

平成 30 年度

事業所名 : グループホームあさひ (2F)

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	0390700052		
法人名	株式会社中央介護センター		
事業所名	グループホームあさひ (2F)		
所在地	久慈市旭町10-66-1		
自己評価作成日	平成30年10月28日	評価結果市町村受理日	令和1年5月21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	
----------	--

【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 いわたの保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号
訪問調査日	平成30年11月27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)】

社内の理学療法士の指導・助言を利用者様のリハビリに活用している。また、リハビリ(機能訓練)の一環として、ゲーム機を使ったり、トレーニングマシンを利用し支援に工夫をしている。
グループホーム、小規模多機能ホーム、訪問介護の利用者様が合同で参加出来る行事を年2回開催し、他事業所間の交流を図っている。また、併設する小規模多機能ホームの利用者様といつでも自由に交流出来る環境である。
県立久慈病院と北リアス病院の近隣に位置するため、通院の利便性が高い。
ユニットとして、馴染みの関係構築を重視し利用者様と職員間の信頼関係を大切に出来るケアを心がけている。

【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)】

事業所は小規模多機能ホームを併設し、県立久慈病院や市の担当課、デイサービスセンターなどが入る「元気の泉」のある「医療・福祉ゾーン」の一角に立地している。運営に当たっては、県立病院で定期的に開催される「医療・介護の研修」に職員を交代で派遣しているほか、若手職員の話し合いを経て、年度末には職員全員が全員の評価を行い、職員の知識習得や介護に当たる姿勢の「見える化」を実践している。併せて、利用者の身体機能や認知機能の現状を把握し、よりよい介護計画の下で利用者が求める介護に向けて「バーセルインデックス(長谷川式)」を導入するなど、課題に前向きに向き合っている。

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している (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 いわたの保健福祉支援研究会】

平成 30 年度

事業所名 : グループホームあさひ (2F)

2 自己評価および外部評価結果

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	地域密着型の考え方などは折に触れ話す様になっている。「和」～笑顔・安心・穏やかに～という理念を掲げている。	職員がユニット毎に年度当初に掲げた理念は、一階が利用者に寄り添い変化を見過ごさない介護を目指す「ラポール(信頼関係)」と、二階が利用者の日常そのものを現す「笑顔」とされ、月1回のユニット会議で振り返り確認しあっている。	
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	直接的に地域住民との交流は日常的に行ってはいないが、近所のスーパー等への買い物や周辺への散歩等を行っている。また、行事毎に地域町内会への案内は行っている。	自治会に加入しているが、事業所周辺には民家がまばらで、現状では地域住民との繋がり希薄である。そのため、地域の高校生や中学生の認知症への理解を深める施設体験の受け入れや出前講座で中学生の進路指導に協力するなど、地域の社会資源との関わりを深めようと努めている。	
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	家族への認知症への説明会等は検討しているが、実施にはおよんでいない。運営推進会議を通して地域の方へ取り組みを伝える様になっている。		
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	運営推進会議の中での話し合いについては、会議内容を職員に向け開示したり、会議の内容を検討するといった取り組みは行っていない。	併設の小規模多機能ホーム、隣接のグループホームと合同で開催し、地域包括支援センター職員、利用者家族、町内会長に加え、消防団分団の幹部も委員となっている。入居待機者や職員採用等の運営状況に対する質疑が主となっている。	運営推進会議の機能を拡充し、地域との関わりを広げていくためには、近傍の社会資源である保育所、学校、警察又は消防の関係者をゲストとして運営推進会議に招き、特定テーマについて助言・提言を得ることが望まれる。
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	市の担当者とは、運営推進会議に参加して頂いているほか、毎月何らかの形で交流を持っている。	地域包括支援センターの職員が運営推進会議の委員であり、また施設長が広域連合の第三者委員に就任していることもあって、必要な情報を伝えあう関係性が出来ている。	

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
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	身体拘束を無くそうという意識を持つようしている。ベッド柵はもちろん、車椅子等でベルトの着用は行わず、見守りを行いリスク管理に努めている。 夜間帯以外の施錠は行っていない。 身体拘束に対する委員会の設置も行っている。	身体拘束等の適正化のための指針などは年度当初までに整備済みである。月例の「ケア会議」等を通じ職員の意識が高くなってきており、利用者への言葉遣い等についても、その都度気を付けるよう確認合っている。	
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	管理職は研修会に出席している。介護職員へは、資料や報告書を配布、内容周知に努めている。虐待防止については2ヶ月に1回の社内研修の中に組み込んでいる。		
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	管理者が研修会に参加したが、職員に対し学ぶ機会や話し合いの機会は行っていない。 今後社内研修で行う予定であるが、活用までには到っていない。		
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	契約に関しては、ご家族宅へ訪問又は来所して頂き、十分に説明を行ったうえでやっている。		
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	日常的に家族からの要望には対応又は回答を行っているが、改めて機会を設けてはいない。	担当職員から月1回「おたより」を家族に届けている。利用者の通院同行のために家族が来訪した際に、職員から日頃の様子を伝えながら、要望などを聴きとるように努め、利用者の状況などを相互に共有している。	
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	月に1回度施設長、管理者、当日の日勤者が集まり会議(社内ケア会議)を行い、話し合いの場を設けている。	月例のケア会議は職員が意見を提案する機会でもあり、夜勤時間の改善のための勤務体制の見直しも職員意見によるものである。年度末に行っている「評価」は、ユニットごとの勉強会などを通じて選択した項目について、職員がお互いに評価し合い、運営の改善に役立っている。	職員相互に年度末に評価し合い、その成果をよりよい運営に活かす取り組みは、マネージメントの柱の一つと位置付けられるものであり、今後も職員意見を含め、試行錯誤を重ねながら事業所運営のモデル的な方策として育てられることを期待する。
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	職場環境・条件の整備には取り組んでいる。社内ケア会議の中で、勤務体制や改善したい事を職員から打ち上げてもらい、検討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
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	定期的に社内研修を設けている他、研修内容によっては外部研修への参加も実施している。 また、希望者へは資格取得への支援も行っている。		
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ていく取り組みをしている	GH協会主導ではあるが人事交流を行っている。 管理者レベルでは都度、他事業所の管理者と意見交換を行うようにしている。		
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	最初は介護支援専門員が中心となり、本人や家族の意向や予防を聞き取る。その後担当職員を選任することで本人家族要望把握へ努めている。		
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	利用申請時の相談を受け、更に利用前に自宅(病院)へ訪問、本人、家族との面会等を行い再度意向要望を確認。その情報をまとめ情報共有を行った上で利用開始して頂くようにしている。		
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	本人と家族が必要とする支援に関して他のサービス利用を視野に入れる必要がある場合は、最初に併設している事業所の可能性を考慮する。さらに、その他のサービス利用の選択肢も家族へ都度提案している。		
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	常に信頼関係の構築に努め、本人が出来る事は維持出来る様に支援している。		
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	面会時間を設定しない等、面会しやすい環境整備に努めている。通院支援や介護用品の補充等を促し、家族の支援が認知症ケアには大切である事を伝える様にしている。		

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
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	本人が希望する馴染みの関係(近所付き合いや馴染みの付き合い)は大切にしている。地元のお祭り参加、自宅周辺のドライブ、図書館利用、親戚付き添いで帰宅や姉妹宅への外出、馴染みの美容室利用等を取り入れている。	家族のほか、併設のデイサービスや病院に来たついでに寄ってくれる知人もいる。通い慣れた美容院や理容室、移動図書館は馴染みの関係にあり、また、利用者が生まれ育った懐かしい場所もバスハイクの目的地になっている。	
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	利用者同士の関係把握は行っているが、利用者の「好き嫌い」を越え、共に暮らし楽しめるような支援に努めている。季節や、各利用者の症状の変化に合わせて、席替え等を行う様にしている。		
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	入院期間が長くなり、利用中止(契約破棄)になったご利用者様に対しても相談に応じ、必要であれば経過をフォローしている。		
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	毎日の過ごし方や言動を観察し、その中から思いや希望の把握に努めている。また、家族の方からも情報を伺うようにしている。	日常の介護を通じた利用者の思いや意向の把握に加え、3か月から6か月毎に身体機能や認知機能の評価を行うバーセルインデックス(長谷川式)を取り入れ、これまでと違った利用者の姿を把握し、現状に即したアプローチが出来るよう努めている。	
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	利用開始前に本人の生活歴を調査した内容(アセスメント)を基に各職員が把握する様にしている。 また、日常的な会話の中から情報を得る様にしている。		
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	一人ひとりの過ごし方や状態の把握には、バイタル測定や排便状況の確認等変化を追うことで現状の把握に努めている。		
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	ユニット会議を行う事でチームとしての関係づくりに努めている。またモニタリングを通して本人の意向や職員の考えをプランに反映し、家族の意向はケアマネが中心に聞き取りを行いプランに反映する形で作成している。	入居時に主として聴き取りによって作成した介護計画は、1か月程度で見直している。その後は3か月を目途としているが、特に変化のない場合には6か月を目安に見直している。ユニット会議での検討やモニタリングを経て、受診時の医師の指導や家族の意向を踏まえながら作成している。	

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
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	個別の記録は行っている。職員間の情報交換に関しては朝・夕の申し送り、申し送りノートを作成情報の共有に努めている。		
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	本人や家族の生活状況に合わせてサービス提供を行うように努めている。 既存のサービスに捉われない対応にはまだ努力が必要だと思われる。		
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	家族だけでなく近所の方、親戚など本人が今まで関わってきた方の把握に努め、可能な限り関係性を継続していただける様な支援に努めている。		
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	利用以前の主治医がいる方に関しては、極力主治医を変更しない様な支援をしている。また、主治医が変更した場合も職員が同行したり、各病院の相談員と連携を取るようにしている。	入居前からの主治医を原則かかりつけ医とし、内科、泌尿器科が近隣の県立病院、神経内科は北リアス病院となっている。訪問診療の医師がいないため、体調がすぐれない場合の受診が課題となっている。受診する際は家族同伴としているが、希望で職員が同行する場合もある。	
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	看護師を配置してはいないため、適切な看護が受けられているわけではないが、併設施設の看護師に相談可能な状況ではある。さらに、受診対応に関しては異常があった場合極力早い対応を心がけている。		
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。	入院した際は、必要がある場合は情報提供を行う。また、退院に関しては各病院の相談員を窓口家族の方とも連絡を取り退院後の受け入れ円滑に行える様に取り組んでいる。		
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、事業所の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	看取りには取り組んでいないが、利用者の状態が重度であっても、末期症状でも受け入れを行い。頻繁な入退院にも対応している。	法人として看取りが出来ることが理想と考えているが、訪問診療の医師がいないため困難な状況にある。反面、口から栄養を摂れる限り受け入れし、入院した利用者についても回復の見込みがあれば、居室を確保している。看取りに関し、職員のメンタルとスキルの研修は重ねていきたいとしている。	

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
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	緊急時の対応のマニュアルを掲示したり、AEDの講習会を開いている。(全職員が普通救命講習受講済み)		
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	避難訓練は実施したが、地震や水害、夜間を想定した訓練を実施予定。	久慈川の水位が50cm上昇し避難準備情報が発令された場合には、直ちに体制を整えている。夜間の避難に近隣住民の協力を得るまでには至っていないが、併設小規模多機能ホーム、隣接グループホームと合わせ4人の職員が夜間常駐し、近隣に住む職員もすぐ駆け付け可能なことから、利用者の2階への移動等に困難は少ないとしている。	
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	言葉使いや人格の尊重は心がけているが、配慮が足りない場面や、適切ではない言動もある。	人格の尊重を事業所の基本中の基本と位置づけ、職員の言葉かけの配慮や苦手意識の払拭に取り組み、職員の相互評価や自己評価を取り入れ職員それぞれが持つノウハウを出し合いながら、利用者の人格の尊重等を確保できる介護に努めている。	
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	本人の希望を尊重し、自己決定できる様に支援しているが、働きかけが十分でない場面も多い。		
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	本人がその日どのように過ごしたいかの希望に添っている時間帯もあるが、基本的には、日課を取り入れたり、全体的な流れにそった支援をしている。 参加したくないという人の意思は尊重している。		
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	乳液や髪結い、パーマ等多様な希望に添う支援をしている。身だしなみがちぐはぐにならない様、TPOに合った服装の手伝いをしている。		

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
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	本人の好みや能力に応じて提供しているが、好みに合わせた食事提供までには到っていない。しかし、苦手な食材がある場合は可能な限り代用品を用意して対応している。また、出来る利用者様とは職員と一緒に片付け等を行っている。また、おやつのお買い物や居室での飲食も実施している。	利用者の希望も取り入れながら、配食されたものを利用者に合わせて調整し、提供している。ユニット毎に検討し、流しソーメン、たこ焼き、秋刀魚焼き等、季節に合わせた行事食を提供し喜ばれている。配食のメリットは、調理に職員が時間を割かれないうことにあるとしている。	
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	食事摂取量の把握は行っている。また、体重測定を行い、体重の変化に応じた対応を行っている。		
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	毎食後の口腔ケアは行っている。なるべく本人に行ってい頂けるような促しを行っている。しかし、口腔内の状態の把握までには到っていない。		
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	排泄やおむつの使用を実際に軽減出来ているかの算出はしていない。しかし、トイレ誘導や声がけ等の工夫をし、なるべくトイレでの排泄を行なっていただくように努めている。	トイレ利用を原則としている。排泄記録から利用者の排泄パターンをチェックし、定時の誘導や行動や様子でのトイレ誘導等を行ってきた結果、利用者から尿意を訴えてくる例も多くなっている。自立排泄に向けて支援をしている。夜間のポータブル使用者はいない。	
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	便秘の状態(排便の有無)の把握には努めている。飲食物の工夫や運動の働きかけも行っている。		
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	入浴に関しては入浴日を設けて案内している。ただし、一人ずつ入浴しており、入浴時間は本人の希望を伺っている。	曜日を設けて週2回入浴している。一人で着脱できる方は半数程度であり、職員が手伝い一人30分を目途に入浴している。入浴を避けたい方はいない。足浴もしているが、毎日ではない。	
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	就寝時間(消灯)は設けておらず、その人の生活習慣に応じて就寝して頂いている。また、昼夜逆転の予防としても、可能な範囲で日中活動的に過ごして頂ける様に支援している。		

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
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	担当職員を中心に、本人の服薬状況の把握に努めている。誤薬や服薬もれをしない様に工夫をしているが、全ての薬に対し、目的(作用)や副作用の把握の徹底には到っていない。		
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	楽しんで生活したり、張り合いを持って生活して頂ける様に努めている。一人ひとりの生活歴や役割、嗜好品にも努めている。掃除、歌、貼り絵、裁縫等を取り入れ、生活歴を生かし、気分転換に繋げられるように支援している。		
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	外出したいという希望があった場合に、個別を行うように努めている。 また、外出したいと訴える利用者を中心に数名単位で外出する取り組みは行っている。	季節に合わせて桜、新緑、紅葉、まつり見物に出掛けている。自宅近くに行く“ふるさとめぐり”にも要望に応じて出掛けられる様支援をしている。帰宅願望強い利用者に対しては、職員も一緒に散歩に行き、気持ちの安定に努めている。	
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	希望がある方や金銭管理が出来る方に関しては、家族と協議し所持金を管理してもらっている。 額が大きくなる場合は一部を事業所側で管理している。		
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	本人、家族の希望に添って対応している。 手紙を受け取った時は返事を促し、場合によっては一部介助している。		
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	不快感や混乱をまねく可能性があるものへの配慮は行っている。 また、季節感を感じれるような貼り絵や飾り付けを心がけている。	南向きの大きな窓から日差しが十分に入り、暖かく明るい。パネルヒーターで暖を使っているが、無くても良い位の日が多い。事業所の傍を八戸線の電車が通っているのも、利用者は楽しみにしている。季節に合った手作りの折り紙や装飾を飾り、利用者はそれを手伝い居心地良く過ごせるよう工夫をしている。	
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	共用空間で気のあった利用者同士で過ごせるような配慮に努めている。 人の気配を感じられつつ、一人になれる空間を特別に設けてはいない。		

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
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	居室へはご自宅で使用していたものを持ち込んでもらったり、家族や本人が希望するものを持ち込んでもらい、少しでも安心できるような配慮をしている。	居室には利用者の使用していた物や希望する物を持って来ているが、あまり多くはなく整理されている。必要な衣類の交換は、家族の協力を得て季節に応じ行われ、心地良く過ごせるよう工夫をしている。	
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	特別な工夫は行っていないが、出来ることは危険がない様に見守りをしながら、本人に行っていただけのような支援を心がけている。		