

令和元年度

事業所名： グループホームあさひ東館

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	0390700060		
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東館		
所在地	久慈市旭町11-22-6		
自己評価作成日	令和元年10月28日	評価結果市町村受理日	令和2年3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)】

ユニットの理念を「関わる全ての人の言葉に耳を傾け、その人の目線で物事を考える」とし、利用者はもちろん、家族やスタッフを含めた関わる全ての人の言葉に耳を傾けられる様にしたいという思いを大切にしている。
 同法人のグループホームや小規模多機能ホーム等の他事業所と連携を取りつつ、単独ユニットとしての特徴を出せるように、単独でのイベントを開催している。
 また、利用者の人間関係にも配慮し、ホール(食堂兼)の配置転換など、環境整備に工夫をしている。

※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://www.kajokensaku.mhw.go.jp/03/index.php?action=kouhyou_detail_022_kanitrue&JiyosyoCd=0390700060-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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)】

県立久慈病院の向かい側に位置し、理念を「すべての人の言葉に耳を傾け、その人の目線で物事を考える」とし、隣接する2ユニットのグループホームと小規模多機能ホーム等と同じ経営主体により運営されている。近接施設であることから、敬老会等の行事を合同で大きく開催したり、夜間の避難行動では相互に夜勤職員が応援できるなどのメリットを活かしている。福祉教育の一環として近郊の高校生の体験学習を法人として受け入れ、また、毎月の職員会議で業務に対する提案や改善点などを話し合い、それぞれ工夫して利用者の個性を発揮できるように支援を行うなど、前向きに取り組んでいる事業所である。

【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	令和2年1月10日

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 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				

【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】

令和元年度

事業所名：グループホームあさひ東館

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。ユニットの理念を「ゆとり」としている。ユニット全体が、ゆとりある時間を過ごせる様になりたいという思いをもってケアに努めている。	利用者本位の支援を行うため、理念を「関わる全ての人の言葉に耳を傾け、その人の目線で考える」とし、ホール内に掲示し、毎月の職員会議においても確認している。年度当初には職員間で理念の話し合いを行い、共有化を図っている。	
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	直接的に地域住民との交流は日常的に行っていないが、近所のスーパー等への買い物や周辺への散歩等は行っている。また、行事毎に地域町内会への案内は行っている。	地域には民家は少ないが、自治会に加入し、運営推進委員である町内会の区長や消防団代表者が地域との橋渡し役となり、ホームの情報を発信している。高校生の体験学習を受け入れ、昨年は卒業後に就職し元気に働いている。	
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している。		
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。	地域包括支援センター、町内会長、民生委員などで構成され、利用者の生活の様子を報告し、地区の行事などのアドバイスを頂いている。姉妹グループホームや小規模多機能ホームと合同での開催となっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	運営推進会議の委員に地域包括支援センターの職員が入っており、連絡、情報、相談は細やかにしている。行政が主催する連携会議や研修会には、なるべく職員が参加して協力関係を築いている。近傍にある市の出先機関である「元気の泉」や北三陸ネットからの福祉情報も活用している。	

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
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、毎月身体拘束に係るケースが無かったかを確認しあっている。	身体拘束の適正化に関する指針は作成済みであり、毎月1回の姉妹グループホーム等と合同で委員会を開催している。職員の研修は2か月ごとに開催しており、ベッドの配置、柵の問題、スピーチロック等について、理解促進を進めている。	
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	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。 また、毎月の会議で身体拘束同様に確認しあっている。		
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	本年度は、実際に成年後見制度を適用したケースが他ユニットであった為、その内容を会議で議題とし共有している。		
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	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	月に1回施設長、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。	家族とは面会や通院時に来訪した際に面談するようにしており、意向の把握に努めているが、積極的に意見等を表す家族は多くない。ホームからは、毎月「お便り」を送付して、利用者の様子を伝えている。	毎月の請求書の郵送の際に、日常の暮らし方、イベント内容や写真なども送付し、ホームでの安心感に結びつくように期待する。
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回各ユニットでユニット会議を開催し、現場からの意見を吸い上げ、運営会議(月1回、社長をはじめ、管理者等出席する会議)へ打ち上げている。	主として毎月のユニット会議で職員の意見が出され、利用者ケアに関する事柄が多いが、必要に応じて社内の運営会議に上げている。毎年1回各ユニット毎の個人面談を管理者が行っており、改善面点などが多く出されている。職員の私的なことなどは、管理者が社長に連絡し、相談にのって頂いている。	

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
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。年に1回、一人30分程度の個人面談や職員一人一人がユニットの職員を評価し合う方式を取り入れ、職員の意見の吸い上げや、職員評価につなげている。		
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	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。また、月1回のユニット会議内で入居者の様子や変化等を話し合う時間を設け、情報共有に努めている。		
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	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。		

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
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、また家族の面会時は必ず普段の様子や変化等些細なことでも伝いえる様になっている。		
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	年末年始やお盆等、可能な限り外出や外泊をし、家族や親戚等との関わりを持ってもらえるように、支援や促しをしている。	時々親戚が訪ねて来ることがあり懐かしく話している。実家の周辺に車で出かけるふらさと訪問を行うことがあるほか、正月や盆に実家を訪れる方もいる。秋の久慈祭りでは座席も確保され、利用者の楽しみの一つとしており、市の中心部まで出かけて見物している。	
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	利用者同士の関係に配慮し、その時の状況や利用者の関係に合わせ、ホール(兼食堂)の配置転換等を行っている。		
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。	家族から聴き取った利用者のこれまでの暮らし方を頭に置きながら、日々の何気ないぐさや表情の変化から利用者の思いなどを汲み取るよう心掛けている。利用者の思いはユニット会議で共有している。思いや意向をお話できる利用者は2人程である。	
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	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する。		
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。		

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
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	毎月行われるユニット会議で、ケアマネを中心に、担当だけでなく、他の職員からもケアに対しての意見を取り入れられる様に心掛けている。	入居時に作成した介護計画は1か月後のユニット会議で見直し、その後は、3か月毎を基本としてモニタリングを伴うユニット会議で見直している。介護計画の原案は、ケアマネが担当者と共に作成し、ご家族の意向も盛り込みながら決定している。	
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なっている。	入居前からのかかりつけ医を継続するようになっているが、多くの利用者は認知症対応の精神科をかかりつけ医としている。通院は家族の同行を基本としているが、職員が付き添う場合が増えている。	
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	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。		

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
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 に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。	重度化した場合の対応は、入居時に家族に説明し理解を得ている。協力医師の確保ができない環境にあり、取り組みは進んでいないが、ぎりぎりまで当ホームでのケアを継続するよう心掛けている。	
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	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) また、職員には緊急性を感じたら迷わず119番通報(救急車の要請)するように、日頃から伝えている。		
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	昨年度は、水害を想定した訓練を実施。夜間想定で実施。	市のハザードマップでは、久慈川の50cmの浸水想定区域にあり、避難先は隣接のグループホームの2階としている。夜間の避難では隣接グループホーム職員の応援を得られる強みがある。避難訓練を予定したものの、台風のため延期となっており、年度内の実施について消防署と調整している。	台風対応等で避難訓練を延期しているが、職員にとっても訓練の繰り返しで身につけることが大切であり、年度内に実施されるよう期待したい。
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。また、言葉遣いに関しては、ユニット会議等で確認する場を設けている。	利用者との日常会話の中で、自尊心を傷つけないような言葉遣いに気をつけ、トイレ誘導や失禁時などは、特に利用者への配慮を必要とするが、職員によっては丁寧な言葉使いや配慮が時に不十分な場合もあり、課題の一つとしている。	利用者の尊厳やプライバシーに配慮した言葉遣いや行動について、職員間で意識を共有し改善されるよう、研修や話し合いの機会を持つなどの取り組みを期待したい。
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。		

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
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是尊重している。		
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。		
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、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、個人が好む物(梅干し等)も家族と相談し定期的に、提供する等している。	法人の調理部から配送され、盛り付け配膳を事業所で行っている。希望食を聴きメニューに取り入れ、利用者毎の好みや苦手な食材の代用食も対応している。行事食としてクリスマス、正月、ひな祭りなどは特別食があり楽しい食事会になっている。	
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。また、水分補給には気を使い、お茶や水だけでなく、経口補水液を作り、身体状況や好みに応じて対応している。		
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	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。また、口腔内の異常を発見した場合は、都度歯科受診対応等の相談を家族と行っている。		
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	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頂けるような支援を心掛けている。	自立して排泄できる方が2人、他はリハビリパンツとパットの併用となっている。排泄チェック表を活用して適時の声掛けと誘導を行い、トイレを使用することで、生活感と清潔感が出てくるように努めている。夜間はチェック表により声掛け誘導を行っている。入居前より後退している方はいない。	
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。		

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
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、個々に合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。	入浴は週2回を基本とし、希望により柔軟に対応している。同性介助の希望や入浴拒否の方は、今はいない。職員と1対1となる貴重な時間でもあり、楽しい会話の中でコミュニケーションを深めている。季節に応じて菖蒲湯なども楽しんでいる。隣接する小規模多機能ホームの特殊浴槽を必要に応じて使用している。	
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。		
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。また、連携している薬局とも協力し、服薬管理に薬剤師の関わりを検討している。		
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	一人ひとりの生活歴や役割、嗜好品にも努めている。また、同じ役割(掃除や片付け、作品作り等)でも、利用者同士の関係性を重視し、作業をお願いしている。		
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。	天候の良い日には近所の散歩を楽しんだり、施設のウッドデッキに出て日光浴をすることもある。ドライブではバスハイクとして、お花見や紅葉狩り、海岸見物などに出かけて楽しんでいる。秋の久慈まつりでの山車見物も恒例の外出行事となっている。	歩行がしっかりしている利用者が多いので、少しでも多く外出の機会を設けるよう工夫されることを期待する。
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。		

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
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	季節感を感じれるような貼り絵や飾り付けを心がけている。 また、利用者同士の間関係や普段の会話等から座る場所や隣同士の方をどういった組合せにするかを、状況を見て対応している。	南向きのホール兼食堂は、ウッドデッキも整備された陽当りの良いくつろぎの場になっている。温度管理はエアコンと加湿器で快適に行われている。ホールでは様々なレクリエーションや体操等も行われ、利用者の折り紙、習字なども張り出され、季節感を感じさせる。	
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。 また、座席やテーブルの配置を配慮し、利用者同士の相性等を尊重して対応している。		
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をを活かして、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。	居室にはベッドやエアコン、パネルヒーターが備付けられており、利用者は小タンスや衣装ケース等を持ち込んでいる。それぞれに家族写真や行事での写真、折紙作品等を飾り付けて、居心地良い部屋としている。ベッド周りの足元広く、転倒防止に配慮している。	
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	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るような支援を心がけている。		