が中心の生活になった時点で、関連の特養ホームや老健施設への転居を家族と話し合い、家族の意向を第一に考え支援している。	痰が詰まる、意識を失う、高熱などの症状の時は、迷わずに救急搬送することを職員間で申し合わせて実践している。入院後に状態を見ながら、家族の意向や医師の意見、ホームで出来ることを話し合い対応している。看取りはしていない。	
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に沿った対応を全職員が取れるようデモンストレーションを交えながら、容態にあわせた対応を取れるようにしている。		
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	年に2回、利用者、近隣住民を巻き込んでの消防訓練を実施している。 優先的に避難誘導しなければならない利用者等を確認し、速やかに非難・誘導できるようにしている。	夜間火災想定での避難訓練を2回実施している。隣接の特養ホーム職員と、地域住民の参加があり、誘導と避難後の見守り協力がある。災害時の地域協力者連絡名簿を新たに作成した。	

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
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	出来ている。 ○○ちゃん付けやあだ名等で呼ばないように職員間で気をつけている。	内部研修で認知症ケアの話し合いをしている。人生の先輩、不快にさせない言葉使いなどの意見を共有し、人格の尊重に努めている。居室に入る時のノックと呼びかけ、「お掃除します」などの用件伝達を心掛けている。	
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	職員中心のケアではなく、利用者のしたい事を聞き出し、利用者自身が自己決定できるような導きができるよう話術を日々磨いている。		
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	37と同様		
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	いつも同じ衣服を着ていないか？髪や爪は清潔か？きちんと歯は磨いているか？身体は清潔か？ 比較的介護軽度の方を中心に職員は身だしなみに注意をしている。		
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	出来ている。 毎月、オリジナルメニューと題して職員が利用者の好きな副菜を中心に季節ごと旬な亜手作りの食事を提供している。	麺類を好む方が多く、オリジナルメニューの日に、けんちんうどんや天ぷらそば、きのこスパゲティーなどを作っている。職員と一緒に会話をしながら食事をしている。おしぼり係、食器拭きの係などをしている。	
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	出来ている。 個々の利用者に合わせた食器やカップを用い可能な限り自分で食べられるような支援を行なっている。		
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	出来ている。 個々の利用者に応じた口腔ケアを実施している。		

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
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	出来ている。 その他、泌尿器系の疾患の有無等も把握し、状態に応じて主治医へ情報提供している。	半数近くの方が自立している。手助けが必要な方は、立ち上がる、衣服を下げるなどのサインを見逃さず、トイレでの排泄を支援している。夜間は安眠を優先し、厚めのパッドを使用している。	
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	出来ている。 腸内活動促進の為、腹部へのマッサージを実施し長期便秘が続かないよう排便コントロールを実施する。		
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	出来ている。 長時間ゆっくり入りたい方や短時間で済ませたい方も居られるので個々の希望に合わせた入浴を提供したい。	毎日入りたいや、午前、午後など、それぞれの希望に添い、同性介助で入浴している。季節の菖蒲湯やゆず湯などがある。入浴を拒否する方はいない。	
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	出来ている。 消灯時間は設けていないが、20時以降はフロアの照明を減光にテレビの音量を低くし、足音を立てないようにしている。		
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	共通認識できていない。 介護技術の他に服薬についての勉強会も出来たらいいと思っている。		
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	会話の中で、昔していたこと、得意であった事等を実際体験して頂き、懐かしさや感動を感じて頂ける様支援している。		
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に支援している	季節ごとに車でドライブや行楽を企画資産かいただいている。	暖かく天気が良い日は、広い敷地内を散歩したり、花壇の花に水をかけたりしている。花見や紅葉狩りの季節に、秋保や大倉ダム・定義方面に出掛けている。時々、愛子の100円ショップでの買い物や和風レストランで外食をしている。	

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
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	小額であるが家族と金額を取り決めながら所持していただいている。		
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	残念であるが、現在入所中の方は、農家の方が多く、読み書きをこななかった人が多い。そのようなときには、職員が代弁して本人が話すことを書き留めて手紙にする事もある。		
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	寒暖の差にあわせて空調の調節。 冬季は感染予防のための加湿器の導入等 利用し快適に過ごせる取り組みを実行している。	広々とした食堂兼リビングは、屋根からの採光で明るく、床暖房である。大きめのソファが置かれ、ゆったりと寛げる雰囲気がある。入居者のぬり絵作品などを飾っている。脱衣室にエアコンが備えられ、温度差に配慮している。	
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	利用者が座る席等、相性に考慮した配置を強いている。		
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	入所時は、なるべく、使い慣れた家財用具を設置して頂き、安心して過ごす事が出来るようにしている。	エアコン・ベッド・押し入れ・洗面台とトイレが備え付けられている。使い慣れた筆筒や椅子、テーブルがあり、趣味の小物や写真を飾るなど、思い思いの居室になっている。	
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	自室や共用トイレ等、利用者にとってわかりやすい案内表示をしている。		

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	0475101549		
法人名	社会福祉法人 共和会		
事業所名	広瀬の郷 ゆうゆうユニット		
所在地	仙台市青葉区大倉字大原新田26-12		
自己評価作成日	平成 29年 2月 17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://www.kaigokensaku.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29年3月28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)】

自然に囲まれており利用者様と職員が施設内を散歩したり、お花に水をあげたりする事で季節を豊かに感じて頂きながら、のびのびとした生活が送れるように配慮している。地域の文化や特色を活かしたレクリエーション、行事を取り入れて利用者様と共に楽しい空間を作り出せるように努めている。

【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)】

里山に囲まれ、周辺は田畑がある。ウッドデッキから桜や笹、雑木など季節の変化が眺められる、静かな環境である。法人全体の「秋祭り」に入居者、家族、地域住民が参加し、焼きそばなどの出店や秋刀魚の炭火焼、子ども向けのくじ引きなどで交流している。定義の花火大会の日に、神輿の来訪があり楽しんでいる。目標達成計画の「項目の完成度を高めていく」を掲げ、「認知症ケア」「身体拘束排除」について年2回の内部研修を実施し、達成に向けて取り組んでいる。運営推進会議の開催回数を満たす目標は継続課題とした。

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

広瀬の郷

)「ユニット名 ゆうゆう

」

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	理念を職員の目のつくところに掲示し、共有している。年に一回実践を通しての理念を振り返り必要に応じて変更している。	年度末に振り返り、入居者本位の基本姿勢で話し合い、次年度の理念を掲げている。お互いが笑顔になれるケアの実践を心掛け、笑顔での挨拶や声掛けの工夫などで、思いに寄り添う姿勢に努めている。	
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	ボランティアの受け入れや秋祭りなどには地域の方々にも参加して頂き、交流を図ると共に地域とのつながりを大切にしている。	敬老会に地域住民を招待し、家族の篠笛演奏やボランティアの踊り披露などがある。週2~3回のハーモニカ演奏と傾聴のボランティアや、地域の訪問理容が2か月毎に来訪している。野菜や梅を貰っている。	
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	運営推進会議の際に地域の方々や認知症についての情報と支援の方法などについて話し合いを行っている。		
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	運営推進会議でサービスの振り返りや課題について話し合いを行い、職員会議で管理者から職員へ伝えられている。	地域の空き巣被害の情報は、安全面での注意喚起の助言になっている。メンバーのデイサービス職員から、ボランティア来訪情報があり、デイ利用者との交流の機会にしている。会議の開催が5回である。	県のガイドラインでも求められているので、年6回以上会議を開催していただきたい。
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	問題が起こった際は正確な情報を迅速に伝え助言を仰いでいる。	骨折事故などの報告をしている。生保受給者の身元引受人変更時に、市担当者から家族に制度の説明と助言をもらった。強い帰宅願望の事例を地域包括に相談し、対応の協力を得て改善した。	
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	内部研修で身体拘束について学び、意見交換を行い身体拘束をしないケアを目指している。	年2回の研修で、スピーチロック、ドラッグロックなど、ケアを振り返りながら話し合っている。「ちょっと待って」を「一緒にしますよ」や、「だめ」を「どうしたの」に言い換えるなど、話し合いの中で気付いたことや意見を共有し、拘束のないケアに努めている。	
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	外部研修や内部研修で虐待について学び身体拘束については細心の注意を払いケアにあたっている。		

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	外部研修において権利擁護について学んだ職員が伝達研修を行い、		
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	管理者が契約時に書面を用いて十分な説明を行い納得して頂いた後に契約を交わしている。		
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	ホーム内に意見箱を設置したり外部への相談窓口の連絡先を明記したポスターを玄関に提示している。	居室エアコンの風が苦手な方の要望で、電気ストーブにした。家族から聞いた好きな歌を午後のレクリエーションに取り入れている。退院後に転倒リスクがある方に、手引き歩行リハビリ等、要望に応じて対応している。	
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	代表者が定期的に巡回されて職員と話す場が設けられている。管理者とは日常的に話し合える状況にありお互いの意見を話し合う事ができている。	「入居者の活気が少し足りないのでは」の意見があり、週1回程度のカラオケ大会の実施や、のど自慢番組録画を見るなどしている。夜勤の勤務回数は希望に沿っている	
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	代表者や管理者は職員個々のスキルアップの為施設内外の研修の機会を設けたり、職場環境、条件などの話し合う場を設けている。		
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	代表者や管理者が外部研修の情報提供や企画、資格取得の為の援助を行い個々がスキルアップに努めている。		
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	外部との交換研修や懇親会などの活動を通して外部との交流を推進している。		

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
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	計画作成時にアセスメントを十分に行い本人にとって必要なニーズを導入してサービスをする様に心がけている。		
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	計画作成時に本人や家族の要望などの傾聴を十分に行い意向にそったサービスを導入する様に心がけ信頼関係の構築に努めている。		
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	計画作成時にニーズの優先順位を見極めご家族とも相談しながら柔軟な対応ができるように話しあっている。		
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	介護する側、される側といった関係ではなく日頃からお互いを尊重し合える関係を築けるように努めている。		
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	本人にとってより良いケアのために家族との報告、連絡、相談を大切にして共通認識を持ちながら支援できるように努めている。		
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	家族とも相談しながら馴染みの場所や人との繋がりが継続できるように支援を行っている。	友人や知人の来訪がある。家族と外出した時に、自宅があった周辺に行っている。親しみのある定義山や秋保に、季節の行事やドライブで出掛け、名物の三角油揚げを食べたり、おはぎを買うなどしている。	
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	行事やレクリエーションなどの関わり合いの中でお互いの理解を深め支え合える関係構築を企画している。		

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
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	契約終了後もその後の生活状況等を電話確認して状態把握に努め相談にのっている。		
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	日頃からよく話しかけることで本人の希望や意向をくみ取るように努めている。認知症の為に自分でお話できない場合は家族の意向やこれまでの生活歴を大切にしながら暮らしを検討している。	1対1の時間を大切に、思いに寄り添っている。時には方言や筆談で会話をしている。編み物やぬり絵、将棋の対局、率先して食器を拭くなど、好きなことや得意なことを捉え、楽しみに繋げている。	
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	家族や本人に生活歴や馴染みのある人、物、環境などを伺い、今までの生活の継続、居心地の良い環境作りに努めている。		
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	本人や家族から話を聞いて記録して書面で情報共有を図り、日頃の過ごし方については介護日誌や余暇記録など		
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	介護計画を作成する上でご家族や職員と現状について話し合い問題がある事は多角的な視点でアイデアを募っている。	3ヵ月毎のケース検討会議で見直している。毎日の活動・余暇記録と医師所見が入った外来記録も計画作成に反映している。状態の変化などで随時見直している。	
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	個別に活動・余暇記録を記入して情報共有を行い、不適切ケアはその都度改善を行い介護計画の見直しにも活用している。		
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	本人や家族の状況、ニーズに合わせ法人の強みを活かした包括的なサービスと、社会資源の活用を用いながら柔軟な対応を心がけている。		

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	地域資源の消防、病院、民生委員、ボランティア、豊かな自然などを活用して豊かな生活の実現ができるように努めている。		
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	本人や家族と相談しながら希望した病院で受診できるように対応している。	2カ月に1度、職員が付き添って協力医院に通院している。泌尿器科や脳神経内科などの専門医受診は、家族が付き添っているが、車椅子使用の方は職員が付き添い、支援している。	
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	かかりつけ医に定期的に受診を行い情報や気づきを報告して適切な医療が受けられるように支援している。必要に応じて思行園の看護師にも助言を頂いている。		
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。	入院時は入院先の病院と連絡を取り合い、早期退院に向けた話し合いを行っている。		
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、事業所です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	入居時から終末期に向けて事業所ができることの説明を行い重度化した場合は早い段階で他施設への移動を含めた検討をご家族と行っている。	痰が詰まる、意識を失う、高熱などの症状の時は、迷わずに救急搬送することを職員間で申し合わせて実践している。入院後に状態を見ながら、家族の意向や医師の意見、ホームで出来ることを話し合い対応している。看取りはしていない。	
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	内部研修で緊急時の対応について話し合いチームでの実践力向上を図っている。		
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付けるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練時に全職員が参加すると共に地域の方々を招き災害対策について忌憚のない意見を募り改善を図ると共に災害の際の協力をお願いしている。	夜間火災想定避難訓練を2回実施している。隣接の特養ホーム職員と、地域住民の参加があり、誘導と避難後の見守り協力がある。災害時の地域協力者連絡名簿を新たに作成した。	

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
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人格を受容した声かけを心がけている。	内部研修で認知症ケアの話し合いをしている。人生の先輩、不快にさせない言葉使いなどの意見を共有し、人格の尊重に努めている。居室に入る時のノックと呼びかけ、「お掃除します」などの用件伝達を心掛けている。	
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	本人の希望や自己表現ができるような場を意識的に作り本人の意思を尊重できるケアを行っている。		
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、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	職員本位ではなく利用者のペースに合わせた支援を心がけている。		
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	日頃からその人らしさを大事にした服装や身だしなみができるように支援を行っている。		
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	月に1回程度利用者と一緒にメニューを考えて調理を行っている。	麺類を好む方が多く、オリジナルメニューの日に、けんちんうどんや天ぷらそば、きのこスパゲティーなどを作っている。職員と一緒に会話をしながら食事をしている。おしぼり係、食器拭きの係などを行っている。	
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	管理栄養士が利用者の好みや栄養バランスを考慮したメニューを作成し職員が一人ひとりの状態に合わせた形態、習慣に合わせた支援をしている。		
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	本人の状態に合わせて口腔用のスポンジやウエットティッシュの活用などを行っている。		

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	自尊心の尊重、心身機能の低下、認知症の進行を予防する為にも排泄用品には頼らざるべくトイレで排泄できるように工夫を行っている。	半数近くの方が自立している。手助けが必要な方は、立ち上がる、衣服を下げるなどのサインを見逃さず、トイレでの排泄を支援している。夜間は安眠を優先し、厚めのパッドを使用している。	
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	施設内の散歩や乳製品を定期的に提供し予防を図っている。便秘の原因によっては整腸剤や下剤などを使用し便秘の期間が長くならないように配慮している。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の意向を取り入れながら入浴予定を決めるようにしている。	毎日入りたいや、午前、午後など、それぞれの希望に添い、同性介助で入浴している。季節の菖蒲湯やゆず湯などがある。入浴を拒否する方はいない。	
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	本人に生活リズムに合わせてお昼寝をして頂いたりソファを導入して休息できる場の提供を行っている。		
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	処方箋を確認して薬の効用や副作用について理解するように努めている。新しく薬が処方された場合は副作用の症状を見逃さないように心身の変化の観察を行っている。		
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	得意な家事をお願いして役割を持って頂き生活に張り合いがもてるようにしている。趣味や嗜好品が継続して行え気分転換が図れるように支援している。		
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に支援している	施設内の散歩やご家族様とも相談、協力しながらドライブ、外出を企画して気分転換を図っている。	暖かく天気が良い日は、広い敷地内を散歩したり、花壇の花に水をかけたりしている。花見や紅葉狩りの季節に、秋保や大倉ダム・定義方面に出掛けている。時々、愛子の100円ショップでの買い物や和風レストランで外食をしている。	

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
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	金銭管理ができる利用者にはお金をもってもらい外出時などには自由に使えるように支援している。		
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	電話などで話しがしたいとの要望があれば職員が電話をして取り次いでいる。		
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	季節を感じてもらえるような提示物を作成したり馴染みのある音楽を流しゆったりと過ごして頂けるように工夫を行っている。	広々とした食堂兼リビングは、屋根からの採光で明るく、床暖房である。大きめのソファが置かれ、ゆったりと寛げる雰囲気がある。入居者のぬり絵作品などを飾っている。脱衣室にエアコンが備えられ、温度差に配慮している。	
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	廊下の窓側にソファを置き共有空間の中でも気分合った場所で過ごせるようにしている。		
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	慣れ親しんだ物を導入して本人の心身の負担を少なくして楽しく生活しやすい空間作りに配慮している。	エアコン・ベッド・押し入れ・洗面台とトイレが備え付けられている。使い慣れた筆筒や椅子、テーブルがあり、趣味の小物や写真を飾るなど、思い思いの居室になっている。	
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	本人の現状の能力を職員間で共有して、その能力を活かして生活が送れるように支援している。		