

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	あいやま こもれびの家	ユニット名	
所在地	宮城県柴田郡村田町大字村田字相山100番地1		
自己評価作成日	令和 2年 1月 24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	令和 2年 2月 17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)】

共生型グループホームとして「ゆっくり・いっしょに・楽しく・ゆたかに」を理念に、介護が必要になっても、障害があっても「自分らしく」共に生活できる場所を目指して支援をしています。昔行った事や皆の話題に上がったことを職員が利用者から教わり、活動に取り入れることで、利用者一人ひとりが個々の役割や生きがいを感じながら生活を送る事ができるような環境づくりに努めています。馴染みの地域に暮らしている事を実感できるよう、町主催の催し物への参加や地域の商店を利用した買い物支援、地域の理髪店の利用等地域との関わる機会を設けています。H29.3月より、敷地内事業所と合同で認知症カフェを開催。認知症の理解を広めるだけでなく、利用者と近隣住民の交流の場になっています。研修への参加やeラーニングの活用により、サービスの質の向上に繋がるよう努めています。

【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)】

開設して13年目を迎えるホームは、町の住宅街から離れた自然豊かな環境にある。入居者は敷地内にある法人のふれあいホールや町のふれあいセンターでの催し物に出向き、地域住民との交流を図っている。共生型のホームであり、30代から90代と年齢の幅があり、孫、嫁、祖父母の世代構成で、若い入居者は職員よりも祖父母の言葉に耳を傾け温かい関係性を築いている。運営推進会議の日程等が合わず、家族の参加が難しいことから家族会を発足し年2回開催している。職員の定着率が良く、入居者のできることを引き出し日常生活に取り入れた支援をしている。家族会の記録に感謝の言葉が多くあった。

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 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広がり深まり、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 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	「ゆっくり・いっしょに・たのしく・ゆたかに」を理念に住み慣れた地域の一軒家として居心地の良い場所の提供と安心して生活できるよう考え利用者に寄り添った支援に努めている。	年度初めにケアを振り返り話し合った。入退院があり、申し送り時の内容を詳細にしたり、環境を整えた。ケース記録にケアのポイントを記す等職員間で共有し、現状維持向上の支援に取り組んでいる。		
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	地域の商店街からの買い物や地域の床屋利用、町の行事に参加し、作品展示・販売を行い交流の機会を設けている。	地域主催の福祉祭りや文化祭に入居者の協同作品を展示した。後田地区で開催している認知症カフェで職員による講話(水分補給・認知症サポーター)や寸劇を披露し、入居者は地域の方々との出会いを楽しんだ。		
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	あいやま事業所(合同)で認知症カフェを利用者・地域住民参加のもと月1回開催している。地域包括支援センターが開催している、認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして参加。			
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	運営推進会議では、活動の様子が伝わりやすいよう、写真付きの資料を作成、活動報告を行っている。また、事故報告や身体拘束廃止に向けた取り組みについても報告し、推進委員より出た意見を基に事故対策の見直し等も行っている。	村田町健康福祉課担当者と包括職員他の参加で奇数月に開催している。メンバーから、感染症や認知症高齢者見守りQRコードの情報を得たり、ホームの状況報告には親身になり助言をもらいケアに反映している。		
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	運営推進会議に、市町村担当者と包括職員の参加があり、状況報告を行い、ご意見を頂くなど協力関係にある。また、利用者個別事例について必要な場合には、市町村へ連絡・相談行っている。	介護保険の更新や相談等が出向いている。入居者の居住地について相談し助言をもらった。台風襲来後に、何が大変だったかについて、地区の事業所間で防災マップを活用し、話し合い検討し課題を抽出した。		
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	身体拘束廃止・虐待防止委員会を月1回開催し、身体拘束になりえるケアはないか振り返りを行っている。また、離設の可能性がある利用者に対し、散歩の時間を設ける等身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	研修は、マニュアルに沿って実践状況を振り返っている。スピーチロックを耳にすることがあり入居者の状況を見て、声かけの工夫をしたり、その場で職員間で注意しあっている。転倒しやすい方の居室の動線を工夫し、拘束をしないケアに取り組んでいる。		
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	身体拘束廃止・虐待防止委員会を月1回開催し、虐待防止に努めている。職員会議やEラーニングを活用し、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。			

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
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	eラーニングを活用し、権利擁護について学ぶ機会を設けている。障害者との共生型施設である為、高齢・障害での協調性が保てるよう、互いの立場に配慮した生活支援を実施している。		
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	見学時や契約時に必要事項の説明や心配される事項に関する資料提供を行い、不安や疑問が解消できるよう努めている。改定事項については、変更事項を色分けしたものを活用し、説明を行っている。		
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	意見箱の設置と年2回家族会を開催し、意見や要望を話せる機会を設けている。家族会で寄せられた要望については、運営推進会議でも報告し運営に反映させている。	面会者の状況を教えてほしいや介護度が高くなり、行く末を心配する家族から相談される。その都度家族に説明している。家族会では入居者の出来ることを引き出し、日常に取り入れていることで感謝の言葉が多い。	
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	日々の申し送りや内部研修などで課題や情報の共有、意見交換を行い、業務改善に繋がるよう努めている。	大きい車の運転の練習を希望し、勤務中に練習時間を設け、家族からの要望に応じて、花見ドライブを実現した。夜勤者が1人であり、入居者の急変に備え、法人の看護師と連携し、職員の不安解消に応えた。	
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	有期契約・地域限定契約・正規契約と雇用形態があり、働き方を選択することが出来る。今年度より、年休取得(5日間以上)を進めており、働きやすい環境となるよう努めている。		
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	内部・外部研修の参加やeラーニングの活用により知識や介護技術の向上に繋がるよう研修環境を整え実施している。		
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	町・県南地区主催の研修やみやぎ共生ネット、村田町ケアマネジャー連絡会等に参加し、同業者との交流や意見交換を行い、サービスの質の向上に繋がるよう努めている。		

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	入所前に、本人や家族からの情報(身体・生活歴・趣味・嗜好等)を確認し、職員間で共有することで、不安や心配事が軽減できるよう信頼関係の構築に努めている。		
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	入所後の生活をイメージし易いよう、入所前に見学として、ホームでの生活や活動の様子を見て雰囲気を感じて頂いている。その後、予測される不安や生活に対する意向等を確認しながら家族対応を行うよう努めている。		
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	実態調査で得た情報より、必要となるサービス(福祉用具レンタルなど)説明を行い対応している。また、今後予測される状況についても伝え、サービス内容の検討も含め支援している。		
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	昔から伝わる行事や季節の作り物等の情報を、利用者より教えて頂き、日々の活動や季節行事に取り入れ実施している。		
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	面会時や電話連絡などで、本人の状態を伝え、家族との情報共有に努め、家族に出来る事、ホームで対応する事等相談しながら支援を進めていけるよう努めている。		
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	家族や知人の面会時には、ゆっくりと面会できるよう場所の提供を行っている。馴染みの床屋が継続利用できるよう訪問してもらっている。また、町の行事や認知症カフェへ等に出向き地域との関りが継続できるよう支援している。	友人が、町の行事に合わせて「おこわ」を持ってきたり、兄妹、孫などが時折訪ねて来る。町の銘菓店に馴染みのお菓子を買いに行く。居室が隣同士で仲良くなったり、他施設の利用者との交流がある。	
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	利用者の関係性に配慮した座席の配置や職員が間に入り話題提供や日々の活動をおこなうことで、利用者同士の交流が持てるよう努めている。		

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	退所手続きの際に、いつでも相談できることを伝え、退所後においても相談しやすい関係を維持できるよう配慮している。また、必要な時には相談や支援を行っている。		
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	日常生活の関りから、本人の要望や意向を聴き取りを行っている。意思疎通が困難な方には、表情や態度より思いを汲み取り、本人本位の支援をなすよう検討している。	お茶飲みしながら、聞く時間を設けている。思いから畑で野菜を育てたり、味噌や梅干しを思い出し乍ら作った。アクティビティで熱心に取り組む姿から生活歴を振り返り、縫い物をすすめ布巾やお絞りに作った。	
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	入所前の実態調査時に、本人や家族、利用中のサービス事業所から聴き取りを行っている。		
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	毎日の食事・水分摂取量や排泄状況の確認、バイタル測定を行い、健康状態の把握に努めている。また、日々の活動において有する能力や状態の変化がないか観察し、変化時には引継ぎを行い、現状把握に努めている。		
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	主治医からの意見、必要に応じて専門職からの意見を取り込み、介護員から朝・夕の申し送り時等に意見を出し合っている。また、家族からは面会時やカンファレンス開催時に意見を頂き、介護計画の作成に努めている。	居室担当や職員の意見を集約し、介護支援専門員が作成し、定期的カンファレンスを行っている。見直しや更新時期に家族の意見を反映している。退院後の対応について、医師の指示で服薬に関することや軽体操などを計画書に盛り込んでいる。	
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	日々の様子・変化、支援内容等を記録している。記録は全職員が目を通し、日々の申し送りで情報共有し、工夫や気づき等が次回計画に活かせるよう見直しを行っている。		
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	本人と家族の関係性配慮した外出支援や家族の急変に備えて、事前に夜間外出の対応を検討する等状況に合わせた支援が出来るよう努めている。		

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
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	地域のレストラン、床屋、商店などの活用や地域行事に制作物の展示販売を行うなど楽しみを感じ生活できるよう支援している。離設の可能性がある利用者に対し、町の認知症高齢者等見守りQRコードの利用申し込みを進めている。		
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・家族が希望している医療機関を受診している。家族の高齢化等により職員対応で受診することが増えてきている。かかりつけ医とは、日頃の状態報告も含め相談・助言を頂ける関係を構築出来ている。	かかりつけ医に定期通院をしている。認知症専門医に半年に1回受診し、症状に変化がなければ薬のみの処方の方もいる。地域医療と連携をしている。月2回の訪問歯科は個人で契約し、口腔ケアの指導を受けている。	
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	事業所内には看護師が不在の為、体調不良者の情報を敷地内事業所の看護師へ毎日申し送りし、緊急時に応援を頂けるよう体制を整えている。又協力医療機関の看護師へ相談でき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。	入院時には家族の許可を得て、病状説明に介護支援専門員が同席し、退院後の生活を視野に入れて説明を受けている。入院時に医療機関職員と顔合わせを行う事で、入院中の連絡調整・退院調整がスムーズに出来るよう努めている。		
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	契約時にホームで対応可能な状態の説明や状態変化時には都度家族と相談できるよう支援している。また、要介護3以上の認定を受けている利用者家族へ対し、特養への申し込みを進め、重度化した際に不安なく生活の場所が移行できるよう取り組んでいる。	看取りの文書があり、入居時に説明をしている。在宅訪問医や訪問看護と個人契約を交わすこともあり、看取りについては相談に応じている。医療行為が必要となったり、介護度3を目安に家族等を交えて話し合いをする。研修で学んだ観察のポイントをフローチャートにし何時でも見られるようにしている。	
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	マニュアルの確認や急変時のフローチャートを作成し、職員がスムーズに対応できるよう努めている。また、内部研修として急変時・事故発生時の対応について研修を実施している。		
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	定期的な避難訓練の実施、敷地内事業所と合同での総合防災訓練(消防署・地域住民参加)に参加し、事業所間の協力体制を築いている。	夜間想定を含む災害種別の訓練を実施している。地域の婦人防火クラブや消防団の協力があり、消火器の位置や第2避難場所の確認を行った。非常用食料や備品は老健で保存し、食品は常に多めに確保している。	

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	利用者一人ひとりの尊厳とプライバシーの尊重を理念におき、利用者に合わせて声かけや人生の先輩として敬う心を心をもって対応するよう努めている。	排泄などの声かけは、サインやチェック表を見て他の人にわからないように誘っている。リネン交換や洗濯物片付けは一声かけてから居室に入る。文字で理解する入居者に、張り紙で伝える工夫をしている。	
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	家事やレクリエーション活動等日常生活の中で、思いや自己決定が出来る環境の提供に努めている。自己決定が困難な場合は、複数の選択肢や理解しやすい説明により自分で選ぶことが出来るよう支援している。		
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	入所前の生活での役割や得意な事を事前に確認し、自分のペースで取り組める活動の提供に努めている。本人の「～したい」を取り入れていけるようにしている。		
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	今までの習慣を大切にし、本人や家族の希望に沿うよう心掛けている。馴染みの床屋に通うのが難しくなっても、馴染みの床屋に訪問して貰っている。		
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	食を楽しむ事が出来るよう、野菜や味噌作り、調理の下ごしらえ、片付け等を利用者と一緒に行っている。また、季節を感じる事が出来るような行事食の提供も行っている。	食材は地元から購入している。畑で採れた野菜や筍など旬の食材を使っている。味噌、切り干し大根を教わり作った。冷やし中華やすし飯、麺類を好む入居者が多い。外食よりも弁当を取り寄せる事が多くなった。	
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	毎日のチェック項目をつくり、摂取状況が確認できるようにしている。また、水分を摂りたがらない利用者が多い為お茶ゼリーを提供し1日に必要な水分が摂れるよう支援している。		
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	利用者一人ひとりの状態に合わせて、毎食後の口腔ケアを実施している。希望の方には、訪問歯科の利用を案内しており、歯科医・歯科衛生士によるケアを受ける事ができ、職員は歯科医・歯科衛生士より指導助言を頂き、口腔ケアの質の向上に努めている。		

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	排泄チェック表を活用し、利用者個人の排泄パターンの把握に努め、パターンに合わせた支援を行い、不快感を感じる事が少なく生活できるよ努めている。	居室にトイレがあるが、日中は共用トイレの使用が多くなっている。排泄チェック表を活用しトイレ誘導することで、本人がトイレでの排泄を希望するようになったり、表情が和らぐなど改善に繋がっている。	
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	排泄チェック表より排泄状況を確認し、水分補給や軽体操等運動の働きかけを行っている。便秘傾向にある場合は、外来時に医師に相談する等予防に取り組んでいる。		
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2~3回入浴できるように実施している。利用者の状態に合わせてシャワー浴・足浴を行っている。また、季節に合わせてゆず湯を実施。	週に2~3回午後実施している。温め等、本人の要望に応じている。拒否の方には「お薬つけます」など声がけの工夫をしている。水虫対応は足湯をし薬を塗布し、ゆず湯など楽しむ工夫をしている。	
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	日中に適度な活動を行い、昼夜逆転による不安や不眠にならないよう支援している。利用者の状態に合わせて日中の休息時間を設け心身共に休むことが出来るよう配慮し、居室内の温度調整等を行い、安眠できるように努めている。		
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	薬の変更があった際には、ケース記録・業務日誌等に記載し申し送りを徹底している。また、薬の説明文書で効能や副作用について確認出来るようにしている。外来受診時には、症状の変化等医師へ報告し、指示等を受けている。		
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	実態調査や本人・家族より聴き取りを行った生活歴より、本人が好んでいた活動や若い頃に行った事を日々の活動に取り入れている。また年間を通じて季節の創作を行っており、作る楽しみ完成した喜びを感じる事が出来るよう支援している。		
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	散歩に行きたい、日向ぼっこしたいという場面で気軽に戸外に出られるよう支援している。夕方に外出希望があった時には、ドライブへ行くなどの対応を行っている。また、季節に合わせたドライブや個人での買い物、町の行事への参加等外出の機会を設けている。	入居者の状態低下や、職員の配置等を考えると入居者全員の外出が困難になっている。法人のふれあいホールや地域のふれあいセンターで催し物を楽しむ。釜房ダムや船岡城址公園に花見や紅葉ドライブに行く。通院の帰りに寄り道をするなどしている。本人の希望に応じた支援を検討している。	

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	お金を自己管理できる利用者がいない状況の為職員管理しているが、外出時にお小遣いを持っていき自分で買い物・支払を出来る機会を設けている。また、お金ではなく商品券を手元に持つことで安心している方もいる。		
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	自らの連絡は困難であるが、「電話をかけて欲しい」との要望があり、職員が取り次ぎ、家族と話をすることはあった。年賀状のやり取りをしている方がおり、支援している。		
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	季節を感じる植物や創作物の展示、カーテンや障子により光の調整、のれんや引き戸による間仕切りを活用し過ごしやすい環境になるよう工夫している。	木造のリビングは広くて明るい。加湿器を置き、外気を取り込み空気の淀みがない。木で作った日めくりカレンダーを掛け、鬼の面や文化祭作品を飾り季節感を出していた。製作中の雛人形が片隅にあり、干し大根を作ったり入居者の日常がうかがえた。	
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	リビングだけでなく、小上がりやウッドデッキスペース、畑のベンチ等思い思いに過ごせる空間になっている。		
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	自宅や入所前の生活環境に近い居室内環境に努めている(ベッドやテレビの配置等)自宅でも布団生活だった方がそのまま布団生活が続けられるようにしている。使い慣れたものや自分の作品等を居室内に飾り、居心地の良い環境となるよう配慮している。	フローリングの居室にはトイレがあり、ベッドを持ち込んだりカーペットを敷き布団で休む方等、本人の思いに応じている。塗り絵の本を机に置いたり年賀状を書いたり、手帳を携帯し予定を書き込むなど、本人本位の生活を尊重し、寛げる居室づくりを支援している。	
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	コの字型の作り、手すりがついている事で、安全にリビングに集まる事が出来る空間となっている。個室トイレの照明や水道はセンサー仕様となっており、夜間の足元の不安解消、片手での水道使用が出来るようになっている。		