

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	0475201042		
法人名	有限会社ウエル創建		
事業所名	認知症高齢者グループホームふれあいの家白鳥 ユニット名 東棟		
所在地	仙台市宮城野区白鳥1丁目34-12		
自己評価作成日	平成27年 1 月 7 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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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 テルウエル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成27年 1 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>昨年度に比べて、外出や外食する時間が増えてきた。</p>
---------------------------------

【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>七北田川沿い白鳥団地の中にあり、2階に4部屋と下に5部屋の東西2ユニットが並んでいる。運営推進会議には3つの町内会長と民生委員の参加がある。近隣の中学校で行う地区の防災訓練は、自衛隊のヘリコプターが降下し、炊き出し等があり参加している。幼稚園と年1回交流会があり、折り紙で折ったマルのプレゼントがある等地域との関係は良好である。法人内で交換研修を実施し、他事業所で見聞きした事を持ち帰り運営に反映させている。昨年、医療と家族と職員の連携で初めてのターミナルケアを体験し、宮城県グループホーム協議会の実践報告会で発表した。地域にもっとホームを知ってもらいたいと前向きに取り組んでいる。</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(事業所名 ふれあいの家白鳥 )「ユニット名 東棟 」

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	今年も行えず。今年度末に話し合いを持ちたい。	開設時に職員で話し合って作成した3つの項目から成る「基本理念」があり、事務所の壁に掲げてある。職員で見直し、振り返り等の話し合いは、計画はしているが実行されていない。	理念は事業所が目指すサービスのあり方を示し、日々のケアに意識して取り組み、反映されているかの振り返りが大切である。早急に全職員で話し合い、ケアに繋げていくよう期待したい。
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	町内会の行事に積極的に参加している。	市民センター祭り、公園で開催の夏祭りや延命地蔵の尊例祭等積極的に参加している。特に夏祭りは盆踊りの練習の時から出ている。ホームでの夏祭りは、町内会よりテーブル、鍋やコンロ等借りて開催する等交流を深めている。	
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	活かしていない。		
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ヶ月毎に会議を行い、入居状況を報告している。町内会で認知症の勉強会をしているので、協力できないか考えている。	毎回、3つの町内会の会長、民生委員6人と地域包括職員の出席があり、本部長、家族の参加で意見、要望等話し合っている。町内会長の紹介で、音楽療法を取り入れた。認知症勉強会や防災訓練に参加している。	
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	仙台市の研修会等には参加している。	介護保険の更新、区変等諸手続きに担当職員に相談、助言を頂いている。地域包括職員は、毎回運営推進会議に参加して頂き情報交換をしている。実施指導を受け、マニュアルの見直しをした。	
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	今年度2月の行う予定。	転倒防止のためセンサーマットを使用している方がいる。家族に説明、了解を得ている。外へ出かけた様子を見かけたら、側に寄り添い一緒に行動する等スタッフ間で共有して対応している。マニュアルを見直し、法人で統一化を図り2月に職員全員で話し合う計画がある。	
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	今年度3月に行う予定。		

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	実施出来ず。来年度研修会予定。		
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	契約の際に丁寧に説明しており、ご理解頂けたか確認しながら行っている。		
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	来所時に聞くようにしている。また、計画作成者がケアプラン作成時に利用者さんご家族に意見や要望を積極的に聞いている。	月1回利用料支払いの来訪時に、心身の状況や暮らしぶりを報告し話し合っている。認知症の進行や転倒の危険がある等家族の不安に対応している。行事や外出時の写真入りのお便り「わが家」は喜ばれている。	
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	職員間で出た意見はその都度代表や専務に話すようにしている。	管理者は月1回のユニット会議で職員の意見や要望等を聞いている。社長が毎日来訪するので、状況等を報告している。法人内で交換研修があり、声かけの仕方等気の付いた事を持ち帰り話し合っている。	
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	勤務年数や資格に応じて給与水準を上げている。夜勤回数が多くなる場合も給与を上げている。		
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	系列の施設に3～10月に掛けて交換研修を行い、お互いのケアの仕方の違い等を確認することが出来た。		
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	GH協会や仙台市の研修に参加し、他の施設と交流が持てるようにしている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	実態調査時はもちろん、入居時ご本人の希望や不安を聞いて安心できる関係を築いている。		
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	ご自宅で困っていた事、入居に際して不安や要望をお聞きするようにしている。		
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	ご本人やご家族の思い、状況等を確認し、改善に向けた支援を提案、相談を行い、信頼関係を築くようにしている。		
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	個々の体調に合わせて、炊事、洗濯、掃除、買い物等の生活面での仕事を一緒にやっている。		
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	ご家族が来所した時や電話をする時に報告したり、相談して情報を共有できるようにしている。		
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	自宅といった時と変わらず、老人会に参加したり、電話を掛けたりと、途切れないようにしている。	自宅にいるご主人と一緒に墓参りがしたいとの要望に外出同行した。入居前に住んでいた所の老人会行事に参加する方を送迎する等馴染みの人や場所との関係が継続できるよう支援している。	
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	日常で孤立しないようにしているが、気が合わない同士がいる場合は席を離している。トラブルがあった場合は職員がすぐに対応するようにしている。		

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	長期入院で退去した方はいても、お見舞いに行ったり、ご家族から相談を受けたりしている。		
<b>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</b>					
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	毎日の生活の会話の中で把握するように努めており、ご家族からも情報を得るようにしている。	日々の関わりの中での会話や表情、行動で思いや意向の把握に努めている。「～に行きたい」「～が食べたい」との要望にすぐには出来ないこともあるが、介護記録や支援経過に記録を残し、取り組んでいる。	
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	入居前に生活歴をお聞きしているが、入居後でも会話の中やご家族からの情報を得られる時がある。記録に残して情報を共有している。		
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	毎日の介護記録でその方の毎日の状況を記録し、把握している。		
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	聞き取りは主に計画作成者が行っている。職員間では会議で話し合い、意見を出し合っている。	骨折入院で退院した方のリハビリプログラムを担当医師に作成して頂き、プランの変更をした。3カ月毎に担当職員がモニタリングをし、支援記録や家族の意見等を基に介護計画書を見直し、作成している。家族に説明している。	
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	個人の支援記録や連絡帳があり、全て把握できるようにしている。支援記録はケアプランの作成に活かしている。		
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	車椅子の方には介護タクシーを利用、通院が難しい方には往診を勧めている。		

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
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	オムツ券やタクシー券を利用して負担を少なくし、積極的に外に出られるようにしている。		
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	現在、往診に変えた方が多くなってきたが、医師と情報や意見を聞いて、適切な医療を受けられるように支援している。	殆どの方が月2回の往診を受けている。かかりつけ医の受診は家族対応としている。受診結果は「通院記録」に記載し共有している。週2回の訪問看護師の来訪で、健康管理や医療面での相談、助言を頂いている。	
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	週2回訪問看護師が来所し、健康状態を見てくれる。それ以外でも24時間相談に応じてくれる。場合によっては往診の医師に連絡を取り、指示をもらっている。		
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。	入院した場合はご家族、医師と今後について話し合いの時間を持つようにしている。長期入院になる場合は次の施設を探す協力をしている。		
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	入居時に終末期についてのお話はさせてもらっている。往診と契約している方には医師と終末期について話をしてもらっている。	「利用者が重度化した場合における対応に係る指針」を成文化し、入居時に本人、家族に説明している。看取りの経験はある。医療連携体制は整備されており、段階ごとに医師、家族、職員と話し合って対応方針の共有を図り支援している。	
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	今年度行えず。来年度4月に実施したいと考えている。		
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	年に1回行っている。また10月に町内会の防災訓練に参加をしている。	目標達成課題の年2回の避難訓練の実行を計画中である。避難場所は駐車場で、見守り等地域住民の協力はある。消防署より訓練でも靴を履かないで避難、日頃の近所付き合いを大切にとのアドバイスを頂いた。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	考慮しながら伝わりやすい言葉を選んで声がけを行う。拒否がある時は職員を変えて対応していく。	入居者が恥ずかしい思いや、傷つけるような言葉使いや対応に気を付けている。トイレ誘導は目立たず、さりげない声がけに配慮している。職員の押しつけにならないよう、複数から選んで頂く支援をしている。	
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	10時のお茶の時や外食の時等は何が良いのか選択してもらう。		
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	居室やリビング等、個人で過ごしやすい場所を選び過ごしている。		
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	起床時や入浴後に自分で選んでもらっている。		
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	盛り付けや食器拭きを手伝ってもらったりしている。また、夏に庭で栽培した野菜を収穫して食べる事をしている。	宅配業者の献立、食材を利用している。できる事はしてもらい、職員も一緒に食べている。行事や誕生日は希望を聞き、ラーメンや寿司の出前もある。おやつ、調味料等の買い物、外食に出かけている。	
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	減塩や体重の増減に関しては医師と相談して提供する量を決めている。		
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、口腔ケアを行っている。仕上げは職員が行っている。		

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	排泄チェック表を使い、トイレ誘導をしている。自らトイレに行く場合はパットの確認をさせてもらう。	日中は全員がリハビリパンツに本人に合わせたパッドで調整し、トイレでの排泄を大切にしている。夜間はポータブルトイレ使用が3名、ナースコールで呼ぶ方1名等個別に対応している。	
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	起床時に牛乳や水を飲んでもらい、排便を促すようにしている。		
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	週2回は入浴してもらうように声がけをしている。	「一番風呂がいい」等の要望に沿った支援をしている。職員の声がけで入浴している方が多いが、自分で曜日・時間を決めて入る方もいる。各ユニットの浴室をリニューアルしたので、入居者は喜んで、入浴を楽しんでいる。	
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	昼寝をしたい利用者さんには昼食後、落ち着いた声掛けして休んでもらっている。		
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	服薬チェック表を作成して間違いのないようにしている。		
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	掃除、洗濯物たたみ、食器拭き等、その方のADLに合わせた役割をしてもらっている。		
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に支援している	希望時に外出出来ない時があるが、買い物や外食の予定をたてて、出掛けるようにしている。	春の花見、秋は定義山等と行事を組んで、季節を感じる外出をしている。会話の中で「青葉城にいきたい」との希望があり突発的に出かけた事もある。日常的には近隣の公園に散歩、買い物、敷地内で育てている野菜の水やり等をしている。	



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	全員が事務所で金銭管理を行っている。買い物時は支払いを本人にしてもらい、どこまで出来るかを確認している。		
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	電話を掛けたい時は事務所の電話を貸して話しをしてもらっている。		
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	リビングの壁には季節ごとに壁飾りを貼っている。	リビングは南向きで明るく、温湿度とも適切で空気に澱みがない。テーブルの下に、牛乳パックで作った足置きが置かれ、座った時の安定を図る工夫がある。足踏み体操にも役立てている。廊下や窓際にあるソファで一人になったり、仲良しとおしゃべりをしている。	
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	利用者同士の関係を配慮した席にしている。ソファの配置は利用者さん同士が話し易い位置にしている。		
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	自宅から使い慣れた家具や仏壇を持って来てもらっている。家具を持って来ていない方はご家族に再度お願いをして持って来てもらっている。	テーブル、整理ボックス等馴染みの物が持ち込まれ、家族の写真が飾られてある。仏壇は家族が来た時に一緒にお参りをする。毎日職員と掃除をする。それぞれ個性に溢れた自分の部屋である。	
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	居室のドアには名札やカッティングシールの色で分かりやすくしている。ベッドは柵を取り付けて自力で起きやすいようにしている。		

## 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	0475201042		
法人名	有限会社ウエル創建		
事業所名	認知症高齢者グループホームふれあいの家白鳥 ユニット名 西棟		
所在地	仙台市宮城野区白鳥1丁目34-12		
自己評価作成日	平成27年 1 月 7 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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/">http://www.kaijokensaku.jp/</a>
----------	---

## 【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27年 1 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>昨年度に比べて、外出や外食する時間が増えてきた。</p>
---------------------------------

## 【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>七北田川沿い白鳥団地の中にあり、2階に4部屋と下に5部屋の東西2ユニットが並んでいる。運営推進会議には3つの町内会長と民生委員の参加がある。近隣の中学校で行う地区の防災訓練は、自衛隊のヘリコプターが降下し、炊き出し等があり参加している。幼稚園と年1回交流会があり、折り紙で折ったメダルのプレゼントがある等地域との関係は良好である。法人内で交換研修を実施し、他事業所で見聞きした事を持ち帰り運営に反映させている。昨年、医療と家族と職員の連携で初めてのターミナルケアを体験し、宮城県グループホーム協議会の実践報告会で発表した。地域にもっとホームを知ってもらいたいと前向きに取り組んでいる。</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 3. 利用者の1/3くらい 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(事業所名 ふれあいの家白鳥 )「ユニット名 西棟 」

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	今年も行えず。今年度末に話し合いを持ちたい。	開設時に職員で話し合って作成した3つの項目から成る「基本理念」があり、事務所の壁に掲げてある。職員で見直し、振り返り等の話し合いは、計画はしているが実行されていない。	理念は事業所が目指すサービスのあり方を示し、日々のケアに意識して取り組み、反映されているかの振り返りが大切である。早急に全職員で話し合い、ケアに繋げていくよう期待したい。
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	町内会の行事に積極的に参加している。	市民センター祭り、公園で開催の夏祭りや延命地蔵の尊例祭等積極的に参加している。特に夏祭りは盆踊りの練習の時から出ている。ホームでの夏祭りは、町内会よりテーブル、鍋やコンロ等借りて開催する等交流を深めている。	
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	活かしていない。		
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ヶ月毎に会議を行い、入居状況を報告している。町内会で認知症の勉強会をしているので、協力できないか考えている。	毎回、3つの町内会の会長、民生委員6人と地域包括職員の出席があり、本部長、家族の参加で意見、要望等話し合っている。町内会長の紹介で、音楽療法を取り入れた。認知症勉強会や防災訓練に参加している。	
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	仙台市の研修会等には参加している。	介護保険の更新、区変等諸手続きに担当職員に相談、助言を頂いている。地域包括職員は、毎回運営推進会議に参加して頂き情報交換をしている。実施指導を受け、マニュアルの見直しをした。	
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	今年度2月の行う予定。	転倒防止のためセンサーマットを使用している方がいる。家族に説明、了解を得ている。外へ出かけた様子を見かけたら、側に寄り添い一緒に行動する等スタッフ間で共有して対応している。マニュアルを見直し、法人で統一化を図り2月に職員全員で話し合う計画がある。	
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	今年度3月に行う予定。		

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	実施出来ず。来年度研修会予定。		
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	契約の際に丁寧に説明しており、ご理解頂けたか確認しながら行っている。		
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	来所時に聞くようにしている。また、計画作成者がケアプラン作成時に利用者さんご家族に意見や要望を積極的に聞いている。	月1回利用料支払いの来訪時に、心身の状況や暮らしぶりを報告し話し合っている。認知症の進行や転倒の危険がある等家族の不安に対応している。行事や外出時の写真入りのお便り「わが家」は喜ばれている。	
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	職員間で出た意見はその都度代表や専務に話すようにしている。	管理者は月1回のユニット会議で職員の意見や要望等を聞いている。社長が毎日来訪するので、状況等を報告している。法人内で交換研修があり、声かけの仕方等気の付いた事を持ち帰り話し合っている。	
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	勤務年数や資格に応じて給与水準を上げている。夜勤回数が多くなる場合も給与を上げている。		
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	系列の施設に3～10月に掛けて交換研修を行い、お互いのケアの仕方の違い等を確認することが出来た。		
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	GH協会や仙台市の研修に参加し、他の施設と交流が持てるようにしている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	実態調査時はもちろん、入居時ご本人の希望や不安を聞いて安心できる関係を築いている。		
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	ご自宅で困っていた事、入居に際して不安や要望をお聞きするようにしている。		
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	ご本人やご家族の思い、状況等を確認し、改善に向けた支援を提案、相談を行い、信頼関係を築くようにしている。		
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	個々の体調に合わせて、炊事、洗濯、掃除、買い物等の生活面での仕事を一緒にやっている。		
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	ご家族が来所した時や電話をする時に報告したり、相談して情報を共有できるようにしている。		
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	自宅といった時と変わらず、老人会に参加したり、電話を掛けたりと、途切れないようにしている。	自宅にいるご主人と一緒に墓参りがしたいとの要望に外出同行した。入居前に住んでいた所の老人会行事に参加する方を送迎する等馴染みの人や場所との関係が継続できるよう支援している。	
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	日常で孤立しないようにしているが、気が合わない同士がいる場合は席を離している。トラブルがあった場合は職員がすぐに対応するようにしている。		

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	長期入院で退去した方はいても、お見舞いに行ったり、ご家族から相談を受けたりしている。		
<b>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</b>					
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	毎日の生活の会話の中で把握するように努めており、ご家族からも情報を得るようにしている。	日々の関わりの中での会話や表情、行動で思いや意向の把握に努めている。「～に行きたい」「～が食べたい」との要望にすぐには出来ないこともあるが、介護記録や支援経過に記録を残し、取り組んでいる。	
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	入居前に生活歴をお聞きしているが、入居後でも会話の中やご家族からの情報を得られる時がある。記録に残して情報を共有している。		
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	毎日の介護記録でその方の毎日の状況を記録し、把握している。		
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	聞き取りは主に計画作成者が行っている。職員間では会議で話し合い、意見を出し合っている。	骨折入院で退院した方のリハビリプログラムを担当医師に作成して頂き、プランの変更をした。3カ月毎に担当職員がモニタリングをし、支援記録や家族の意見等を基に介護計画書を見直し、作成している。家族に説明している。	
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	個人の支援記録や連絡帳があり、全て把握できるようにしている。支援記録はケアプランの作成に活かしている。		
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	車椅子の方には介護タクシーを利用、通院が難しい方には往診を勧めている。		

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
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	オムツ券やタクシー券を利用して負担を少なくし、積極的に外に出られるようにしている。		
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	現在、往診に変えた方が多くなってきたが、医師と情報や意見を聞いて、適切な医療を受けられるように支援している。	殆どの方が月2回の往診を受けている。かかりつけ医の受診は家族対応としている。受診結果は「通院記録」に記載し共有している。週2回の訪問看護師の来訪で、健康管理や医療面での相談、助言を頂いている。	
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	週2回訪問看護師が来所し、健康状態を見てくれる。それ以外でも24時間相談に応じてくれる。場合によっては往診の医師に連絡を取り、指示をもらっている。		
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。	入院した場合はご家族、医師と今後について話し合いの時間を持つようにしている。長期入院になる場合は次の施設を探す協力をしている。		
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	入居時に終末期についてのお話はさせてもらっている。往診と契約している方には医師と終末期について話をしてもらっている。	「利用者が重度化した場合における対応に係る指針」を成文化し、入居時に本人、家族に説明している。看取りの経験はある。医療連携体制は整備されており、段階ごとに医師、家族、職員と話し合って対応方針の共有を図り支援している。	
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	今年度行えず。来年度4月に実施したいと考えている。		
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	年に1回行っている。また10月に町内会の防災訓練に参加をしている。	目標達成課題の年2回の避難訓練の実行を計画中である。避難場所は駐車場で、見守り等地域住民の協力はある。消防署より訓練でも靴を履かないで避難、日頃の近所付き合いを大切にとのアドバイスを頂いた。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	考慮しながら伝わりやすい言葉を選んで声がけを行う。拒否がある時は職員を変えて対応していく。	入居者が恥ずかしい思いや、傷つけるような言葉使いや対応に気を付けている。トイレ誘導は目立たず、さりげない声がけに配慮している。職員の押しつけにならないよう、複数から選んで頂く支援をしている。	
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	10時のお茶の時や外食の時等は何が良いのか選択してもらう。		
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	居室やリビング等、個人で過ごしやすい場所を選び過ごしている。		
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	起床時や入浴後に自分で選んでもらっている。		
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	盛り付けや食器拭きを手伝ってもらったりしている。また、夏に庭で栽培した野菜を収穫して食べる事をしている。	宅配業者の献立、食材を利用している。できる事はしてもらい、職員も一緒に食べている。行事や誕生日は希望を聞き、ラーメンや寿司の出前もある。おやつ、調味料等の買い物、外食に出かけている。	
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	減塩や体重の増減に関しては医師と相談して提供する量を決めている。		
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、口腔ケアを行っている。仕上げは職員が行っている。		



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	排泄チェック表を使い、トイレ誘導をしている。自らトイレに行く場合はパットの確認をさせてもらう。	日中は全員がリハビリパンツに本人に合わせたパッドで調整し、トイレでの排泄を大切にしている。夜間はポータブルトイレ使用が3名、ナースコールで呼ぶ方1名等個別に対応している。	
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	起床時に牛乳や水を飲んでもらい、排便を促すようにしている。		
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	週2回は入浴してもらうように声がけをしている。	「一番風呂がいい」等の要望に沿った支援をしている。職員の声がけで入浴している方が多いが、自分で曜日・時間を決めて入る方もいる。各ユニットの浴室をリニューアルしたので、入居者は喜んで、入浴を楽しんでいる。	
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	昼寝をしたい利用者さんには昼食後、落ち着いた声掛けして休んでもらっている。		
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	服薬チェック表を作成して間違いのないようにしている。		
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	掃除、洗濯物たたみ、食器拭き等、その方のADLに合わせた役割をしてもらっている。		
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に支援している	希望時に外出出来ない時があるが、買い物や外食の予定をたてて、出掛けるようにしている。	春の花見、秋は定義山等と行事を組んで、季節を感じる外出をしている。会話の中で「青葉城にいきたい」との希望があり突発的に出かけた事もある。日常的には近隣の公園に散歩、買い物、敷地内で育てている野菜の水やり等をしている。	

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	全員が事務所で金銭管理を行っている。買い物時は支払いを本人にしてもらい、どこまで出来るかを確認している。		
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	電話を掛けたい時は事務所の電話を貸して話しをしてもらっている。		
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	リビングの壁には季節ごとに壁飾りを貼っている。	リビングは南向きで明るく、温湿度とも適切で空気に澱みがない。テーブルの下に、牛乳パックで作った足置きが置かれ、座った時の安定を図る工夫がある。足踏み体操にも役立てている。廊下や窓際にあるソファで一人になったり、仲良しとおしゃべりをしている。	
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	利用者同士の関係を配慮した席にしている。ソファの配置は利用者さん同士が話し易い位置にしている。		
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	自宅から使い慣れた家具や仏壇を持って来てもらっている。家具を持って来ていない方はご家族に再度お願いをして持って来てもらっている。	テーブル、整理ボックス等馴染みの物が持ち込まれ、家族の写真が飾られてある。仏壇は家族が来た時に一緒にお参りをする。毎日職員と掃除をする。それぞれ個性に溢れた自分の部屋である。	
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	居室のドアには名札やカッティングシールの色で分かりやすくしている。ベッドは柵を取り付けて自力で起きやすいようにしている。		