

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	0470201419		
法人名	株式会社ツクイ		
事業所名	ツクイ石巻大街道グループホーム ユニット:さざんか		
所在地	石巻市大街道北2-2-27		
自己評価作成日	平成28年9月23日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	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)】

入居者を選ぶ事はしません。望まれる場合は最期(看取り)まで関わらせていただきます。そのために日頃から認知症ケアについて考え、入居者の方にとって何が良いのかを考えています。また、主治医など医療機関ご家族とも連携をとりあい、日々を大切にしています。

【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)】

国道に近く、幼稚園、小・中・高校、商店街などに囲まれた利便性の高い地域の一角にあり、デイサービスが隣接している。理念は「お一人お一人の個性の尊重、共に支え合い～」と「地域との共生～」である。職員は利用者のその人らしさを尊び、寄り添い「電車に乗りたい」「一人で外出したい」の思いを家族と共に支援するなど理念の実践に努めている。訪問診療や看護師の24時間体制は利用者や家族の安心に繋がり、医療体制への信頼は厚い。また重度化対応指針があり、主治医、看護師、職員、家族が一体となって、「その人らしい最後を迎えられること」を大事に、終末期に向き合い看取っている。職員の多くが介護福祉士であり、専門性も高く、研修を重ね、認知症ケアの質の向上に意欲的に取り組んでいる。地域との連携を重視し、運営推進会議での区長、民生委員、地域包括職員との意見交換、高校との合同避難訓練、中学校の体験学習の受け入れなど協力体制の構築に努めている。

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. たまに 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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 ツクイ石巻大街道GH）「ユニット名 さざんか」

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	理念は職員で創りました。それに基づいてユニットまたは個人へのケアを実践するようにしています。	理念は開設時に職員が話し合い、作成したものである。理念には一人ひとりがその人らしいあたり前の生活の支援や地域との共生が込められている。一年に1回理念を振り返り、実践に活かせたかなどを話し合っている。	
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人として日常的に交流している	地域行事への参加、買い物や体験学習の受け入れなどしています。	町内会に加入している。敬老会、お祭り、運動会などへの参加や職業体験の受け入れ、民謡、歌のボランティアの訪問など地域との交流を深めている。管理者は地域で認知症サポーター養成講座の講師を務め、地域への貢献や協力関係を築く努力をしている。	
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	運営推進会議や家族会などで勉強会(サポーター養成講座)を開いています。		
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	参加者より意見を頂いています。災害時の対応など参考にさせてもらっています。	会議は奇数月に行い、区長、民生委員、地域包括職員、利用者、家族が参加している。活動報告や運営状況、外部評価結果などを話し合っている。区長からは避難所の情報を得、有事の際の住民との連携に関する対策を考える機会にもなった。	
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取り組んでいる	疑問点など相談や事故などの報告相談をその都度行っています。	運営推進会議に毎回地域包括職員が参加し、情報交換を行っている。介護保険申請時や事故報告、相談などをしながら連携を図っている。外部評価結果や目標達成計画書は市に提出している。	
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	入社時の研修や勉強会を通して理解と実践をしています。	施錠は19時～翌朝6時である。管理者は利用者の尊厳を尊重し、日頃のケアがしっかり出来ていれば拘束は起こらないと考えている。新人研修や年間計画に身体拘束をしないケアの研修を位置付けている。	
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逃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	入社時の研修や勉強会を通して理解と実践をしています。また、日頃からコミュニケーションをとるようにして職員が孤立しないよう努めています。		

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	研修計画にのっとり勉強会をしています。		
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	入居の際に管理者が説明をしています。入居後に関しても、管理者だけではなく、事務員、計画作成担当者も説明できるようにしています。		
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	日頃から面会時に日々の報告や要望の確認をしています。面会に来られない方には、3ヶ月に1度は計画書の見直し時に連絡を取り要望を聞いています。	入居時や面会時、介護計画作成時に家族から意見や要望を聞いている。運営推進会議にも家族が参加し、意見交換を行っている。運営推進会議報告書は全家族に配布し、ホームの運営や意見の反映状況の周知を図っている。意見箱は設置している。	
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	日頃から話しやすい環境を心がけ面談等を行っています。	毎月の全体会議での運営推進会議報告、行事運営、ケアの課題などの話し合いを通し、管理者は常に職員の現場の声に耳を傾ける姿勢を心がけている。面談は年1回や随時実施し、資格取得支援は模擬試験やシフト調整など手厚く行っており、意欲的に人材育成に取り組んでいる。	
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	会社規定に沿って個人の評価を定期的に行っている。資格取得支援制度や研修会への参加をしています。		
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	管理者やリーダー職員が指導できるように研修を受けています。研修参加費等の補助をしています。		
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	事業所からも認知症について話し合える場の提供や呼びかけを行い、地域でのつながりを作るようにしています。		

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
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	入居時に情報を収集し、少しでも居心地良く思っただけように入居前から努めています。		
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	入居前の調査で意向を確認しています。入居後も話をするようにして何気ない会話からの情報を大切にしています。		
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	グループホームだけでの対応に留まらず、必要があれば他のサービスも積極的に利用するように努めています。		
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	職員が良いと思う介護ではなく、本人が望む生活を大切にするようにしています。		
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	本人の事を一番理解されているのは家族です。家族にも関わってもらえるように関係を築いていくようにしています。		
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	友人の訪問や外泊をしてもらえるように支援しています。	行きつけの場所は自宅、理美容室、墓参りなどである。生活歴から人間関係や馴染みの場所を把握し、出来るだけ関係が途切れないよう支援している。家族、友人、ご近所、職場の同僚の訪問もある。外泊には送迎支援を行っている。	
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	協力し合って、1人ではない生活を安心して過ごしていただけるように関わっています。		

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
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	サービス終了後に訪問していただいたり、相談の連絡があった際は情報の提供をしています。		
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	1人で外出される方もいます。「～に行きたい」という要望があればご家族に伺いを立てています。生活暦を重視し、出来るだけ要望に応えられるようにしています。	生活歴から利用者の思いや意向を把握し、「電車に乗りたい」との希望を叶えたり、ダンスが好きな方にはCDをかけ、雰囲気になれるよう工夫するなど支援している。把握しづらい方には表情や態度で把握し、寄り添いながら対応している。	
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	少しでも今までの暮らしを継続できるように生活暦を重視し、支援するように努めています。		
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	日々の申し送りや、毎月のカンファレンスなどでチームで共有するようにしています。		
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	状態の変化に合わせて計画書の見直しをしています。家族、看護師、主治医等とも相談し、作成しています。	介護計画は3ヶ月に1回見直しを行っている。また状況の変化で随時見直しをしている。モニタリングチェックは3ヶ月に1回実施している。介護計画作成には家族、主治医、看護師にも意見を聞き、計画に反映させている。介護計画は家族の同意を得ている。	
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	個別記録や申し送りノートなどを使い、情報の共有と計画書の作成をしています。		
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	家族、関係機関に相談協力を仰ぎながら柔軟かつサービス利用を取り入れるようにしています。		

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	地域資源の把握に努めています。まだまだ活用できることがあると思いますので積極的に発掘していきます。		
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	24時間、連絡をとれるようにしてもらっています。相談できる関係を築いています。	かかりつけ医はほとんどが協力医療機関である。訪問診療や訪問看護師の健康管理は、利用者や家族の安心に繋がっている。病院での受診は職員が支援し、結果は家族に報告している。家族が付き添う場合もあるが結果は共有し、支援を行っている。	
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	訪問看護ステーションを利用しています。医師とも連携し、利用者に適切な支援が出来るようにしています。		
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。	関係機関との情報の共有をしています。調査時にも相談員に同席してもらい、スムーズな入退院が出来るようにしています。		
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	入居時と、終末期とそれぞれに話し合いをしています。終末期となった際には主治医にも入ってもらっています。	重度化対応指針があり、看取りの実績もある。入居時に指針を説明し、終末期には看取り同意書による家族の同意を得ている。かかりつけ医、訪問看護師、職員、家族が連携し、その人らしい終末期が送れるよう支援している。職員のターミナル研修も実施している。	
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	入社時や消防署での研修などに参加させ急変時に対応できるようにしています。		
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	災害時を想定し訓練をしています。高校と連携し共同での訓練をしています。災害時は避難場所の提供をしてもらえるようになっていきます。	火災、風水害、地震対応マニュアルはある。年2回避難訓練を実施し、うち1回は夜間想定訓練である。高校との合同津波避難訓練や、市の防災訓練にも参加した。スプリングラ、自動通報装置、火災報知器、避難通路も確保している。備蓄は3日分ある。	周辺は商業施設や学校が多く、夜間の避難対策が危惧される。近隣の災害公営住宅の自治会など、地域住民と協力し、連携して避難訓練を実施するなど、災害時の救出、避難体制の整備を期待する。

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	性格や相性など考慮して席の配置や声掛け、関わり方を個別に対応するようにしています。	呼び名は利用者の反応を見ながらさんづけで呼んでいる。居室の出入りはノックして入室している。スピーチロックには個別に注意し、尊厳を損ねない言葉がけに努めている。排泄介助時はさりげなく誘導している。プライバシー保護の研修は年一回実施している。	
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	質問するような声掛けを心がけています。		
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	職員でスケジュールを決めるよりも、本人のペースや希望に沿うように声掛けや支援をしています。		
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	お化粧をしたり、着る服を選んでもらったりするようにしています。		
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	準備や片付けを一緒にするようにしています。行事の際などは食事作りをしてもらっています。	メニューや食材は配食業者から調達している。誕生日などの特別食や行事食のメニューは職員が旬の食材を購入し、調理している。盛り付け、おやつ作り、茶碗ふきなど手伝う利用者もあり、和やかな雰囲気である。	
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	ひとりひとりにあった食事を提供していません。食欲が無い時は嗜好品を提供するなどしています。		
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	看護師に相談したりして口腔ケアをしています。		

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
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	排泄チェック表で確認し、自立排泄を支援しています。落ち着かないなどのサインを見逃さないようにして支援をしています。	昼夜共排泄チェック表で排泄パターンを把握し、誘導している。また随時、行動に注意しながら誘導し、支援している。紙おむつは減っており、自立支援の成果が見られる。適切な誘導により、安眠の支援にも繋がっている。	
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	食べ物や水分、主治医へ相談し、薬の調整等行っています。		
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ず、個々にそった支援をしている	夜間浴も実施しています。ゆっくり入ってもらえるように支援しています。	入浴は週に2~3回であり、順番や湯温は希望に沿って調整し、週末には夜間浴も行っている。入浴嫌いの方には無理強いをしない。同性介助にも対応している。季節で菖蒲湯やゆず湯も行い入浴剤も利用するなど一人ひとりの希望を大切に支援している。	
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	生活のサイクルを作れるように支援しています。寝たいときは寝られるようにしています。室温にも配慮するようにしています。		
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	薬の作用や調整を出来るように主治医や薬局と連携をとっています。		
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	わずかな時間でも笑顔がみられるようなかかわりをするように支援しています。		
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	個別や大勢で出来る限りの外出支援をするようにしています。家族にも参加してもらえようように企画しています。	季節に応じて、お花見、水族館、初詣などに外出し、戸外で過ごす楽しさを共有している。コンビニやスーパーなど個別の希望にも応じ、支援している。家族で温泉に行く方もいる。外出を拒む方には無理強いをしないよう心がけている。	

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
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	自己管理ということでお金を所持する事に制限はしていません。		
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	制限することなく出来るようにしています。		
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	写真や季節感を感じられるような装飾をしています。刺激がないような少しおとなしい感じの空間になるようにしています。	玄関前の可愛い花壇や野菜畑が季節を感じさせる。リビングには季節の飾りや折り紙が彩り鮮やかに飾られ、明るい雰囲気を出している。温・湿度管理は適切である。職員手作りの日めくりカレンダーは見当識に配慮している。トイレは馴染みの「便所」と表示している。	
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	玄関や廊下の先などで椅子を置いて過ごしてもらったりしています。席もその時によって柔軟に対応するようにしています。		
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	ご家族にも協力してもらい、日用品も含め使い慣れたものを持ち込んでもらうようにしています。	ベッドとカーテンが備えられ、馴染みのテーブルや位牌、携帯電話を持ち込む方もいる。職員が温・湿度管理や掃除を行い、整理整頓もなされている。壁には利用者の作品や家族の写真、お便りが飾られ、その人らしく過ごせる居室作りに努めている。	
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	福祉用具や表札など工夫して環境づくりをしています。		

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	0470201419		
法人名	株式会社ツクイ		
事業所名	ツクイ石巻大街道グループホーム ユニット:つづじ		
所在地	石巻市大街道北2-2-27		
自己評価作成日	平成28年9月23日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	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)】

入居者を選ぶ事はしません。望まれる場合は最期(看取り)まで関わらせていただきます。そのために日頃から認知症ケアについて考え、入居者の方にとって何が良いのかを考えています。また、主治医など医療機関ご家族とも連携をとりあい、日々を大切にしています。

【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)】

国道に近く、幼稚園、小・中・高校、商店街などに囲まれた利便性の高い地域の一角にあり、デイサービスが隣接している。理念は「お一人お一人の個性の尊重、共に支え合い～」と「地域との共生～」である。職員は利用者のその人らしさを尊び、寄り添い「電車に乗りたい」「一人で外出したい」の思いを家族と共に支援するなど理念の実践に努めている。訪問診療や看護師の24時間体制は利用者や家族の安心に繋がり、医療体制への信頼は厚い。また重度化対応指針があり、主治医、看護師、職員、家族が一体となって、「その人らしい最後を迎えられること」を大事に、終末期に向き合い看取っている。職員の多くが介護福祉士であり、専門性も高く、研修を重ね、認知症ケアの質の向上に意欲的に取り組んでいる。地域との連携を重視し、運営推進会議での区長、民生委員、地域包括職員との意見交換、高校との合同避難訓練、中学校の体験学習の受け入れなど協力体制の構築に努めている。

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、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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 ツクイ石巻大街道GH）「ユニット名 つつじ」

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	理念は職員で創りました。それに基づいてユニットまたは個人へのケアを実践するようにしています。	理念は開設時に職員が話し合い、作成したものである。理念には一人ひとりがその人らしいあたり前の生活の支援や地域との共生が込められている。一年に1回理念を振り返り、実践に活かせたかなどを話し合っている。	
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	地域行事への参加、買い物や体験学習の受け入れなどしています。地域の敬老会へ参加したり、防災訓練にも参加しています。	町内会に加入している。敬老会、お祭り、運動会などへの参加や職業体験の受け入れ、民謡、歌のボランティアの訪問など地域との交流を深めている。管理者は地域で認知症サポーター養成講座の講師を務め、地域への貢献や協力関係を築く努力をしている。	
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	運営推進会議や家族会などで勉強会（サポーター養成講座）を開いています。		
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	参加者より意見を頂いています。災害時の対応など参考にさせてもらっています。	会議は奇数月に行い、区長、民生委員、地域包括職員、利用者、家族が参加している。活動報告や運営状況、外部評価結果などを話し合っている。区長からは避難所の情報を得、有事の際の住民との連携に関する対策を考える機会にもなった。	
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取り組んでいる	疑問点など相談や事故などの報告相談をその都度行っています。	運営推進会議に毎回地域包括職員が参加し、情報交換を行っている。介護保険申請時や事故報告、相談などをしながら連携を図っている。外部評価結果や目標達成計画書は市に提出している。	
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	入社時の研修や勉強会を通して理解と実践をしています。	施錠は19時～翌朝6時である。管理者は利用者の尊厳を尊重し、日頃のケアがしっかり出来ていれば拘束は起こらないと考えている。新人研修や年間計画に身体拘束をしないケアの研修を位置付けている。	
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	入社時の研修や勉強会を通して理解と実践をしています。また、日頃からコミュニケーションをとるようにして職員が孤立しないよう努めています。		

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	研修計画にのっとり勉強会をしています。		
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	入居の際に管理者が説明をしています。入居後に関しても、管理者だけではなく、事務員、計画作成担当者も説明できるようにしています。		
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	日頃から面会時に日々の報告や要望の確認をしています。面会に来られない方には、3ヶ月に1度は計画書の見直し時に連絡を取り要望を聞いています。	入居時や面会時、介護計画作成時に家族から意見や要望を聞いている。運営推進会議にも家族が参加し、意見交換を行っている。運営推進会議報告書は全家族に配布し、ホームの運営や意見の反映状況の周知を図っている。意見箱を設置している。	
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	日頃から話しやすい環境を心がけ面談等を行っています。	毎月の全体会議での運営推進会議報告、行事運営、ケアの課題などの話し合いを通し、管理者は常に職員の現場の声に耳を傾ける姿勢を心がけている。面談は年1回や随時実施し、資格取得支援は模擬試験やシフト調整など手厚く行っており、意欲的に人材育成に取り組んでいる。	
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	会社規定に沿って個人の評価を定期的に行っています。資格取得支援制度や研修会への参加をしています。		
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	管理者やリーダー職員が指導できるように研修を受けています。研修参加費等の補助をしています。		
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	事業所からも認知症について話し合える場の提供や呼びかけを行い、地域でのつながりを作るようにしています。		

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
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	入居時に情報を収集し、少しでも居心地良く思っただけように入居前から努めています。		
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	入居前の調査で意向を確認しています。入居後も話をするようにして何気ない会話からの情報を大切にしています。		
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	グループホームだけの対応に留まらず、必要があれば他のサービスも積極的に利用するように努めています。		
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	職員が良いと思う介護ではなく、本人が望む生活を大切にするようにしています。		
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	本人の事を一番理解されているのは家族です。家族にも関わってもらえるように関係を築いていくようにしています。		
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	友人の訪問や外泊をしてもらえるように支援しています。	行きつけの場所は自宅、理・美容室、墓参りなどである。生活歴から人間関係や馴染みの場所を把握し、出来るだけ関係が途切れないよう支援している。家族、友人、ご近所、職場の同僚の訪問もある。外泊には送迎支援を行っている。	
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	協力し合って、1人ではない生活を安心して過ごしていただけるように関わっています。		

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
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	サービス終了後に訪問していただいたり、相談の連絡があった際は情報の提供をしています。		
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	「～に行きたい」という要望があればご家族に伺いを立てています。生活暦を重視し、出来るだけ要望に応えられるようにしています。	生活歴から利用者の思いや意向を把握し、「電車に乗りたい」との希望を叶えたり、ダンスが好きな方にはCDをかけ、雰囲気になれるよう工夫するなど支援している。把握しづらい方には表情や態度で把握し、寄り添いながら対応している。	
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	少しでも今までの暮らしを継続できるように生活暦を重視し、支援するように努めています。		
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	日々の申し送りや、毎月のカンファレンスなどでチームで共有するようにしています。		
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	状態の変化に合わせて計画書の見直しをしています。家族、看護師、主治医等とも相談し、作成しています。	介護計画は3ヶ月に1回見直しを行っている。また状況の変化で随時見直しをしている。モニタリングチェックは3ヶ月に1回実施している。介護計画作成には家族、主治医、看護師にも意見を聞き、計画に反映させている。介護計画は家族の同意を得ている。	
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	個別記録や申し送りノートなどを使い、情報の共有と計画書の作成をしています。		
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	家族、関係機関に相談協力を仰ぎながら柔軟かつサービス利用を取り入れるようにしています。		

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	地域資源の把握に努めています。まだまだ活用できることがあると思いますので積極的に発掘していきます。		
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	24時間、連絡をとれるようにしてもらっています。相談できる関係を築いています。	かかりつけ医はほとんどが協力医療機関である。訪問診療や訪問看護師の健康管理は、利用者や家族の安心に繋がっている。病院での受診は職員が支援し、結果は家族に報告している。家族が付き添う場合もあるが結果は共有し、支援を行っている。	
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	訪問看護ステーションを利用しています。医師とも連携し、利用者に適切な支援が出来るようにしています。		
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。	関係機関との情報の共有をしています。調査時にも相談員に同席してもらい、スムーズな入退院が出来るようにしています。		
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	入居時と、終末期とそれぞれに話し合いをしています。終末期となった際には主治医にも入ってもらっています。	重度化対応指針があり、看取りの実績もある。入居時に指針を説明し、終末期には看取り同意書による家族の同意を得ている。かかりつけ医、訪問看護師、職員、家族が連携し、その人らしい終末期が送れるよう支援している。職員のターミナル研修も実施している。	
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	入社時や消防署での研修などに参加させ急変時に対応できるようにしています。		
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	災害時を想定し訓練をしています。高校と連携し共同での訓練をしています。災害時は避難場所の提供をしてもらえるようになっていきます。市の総合防災訓練にも参加しています。	火災、風水害、地震対応マニュアルはある。年2回避難訓練を実施し、うち1回は夜間想定訓練である。高校との合同津波避難訓練や、市の防災訓練にも参加した。スプリンクラー、自動通報装置、火災報知器、避難通路も確保している。備蓄は3日分ある。	周辺は商業施設や学校が多く、夜間の避難対策が危惧される。近隣の災害公営住宅の自治会など、地域住民と協力し、連携して避難訓練を実施するなど、災害時の救出、避難体制の整備を期待する。

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	性格や相性など考慮して席の配置や声掛け、関わり方を個別に対応するようにしています。	呼び名は利用者の反応を見ながらさんづけで呼んでいる。居室の出入りはノックして入室している。スピーチロックには個別に注意し、尊厳を損ねない言葉かけに努めている。排泄介助時はさりげなく誘導している。プライバシー保護の研修は年一回実施している。	
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	質問するような声掛けを心がけています。		
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	職員でスケジュールを決めるよりも、本人のペースや希望に沿うように声掛けや支援をしています。		
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	お化粧品(スキンケア)をしたり、着る服を選んでもらったりするようにしています。		
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	準備や片付けを一緒にするようにしています。行事の際などは食事作りをしてもらっています。	メニューや食材は配食業者から調達している。誕生日などの特別食や行事食のメニューは職員が旬の食材を購入し、調理している。盛り付け、おやつ作り、茶碗ふきなど手伝う利用者もあり、和やかな雰囲気である。	
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	ひとりひとりにあった食形態で提供しています。食欲が無い時は嗜好品を提供するなどしています。		
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	看護師に相談したりして口腔ケアをしています。		

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
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	排泄チェック表で確認し、自立排泄を支援しています。落ち着かないなどのサインを見逃さないようにして支援をしています。	昼夜共排泄チェック表で排泄パターンを把握し、誘導している。また随時、行動に注意しながら誘導し、支援している。紙おむつは減っており、自立支援の成果が見られる。適切な誘導により、安眠の支援にも繋がっている。	
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	食べ物や水分、主治医へ相談し、薬の調整等行っています。		
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ず、個々にそった支援をしている	夜間浴も実施しています。ゆっくり入ってもらえるように支援しています。	入浴は週に2~3回であり、順番や湯温は希望に沿って調整し、週末には夜間浴も行っている。入浴嫌いの方には無理強いはない。同性介助にも対応している。季節で菖蒲湯やゆず湯も行い入浴剤も利用するなど一人ひとりの希望を大切に支援している。	
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	生活のサイクルを作れるように支援しています。寝たいときは寝られるようにしています。室温にも配慮するようにしています。		
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	薬の作用や調整を出来るように主治医や薬局と連携をとっています。		
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	わずかな時間でも笑顔がみられるようなかかわりをするように支援しています。		
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	個別や大勢で出来る限りの外出支援をするようにしています。	季節に応じて、お花見、水族館、初詣などに外出し、戸外で過ごす楽しさを共有している。コンビニやスーパーなど個別の希望にも応じ、支援している。家族で温泉に行く方もいる。外出を拒む方には無理強いはないよう心がけている。	

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
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	自己管理ということでお金を所持する事に制限はしていません。		
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	制限することなく出来るようにしています。		
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	写真や季節感を感じられるような装飾をしています。刺激がないような少しおとなしい感じの空間になるようにしています。	玄関前の可愛い花壇や野菜畑が季節を感じさせる。リビングには季節の飾りや折り紙が彩り鮮やかに飾られ、明るい雰囲気を醸し出している。温・湿度は職員が適切に管理している。職員手作りの日めくりカレンダーは見当識に配慮している。トイレは馴染みの「便所」と表示している。	
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	玄関や廊下の先などで椅子を置いて過ごしてもらったりしています。席もその時によって柔軟に対応するようにしています。		
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	ご家族にも協力してもらい、日用品も含め使い慣れたものを持ち込んでもらうようにしています。	ベッドとカーテンが備えられ、馴染みのテーブルや位牌、携帯電話を持ち込む方もいる。職員が温・湿度管理や掃除を行い、整理整頓もなされている。壁には利用者の作品や家族の写真、お便りが飾られ、その人らしく過ごせる居室作りに努めている。	
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	福祉用具や表札など工夫して環境づくりをしています。		