

平成 27 年度

事業所名 : あお空グループホーム山田

# 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	0393000120		
法人名	(有)介護施設あお空		
事業所名	あお空グループホーム山田		
所在地	岩手県下閉伊郡山田町山田第19地割51番地1		
自己評価作成日	平成27年11月11日	評価結果市町村受理日	平成28年2月2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/03/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0393000120-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=02">http://www.kaijokensaku.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0393000120-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=02</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 いわての保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0021 岩手県盛岡市中央通三丁目7番30号
訪問調査日	平成 27年 11月 20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)】

理念に沿い、利用者の皆様がその人らしく生活が出来る様、家庭的な雰囲気づくりに心掛け、毎日のラジオ体操と下肢運動により自分で歩けることを維持できる様に支援に努めています。又ボランティア(行事等)にもご協力をさせて頂いております。包括支援センター、他事業所、地域の方々との連携を取り、認知症の方々住みやすい地域作りを目指し利用者が安心して生活出来る様に支援しています。

## 【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)】

開設当初は地域の理解も薄く関係作りにも難しさもあったが、近隣世帯との日常的なつきあいや広報・回覧板等によるPR、老人クラブ等への地道な働きかけ等を継続してきたなかで、現在は多様な交流関係が生まれている。特に近隣世帯とは昔なつかしい、家同士のつきあいが行われており、もらった野菜や海産物を料理して近隣にふるまったり、子ども達が遊びに来てトランプをしたり利用者と一緒に体操したりと、行事ではない日常性のなかで暮らしと楽しみが共有されている。機能訓練を伴う習慣作りとしてラジオ体操が行われ、天気のいい日は近くの神社にも徒歩で参拝している。建物の外見も一般世帯に近い印象で近隣に馴染んでいるが、事業所内も一般家庭の雰囲気が強く、利用者や職員間の関係性にもねぎらいあう家風のようなものが生まれている。職員不足を背景として運営には困難もつきまとうが職員間のたすけあい意識も強く、日々の喜びをわかちあっていく姿勢を基礎として、3年目にして実ってきた地域や家族との関係づくりも今後さらに進んでいくことが期待される。

## 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 ↓該当する項目に○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、生き活きと働いている (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			

【評価機関:特定非営利活動法人 いわての保健福祉支援研究会】

事業所名 : あお空グループホーム山田

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	事業所として三つの理念を掲げており、全職員が理念を心にとめ日々のケアを行っている。笑顔の挨拶、声掛け会話には、特に気を付けて日々の支援をしています。	職員にとって利用者と接するために大切な事「和(なごやかさ)・話(利用者との会話)・輪(利用者と職員の)」を心がけ、毎日笑顔で過ごせるようケアをしている。	現在の理念は開設時に作ったもので、その後新しい職員も増えていることから、今の人たちが望むことを話しあってみてもいいかもしれない。
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	地域のお祭りに参加させていただいたり、ホームでの行事には地域のボランティアの方々に来ていただいている。地域の催しものへの参加、ボランティアの方々の読み聞かせ、脳体操の指導、歌、踊りの集いで来所して頂いております。	地域とのつながり(となりぐみとしてのお付き合い)が出来るような関係)が広まり、つきたてのお餅を配ったり、野菜をいただく方には加工して(たとえば、ジャガイモをコロッケにというように)利用者と届けるなどしたりしている。	食べ物のやりとりを主としながら近隣世帯と気負うことなく築いてきた関係性は素晴らしいものがある。日々の喜びを近所とわかちあっていくつながりは今後も深めていってほしい。
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	認知症サポーター育成講座に参加したり、地域の方々から認知症の相談を受けたりと地域の人との理解を深めて行っております。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	外部評価の報告、利用者様の利用状況、生活の様子、行事報告をし、それに対する意見交換などを話し合い、運営サービスに活かしている。メンバーは自治会長、民生委員(2名)老人クラブ代表、町食生活改善委員長、家族代表、入居者代表、包括支援センターの出席のもと、頂いた意見や情報は、すぐできる事から取り組み、地域で必要とされるホーム作りを心掛けている。	運営推進委員にホームの理解が深まり、会議は形にはまらず座談会のような気軽さで行われている。民生委員や地区代表のほか、食の向上を促進していく生活改善推進委員や老人クラブ代表者など地域からの参加者は多彩で、ラジオ体操の掛け声を方言にしてみたらなど、気取らない意見を多く出してもらっている。	
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	地域包括支援センターと話し合いの機会を多く持っており、お互い情報交換しながら協力している。地域ケア会議へ参加することで、他事業所との交流、意見交換が出来ている。	地域ケア会議は、その都度のテーマがあり他の事業所との意見交換など連携を図っている。包括支援センターとは利用者の紹介など情報交換し良い関係が築かれている。	
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	身体拘束について正しい理解へつなげる為、研修や勉強会に参加し職員間で情報を共有、実践しています。日中は玄関の施錠はしていない。外出の傾向を把握し、外に出る様子を見かけたら、そっと寄り添い一緒に行動する。外部、内部研修に参加し身体拘束による弊害を理解しケアしている。	身体拘束について勉強会を行い職員は理解している。徘徊しがちな利用者には職員が見守りながらも、地域の交番や近隣の住民に協力を依頼し、どこにいたといった情報をいただいたり声をかけて職員が迎えに行くまでそばにいてくれるなどの協力をえている。	
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	毎年、虐待について勉強会を行い、日々観察や職員間で話し合いながらケアを行っている。		

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
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	成年後見制度を活用されている方がいらっしゃる為、徐々にスタッフ間の知識も増えています。		
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	お話を伺ったり十分な説明をする事で理解、納得を得ている。		
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	日々、利用者が本音を言える雰囲気をつくり、家族等が来所した際にも意見や要望を伺い反映させている。面会時に入居者の状況を伝え、意見等を聞いている。食事面では食が細い方には、おやつに栄養補助ゼリー飲料、糖尿病の方におやつ配慮等、家族、本人の意見に耳を傾けケアプランにも反映させている。	利用者からは運営への意見といったものはなく、「ここがいい」という声が多く聞かれる。年間の行事には出来る限り家族の参加を促しており、開設当初と比べれば家族との距離感がちぢみ行事への参加が増えている。運営に関する家族からの意見は多くはなく、より事業所の状況を理解してもらうために毎月利用者の写真入のお便りを作成し家族宛に送付している。	家族との信頼感は徐々に深まっているため、率直な意見が事業所の運営向上につながっていくという家族の理解が望まれる。事業所ももっと利用者の生活を家族に見てほしいという思いがあり、家族が足を運ぶさらなる機会作りに期待したい。
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	日々の忙しい業務の中、改善に気がついた時は連絡ノートの活用、問題の共有、管理者にすぐに報告対応している。毎日の申し送りや、連絡ノートの活用で職員間で検討改善を話す機会が随時あり、運営に反映している。	管理者と職員の関係は、話しやすく様々な意見や問題点はすぐに話し合い、解決している。職員がやや不足する状況の中で勤務も不規則になりがちだが、職員間でも休みを譲り合いながら助け合っていく関係性ができている。	
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	職員は、各々に目標を掲げ達成できるように心がけている。		
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	外部研修にも参加し、参加できなかった職員にも資料を配布し各職員がより良い介護を目指している。		
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	GH協会北沿岸ブロックによる職員の交換研修、勉強会主催し、サービス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
<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	利用者の不安な気持ちを受け止め、耳を傾けながらより良い関係づくりに努めている。		
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	家族の思いを理解し、家族の立場になって要望など耳を傾け、話しやすい環境づくりをしています。		
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	必要としている支援を見極め、その場で対応している。		
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	共に過ごし、関わっていく中で学ぶことが多く、相互の存在を支え合う関係を築いている。		
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	随時状況に応じた対応、報告、面会、電話協力をお願いしている。		
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	本人がこれまで培ってきた関係性を、時間をかけて深く知ろうと努力し、その関係を断ち切らない支援に努めています。 時々、利用者様の馴染みの方へ訪問したり、町の催しものへの参加することで、馴染みの方や友達と再会することが出来ている。	実家の田んぼの様子を見に行ったり、漁業をしている息子の船を見に行ったり、近隣住民が散歩の際に声をかけてくれたりと馴染みの関係を継続している。新しい美容院や床屋ともなじみになり、冬場の来訪を楽しみにするなど関係が築かれている。	
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	一人ひとりの性格やレベルなど、利用者間の関係を配慮しながら、楽しく暮らせるように支援している。		

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	サービス利用が終了しても、その後もフォローし、出来る限り相談に応じている。		
<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	日々のコミュニケーションの中で、ご本人の意見、希望を把握、職員間で共有している。利用者の出来ることを見つけて支援している。	利用者全員が日中共用空間で過ごしているため、思いや意向の把握はしやすい環境である。職員は利用者寄り添い、思いの把握につとめている。特に昔得意だったことについては、それが発揮できる役割を担えるよう支援している。	
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	家族や本人からの聞き取り、把握に務めている。		
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	日々の関わりの中、一日の過ごす状況で出来ること、出来ないことを把握し職員間で共有している。		
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	アセスメントとモニタリングを繰り返し、介護計画を作成している。 本人の日々の会話や行動観察、家族及び関係者からの意見等や、カンファレンス等でスタッフからのアイデアも交換し、本人が笑顔で暮らせる様な介護計画を作成する様心掛けています。	居室担当を決め日々気がついたことをノートに記入している。利用者の生活歴や家族の意見を取り入れながら3ヶ月に1回の見直しで、ケアマネジャーが計画を作成している。センター方式を徐々に取り入れたいとしている。	これまでケアマネジャーがプラン作成の中心だったが、センター方式の理解とともに利用者の人生を大切にしていって視点を養いつつ、職員も利用者ニーズを徐々に検討していってほしい。
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	個別の各種記録、連絡ノートの活用、申し送り等情報を共有し支援に活かしている。		
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	本人や家族の状況に応じてその都度、話し合い柔軟に対応している。		

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
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	施設でのイベント(誕生会、敬老会)に、ボランティアの訪問、他施設からの招待、地域での催しへの参加にて、楽しく豊かな暮らしができるように支援しています。		
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	必要に応じた内科、皮膚科、眼科、、本人や家族が希望する病院、主治医に継続的に受けれるよう支援しています。 利用者、家族が希望する、かかりつけ医に受診しています、家族が対応する利用者もあり、情報を密に共有しています。	かかりつけ医で主に職員が同行している。家族が同行するときは、自宅に立ち寄り、ご飯を食べてくる利用者もいる。職員が同行した場合等、家族との情報を共有し安心感につなげている。	
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	特変や気づきなど常時報告し、指示を受け、適切な対応を心掛けている。		
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。	入院先に出向き、家族を交え、リハビリ計画書、情報交換し、退院までの安心できるよう務める。		
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	病院、家族と連携を取りながらホームで、出来ること、出来ない事を話し合い、出来るだけ家族の思いに近づける様、支援しています。 家族には、看取りは対応していないことを説明し、重度化、終末期のあり方について相談に応じている。	ホームとして看取り対応はしていない。利用者家族の希望があれば、出来る限りの支援は行っている。これまでは、本人の強い希望により看取った方もいる。今後家族よりアンケートをとり、必要性を把握し、対応できる環境を作りたいとしている。	
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	心肺蘇生やAED使用方の訓練を通じて、緊急対応のスキルアップを図っている。		
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	定期的に昼夜想定避難訓練を行っている。地域住民の方も一緒に訓練を行っている。 地域住民参加のもと、6月は日中想定(避難、初期消火、通報)訓練を実施し、2月は夜間想定訓練を行っている。また年2回、消防署の指導のもと地域住民の方と一緒に救急講習を受講している。	定期的な避難訓練を実施している。地域住民からも協力隊員として3名の協力があり、日中と夜間の想定で避難訓練を行うほか、初期消火や救命、通報訓練等も実施している。2階に居室が多いため、利用者の安全を考慮しての訓練をしている。	

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
<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	意識して敬意を持った言葉遣いと、態度で接することが出来ている。 時には失言を發した時は、さりげないフォローを心掛ける。	地域の言葉で接することもあるが、利用者にとっては馴染み深い言葉のため安心感があるようだ。時には家族的なコミュニケーションもあるが、相手の表情に気を配り、気分を害したときは何か喜ばせるような声かけをするなどの配慮をしている。	
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	日々の関わりの中で、利用者が持つ思いなど自己決定出来るように心がけている。		
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	一日を気分よく過ごせるように対応している。		
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	在宅時からの美容室、服装、買い物支援など個別に対応している。		
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	食事の準備から後片付け等、一緒に行い、見た目にも配慮し楽しめるようにしている。 食事については、準備から片付けまで能力に応じてやって頂き、家庭的な雰囲気、手作りおやつなども、利用者と共にしている。	旬の食材で昔ながらの食事提供を心がけている。野菜や魚介類などもらい物も多く、利用者にとっては食事が楽しみとなっている。利用者も食事の準備や後片付け等職員とともにしている。	もらった食材を美味しく料理して食べるほか、その料理は提供した側にもふるまわれ喜ばれている。地域の恵みを丁寧に料理し、近所も含めてみんなで味わうという気風は今後も大事にしてほしい。
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	一日の食事、水分量を記録し、利用者の状況に応じて食事形態の変更も行っている。		
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、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、声かけ見守り、又は一部介助をし、口腔内の清潔保持に努めている。		

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	昼夜、排泄チェック表を活用し、一日の回数を把握している、排泄チェック表で、時間、水分量等記録しリハビリパンツから、綿パンツへ回復するなど自立支援につなげている。	利用者1人1人の排泄パターンを記録し、時には利用者の行動からトイレ誘導を行い、全員トイレでの排泄が可能となっている。又布パンツの利用者が多く自立的にトイレに行っており、日々の下肢運動の効果も表れている。	
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	水分チェック表や野菜を取り入れ、日頃からバランスの良い食事に取り組んでいる。		
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	入浴予定者には声がけし、今日はお風呂ですよと理解を促している、また季節の菖蒲湯などゆず湯などの支援をしている。 基本は一人ずつの入浴ではあるものの、馴染みの方々のための2人での入浴も支援している。	週2～3回の入浴で、入浴予定者には声がけを行い、入浴を促している。浴槽は大きく、気の合う利用者同士で入浴することもある。拒否の利用者へは、「明日予防注射だから」など声がけの工夫をしている。	
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	就寝は本人のペースで行っている。日中は出来る限り身体を動かして頂き安眠に繋げている。		
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、用法、容量、副作用などすぐに確認出来るようにしている。		
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	軽作業のお願い、自分の役割として、作業中、終了時の感謝の言葉を心がけている。		
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	利用者の希望に沿い、ドライブに行ったり、近くの神社、店など自由に外出支援を行っている、地域の方々の理解や協力も得られている。 ドライブや近隣の散歩など地域との方々の触れ合いの場所にもなり、大切にしている。	近くの神社まで散歩に出かけお参りをしてきたり、山田町の行事(踊り、歌謡ショー)に出かけたり他事業所の行事にも声をかけてもらい参加している。日々の買い物は利用者2～3人と売り出しの広告を見て出かける。外食は主にラーメンを食べに出かけるなど利用者の希望に沿った外出を心がけている。	

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
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	金銭の所持は入所時、本人と家族の意向で能力にあった方法で所持している。外出時には、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	希望があれば、いつでも自由に電話をできるように支援している。		
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	一日をリビングのソファで過ごされる方も多く、テレビを観たり、気の合う同士が話をしたり、和気あいあいできるように支援しています。 季節ごとの装飾や、行事等の飾りつけに工夫しています。	居室にテレビを持ち込む利用者はなく、全員が1日中共用空間でテレビを見たり、話をしたり、ソファにもたれて昼寝をしたりしている。ドライブに出かけたときの写真やぬいぐるみ、折り紙で作成した季節の置物等があり、台所と対面式になっていて安心安全な共用空間となっている。	
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	大体自分の居心地のよい場所が決まって、気の合う同士が作業をしたり談笑したりしている。		
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	家族写真や位牌、手紙等これまでの生活感を過ごせるように配慮し支援している。 写真を居室に飾っておくことで職員とのコミュニケーションが出来る。本人も安心して笑顔が見られる。	1階に2部屋、2階に7部屋の居室があり、2階の様子はモニターで全方向から確認できるようになっている。居室には家族写真やぬいぐるみ、カレンダー、造花等が置かれ、落ち着ける居室となっている。	
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	日付のわかる日めくりカレンダーや、自室がわかる工夫、トイレ等自立支援をしている。		