

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	0492200068
法人名	社会福祉法人 宮城福祉会
事業所名	グループホーム あいやまこもれびの家
所在地	宮城県柴田郡村田町大字村田字あいやま100-5
自己評価作成日	平成 23年 6月 13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)】

ホーム理念「ゆっくり、いっしょに、たのしく、ゆたかに」を心掛けながら、認知症ケアの基本に沿った支援を心がけている。ひとつひとつの支援について、皆で考えてより良い方法を検討し、ケアの向上に努めている。障害を持つ方との共同生活という共生型ホームのメリットを活かし、より幅の広い支援を行っている。

※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23年6月27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)】

高齢者9名と知的、身体、精神に障害のある方5名の生活は、朝、勤めに出かける若い人を送りだすところから一日が始まる。時には親子、孫、祖父母と近い関係が築かれ、お互いを支え合う良い関係にある。地域住民との交流が困難な環境にあるが自ら事業所を提供し、各教室、イベントなどを企画し、入居者との距離をより近づけ「地域で暮らし続ける高齢者」を目指している。地域包括ケアの先駆けと言える。地域行事の参加が定例化し、馴染みの人との出会いを通じ、入居者が状態改善する等評価できる。入居者がホームで安心した生活が送れるように終末ケアの取り組み強化を期待したい。

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: あいやまこもれびの家)「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	(地域の中の一軒の家として)「ゆっくり・いっしょに・たのしく・ゆたかに」を法人内グループホーム共通理念に掲げ、住み慣れた村田町で、安心して生活を続けていただく為に必要な事を、日々考えながらケアにあたっている。	掲げた理念はケアの実践を想定し具体化した。申し送りに時間をかけ本人に合わせた対応策、計画書作成、行事企画に活かしている。チームケアの行動規範である事を理解し、理念を振り返り職員間で共有している。	
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	必要物品や食材は、地域の商店を利用したり、地域の行事に参加するなど、また、地域交流の行事を計画実施するなどし、日常的な交流を目指している。	「あいやまうどん作り、がんづき教室」等、年4回実施した。ホームを地域住民に開放し入居者も参加して昼食を共にしたり、ふれあいホールのピアノコンサートには家族や地域住民と一緒に鑑賞し交流を図っている。	
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	家族に対しては、面会などの日々の関わりや定期カンファレンスにおいて、「ホームが目指していること。大事にしている事」を言葉や実践を通じて伝えている。地域の方々に対しても、見学や面会あるいは行事参加の中で伝えている。		
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	隣接する小規模多機能型居宅介護事業所と共催の形で、定期的に運営推進会議を開催している。パワーポイント等を用い、生活の様子を紹介しながら、ご家族の参加も頂き、具体的な意見を伺っている。	奇数月の第4水曜日10時に、町の課長、家族、住民代表、民生委員、職員をメンバーとして、サービス提供の状況報告、行政からの情報提供等双方向的に開かれている。今後、家族、知見を有する人の参加も期待したい。	
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に取り組んでいる	利用開始時から、町の地域包括支援センターと情報交換をしながら支援に当たっている利用者様が少なくない。双方で行き来し、必要に応じ、行政担当者との本人面談も行っている。	ホームの事業に理解を示し、とても協力的である。地域包括から依頼を受け、職員が講師として出向いている。情報をいち早く知らせてくれたり、震災時はガソリンの確保、水や食糧等の差し入れがあった。	
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	夜間を除いて、基本的に施錠は行っていない。権利擁護に関する本人家族への説明同意手続きを、町の地域包括支援センターと協力して進めた利用者様もいる。	職員は主旨を理解し、入居者の行動を把握し、対応している。同施設内の法人の協力体制ができています。玄関は補助的にチャームで人の出入りを知らせている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	パンフレットを配布して、常に注意を払うようにしている。過去には、地域包括支援センターに相談を行ったことがある。また、事業所内でも、体罰以外にも何が精神的虐待、経済的虐待に当たるのかを随時話し合っている。		

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	地域密着型施設の合同研修会で、元地域包括支援センター職員を講師に勉強会を開催するなどしている。		
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	重要な事項は、見学の段階から、利用開始の際は、更に十分に時間をとり説明を行うように心がけている。、又、御家族様には複数で話を聞いていただくように。		
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	日常の関わりの中ではもちろんだが、定期家族カンファレンスの際や、定例の家族参加行事の際には、特に意識してコミュニケーションをとるように心がけている。	面会時には入居者に職員のケアの状況を説明し、家族に理解していただけるようにしている。心身の機能低下を心配し、リハビリの要望や、外出、外泊の際の付き添いに関する相談があり、その都度対応している。	
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	管理者は、出来るだけ職員や利用者様と一緒に昼食をとったり、行事に参加するなどして、意見や提案を十分聞く機会を設けている。	申し送り、職員会議には話題が盛りだくさんで、個別ケアをするにあたり、とても時間が足りないとの意見が多い。行事の時は職員の人数増の意見が出され、ローテーションを調整し対応している。	
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	スタッフそれぞれの抱えている悩みや課題を理解し、意識的に会話を多くもつように努めている。		
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	宮城共生ネットやその他職務別の外部研修、法人内地域密着型等サービス合同の研修会、あるいはOJTにより、職員全員のレベルアップをはかっている。		
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るべく取り組みをしている	地域の他事業所のスタッフと交流しネットワークづくりや勉強会に参加している。みやぎ共生ネットの研修会や交流会に参加して意見交換等をしてサービスの向上するために取り組んでいる。		

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
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	実態調査を一回では済ませず、ホームや入院先あるいは自宅など場所を変えながら、本人と家族にその意向を伺うようしている。また、可能な限り複数の職員が入所以前も話を伺うようしている。		
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	ご家族のそれぞれの希望や、抱える問題を、時間をかけ傾聴するように努めている。		
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	必要に応じ、隣接の老人保健施設の相談員、小規模多機能事業所の管理者にも相談するなど、相談＝グループホームの利用と考える事なく、客観的に冷静に判断するように努めている。		
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	同じ家で生活する家族として、「ケアされるケア」も意識して、関わっている。季節の行事、地域の風習を教えていただいたり、相談に乗るだけでなく、乗っていただくこともある。		
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	3ヶ月に一回の家族カンファレンスだけでなく、家族に意見を求めたり、一緒に考えてケアにあたっている。医療機関への外来にはなるべくご家族と職員が同行し、情報の共有と治療の方向について、ドクターと一緒に考えていただいている。		
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	利用者様の知人や親族の面会時には、ゆっくりとした時間が過ごせるように配慮している。日常的になじみの場などへのドライブを行っている。また、利用者様が年賀状を出すなどの支援も行っている。	地域行事に参加する事が定例化し、出合いが入居者の喜びである。それを機に同僚が「あいやま」に入居している事を知り、面会に来たり、入居者が積極的にリハビリを行い行事の挨拶や日常の行動等状態が改善した。	
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	利用者様同士の相性や地域の中での過去の関わりに注意を払い、生活場面で適切な支援を行うようしている。また、その方の身体精神状況も必要に応じて、他の利用者様に伝え、いたわりの気持ちで接する事が出来るように配慮している。		

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	利用終了にあたっては、その後の生活を一緒に考えるようにしている。また、隣接の老人保健施設に移動した利用者様に関しては、継続して情報提供するなどしている。		
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	不安の材料は何なのか？や、何がその方の心の支えになっているのか？を本人の言葉やバックグラウンド情報を元に職員同士が話し合い推測し、出来る対応を検討している。	「家に帰る」「物がなくなった」等の訴えは原因を考え、家族、職員間で話し合い共通認識で対応する。一日のメニューを本人の目の前に置いたり、表情の乏しい方には赤ちゃんのスナップ写真を見せる事で改善した例もある。	
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	サービス利用前の実態調査から、利用開始後まで、生活歴や馴染みの暮らし方の情報把握に努めている。それは、日常の会話や役割活動に役立てている。		
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	活動と休養のバランスを考えて、それぞれの一日の生活を立案している。バイタル測定、排泄リズムのチェック、食事摂取量の把握も行っている。		
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	介護計画作成にあたっては、必要に応じて看護師や協力事業所(老人保健施設)のPT等の意見ももらいながら作成している。1回/3カ月、家族カンファレンスの場で介護計画について家族の意見も取り入れるようにしている。	情報収集し、センター方式とオリジナルの書式を使用し、まとめて作成して計画の見直しをしている。本人、家族の希望で「より自分らしい生活の為の支援」として、趣味を継続し、役割を持った生活支援の計画書は一例である。家族に説明し、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	全員の日々の様子や、介護計画に基づいた支援に対する結果などの記録を毎日つけている。その記録には全員が目を通し、次の計画作成に生かしている。		
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	利用者様の精神的な安定を図るため、御家族と話し合い、利用者様の御主人がホームで数時間過ごす支援を行ったりもしている。また、リハビリをしたいというニーズに対しては、法人内PTの協力も頂いている。		

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	本人の生活スタイルの維持、生活リズムの改善を目指し、地域の精神医療サービスを活用したりもしている。		
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し、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	利用開始時に、主治医の選択の自由について説明を行っている。平成22年度からは、往診の体制を組み、ほとんどの利用者様が利用している。御家族からも安心の声を頂いている。	往診医に切り替え、医師、看護師とのオンコール体制となった。医師から直接、本人の状態報告があり家族から安心と好評である。歯科医の2週間に1回、義歯の調整、口腔ケアの指導で、食欲が戻り状態が改善した例もある。	
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	必要に応じ、事業所所属の看護師(他事業所兼務)に相談し、判断を仰いでいる。また、協力医療機関の看護師や訪問看護ステーションへも、電話相談出来る関係を築いている。		
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。	入院にあたっては、ホームでの生活について細かく情報提供するようにしている。また、入院中の医師からの状態説明には、可能な限り同席し、必要以上に入院が長引かないように、早期受入など配慮している。		
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	法人内外事業所(老人保健施設や特別養護老人ホームなど)、医療機関の相談員と連携をとり、家族に今後の予測を提示しつつ、共に方針を決めている。現在、末期癌の利用者様のケアを主治医の指導の下行っている。	医療体制を確立し、終末期におけるマニュアルを作成し、カンファレンス時に家族に説明し、一覧表にまとめている。昨年の目標達成計画でもあり、本人、家族が安心して終末を迎えられるよう、介護職員の不安を軽減するように充実した研修をしていたきたい。	日常ケアの延長線上で避けては通れない支援である。本人、家族に段階に応じた説明をし、意思確認書を取り、医師、看護師から、具体的な研修を受ける等、職員の研修を強化し、終末期に向けたケアを期待したい。
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	法人備品である人型心肺蘇生練習ツールを用いた勉強会などを行い、急変時のシュミレーションを行っている。		
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つけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に利用者様を交えた避難訓練を行っている。また、年に2回は地域の防火クラブのメンバーの協力も頂き、マニュアル訓練も行っている。	訓練終了後に地域の防火クラブへの連絡ツールが不十分、防火水槽、併設施設との緊急の通路が必要等意見が出た。震災時は行政、地域から食糧、水等の支援で助かった。多めの食糧の備蓄が必要である。	

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
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	一人ひとりが、何を大切にしているのかを考えて、名前の呼び方から初め、「年長者」「人生の先輩」として敬う心を忘れずに関わっている。	人生の先輩として敬意を表している。排泄、入浴の際は、声掛けに気をつけ、職員間で注意し合うよう心掛けている。外出時や面会者の受け入れ時敬老会等行事の時には、おしゃれをして参加している。	
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	それぞれの理解する力に合わせた説明を行っている。(言葉を変えたり、選択肢を用意したり)。自己決定を大事にしつつも、相談にのりより良い決定が出来るよう配慮している。		
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	ホーム利用後の生活についても、アセスメントに基づいて、その人らしい生活の継続を目指している。(日中の過ごし方、入浴の時間、就寝の時間など)		
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	髪型や服装はご本人やご家族の希望に沿うように配慮している。美容院も出来るだけ、地域の行きつけの店に通えるよう配慮している。「昔から来てくれていたから。」と、店の方も色々配慮してくれている。		
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	身体的な状況により、調理に関われる方はあまり多くないが、それぞれが楽しみながら力を発揮できる場面を見つけるようにしている。継続して触発する事で、「食器洗いは、自分の仕事」と認識してくれている方もいる。	職員が献立を作成し、地元の店で食材を購入する。自由食の日はその日にメニューを決め皆で作る。若い人達、職員と共に食卓を囲んでいる。時には外食で好きな物を食べたり、行事食(お寿司等)を楽しんでいる。	
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	食事摂取、水分摂取のチェックを毎日行っている。水分についても、本人の嗜好にあわせて、スムーズな摂取を心がけている。		
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、全員の口腔ケアの支援をしている。また、就寝時入歯は必ず洗浄剤につけていただいている。歯科医あるいは歯科衛生士の訪問が毎週あり。		

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	なるべくWCで用を足していただくように、居室内の環境を工夫したり、センサーコールを利用するなどしている。また、排泄支援用品(オムツ・パット類)の勉強会を行い、工夫も続けている。	随時、トイレでの排泄を基本とし、時間に声掛けして誘導したり、転倒防止、排泄行為が十分でない方には安全面配慮の為にセンサー対応をしている。夜間帯は入居者の状況を考慮し、安眠を妨げないように工夫している。	
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	水分の摂取やヨーグルトやバナナの提供、運動や散歩、ドライブや腹部マッサージを、状態に合わせて行っていただいている。		
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	過去の生活スタイルを考慮して、出来るだけ希望に沿うようにしている。	希望に応じた入浴支援をしている。毎日入浴する方もいるが、平均2日に1回である。お湯の温度、シャンプーを毎日替えたり、同性介助に配慮している。2ヶ所に浴槽はあるが一般浴槽と言いが難いのが気がかりである。	
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	職員の都合やペースに乗せるのではなく、年齢や体調、生活習慣を考えて、一日の生活を送っていただいている。		
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	薬の内容については、入所時に全職員に情報提供している。また、処方内容が変更になった場合にも、申し送る事を徹底している。		
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	ドライブや家事、畑仕事などを楽しめるように、環境作りと支援に努めている。ただし、冬場の活動をもっと豊かにする必要がある。		
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	職員の用足しなども効率よく利用して、ほぼ毎日外出をし、外気浴や、ドライブなどを多く取り入れるようにしている。	ウッドデッキを活用し昼食をとったり、ホームセンターに園芸用品を見に出かけたりしている。船岡、村田、大河原によく出かけ、古い街並みを通ると入居者の反応がとても良い。家族が入居者を連れ外出する事もある。	

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	小額の現金を持っていただくことで、安心して生活を送っていただいている方もいるが、現金を持ち、地域で職員と一緒に買い物をするなどには至っていない。		
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	年賀状のやりとりの支援はしているが、日常的に手紙や電話のやりとり支援が出来る方は少ない。		
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	カーテンや障子、ブラインド引き戸で光や音の調節をしている。	柔らかな光が差し込み、大きな窓から景色も見られ四季が感じられる。フローリングのリビングは清潔感があり、大きな薄型テレビの前で入居者は過ごす事が多い。小上がりの和室は、自由にくつろげるようになっている。	
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	畳の間や椅子、ソファなど、居場所を選んで過ごす事が出来る。その時々状態に合わせて、混乱のない範囲に模様替えをしている。		
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	その方の精神状態(ホームに対してどういった認識を持っているか?)に合わせて、馴染みの家具や飾り物などを持ち込んで頂いている。	大きな窓におしゃれな障子がたてられ落ち着いた雰囲気である。トイレ、洗面台が設えてあり、使い勝手に応じたベッドを配置していた。テレビ、お位牌、遺影の前にはご飯が供えられ、編み物をしながらくつろぐ光景があった。	
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	ホーム内部は、バリアフリーで手すりもついており、安全に配慮されている。また、自動照明や自動水栓を採用し、リウマチの方や重度の認知症の方でも自立した生活場面が持てるように配慮している。		